REVISTA DE PSIHOLOGIE

Vol. 65 ***2019*** ***Nr. 4***

SUMAR

STUDII ŞI CERCETĂRI

AMALIA RALUCA STEPAN, Relațiile dintre inteligența emoțională, autoeficacitate și comportamentul civic organizațional 249
VICTORIA STAN, Reducerea tulburărilor emoționale în boala Alzheimer 267

ABORDĂRI TEORETICE ŞI PRACTIC-APLICATIVE

MARIA NICOLETA TURLIUC, MIHAELA JITARU, Interpersonal emotion regulation – A concept in search of clarification 281
DĂNUȚ I. CRAȘOVAN, De la Sigmund Freud la DSM IV – Inventarul mecanismelor de apărare psihică (partea întâi)..... 293
SEBASTIAN VAIDA, MARIANA DUMITRU, Dental anxiety factors and treatments 309

CRITICĂ ŞI BIBLIOGRAFIE

SEPTIMIU CHELCEA, ADINA CHELCEA, *De gustibus: Eseuri psihosociologice*, Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p. (*Petru Iluţ*) 323
DANIELA IONESCU, *Introducere în psihoterapie*, Vol. I, București, Editura Universitară, 2019, 210 p. (*Georgeta Preda*)..... 327
EUGENIA ENĂCHESCU, *Solitudinea sau singur printre ceilalți. O abordare psihosocială*, Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 241 p. (*Gabriel Ungureanu*) 329

INDEX ALFABETIC..... 331

Rev. Psih., vol. 65, nr. 4, p. 245–336, Bucureşti, octombrie – decembrie 2019

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

Vol. 65 ***2019*** ***No. 4***

CONTENTS

STUDIES AND RESEARCHES

AMALIA RALUCA STEPAN, The relations between emotional intelligence, self-efficacy civic and organizational behavior 249
VICTORIA STAN, Reducing emotional disorders in Alzheimer disease 267

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES

MARIA NICOLETA TURLIUC, MIHAELA JITARU, Interpersonal emotion regulation – A concept in search of clarification 281
DĂNUȚ I. CRAȘOVAN, From Sigmund Freud to DSM IV – inventory of psychological defense mechanisms (part one)..... 293
SEBASTIAN VAIDA, MARIANA DUMITRU, Dental anxiety factors and treatments 309

CRITICISM AND REFERENCES

SEPTIMIU CHELCEA, ADINA CHELCEA, *De gustibus: Eseuri Psihosociologice* (De gustibus: Psychosociological essays), Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p. (*Petru Iluț*)..... 323
DANIELA IONESCU, *Introducere în psihoterapie* (Introduction to psychoterapy), Vol. I, București, Editura Universitară, 2019, 210 p. (*Georgeta Preda*)..... 327
EUGENIA ENĂCHESCU, *Solitudinea sau singur printre ceilalţi. O abordare psihosocială* (Loneliness or alone among others. A psychosocial approach), Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 241 p. (*Gabriel Ungureanu*)..... 329

ALPHABETIC INDEX 333

Rev. Psih., vol. 65, nr. 4, p. 245–336, București, octombrie – decembrie 2019

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(REVUE DE PSYCHOLOGIE)

Vol. 65 ***2019*** ***Nº 4***

SOMMAIRE

ÉTUDES ET RECHERCHES

AMALIA RALUCA STEPAN, Rélations entre intelligence émotionnelle, auto-efficacité et comportement civique organisationnel 249
VICTORIA STAN, Réductions des troubles émotionnels dans la maladie d'Alzheimer 267

APPROCHES THÉORIQUES ET DÉMARCHES APPLIQUÉES

MARIA NICOLETA TURLIUC, MIHAELA JITARU, Interpersonal emotion regulation – A concept in search of clarification 281
DĂNUȚ I. CRAȘOVAN, De Sigmund Freud à DSM IV – Inventaire des mécanismes de défense psychique (première partie) 293
SEBASTIAN VAIDA, MARIANA DUMITRU, Dental anxiety factors and treatments 309

CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIE

SEPTIMIU CHELCEA, ADINA CHELCEA, *De gustibus: Eseuri psihosociologice* (De gustibus: Essais psychosociologiques), Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p. (*Petru Iluț*) 323
DANIELA IONESCU, *Introducere în psihoterapie* (Introduction à la psychothérapie), Vol. I, București, Editura Universitară, 2019, 210 p. (*Georgeta Preda*) 327
EUGENIA ENĂCHESCU, *Solitudinea sau singur printre ceilalți. O abordare psihosocială* (Solitude ou seul parmi d'autres. Une approche psychosociale), București, Editura Universitară, 2019, 241 p. (*Gabriel Ungureanu*) 329

INDEX ALPHABÉTIQUE 335

Rev. Psih., vol. 65, nr. 4, p. 245–336, București, octombrie – decembrie 2019

RELAȚIILE DINTRE INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ, AUTOEFICACITATE ȘI COMPORTAMENTUL CIVIC ORGANIZAȚIONAL

AMALIA RALUCA STEPAN*
Universitatea din București, București

Abstract

In the present study we set out to analyze emotional intelligence in three forms – trait, ability and competence, as well as the relations that are established between the different forms and dimensions of emotional intelligence on the one hand and the level of self-efficacy and civic organizational behavior as well. components of the professional life of the individual on the other hand. Given the fact that trait emotional intelligence differs from the other two models, it did not have associations with the two variables analyzed, instead, the subscales of emotional intelligence ability and competence proved to be responsible for the variance of both self-efficacy and behavior. organizational civic. The study was attended by 243 people, 92 men and 151 women between the ages of 18 and 40. 5 psychometric tools were used – 3 for measuring emotional intelligence, one for each form, and one for self-efficacy and civic organizational behavior. To achieve the objectives and to test the hypotheses, a series of statistical analyzes were performed using the IBM.SPSS.22 (IBM Corp, 2013) and JAMOVI (the jamovi project, 2019) programs.

The results of the present study can contribute to the selection process of the employees, in the sense that the interview interview for employment can include an emotional intelligence test in the companies where the relational aspect of the employees is important. Secondly, at the individual level, high emotional intelligence leads to increased self-efficacy beliefs, which shows that understanding one's own and others' emotions, self-motivation, empathy and the whole arsenal of cognitive-emotional processes will lead to a better evolution in professional life.

Cuvinte-cheie: inteligența emoțională, autoeficacitate, comportament civic organizațional, angajați.

Keywords: emotional intelligence, self-efficacy, civic organizational behavior, employees.

1. INTRODUCERE

Studiile de specialitate arată că inteligența emoțională se asociază pozitiv cu gândirea mai puțin disfuncțională cu privire la carieră, cu un nivel mai ridicat al autoeficacității în planul carierei, cu comportamente orientate spre explorare și implicare mai profundă în carieră (Puffer, 2011). Cobb și Mayer (2000) consideră că inteligența emoțională constituie un predictor semnificativ al succesului în viață și că indivizii cu un nivel ridicat al inteligenței emoționale sunt mai performanți în procesul de luare a deciziilor (Yitshaki, 2012).

* Universitatea din București, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Școala Doctorală, Departamentul de Psihologie, Șos. Panduri nr. 90, sector 5, București, România; E-mail: amalia.raluca.stepan@gmail.com

În studiul de față, ne propunem să analizăm inteligența emoțională sub trei forme – trăsătură, abilitate și competență, precum și relațiile care se instaurează între diferitele forme și dimensiuni ale inteligenței emoționale, pe de o parte, și nivelul de autoeficacitate și comportamentul civic organizațional în calitate de componente ale vieții profesionale ale individului, pe de altă parte.

Am ales autoeficacitatea și comportamentul civic organizațional deoarece am considerat că acestea reprezintă două componente ce pot defini din unghiuri diferite relația individului cu cariera sa profesională. Pe de o parte, autoeficacitatea este o credință individuală, internă a persoanei, iar pe de altă parte, comportamentul civic organizațional este o componentă a contextului de muncă. Cele două variabile nu au fost alese întâmplător, ci cu scopul de a surprinde efectele inteligenței emoționale asupra planului profesional al indivizilor, atât la nivel intern, cât și în raport cu mediul de muncă.

Inteligența emoțională a fost abordată din trei puncte de vedere, în primul rând, trăsătură de personalitate, apoi ca abilitate și drept competență organizațională. Cele trei accepțiuni ale inteligenței emoționale au fost utilizate pentru a obține o acoperire cât mai largă a dimensiunilor IE, așa cum sunt ele menționate în studiile actuale din literatura de specialitate. Inteligența emoțională-trăsătură a cuprins trei dimensiuni psihologice: sensibilitatea emoțională, maturitatea emoțională și competența emoțională. Inteligența emoțională sub formă de competență a fost descrisă de: autoconștientizarea, gestionarea emoțiilor, automotivarea, empatia, abilitățile sociale. Inteligența emoțională-abilitate a fost descrisă de șase subscale: percepția de sine, exprimarea de sine, relațiile interpersonale, luarea deciziilor, managementul stresului, starea de bine.

1.1. INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ ȘI AUTOEFICACITATEA

Înțelegerea faptului că autoeficacitatea este determinată de credințe, ce au ca punct de plecare sistemele cognitive, nu exclude aportul pe care emoțiile și procesul de reglare al emoțiilor îl are în construirea autoeficacității. Atât autoconștientizarea, cât și controlul emoțiilor au un aport marcant în dezvoltarea percepției autoeficacității, iar Bandura (1997) susținând că indivizii cu un nivel ridicat de autoconștientizare și de control al emoțiilor vor dezvolta credințe mai puternice cu privire la autoeficacitate. Astfel, inteligența emoțională poate juca un rol important în procesul dezvoltării autoeficacității.

Credința în propria eficacitate constituie un factor-cheie în ceea ce privește realizările, atitudinile și performanțele individului și are la bază trei determinanți care interacționează și se condiționează reciproc:

– factorii personali interni sub forma evenimentelor cognitive, afective și biologice;

– mediul extern;

– comportamentul.

În plus, în teoria social cognitivă, automotivarea și îndeplinirea sarcinilor sunt guvernate de componentele individuale autoreglatorii care creează soluții comportamentale unice (Bandura, 1997). Similar cu teoriile inteligenței emoționale (George, 2000; Goleman, 1995, 1998), teoria social cognitivă subliniază că autoconștientizarea, autoreglarea și autocontrolul reprezintă factori esențiali ce conduc la dezvoltarea și actualizarea autoeficacității. Acest fapt accentuează modul în care indivizii își pot influența la nivel cognitiv credințele și comportamentele, dar pe baza modului în care interpretează informațiile și indiciile primite din surse interne și externe.

Conform teoriei social cognitive, indivizii acționează în conformitate cu modul în care interpretează realitatea, iar această activitate de interpretare este influențată de abilitățile acestora de a identifica și înțelege propriile gânduri, emoții și comportamente prin intermediul autoconștientizării, al reglării și al controlului. Astfel, apare un teritoriu în care autoeficacitatea și inteligența emoțională se îmbină. Bandura (1997) a menționat importanța detectării și reglării stărilor afective în scopul dezvoltării eficacității, dar inteligența emoțională subliniază această capacitate, oferind dovezi neuroștiințifice în sprijinul ideii conform căreia reglarea și conștientizarea stărilor emoționale contribuie la învățare, adaptare și creștere personală (Damasio, 1994).

George (2000) susține că inteligența emoțională poate exercita o influență majoră asupra atribuirilor și a emoțiilor. Anumite tipare ale atribuirilor cauzale pentru evenimentele semnificative conduc adesea la emoții specifice precum furia sau tristețea, ceea ce poate afecta credințele de autoeficacitate (Weiner, 1985, 1995). Inteligența emoțională poate ajuta indivizii să genereze atribuiri cauzale care să pună mai puțin în pericol credințele de autoeficacitate prin reglarea emoțiilor. Astfel, inteligența emoțională poate avea un impact asupra autoeficacității prin influența sa asupra raționamentelor cauzale și prin emoțiile implicate în anumite reacții.

O serie de studii a raportat existența unor relații pozitive semnificative între inteligența emoțională și autoeficacitate. Aceste studii au utilizat diferite instrumente pentru măsurarea inteligenței emoționale. Spre exemplu, Chan (2004) a arătat că autoeficacitatea generală în rândul profesorilor este determinată de reglarea pozitivă ca fațetă a inteligenței emoționale măsurată cu Scala Inteligenței Emoționale (EIS). Moafian și Ghanizadeh (2009) au arătat că relațiile interpersonale, conștientizarea emoțiilor și rezolvarea de probleme măsurate cu EQi reprezintă predictori semnificativi ai autoeficacității în rândul profesorilor. În aceeași direcție, Rastegar și Memarpour (2009) au confirmat aceste rezultate utilizând Scala Inteligenței Emoționale a lui Schutte.

Pornind de la definiția oferită de Salovey și Mayer (1990), care susțin că inteligența emoțională reprezintă abilitatea individului de a-și monitoriza trăirile și emoțiile proprii, dar și pe ale celorlalți, de a le diferenția și de a le utiliza în orientarea gândirii și a acțiunilor, considerăm că această reglare a conștientizării de sine stă la baza reglării emoționale. Conștientizarea de sine creează o conexiune puternică cu autoeficacitatea deoarece aceasta subliniază faptul că autoreglarea și autoconștientizarea constituie factori ce influențează credințele de autoeficacitate

(Bandura, 1997). Inteligența emoțională și autoeficacitatea se intersectează în sensul că individul interpretează realitățile organizaționale prin abilitățile sale de a recunoaște gândurile, emoțiile și comportamentele prin intermediul conștientizării de sine, al autoreglării și al controlului.

Procesele cognitive specifice autoeficacității pot fi impactate de emoții, deoarece emoțiile necontrolate interferează cu procesarea cognitivă a informațiilor, ceea ce poate avea efecte surprinzătoare asupra performanțelor individuale (Gundlach, Martinko, & Douglas, 2003). Pornind de la această idee, rezultatele muncii individului pot fi influențate de efectul pe care inteligența emoțională îl are asupra autoeficacității prin procesele de gândire cauzală și prin emoții, prin impactul asupra abilității individului de a-și controla credințele de autoeficacitate.

Atunci când oamenii își controlează emoțiile, fac atribuiri corecte cu privire la evenimentele petrecute în trecut în mediul organizațional în care activează și înțeleg obiectiv modul în care emoțiile și atribuirile lor le influențează gândurile, emoțiile și așteptările referitoare la evenimentele viitoare din mediul organizațional, ceea ce conduce la un nivel mai ridicat de autoeficacitate. Pe de altă parte, atunci când indivizii nu reușesc să își controleze emoțiile și fac atribuiri cauzale eronate, este probabil să își subestimeze capacitățile și astfel percepțiile cu privire la nivelul propriei autoeficacități se vor diminua.

Ținând seama de cele prezentate mai sus, stabilim prima ipoteză a studiului de față:

I1. Se presupune că inteligența emoțională se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea.

1.2. INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ ȘI COMPORTAMENTUL CIVIC ORGANIZAȚIONAL

Inteligența emoțională poate avea legături cu comportamentele care determină aspectele pozitive din cadrul unei organizații. Studiile au arătat că două dintre dimensiunile comportamentului civic organizațional – altruismul și întrajutorarea – se asociază pozitiv cu inteligența emoțională, aceasta jucând rol de predispoziție pentru OCB (comportamentul civic organizațional) Persoanele cu un nivel ridicat al inteligenței emoționale percep și interpretează stimulii organizaționali în mod diferit și se angajează în acțiuni civice pozitive, mai mult decât cei cu niveluri scăzute ale inteligenței emoționale (Carmeli & Josman, 2006).

Percepția emoțiilor reprezintă abilitatea de a detecta și de a interpreta cu acuratețe emoțiile proprii și pe ale celorlalți. Stă la baza componentelor inteligenței emoționale și facilitează restul proceselor (Salovey & Grewal, 2005). Specialiștii susțin că percepția emoțiilor sporește frecvența comportamentelor civice, indivizii cu abilități înalte de percepție a emoțiilor vor înțelege mai bine sentimentele și trăirile colegilor (Carmeli & Josman, 2006). Persoanele cu abilități ridicate de detectare a emoțiilor vor fi mai puțin dispuși să violeze normele sociale, mai dispuși să manifeste competențe sociale și mai sensibili la comportamentul expresiv al celorlalți.

Utilizarea emoțiilor constituie abilitatea de a folosi emoțiile pentru a facilita numeroase activități cognitive precum gândirea și rezolvarea de probleme. Emoțiile conferă prioritate gândirii prin direcționarea atenției către informațiile cele mai importante (Mayer & Salovey, 1997). Abilitatea de a utiliza emoțiile poate determina tendința de implicare în comportamente sociale benefice, în comportamente de ajutorare atât la nivel individual, cât și organizațional.

Înțelegerea emoțiilor cuprinde rezolvarea de probleme emoționale, precum discriminarea între emoțiile pozitive și cele negative, între stările de tristețe sau de bucurie. Abilitatea de înțelegere a emoțiilor poate determina individul să se implice în activități discreționare precum comportamentul civic organizațional (Mayer & Salovey, 1997).

Gestionarea emoțiilor cuprinde înțelegerea implicațiilor actelor sociale asupra emoțiilor și reglarea emoțiilor la sine și la ceilalți (Mayer și colab., 2000). Indivizii cu un nivel ridicat al inteligenței emoționale se vor angaja în activități specifice comportamentului civic organizațional, pornind de la faptul că aceștia își justifică actele și își raționalizează eșecurile, deținând abilitatea de a gestiona emoțiile și urmările acestora (Salovey & Grewal, 2005).

Într-un studiu realizat de Vandewaa și Turnipseed (2012) cu privire la relațiile dintre inteligența emoțională și comportamentul civic organizațional (mai precis, comportamentele discreționare pozitive), autorii au observat că există legături pozitive semnificative între cele două variabile, valorile acestor relații fiind diferite de la o dimensiune la alta a inteligenței emoționale.

Chin, Anantharaman & Tong (2011) au realizat un studiu în rândul angajaților malaezieni pentru a stabili relațiile dintre inteligența emoțională și comportamentul civic organizațional. La studiu au participat 536 de angajați, iar rezultatele au arătat că majoritatea dimensiunilor inteligenței emoționale s-au asociat pozitiv cu fațetele comportamentului civic organizațional.

Narayanan (2016) a efectuat un studiu cu participarea a 344 de angajați indieni pentru a verifica relațiile dintre inteligența emoțională și comportamentul civic organizațional. Rezultatele au arătat că atributele inteligenței emoționale (conștientizarea de sine, înțelegerea emoțiilor, abilitatea de a percepe și înțelege emoțiile celorlalți, stabilirea și atingerea obiectivelor, încrederea în sine, automotivarea și autoîncurajarea) diferă semnificativ în ceea ce privește impactul asupra fațetelor comportamentului civic organizațional.

Lim, Han & Joo (2018) au realizat un studiu cu scopul de a identifica rolul inteligenței emoționale a asistentelor medicale în manifestarea comportamentului civic organizațional. Rezultatele au arătat că există un efect direct ridicat al inteligenței emoționale asupra comportamentului civic organizațional, iar acest efect este diminuat de încrederea scăzută în lideri.

Ținând seama de cele expuse anterior, stabilim cea de-a doua ipoteză a studiului de față:

I2. Se presupune că inteligența emoțională se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1. OBIECTIVE

O1. Stabilirea relațiilor dintre formele inteligenței emoționale: trăsătură, abilitate, competență și autoeficacitate.

O2. Stabilirea relațiilor dintre formele inteligenței emoționale: trăsătură, abilitate, competență, pe de o parte, și autoeficacitatea generală și comportamentul civic organizațional, pe de altă parte.

2.2. IPOTEZE

În vederea atingerii obiectivului cercetării, s-au stabilit următoarele ipoteze:

I1. Se presupune că inteligența emoțională se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea generală.

I1.a. Inteligența emoțională-abilitate se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea generală.

I1.b. Inteligența emoțională-competență se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea generală.

I1.c. Inteligența emoțională-trăsătură se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea generală.

I2. Se presupune că inteligența emoțională se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

I2.a. Inteligența emoțională-abilitate se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

I2.b. Inteligența emoțională-competență se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

I2.c. Inteligența emoțională-trăsătură se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

2.3. PARTICIPANȚI

La studiu au participat 243 de persoane, 92 de bărbați și 151 de femei cu vârste cuprinse între 18 și 40 de ani, M = 29.54, AS = 5.15. Participarea a fost voluntară, toate cele 243 de persoane oferindu-și consimțământul pentru a face parte din grupul de cercetare. Eșantionarea a fost una nealeatoare, convențională.

Dintre participanți, 34 au profesii cu nivel redus de specializare, și anume cu un nivel de educație de până în opt clase, 56 cu nivel mediu de specializare, și anume cu un nivel de educație cuprins între nouă și 12 clase, iar 153 cu nivel ridicat de specializare, și anume cu un nivel de educație de peste 12 clase. Nivelul de specializare a fost stabilit în funcție de numărul anilor de studiu încheiați. Vechimea în muncă s-a încadrat în intervalul 0–20 de ani, M = 6.83, AS = 5.14, participanții cu vechimea de 0 ani fiind încă studenți. După criteriul statutului marital, 124 sunt căsătoriți, 6 se află într-o relație, iar 113 sunt necăsătoriți.

Testarea a avut loc în cinci sesiuni diferite, în grupuri de câte 50 de participanți, participând la aceasta trei asistenți de cercetare. Datele demografice sunt cuprinse în Tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1

Datele demografice ale participanților (N = 243)

	M	AS
Gen		
M = 92		
F = 151		
Vârsta	29.54	5.15
Nivel de educație		
< 8 clase = 34		
9–12 clase = 56		
> 12 clase = 153		
Statut marital		
Căsătorit = 124		
Într-o relație = 6		
Necăsătorit = 113		
Vechime în muncă	6.83	5.14

2.4. INSTRUMENTE

1. Testul pentru Coeficientul de Inteligență Emoțională (Emotional Quotient Test) (Singh & Chadha, 2003) s-a utilizat pentru măsurarea inteligenței emoționale-trăsătură. Instrumentul măsoară trei dimensiuni psihologice: sensibilitatea emoțională, maturitatea emoțională și competența emoțională. Testul cuprinde 22 de itemi ce constau în tot atâtea situații posibile și evaluează abilitatea individului de a răspunde cu succes la stimulii emoționali endogeni și exogeni.

Autorii au selectat situațiile prezentate în chestionar din viața reală, acordând o atenție deosebită la tendința oamenilor de a oferi răspunsuri dezirabile în loc de a oferi răspunsuri oneste. Dintr-un total de 41 de situații avute în vedere la construirea chestionarului, au fost păstrate numai 22 care s-au dovedit a fi suficient de neutre pentru a preîntâmpina răspunsurile dezirabile social.

Răspunsurile pentru fiecare dintre cele 22 de situații sunt prestabilite, fiecăruia acordându-i-se un punctaj de 5, 10, 15 sau 20 de puncte. Scorul global se obține prin adunarea punctajelor. Se pot calcula scoruri pentru fiecare subscală în parte.

Satija și Khan (2013) au utilizat instrumentul într-un studiu cu privire la inteligența emoțională ca predictor al stresului ocupațional. Rezultatele au arătat că inteligența emoțională constituie un predictor consistent al stresului ocupațional și că persoanele cu un nivel ridicat al inteligenței emoționale prezintă un stres mai scăzut la locul de muncă.

În studiul nostru, la analiza consistenței interne, s-a obținut un coeficient Cronbach Alpha $\alpha = .63$ la nivel global, iar la analiza pe subscale: Sensibilitatea emoțională $\alpha = .44$, Maturitatea emoțională $\alpha = .43$, Competența emoțională $\alpha = .45$.

2. Emotional Intelligence Questionnaire (Chestionarul pentru Inteligența Emoțională) s-a utilizat pentru măsurarea inteligenței emoționale-competență. Instrumentul a fost elaborat de NHS London Academy în colaborare cu NHS Leadership Academy și este disponibil *online* ca parte integrantă a unui program de *coaching* în domeniul *leadership*-ului. Chestionarul are la bază modelul teoretic formulat de Goleman (1995) și măsoară cinci dimensiuni ale inteligenței emoționale sub formă de competențe emoționale: autoconștientizarea, gestionarea emoțiilor, automotivarea, empatia, abilitățile sociale. Instrumentul cuprinde 50 de itemi, câte 10 pentru fiecare subscală. Instrumentul a fost tradus de noi și trimis apoi spre retroversiune unui psiholog și unui traducător autorizat. După efectuarea corecturilor recomandate de aceștia, s-a adus la forma tipărită, dar și la forma *online* pentru a avea posibilitatea distribuirii mai rapide a acestuia în rândul participanților la studiu.

La analiza consistenței interne s-a obținut un coeficient Cronbach Alpha α = .95 la nivel global, iar la analiza pe subscale: Autoconștientizare α = .87. Gestionarea emoțiilor α = .71, Automotivare α = .78, Empatie α = .86, Abilități sociale α = .84.

3. Mini Emotional Intelligence Test (Minitestul pentru Inteligența Emoțională) (Ghyst și Darnell, 2012) s-a utilizat pentru măsurarea inteligenței emoționale-abilitate. Instrumentul a fost dezvoltat de Ghyst & Associates în colaborare cu Brent Darnell International în scopul măsurării inteligenței emoționale în mediul organizațional. Instrumentul cuprinde 48 de itemi grupați în șase subscale: Percepția de sine, Exprimarea de sine, Relațiile interpersonale, Luarea deciziilor, Managementul stresului, Starea de bine. Scala măsoară abilitățile emoționale și sociale. Ghyst și Darnell (2012) au dezvoltat acest instrument în cadrul programelor de *coaching* pe care le organizează și livrează în industria construcțiilor din USA. Ulterior, chestionarul a fost utilizat pentru diferite categorii de angajați, atât ca instrument de diagnoză, cât și ca modalitate de evaluare a acelor abilități care pot fi dezvoltate prin activități de *training* și mentorat.

Instrumentul a fost tradus de noi și trimis apoi spre retroversiune unui psiholog și unui traducător autorizat. După efectuarea corecturilor recomandate de aceștia, s-a adus la forma tipărită, dar și la forma *online* pentru a avea posibilitatea distribuirii mai rapide a acestuia în rândul participanților la studiu.

La analiza consistenței interne s-a obținut un coeficient Cronbach Alpha α = .96 la nivel global, iar la analiza pe subscale: Percepția de sine α = .89, Exprimarea de sine α = .86, Relațiile interpersonale α = .86, Luarea deciziilor α = .72, Managementul stresului α = .87, Starea de bine α = .73.

4. Scala Auto-Eficacității Generale (General Self-Efficacy Scale, GSE) (Schwarzer și Jerusalem, 1995). Scala a fost dezvoltată în Germania și tradusă ulterior în 28 de limbi, inclusiv în limba română. Cuprinde 10 itemi, iar răspunsurile se oferă pe o scală Likert în patru trepte unde 1 – deloc adevărat și 4 – foarte adevărat. Scorurile obținute se însumează pentru obținerea nivelului de autoeficacitate generală. Exemplu de item: „Reușesc întotdeauna să rezolv problemele dificile, dacă mă străduiesc suficient de mult”.

Instrumentul a fost utilizat în numeroase studii. Luszczynska, Scholz & Schwarzer (2005) au aplicat GSE pentru a analiza relațiile dintre autoeficacitate și diferite alte constructe psihice. Astfel, rezultatele au arătat că autoeficacitatea se asociază pozitiv cu starea de bine și cu comportamentele orientate spre menținerea stării de sănătate, dar și cu strategiile funcționale de *coping*.

Scholz, Gutierrez Dona, Sud, & Schwarzer (2002), ca urmare a unui studiu efectuat cu participarea a 25 de state, au demonstrat că autoeficacitatea generală reprezintă un construct general valabil la nivel global, înregistrând mici diferențe culturale ce necesită o analiză mai profundă.

La analiza consistenței interne s-a obținut un coeficient Cronbach Alpha α = .93.

5. Scala Comportamentului Civic Organizațional (Lee and Allen's Organizational Citizenship Behaviour Scale) (Lee & Allen, 2002). Scala conține 16 itemi, dintre care cei impari măsoară comportamentul civic interpersonal, iar cei pari măsoară comportamentul civic organizațional. Răspunsurile se oferă pe o scală Likert în șapte trepte, unde 1 – niciodată și 7 – întotdeauna. Se poate calcula un scor global sau scoruri pentru fiecare subscală. Exemplu de item: „Îi ajut pe colegii mei care absentează”.

Hui, Lee & Rousseau (2004) au utilizat instrumentul într-un studiu cu privire la gradul de generalizare al contractului psihologic și la relațiile acestuia cu comportamentul civic organizațional. Rezultatele au arătat că instrumentalitatea reprezintă un proces psihologic cu rol de mediere în relația dintre dimensiunea de relație și de echilibru a contractului psihologic și OCB. În același timp, s-a observat o legătură directă între dimensiunea tranzacțională a contractului social și OCB.

Foote și Tang (2008) au realizat un studiu în care au analizat relațiile dintre satisfacția cu munca și comportamentul civic organizațional, folosind Scala Comportamentului Civic Organizațional. La studiu au participat 242 de angajați. În urma unei analize de regresie ierarhică, s-a observat că atât relațiile dintre satisfacția cu munca și OCB, cât și relațiile dintre implicarea în muncă și OCB sunt semnificative statistic. Mai mult de atât, implicarea în muncă s-a dovedit a fi un moderator consistent al relației dintre satisfacția cu munca și comportamentul civic organizațional.

La analiza consistenței interne s-a obținut un coeficient Cronbach Alpha α = .93 la nivel global, iar la analiza pe subscale: OCB Interpersonal α = .80, OCB Organizațional α = .82.

2.5. STATISTICĂ DESCRIPTIVĂ

Inițial s-a efectuat testul Kolmogorov-Smirnov pentru verificarea normalității distribuției datelor, observându-se că pentru anumite variabile nu este îndeplinită condiția de normalitate. Astfel, în analiza statistică a datelor se vor utiliza teste nonparametrice.

Tabelul nr. 2

Testul de normalitate Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov[a]			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IE Trăsătură	.12	243	.00	.93	243	.00
IE Competenţă	.04	243	.20*	.99	243	.77
IE Abilitate	.04	243	.20*	.98	243	.00
Autoeficacitatea generală	.11	243	.00	.95	243	.00
Comportament civic organizaţional	.07	243	.01	.97	243	.00

*. Testul este semnificativ statistic.
a. Corecția semnificației Lilliefors.

3. REZULTATE

În vederea testării ipotezelor stabilite, s-au efectuat o serie de analize statistice prin intermediul programului IBM.SPSS.22.

I1. Se presupune că inteligența emoțională se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea generală.

I1.a. Inteligența emoțională-abilitate se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea.

I1.b. Inteligența emoțională-competență se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea.

I1.c. Inteligența emoțională-trăsătură se asociază pozitiv semnificativ cu autoeficacitatea.

În vederea testării ipotezei I1 s-a efectuat o analiză de regresie pentru a verifica existența unor relații între cele trei tipuri de inteligență emoțională și autoeficacitatea generală.

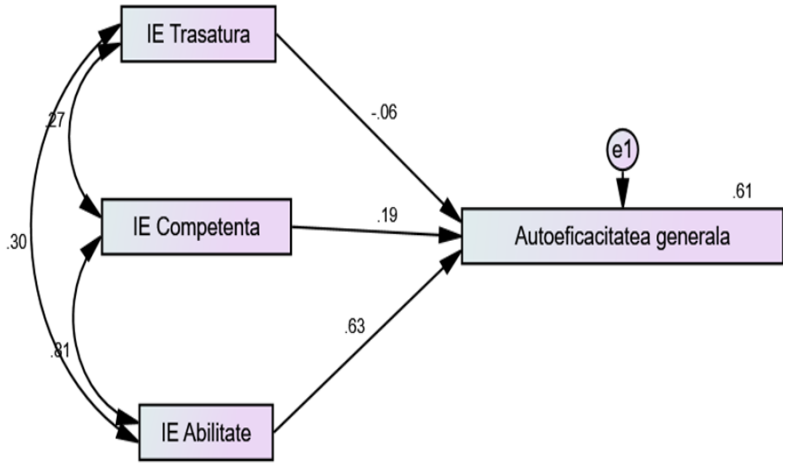

Fig. 1. Modelul de regresie pentru tipurile de inteligență emoțională în relație cu autoeficacitatea generală

Rezultatele au arătat că inteligența emoțională-trăsătură nu se află în relație cu autoeficacitatea, inteligența emoțională-competență prezintă un coeficient de regresie relativ scăzut, β = .19, p = .006, iar inteligența emoțională-abilitate prezintă un coeficient de regresie ridicat și semnificativ statistic, β = .63, p = .000.

Pentru analizarea aprofundată a legăturilor dintre inteligența emoțională-abilitate și autoeficacitatea generală, s-a efectuat o nouă analiză de regresie multiplă, având ca predictori cele șase dimensiuni ale inteligenței emoționale-abilitate.

Rezultatele analizei de regresie arată că cele șase fațete ale IE-abilitate explică o foarte mare proporție din variația autoeficacității generale, 61.5%, R^2 = .62, F(6, 236) = 62.732, p = .00. Dintre cele șase componente ale IE-abilitate, numai trei explică varianța autoeficacității, și anume Percepția de sine, β = .29, p = .00, Luarea deciziilor, β = .20, p = .00 și respectiv Managementul stresului, β = .31, p = .00.

Tabelul nr. 3

Analiza de regresie multiplă pentru Inteligența emoțională-abilitate și Autoeficacitate

		B	ESB	β	t	p
1	(Constant)	5.86	1.98		2.96	.00
	Percepția de sine	.33	.08	.29	4.04	.00
	Exprimarea de sine	-.00	.08	-.00	-.05	.96
	Relațiile interpersonale	.11	.09	.09	1.32	.19
	Luarea deciziilor	.21	.06	.20	3.38	.00
	Managementul stresului	.34	.09	.31	3.93	.00
	Starea de bine	-.03	.16	-.01	-.19	.85

a. Variabila dependentă: Autoeficacitatea generală
b. Notă: R^2 = .62

Cea mai mare putere de explicare a varianței pentru autoeficacitate o deține aici percepția de sine, managementul stresului și luarea deciziilor. Fiind vorba de fațete ale inteligenței emoționale-abilitate, acest rezultat se explică prin contribuția importantă pe care o are implicarea și abilitatea, dar și libertatea de a lua decizii în mediul organizațional pentru dezvoltarea credinței angajatului că poate duce la bun sfârșit sarcinile ce îi revin. În mediul de muncă devine important și managementul stresului, cu cât această dimensiune este mai bine dezvoltată, cu atât autoeficacitatea este percepută ca mai bine consolidată.

În continuare, pentru analizarea în detaliu a legăturilor dintre inteligența emoțională-competență și autoeficacitatea generală, s-a efectuat o nouă analiză de regresie multiplă, având ca predictori cele cinci dimensiuni ale inteligenței emoționale-competență.

Rezultatele analizei de regresie arată că cele cinci fațete ale IE-competență explică o foarte mare proporție din variația autoeficacității generale, 51.5%, R^2 = .52, F(5, 237) = 50.336, p = .00. Dintre cele cinci componente ale IE-competență, numai trei determină o variență semnificativă a autoeficacității generale, și anume Autoconștientizarea emoțiilor, β = .25, p = .00, Automotivarea, β = .41, p = .00 și respectiv Empatia, β = .18, p = .03.

Tabelul nr. 4

Analiza de regresie multiplă pentru Inteligența emoțională-competență și Autoeficacitate

		B	ESB	β	t	p
1	(Constant)	6.59	2.26		2.92	.00
	Autoconștientizarea emoțiilor	.27	.08	.25	3.30	.00
	Gestionarea emoțiilor	.00	.06	.00	.01	.96
	Automotivare	.48	.09	.41	5.19	.00
	Empatie	.19	.09	.18	2.20	.03
	Abilități sociale	-.06	.09	-.05	-.63	.53

a. Variabila dependentă: Autoeficacitatea generală
b. Notă: $R^2 = .52$

Dintre dimensiunile inteligenței emoționale-competență, autoconștientizarea emoțiilor și automotivarea reprezintă fațete ale cunoașterii de sine, ceea ce explică rolul lor important în influențarea nivelului autoeficacității. Empatia se asociază cu autoeficacitatea într-o mai mică proporție deoarece se adresează mai ales celor din jur, nefiind asociată cu competențele personale în mod direct. Astfel, autoeficacitatea este influențată de aspecte ale inteligenței emoționale-competență care țin de cunoașterea de sine, de înțelegerea propriilor limite, dar și a potențialităților personale.

Ținând seama de rezultatele descrise mai sus, se poate spune că ipoteza I1 este susținută de datele analizate, în sensul că inteligența emoțională explică o mare parte din varianța autoeficacității generale.

I2. Se presupune că inteligența emoțională se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

I2.a. Inteligența emoțională-abilitate se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

I2.b. Inteligența emoțională-competență se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

I2.c. Inteligența emoțională-trăsătură se asociază pozitiv semnificativ cu comportamentul civic organizațional.

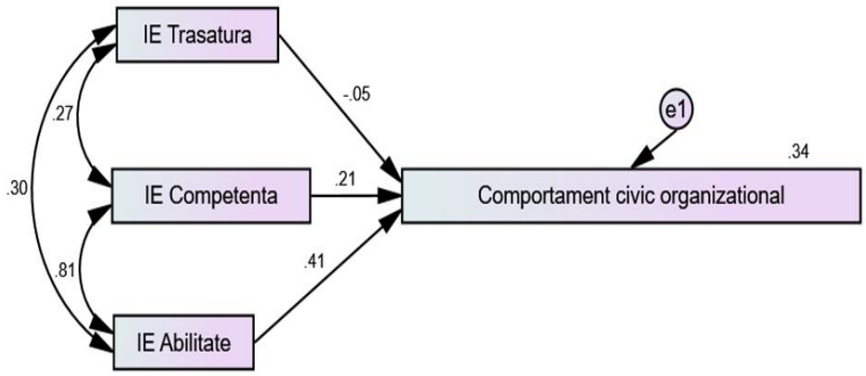

Fig. 2. Modelul de regresie pentru tipurile de inteligență emoțională
în relație cu comportamentul civic organizațional

Rezultatele au arătat că inteligența emoțională-trăsătură nu se află în relație cu comportamentul civic organizațional (OCB), inteligența emoțională-competență prezintă un coeficient de regresie relativ scăzut, β = .21, p = .02, iar inteligența emoțională-abilitate prezintă un coeficient de regresie ridicat și semnificativ statistic, β = .41, p = .00.

Pentru analizarea aprofundată a legăturilor dintre inteligența emoțională-abilitate și OCB, s-a efectuat o nouă analiză de regresie multiplă, având ca predictori cele șase dimensiuni ale inteligenței emoționale-abilitate.

Tabelul nr. 5

Analiza de regresie multiplă pentru Inteligența emoțională-abilitate și OCB

		B	ESB	β	t	p
1	(Constant)	7.44	2.94		2.53	.01
	Percepția de sine	-.07	.12	-.05	-.56	.57
	Exprimarea de sine	.18	.12	.15	1.54	.13
	Relațiile interpersonale	.42	.13	.29	3.35	.00
	Luarea deciziilor	.08	.09	.07	.91	.36
	Managementul stresului	.25	.13	.20	1.96	.05
	Starea de bine	-.06	.24	-.02	-.26	.79

a. Variabila dependentă: Comportament civic organizațional
b. Notă: R^2 = .35

Rezultatele analizei de regresie arată că cele cinci fațete ale IE-abilitate explică într-o oarecare măsură variația comportamentului civic organizațional, 34.6%, R^2 = .35, F(6, 236) = 20.774, p = .00. Dintre cele șase componente ale IE-abilitate, numai una explică varianța comportamentului civic organizațional, și anume relațiile interpersonale, β = .30, p = .00.

Relațiile interpersonale, calitatea acestora și capacitatea indivizilor de a menține aceste relații la un nivel optim constituie un factor determinant al comportamentului civic organizațional. OCB cuprinde acele acțiuni pe care angajații le întreprind dincolo de sarcinile lor de muncă, fără să aștepte recompense sau beneficii de pe urma acestora. Așadar, este explicabil faptul că pe măsură ce calitatea relațiilor interpersonale crește, va crește și volumul acțiunilor pozitive ale indivizilor în mediul organizațional, în grupul de colegi, în echipele în care lucrează.

În continuare, s-a efectuat o nouă analiză de regresie multiplă pentru evidențierea dimensiunilor inteligenței emoționale-competență organizațională care sunt răspunzătoare de varianța OCB.

Rezultatele analizei de regresie arată că cele cinci fațete ale IE-competență explică o mare proporție din variația comportamentului civic organizațional, 31.6%, R^2 = .32, F(5, 237) = 21.889, p = .00. Dintre cele cinci componente ale IE-competență, numai două prezic comportamentul civic organizațional, și anume Empatia, β = .27, p = .01 și Abilitățile sociale, β = .32, p = .00.

Tabelul nr. 6

Analiza de regresie multiplă pentru Inteligența emoțională-competență organizațională și OCB

		B	ESB	β	t	p
1	(Constant)	10.05	3.05		3.29	.00
	Autoconștientizarea emoțiilor	-.15	.11	-.12	-1.36	.18
	Gestionarea emoțiilor	-.00	.09	-.00	-.01	.99
	Automotivare	.17	.13	.13	1.36	.18
	Empatie	.33	.12	.27	2.81	.01
	Abilități sociale	.39	.12	.32	3.16	.00

a. Variabila dependentă: Comportament civic organizațional
b. Notă: $R^2 = .32$

Empatia și abilitățile sociale sunt considerate condiții de bază pentru implicarea în comportamente pozitive, de sprijin și întrajutorare. În absența acestora, nu se poate vorbi despre comportament civic. Dimensiunile inteligenței emoționale-competență, care sunt strict legate de sine, nu constituie predictori ai comportamentului civic organizațional prin simplul fapt că se adresează propriei persoane și nu celor din jur.

Cu privire la inteligența emoțională-trăsătură, aceasta este măsurată în contexte specifice de viață și nu se raportează în mod explicit la contexte de muncă. Este posibil ca din acest motiv să nu poată fi subliniate relații de cauzalitate între dimensiunile acesteia și comportamentul civic organizațional. Pe de altă parte, munca apare mai târziu în dezvoltarea umană, astfel că inteligența emoțională implicată în mediul de muncă poate fi considerată abilitate sau competență și nu trăsătură.

Ținând seama de rezultatele descrise mai sus, se poate spune că ipoteza I2 este susținută de datele analizate, în sensul că inteligența emoțională se asociază cu comportamentul civic organizațional.

4. CONCLUZII ȘI DISCUȚII

Studiul de față și-a propus să stabilească relațiile dintre formele inteligenței emoționale: trăsătură, abilitate, competență organizațională, în primul rând, cu autoeficacitatea în calitate de credință și variabilă intrapersonală și, în al doilea rând, cu comportamentul civic organizațional ca variabilă specifică a contextului de muncă. Aceste două constructe au fost alese pentru a identifica o parte dintre componentele care intră în ecuația inteligență emoțională – carieră.

Inteligența emoțională a fost abordată din trei puncte de vedere, mai întâi ca trăsătură de personalitate, apoi ca abilitate și în cele din urmă ca și competență organizațională. Cele trei accepțiuni ale inteligenței emoționale au fost utilizate pentru a obține o acoperire cât mai largă a dimensiunilor inteligenței emoționale, așa cum sunt ele vehiculate în studiile actuale din literatura de specialitate.

Cu privire la prima ipoteză a cercetării, s-a urmărit verificarea nivelului de asociere al celor trei tipuri de inteligență emoțională și a fațetelor acestora cu autoeficacitatea generală. Numai două dintre cele trei ipoteze specifice au fost susținute de datele analizate.

Inteligența emoțională-trăsătură nu s-a dovedit a fi un factor determinant al varianței autoeficacității generale. Acest rezultat atrage atenția asupra faptului că simpla sensibilitate emoțională nu determină neapărat și sentimentul de încredere în propriile forțe sau capacități. În același timp, competența emoțională nu conduce la sentimentul de competență generală subsumat autoeficacității.

Într-un studiu efectuat în 2015, Khan, Khan, Kawa, Fatima și colab. și-au propus să măsoare relația dintre autoeficacitate și maturitatea socială. La studiu au participat 100 de studenți, iar rezultatele au arătat că există o asociere negativă între autoeficacitate și imaturitatea emoțională și instabilitatea emoțională. Acest fapt subliniază legăturile ce se stabilesc între maturitatea emoțională ca trăsătură de personalitate și autoeficacitate, în sensul că individul își construiește de-a lungul vieții o structură de personalitate relativ solidă, își consolidează nivelul emoțional și poate astfel să se bucure de sentimentul că are toate șansele de a reuși în acțiunile pe care și le propune.

În ceea ce privește inteligența emoțională-competență, cel mai ridicat nivel de variantă pentru autoeficacitatea generală s-a înregistrat la subscalele autoconștientizarea emoțiilor, automotivare și empatie, în timp ce subscalele gestionarea emoțiilor și abilități sociale nu s-au numărat printre factorii de asociere.

Inteligența emoțională-abilitate s-a dovedit a fi cel mai puternic factor de varianță al autoeficacității generale, prin subscalele sale percepție de sine, luarea deciziilor și managementul stresului.

Rezultatele studiului nostru sunt concordante cu cele ale unui studiu realizat de Alrajhi și colab. (2017) cu privire la rolul predictiv al inteligenței emoționale a profesorilor asupra credințelor de autoeficacitate. Componentele inteligenței emoționale orientate spre sine s-au dovedit a fi cu mult mai importante decât componentele centrate pe ceilalți în determinarea credințelor de autoeficacitate.

Cel de-al doilea set de ipoteze ale studiului de față a avut ca scop identificarea nivelului de asociere al inteligenței emoționale cu comportamentul civic organizațional.

Rezultatele au arătat că inteligența emoțională-trăsătură nu reprezintă un factor semnificativ de determinare a varianței comportamentul civic organizațional (OCB).

În mod deloc surprinzător, OCB, reprezentând un set de comportamente orientate spre ceilalți și dincolo de atribuțiile specifice ale unui loc de muncă, s-a dovedit a fi influențat de inteligența emoțională-competență, prin subscalele empatie și respectiv abilități sociale, și de inteligența emoțională-abilitate prin subscala relații interpersonale. Aceste rezultate arată cu prisosință aportul aspectelor inteligenței emoționale care sunt orientate către exterior, către ceilalți, către crearea și menținerea relațiilor, către înțelegerea problemelor celorlalți. Abilitățile sociale au reprezentat întotdeauna o punte către relaționarea cu ceilalți și către sporirea capitalului social.

Rezultatele obținute de noi sunt concordante cu literatura de specialitate, numeroase studii demonstrând că între inteligența emoțională și OCB există puternice relații de dependență. Inteligența emoțională poate îmbunătăți nivelul OCB deoarece sporește calitatea relațiilor și frecvența comportamentelor de întrajutorare. Persoanele cu un nivel ridicat al inteligenței emoționale sunt mai motivate să îi ajute pe ceilalți

și au această abilitate prin prisma capacității lor de a înțelege natura umană. Dudley și Cortina (2008), într-un studiu teoretic, au arătat că abilitățile și cunoștințele, nu numai motivația, sunt esențiale în OCB.

Prentice, Chen & King (2013) au observat că inteligența emoțională se asociază pozitiv cu OCB la angajații din domeniul relațiilor cu clienții. Managerii cu un nivel ridicat al inteligenței emoționale sunt mai dispuși să manifeste comportamente de sprijinire a subordonaților și de a acționa în mod altruist (Antony, 2013).

Miao, Humphrey & Qian (2017) au efectuat o metaanaliză în care au investigat relațiile dintre inteligența emoțională și comportamentul civic organizațional, dar și comportamentul contraproductiv. Autorii au luat în calcul trei tipuri de interpretare și abordare a inteligenței emoționale: trăsătură, abilitate și competență mixtă. Rezultatele au arătat că toate tipurile de inteligență emoțională prezic comportamentul civic organizațional.

Rezultatele studiului de față pot contribui la procesul de selecție a angajaților, în sensul că în grila de interviu pentru angajare se poate include un test de inteligență emoțională în companiile în care este important aspectul relațional al angajaților. În al doilea rând, la nivel individual, o inteligență emoțională ridicată conduce la creșterea credinței de autoeficacitate, ceea ce demonstrează că înțelegerea emoțiilor proprii și ale celorlalți, automotivarea, empatia și tot arsenalul de procese cognitiv-emoționale vor conduce la o mai bună evoluție în viața profesională.

Rezultatele studiului de față pot contribui la procesul de selecție a angajaților, în sensul că în grila de interviu pentru angajare poate cuprinde un test de IE. La nivel individual, o inteligență emoțională ridicată conduce la creșterea credinței de autoeficacitate, ceea ce demonstrează că înțelegerea emoțiilor proprii și ale celorlalți, automotivarea, empatia și tot arsenalul de procese cognitiv-emoționale vor conduce la o mai bună evoluție în viața profesională.

Cariera constituie un palier extrem de important al vieții tinerilor, iar autoeficacitatea ridicată reprezintă dovada propriilor capacități, ceea ce determină posibilități de progres și de autodezvoltare continuă.

În același timp, implicarea în comportamente altruiste, prosociale, de ajutorare a celorlalți marchează momentul stăpânirii propriilor responsabilități și trecerea la nivelul următor. IE poate fi dezvoltată în echipă prin activități care să apropie membrii unei echipe sau ai întregii organizații, poate conduce la coeziunea grupurilor, la stabilirea de obiective comune și la depunerea de eforturi comune pentru atingerea acestora. Rezultatele studiului de față pot contribui la procesul de selecție a angajaților, în sensul că în grila de interviu pentru angajare poate cuprinde un test de IE. La nivel individual, o inteligență emoțională ridicată conduce la creșterea credinței de autoeficacitate, ceea ce demonstrează că înțelegerea emoțiilor proprii și ale celorlalți, automotivarea, empatia și tot arsenalul de procese cognitiv-emoționale vor conduce la o mai bună evoluție în viața profesională.

Primit în redacție la: 23.09.2019

REFERINŢE BIBLIOGRAFICE

1. ALRAJHI, M., ALDHAFRI, S., ALKHARUSI, H., ALBUSAIDI, S., ALKHARUSI, B., AMBUSAIDI, A., & ALHOSNI, K., *The predictive effects of math teachers' emotional intelligence on their perceived self-efficacy beliefs*, Teaching and Teacher Education, **67**, 2017, p. 378–388.
2. BANDURA, A., *Self-efficacy: The Exercise of Control*, New York: W.H. Freeman and Company, 1997.
3. CARMELI, A., & JOSMAN, Z. E., *The Relationship Among Emotional Intelligence, Task Performance, and Organizational Citizenship Behaviors. Human Performance*, **19**, *4*, 2006, p. 403–419.
4. CHAN, D. W., *Perceived emotional intelligence and self-efficacy among Chinese secondary school teachers in Hong Kong*, Personality and Individual Differences, **36**, *8*, 2004, p. 1781–1795.
5. CHIN, S. T. S., ANANTHARAMAN, R. N., & TONG, D. Y. K., *Emotional Intelligence and Organisational Citizenship Behaviour of Manufacturing Sector Employees: An Analysis*, Management, **6**, *2*, 2011, p. 107–125.
6. COBB, C. D., & MAYER, J. D., *Emotional intelligence: What the research says*, Educational Leadership, **58**, *3*, 2000, p. 14–18.
7. DAMASIO, A. R., *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*, New York: Putnam, 1994.
8. DUDLEY, N. M., & CORTINA, J. M., *Knowledge and skills that facilitate the personal support dimension of citizenship*, Journal of Applied Psychology, **93**, 2008, p. 1249.
9. FOOTE, D. A., & TANG, T. L., *Job satisfaction and organizational citizenship behavior (OCB) Does team commitment make a difference in self-directed teams?*, Management Decision, **46**, *6*, 2008, p. 933–947.
10. GEORGE, J. M., *Emotions and leadership: The role of emotional intelligence*, Human Relations, **53**, 2000, p. 1027–1057.
11. GOLEMAN, D., *Emotional intelligence*, New York: Bantam Books, 1995.
12. GOLEMAN, D., *Working with emotional intelligence*, New York: Bantam Books. 1998.
13. GOLEMAN, D., *Inteligenţa emoţională*, Bucureşti: Editura Curtea Veche, 2001.
14. GOLEMAN, D., BOYATZIS, R. E., & MCKEE, A., *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*, Boston: Harvard Business School Press, 2002.
15. GUNDLACH, M. J., MARTINKO, M. J., DOUGLAS, S., *Emotional intelligence, causal reasoning, and the self-efficacy development process*. The International Journal of Organizational Analysis, **11**, *3*, 2003, p. 229–246.
16. HUI, C., LEE, C., & ROUSSEAU, D. M., *Psychological contract and organizational citizenship behavior in China: Investigating generalizability and instrumentality*, Journal of Applied Psychology, **89**, *2*, 2004, p. 311–321.
17. KHAN, M. O., KHAN, M. I., KAWA, M. H., FATIMA, M., & BABY, S., A *Study of Emotional Maturity and Self Efficacy among University Students*, International Journal of Modern Social Sciences, **4**, *2*, 2015, p. 165–173.
18. LEE, K., & ALLEN, N., *Organizational citizenship behavior and workplace deviance: the role of affect and cognitions*, Journal of Applied Psychology, **87,** 2002, p. 131–142.
19. LIM, S.-H., HAN, S.-S., & JOO, Y.-S., *Effects of nurses' emotional intelligence on their organizational citizenship behavior, with mediating effects of leader trust and value congruence*, Japan Journal of Nursing Science, Sector Employees: An Analysis. Management, **6**, *2*, 2018, p. 107–125.
20. LUSZCZYNSKA, A., SCHOLZ, U., & SCHWARZER, R., *The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. The Journal of Psychology*, **139**, *5*, 2005, p. 439–457.
21. MAYER, J. D., DIPAOLO, M., & SALOVEY, P., *Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence*, Journal of Personality Assessment, **54**, 1990, p. 772–778.
22. MAYER, J. D., & SALOVEY, P., *What is emotional intelligence*, New York: Basic Books, 1997, p. 3–31.
23. MAYER, J. D., & SALOVEY, P., CARUSO, D., *Models of emotional intelligence* în STERNBERG, R. J. (ed.): *Handbook of intelligence*, Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2000.

24. MIAO, C., HUMPHREY, R. H., & QIAN, S., *Are the emotionally intelligent good citizens or counterproductive? A meta-analysis of emotional intelligence and its relationships with organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior*, Personality and Individual Differences, **116**, 2017, p. 144–156.
25. MOAFIAN, F., & GHANIZADEH, A, *The relationship between Iranian EFL teachers' emotional intelligence and their self-efficacy in Language Institutes*. System, **37**, 2009, p. 708–718.
26. NARAYANAN, K., *The effect of emotional intelligence on organizational citizenship Behavior*, Asian Journal of Management Research, **7**, *2*, 2016, p. 154–169.
27. PRENTICE, C., CHEN, P. J., & KING, B., *Employee performance outcomes and burnout following the presentation-of-self in customer-service contexts*, International Journal of Hospitality Management, **35**, 2013, p. 225–236.
28. PUFFER, K. A., *Emotional intelligence as a salient predictor for collegians' career decision Making*, Journal of Career Assessment, **19**, *2*, 2011, p. 130–150.
29. RASTEGAR, M., & MEMARPOUR, S., *The relationship between emotional intelligence and self-efficacy among Iranian EFL teachers*, System, **37**, 2009, p. 700–707.
30. SALOVEY, P., & MAYER, J, D., *Emotional Intelligence. Imagination*, Cognition and Personality, **9**, *3*, 1990, p. 185–211.
31. SALOVEY, P., BEDELL, B. T., DETWEILER, J. B., & MAYER, J. D., *Current directions in emotional intelligence research*, New York: Guilford Press, 2000, p. 504–520.
32. SALOVEY, P., & GREWAL, D., *The science of emotional intelligence*, Current Directions in Psychological Science, **14**, 2005, p. 281–285.
33. SCHOLZ, U., GUTIERREZ D., B., SUD, SHONALI, & SCHWARZER, R., *Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries*, European Journal of Psychological Assessment, **18**, *3*, 2002, p. 242–251.
34. SCHWARZER, R., & JERUSALEM, M., *Generalized Self-Efficacy scale*, Windsor, UK: NFER-NELSON, 1995.
35. VANDEWAA, E. A., & TURNIPSEED, D. L., *Emotional Intelligence and Organizational Citizenship Behavior of University Professors*, The International Journal of Interdisciplinary Social Sciences, **6**, *7*, 2012, p. 1–12.
36. WEINER, B., *An attributional theory of achievement motivation and emotion*. Psychology Review, **92**, 1985, p. 548–573.

REZUMAT

În studiul de față, ne-am propus să analizăm inteligența emoțională sub trei forme – trăsătură, abilitate și competență, precum și relațiile care se instaurează între diferitele forme și dimensiuni ale inteligenței emoționale, pe de o parte, și nivelul de autoeficacitate și comportamentul civic organizațional ca și componente ale vieții profesionale ale individului, pe de altă parte. Prin prisma faptului că inteligența emoțională-trăsătură se distinge de celelalte două modele, aceasta nu a prezentat asocieri cu cele două variabile analizate, în schimb, subscalele inteligenței emoționale-abilitate și competență s-au dovedit a fi responsabili de varianța atât a autoeficacității, cât și a comportamentului civic organizațional. La studiu au participat 243 de persoane, 92 de bărbați și 151 de femei cu vârste cuprinse între 18 și 40 de ani. Au fost utilizate 5 instrumente psihometrice – 3 pentru măsurarea inteligenței emoționale, câte unul pentru fiecare formă a ei, și câte un test pentru autoeficacitate și comportament civic organizațional. Pentru atingerea obiectivelor și pentru testarea ipotezelor, s-au efectuat o serie de analize statistice prin intermediul programelor IBM.SPSS.22 (IBM Corp, 2013) și JAMOVI (the jamovi project, 2019).

Rezultatele studiului de față pot contribui la procesul de selecție a angajaților, în sensul că în grila de interviu pentru angajare se poate include un test de inteligență emoțională în companiile în care este important aspectul relațional al angajaților. În al doilea rând, la nivel individual, o inteligență emoțională ridicată conduce la creșterea credinței de autoeficacitate, ceea ce demonstrează că înțelegerea emoțiilor proprii și ale celorlalți, automotivarea, empatia și tot arsenalul de procese cognitiv-emoționale vor conduce la o mai bună evoluție în viața profesională.

REDUCEREA TULBURĂRILOR EMOȚIONALE ÎN BOALA ALZHEIMER

VICTORIA STAN *
Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București

Abstract

Psychological research on Alzheimer's disease (BA) focuses largely on memory, cognitive and behavioral disorders. Empirical studies or research into emotional disturbances of patients with Alzheimer's disease in the advanced stages of the disease are few. Emotion response and control may be deficient from the onset of illness and is accentuated throughout the progression of the disease, which affects the quality of life of patients with BA and their caregivers. This research studies the effects of combination therapy on people with neurocognitive disorders at various stages of disease progression. The objectives of the present research are to establish the most objective methods for controlling emotional disturbances and promoting the emotional approach of BA patients. We evaluated the level of agitation, the physical and verbal aggression, the depression and the level of daily activity of the sample under study, and we compared these levels with those recorded at the end of the study. Participants (N = 80) were divided into two groups, an experimental group (EG) and a control group (CG), each group divided into two subgroups (women and men). The experimental group participated in combined therapy sessions consisting of sensory stimulation exercises, interaction and relaxation). The results obtained by comparison between the two groups show the reduction of emotional manifestations, an improvement of the depression index, daily activity and the overall deterioration of BA patients who participated in psychotherapy sessions benefited from the emotional approach.

Cuvinte-cheie: boala Alzheimer, tulburări emoționale, abordare emoțională, tratament nonfarmacologic.

Keywords: Alzheimer's disease, emotional disorders, emotional approach, nonpharmacological treatment.

1. INTRODUCERE

1.1. BOALA ALZHEIMER

Boala Alzheimer (BA) este o tulburare progresivă ireversibilă a creierului, care distruge memoria și capacitatea de gândire și judecată. În cele din urmă, este afectată capacitatea individului de a îndeplini cele mai simple sarcini, ajungând să fie dependent de îngrijirea oferită de altă persoană. Caracteristicile principale ale

* Școala Doctorală, Universitatea din București, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Departamentul de Psihologie, Șoseaua Panduri nr. 90, sector 5, 50663, București, România; E-mail: victoriastan2000@yahoo.co.uk

bolii Alzheimer sunt afectarea memoriei și dificultatea de a integra noi informații comparativ cu un nivel anterior (DSM 5, pag. 602). Dintre bolile neurocognitive sunt acumularea de proteine, infiltrarea neurofibrilară intracelulară, acumularea de plăci senile extracelulare și pierderea celulelor neuronale existente (Selkoe, 1991). Pe măsură ce se adună informații din cercetările derulate, se evidențiază complexitatea patogenă a tulburării. Blennow și colab. (2006), Maieux și colab (2003) subliniază diferența între BA familială (rar întâlnită), cu debut precoce determinată de mutații genetice, și BA sporadică (des întâlnită), cu cauze eterogene (îmbătrânire, mediu etc.). Procesul neurodegenerativ progresiv conduce la scăderea treptată a funcțiilor cognitive, afectarea fluenței verbale, a atenției, a concentrării, a memoriei și a procesării vizuale (Perry și colab., 1985). Tabloul simptomatic al bolii include manifestări emoționale și comportamentale cum ar fi: tulburări ale memoriei și performanței, modificări de personalitate, agitație, anxietate, apatie, dezinhibare, labilitate emoțională, agresivitate, dromomanie, ostilitate etc. Persoana cu BA este profund afectată de tulburările emoționale care sunt asociate deteriorării cognitive (Levenson și colab., 2014), dar și de cele care apar ca răspuns la frustrare și la mediul înconjurător. Emoțiile fundamentale cum ar fi bucuria, tristețea, furia și rușinea duc la experiențe interioare diferite pentru indivizi, în cazul persoanei cu BA manifestările emoționale sunt mai deranjante chiar decât pierderea memoriei în sine.

1.2. TRATAMENT

Deși nu există vindecare în ceea ce privește BA, în anumite cazuri s-au obținut rezultate de întârziere a deteriorării cu ajutorul unor inhibitori de colinesterază care echilibrează deficitul în neurotransmisia de aminoacizi care au rol în procesarea atențională (Francis și colab., 1999). În lumina noilor dovezi științifice, se sugerează că terapia colinergică poate încetini atrofia creierului (Hampel și colab., 2017). Dovezile empirice sunt necesare pentru descoperirea de noi tipuri de tratament farmacologice, dar și nonfarmacologice care să contribuie la ridicarea nivelului calității vieții pacienților cu BA și a îngrijitorilor lor. Reducerea manifestărilor emoționale ale pacientului cu ajutorul tehnicilor psihoterapeutice este un deziderat, având în vedere că cercetările demonstrează efectele adverse ale antipsihoticelor la vârstnici (Masand, 2000).

1.3. NOI TIPURI DE ABORDARE A BA

Guzman și colab., 2014, au arătat că sentimentele și emoțiile pot persista independent de memoria declarativă care este afectată de tulburările neurocognitive. Tamietto și colab. (2009) arată că tendința spontană a oamenilor de sincronizare a expresiilor faciale cu cele ale altora este numită adesea contagiune emoțională. Această rezonanță emoțională dintre indivizi poate fi mediată pe căi vizuale de origine evolutivă veche, care ocolesc cortexul, reprezentând piatra de temelie pentru comunicarea emoțională și împărtășirea afectivă.

Comportamentul empatic reprezintă însuşirea aptitudinală care dă individului posibilitatea de a se transpune simpatetic, mai mult sau mai puţin, în cadrul relaţiilor cu semenii săi prin solicitare, ca antrenament şi ca experienţă (Hoffman, 1982). Hoffman descrie patru stadii ale empatiei: empatia globală (presupune imitarea emoțiilor celuilalt, la vârsta de un an); empatia egocentrică (apare la copiii cu vârsta cuprinsă între 12 și 18 luni, caracterizată prin diferenţierea emoţiilor celuilalt, dar oferirea unor soluţii egocentrice); empatia pentru emoţiile celuilalt (vine cu creșterea în vârstă, copiii discriminează mai subtil între emoţii și acționează mai puțin egocentric); empatia pentru condiţiile vieţii celuilalt (apare în copilăria târzie sau începutul adolescenţei, răspunzând la condiţia generalizată a celuilalt, și nu doar la situația imediată în care sentimentele sunt exprimate).

Constatările lui Guzman-Velez și colab. (2014) au înregistrat starea emoțională a pacienților cu BA după vizionarea unor clipuri video menite să inducă sentimente de tristețe sau bucurie și au constatat că pacienții pot experimenta stări emoționale care persistă.

Pornind de la aceste cercetări și de la observațiile clinice proprii ale persoanelor cu tulburări neurocognitive, am dezvoltat un model de intervenție psihologică bazat pe emoție. Având în vedere capacitatea de comunicare emoțională existentă la nașterea individului (copiii care plâng atunci când alți copii plâng în maternitate), am ajuns la concluzia că poate fi folosită această calitate înnăscută a pacientului aflat chiar și în stadii avansate ale bolii. Observațiile clinice au venit să confirme presupunerile, exemplul dnei M. cu demență Alzheimer în stadiu avansat, internată într-un Centru de Asistență Medico-Socială, care a fost agresată de o altă pacientă colegă de cameră. Starea ei emoțională s-a deteriorat brusc în urma acestei întâmplări, prezentând agitație și încercări repetate de a părăsi instituția. În lipsa memoriei, ea era ghidată de starea emoțională care a trenat câteva zile, nu știa de ce îi era teamă, dar dorea să părăsească spațiul perceput ca fiind ostil. Spre deosebire de memorie, procesarea emoțională poate fi relativ conservată la pacienții cu boala Alzheimer și acest lucru devine important în stadiile medii și târzii ale bolii (în stadiile terminale ale bolii, pacienții sunt în mare parte a timpului apatici, petrec foarte mult timp dormind sau sunt pur și simplu absenți). Având în vedere observațiile clinice cu privire la contagiunea emoțională a pacientului cu BA, modul în care este tratat pacientul va determina un răspuns emoțional în oglindă (teoria neuronilor oglindă – Gallese și colab., 2002). Abordarea emoțională (căldura emoțională; un ton scăzut și un ritm lent al vorbirii; atingeri ale mâinilor; ușoare mângâieri ale umerilor), folosită de îngrijitori și cadrele medicale care interacționează cu pacienții cu BA și în general cu pacienții cu tulburări neurocognitive în stadiu avansat, poate reduce tulburările emoționale, poate calma pacientul și se poate obține complianță la tratament și îngrijire. De cele mai multe ori, tulburările emoționale ale persoanelor cu BA în stadiu avansat pot fi diminuate prin asigurarea unui mediu sigur și cu o atitudine empatică (făcând apel la contagiunea emoțională – imitarea emoțiilor

celuilalt). O bună cunoaștere a pacientului și a istoriei sale de viață ajută la crearea modalităților de intervenție în situațiile de criză și în general la crearea unor activități stimulative și relaxante.

În cadrul ședințelor de terapie combinată, s-au folosit metode de relaxare, meloterapie, metode expresive și metoda reminiscențelor. În paralel, am lucrat cu îngrijitorii pentru ca aceștia să deprindă tehnici emoționale de gestionare a comportamentelor nedorite ale pacienților.

Studiul de față investighează impactul măsurilor psihoterapeutice și al metodei de abordare emoțională aplicată persoanelor cu BA, în vederea reducerii tulburărilor emoționale. Participanții la studiu au făcut parte dintr-un program care a presupus întâlniri cu frecvență săptămânală, fiind înregistrate modificări ale nivelurilor de agitație, depresie și nivelul activităților zilnice înainte și după încheierea studiului.

2. MOTIVAȚIA ȘI SCOPUL CERCETĂRII

Deteriorarea mentală poate avea o formă galopantă pe fondul tulburărilor emoționale (agitație, agresivitate, depresie etc.). Participarea pacienților la grupuri de psihoterapie combinată poate contribui la reducerea tulburărilor emoționale și la îmbunătățirea într-o anumită măsură a stării generale a pacienților.

În cadrul cercetării s-a folosit o abordare psihoterapeutică inovativă a tulburărilor neurocognitive, pe care am denumit-o *abordarea emoțională a BA*, deoarece se bazează pe empatie și pe capacitatea individului de oglindire (imitație) a emoțiilor celuilalt. Având în vedere cercetările existente și propriile observații clinice, am studiat rezultatul aplicării terapiei combinate, respectiv abordarea emoțională, stimulare emoțională și senzorială, interacțiune și metode de relaxare. Prin folosirea abilităților emoționale de comunicare bidirecțională (recunoașterea, înțelegerea și exprimarea adecvată a expresiilor emoționale bolnav-îngrijitor), se pot obține rezultate favorabile de reducere a tulburărilor emoționale ale pacientului cu BA. Atributele inteligenței emoționale, dobândite timpuriu de individ și unele exersate întreaga viață, sunt foarte valoroase și ajută la orientarea în comunicarea cu ceilalți. Aceste abilități devin foarte importante atunci când avem de-a face cu tulburările neurocognitive în fază avansată și când înțelegerea corectă a nevoilor bolnavului este o sarcină importantă și foarte dificilă.

Având în vedere că nu există vindecare în ceea ce privește tulburările neurocognitive, este foarte importantă îmbunătățirea calității vieții bolnavului și a familiei sale (sau a persoanei care oferă îngrijire).

Scopul cercetării a fost implementarea noii metode de abordare a pacienților cu tulburări neurocognitive, respectiv abordarea emoțională combinată cu metode de stimulare senzorială, interacțiune socială și relaxare. Scopul secundar al cercetării este de a face cunoscută metoda de abordare emoțională a pacienților cu tulburări neurocognitive care s-a dovedit utilă în reducerea agitației, depresiei, agresivității, dromomaniei și poate contribui la îmbunătățirea vieții pacientului.

3. OBIECTIVELE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII

3.1. OBIECTIVELE CERCETĂRII

Cercetarea de față prezintă impactul utilizării abordării emoționale și a terapiei combinate asupra tulburărilor emoționale ale pacienților cu BA. Am folosit metoda de participare la grupuri de lucru cu o frecvență săptămânală a întâlnirilor.

3.1.1. **Obiectivele teoretice** constau în studiul relației între scăderea nivelului tulburărilor emoționale la pacienții cu BA și participarea la ședințe de psihoterapie combinată.

3.1.2. **Obiectivele practice** constau în informarea specialiștilor din domeniul tulburărilor neurocognitive și a familiilor/îngrijitorilor lor cu privire la abordarea emoțională a pacientului în scopul reducerii tulburărilor emoționale și îmbunătățirea vieții sale și a familiei/îngrijitorilor săi.

Impactul practic al cercetării constă în modul de abordare și gestionare a tulburărilor emoționale ale pacientului cu BA de către persoana care oferă îngrijire, cât și într-o subliniere a nevoii de atenție la trebuințele bolnavului. Anticiparea nevoilor pacientului cu BA în stadiu avansat al bolii poate conduce la evitarea sau reducerea tulburărilor emoționale și de comportament.

3.2. IPOTEZELE CERCETĂRII

Formularea ipotezelor cercetării de față au fost conturate în urma observațiilor clinice și nevoii de reducere a tulburărilor emoționale ale pacienților cu BA cu ajutorul metodelor terapeutice nonfarmacologice. Ipoteza că tulburările emoționale la pacientul cu BA pot fi reduse cu ajutorul abordării emoționale m-a condus către combinarea unor metode terapeutice de stimulare senzorială, interacțiune socială și relaxare etc.

Ipoteze:

Dacă scad tulburările emoționale și comportamentale nedorite ale pacientului cu BA, va scădea indicele de deteriorare mentală.

Dacă pacientul cu BA participă la ședințe de psihoterapie combinată, va scădea indicele de depresie.

Dacă pacientul cu BA participă la ședințe de psihoterapie combinată, vor scădea tulburările emoționale și comportamentale aberante.

Dacă scad tulburările emoționale ale pacientului cu BA, va crește indicele de activitate zilnică.

3.3. EȘANTIONUL CERCETĂRII ȘI PROCEDURĂ

Cercetarea de față s-a desfășurat în martie–mai 2018 în București și județul Dâmbovița. Pacienții cu tulburări neurocognitive sunt rezidenți în două Centre de Asistență a persoanelor vârstnice. Studiul randomizat a inclus pacienți cu BA (n = 80), 56 femei și 24 de bărbați, cu vârsta cuprinsă între 67 și 88 de ani. Grupul experimental și de control este format fiecare din 40 persoane. Principiul participării

la studiu a fost respectat și acceptat cu consimțământul pacientului și/sau tutorelui. Eșantionul a constat din 30% bărbați și 70% femei.

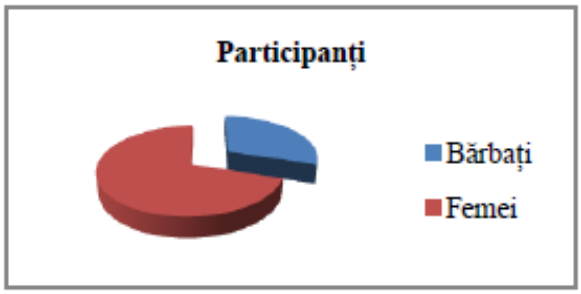

Figura nr. 1. Participanții la studiu

Grupul experimental (EG) și grupul de control (CG) nu diferă foarte mult în funcție de vârstă, F (24, 55) = 0,106, p = 1 sau ca educație, F (3,76) = 2,452, p = 0,07.

Cele două grupuri de participanți sunt formate din pacienți cu tulburări neurocognitive în stadii diferite ale bolii. Pacienții au fost selectați pe baza demonstrării unei tulburări neurocognitive stabilite printr-un diagnostic, înregistrându-se scorul DGS (Scala de deteriorare globală). Personalul medical și de îngrijire a fost pregătit în sensul abordării emoționale a pacientului. Am stabilit un program de psihoterapie combinată cu frecvență săptămânală la care au participat doar pacienții din EG. Persoanele care au fost afectate de o tulburare psihiatrică, tulburare de dezvoltare intelectuală, tulburări ale auzului au fost excluse. Au fost incluse în studiu și persoane cu BA în stadii avansate ale bolii. Ședințele de psihoterapie combinată au avut o durată de două ore și au constat în combinarea exercițiilor de stimulare a simțului tactil, olfactiv (aromaterapie), auditiv (meloterapie), activități de reamintire (metoda terapiei de reminiscențe), desen. În cadrul studiului au fost făcute evaluările participanților la începutul și la sfârșitul studiului, fiind înregistrate nivelurile tulburărilor emoționale, nivelul de activitate zilnică, nivelul de deteriorare mentală și nivelul de depresie. Am investigat nivelul de agitație și comportamentele aberante ale pacientului, având în vedere că acestea sunt asociate cu stresul perceput sau disconfortul resimțit de pacient. Datorită limitărilor sale de comunicare, înțelegere și judecată, pacientul poate deveni furios, agitat, agresiv etc. Datele demografice au inclus vârsta, sexul, starea civilă, statutul ocupațional, educația. Unele date demografice au fost excluse, fiind considerate neconcludente pentru această cercetare.

3.4. INSTRUMENTE

Participanții la studiu au fost evaluați cu o baterie de scale psihopatologice. Prin urmare, funcția cognitivă, fizică și comportamentală a fost evaluată utilizând următoarele instrumente:

Scala de deteriorare globală (GDS), dezvoltată de Barry Reisberg (1982), este un instrument validat de autori și raportat în literatura de specialitate ca având un

interval de fiabilitate înalt cuprins între 0.82–0.97 (Herndon, 2006). Scala oferă o imagine de ansamblu asupra situației etapelor de deteriorare cognitivă pentru cei care suferă de demență degenerativă primară, cum ar fi boala Alzheimer. Aceasta este împărțită în 7 etape, 1–3 sunt etapele pre-demenței. Etapele 4–7 sunt etapele de demență. Începând din etapa 5, individul nu mai poate supraviețui fără asistență. Instrumentul oferă o idee generală despre locul unde se află individul în procesul bolii, observând caracteristicile comportamentale ale bolnavului și comparându-le cu GDS;

Scala de depresie în demență Cornell – CSDD (Alexopoulos și colab., 1988). Scala are o fiabilitate ridicată și un indice al consistenței interne alfa: 0,84. Scorurile totale Cornell corelează (0,83) cu subtipurile depresive de intensitate diferită clasificate conform criteriilor de diagnosticare (Alexopoulos și colab., 1988). Scopul scalei este de a identifica simptomele depresive la pacienții cu demență;

Inventarul de agitație – CMAI (Cohen-Mansfield). Chestionarul conține 29 de itemi evaluați pe o scară de 7 puncte. Scara CMAI evaluează comportamentele agitate ale pacientului din ultimele două săptămâni înainte de administrare. Fiabilitatea inventarului a fost investigată prin metode test-retest, alpha Cronbach și metode *split half*, care au avut un indice de 0,99, 0,92 și respectiv, 0,82 în mai multe studii (Zare și colab., 2012; Bidzan și Bidzan, 2007);

ADL (Katz și colab., 1963) este o scală utilizată pe scară largă care evaluează capacitatea pacientului de a trăi independent – îngrijirea personală, mobilitatea și hrana. Studiile au arătat un înalt indice alpha cronbach (0.92) al consistenței interne a testului (Khoei și colab., 2013), de asemenea Arika și colab. în 2015 au raportat un indice înalt alpha cronbach (0,83) al scalei ADL.

4. REZULTATE

Analiza statistică a datelor a fost efectuată în IBM SPSS Statistics Version 25, ediția pe 64 de biți (web1, 2018). Am comparat grupurile evaluate pe baza scorurilor obținute. Testul Levene de omogenitate a variațiilor a confirmat ipoteza nulă și nu au fost necesare operațiuni de post-procesare. Din cauză că subgrupurile de bărbați din cele două grupuri au avut mai puțin de 25 de membri, testul Mann-Whitney a fost de asemenea efectuat de fiecare dată când era necesar să se valideze rezultatele. Rezultatele pentru scorurile testelor folosite au arătat o puternică corelație. Pentru compararea celor două eșantioane pereche (înainte și după tratament), am folosit t-test. Asta înseamnă că scorurile diferenței sunt distribuite în mod normal în populația supusă cercetării. Atunci când această ipoteză nu a fost îndeplinită s-a folosit testul Wilcoxon Signed-Ranks.

Inițial, grupurile de pacienți nu au înregistrat diferențe semnificative ale stării cognitive (GSD). EG de pacienți au înregistrat scoruri distribuite egal, $F(3, 76) = 1.351$, $p = 0,254 > 0,05$). Analiza coeficientului de deteriorare cognitivă globală (GDS) inițială, a lotului de cercetare (EG și CG), arată că femeile au înregistrat un scor mai mare față de bărbați, scor care s-a accentuat în timp (evaluarea finală).

Tabelul nr. 1

Sinteza coeficientului de deteriorare cognitivă pentru lotul de cercetare				
Sex		GDS(1)	GDS(2)	GDS_dif
B	Mean	2.75	3.00	.25
	N	24	24	24
	Std. Deviation	1.539	1.615	1.073
F	Mean	3.20	3.43	.23
	N	56	56	56
	Std. Deviation	1.494	1.524	.786
Total	Mean	3.06	3.30	.24
	N	80	80	80
	Std. Deviation	1.512	1.554	.875

În Tabelul nr. 2 se arată comparațiile scorurile finale cu cele inițiale obținute pe scala GSD și CSDD. Folosind testul Wilcoxon Signed-Ranks, s-au obținut următoarele rezultate: pentru subgrupul bărbaților din EG, testul a indicat că scorul final GSD (rang mediu = 4,5) a fost mai bun decât scorul inițial (rang mediu = 0,0), Z = -2,828, p = 0,007813, deci există o îmbunătățire cognitivă semnificativă de la o medie de 3,18 la 2,45; pentru subgrupul femeilor din EG, testul a indicat că scorul final GSD (rang mediu = 6) a fost mai bun față de scorul inițial (rang mediu = 0,0), Z = -3,317, p = 0,000977, deci există o îmbunătățire semnificativă în timp din punct de vedere cognitiv de la o medie de 3,38 la 3,00; pentru subgrupul bărbaților din CG, testul a indicat faptul că scorul final GSD (rang mediu = 6) a fost mai slab față de scorul inițial (rang mediu = 0,0), Z = -3,071, p = 0,000977), deci există o degradare a stării cognitive de la o medie de 2,38 la 3,46; pentru subgrupul femeilor din CG, testul a indicat faptul că scorul final GSD a fost mai slab față de scorul inițial Z = -4,707, p = 0,000, deci există o deteriorare cognitivă de la o medie de la 3.00 la 3.98.

Comparând scorurile finale cu cele inițiale obținute pe scala de depresie (CSDD), grupurile de pacienți au avut scoruri distribuite egal, F (3, 76) = 0,89, p = 0,45> 0,05. Testele de omogenitate și de variație au confirmat ipoteza nulă. Astfel, comparând scorul final și scorul inițial pentru CSDD subgrupul bărbaților din EG, testul Wilcoxon Signed-Ranks a indicat că scorul final (rang mediu = 6) a fost mai bun față de scorul inițial (rang mediu = 0,0), Z = -2,964982, p = 0,000977, astfel încât a existat o îmbunătățire semnificativă a scorului depresiei de la o medie de 18,18 la 11,64; pentru subgrupul femeilor din EG, testul a indicat că scorul final (rang mediu = 14,50) a fost mai bun față de cel inițial (rang mediu = 0,0), Z = -4,635537, p = 7.4506E-9, deci și aici a existat o îmbunătățire a scorului depresiei de la o medie de 17,83 la 11,21; comparând scorul final și scorul inițial pentru CSDD subgrupul bărbaților din CG, testul a indicat faptul că scorul final a fost mai slab față de scorul inițial, Z = -3,071, p = 0,000977, deci există o agravare a depresiei de la o medie de 14,92 la 17,38; pentru subgrupul femeilor din CG, testul a indicat faptul că scorul final a fost mai slab față de scorul inițial, Z = -4.559, p = 0.000, deci se constată o accentuare a depresiei de la o medie de 18,56 la 22,44.

Aceste rezultate validează primele două ipoteze ale studiului, respectiv: dacă scad tulburările emoționale și comportamentale nedorite ale pacientului cu BA, va scădea indicele de deteriorare mentală; dacă pacientul cu BA participă la ședințe de psihoterapie combinată, va scădea indicele de depresie.

Confirmarea ipotezei, conform căreia dacă scad tulburările emoționale și comportamentale nedorite ale pacientului cu BA, va scădea indicele de deteriorare mentală, nu trebuie înțeleasă ca regresie permanentă a bolii. Tulburările emoționale și comportamentale reprezintă un factor agravant pentru starea cognitivă a pacientului și reducerea confuziei și a stresului perceput de pacient îl readuce practic pe pacient la un nivel real în cadrul bolii și nu la o extremă cauzată de manifestările afective.

Tabelul nr. 2

Sinteza rezultatelor obținute înregistrate pe scalele GDS și CSDD							
Grupul experimental (EG)							
		GDS (1)	GDS (2)	GDS dif.	CSDD (1)	CSDD (2)	CSDD dif.
(B)	Mean	3.18	2.45	-.73	18.18	11.64	-6.55
	N	11	11	11	11	11	11
	St. deviation	1.601	1.695	.467	4.813	2.656	3.267
(F)	Mean	3.38	3.00	-.38	17.83	11.21	-6.62
	N	29	29	29	29	29	29
	St. deviation	1.720	1.669	.494	5.965	3.075	3.580
Grupul de control (CG)							
		GDS (1)	GDS (2)	GDS dif.	CSDD (1)	CSDD (2)	CSDD dif.
(B)	Mean	2.38	3.46	1.08	14.92	17.38	2.46
	N	13	13	13	13	13	13
	St. deviation	1.446	1.450	.641	8.281	8.431	1.450
(F)	Mean	3.00	3.89	.89	18.56	22.44	3.89
	N	27	27	27	27	27	27
	St. deviation	1.209	1.219	.424	7.459	7.628	1.968
TOTAL	Mean	3.06	3.30	.24	17.65	16.06	-1.59
	N	80	80	80	80	80	80
	St. deviation	1.512	1.554	.875	6.769	7.732	5.758

(1) = evaluare inițială (B) = bărbați
(2) = evaluare finală (F) = femei

În tabelul nr. 3 sunt înregistrate rezultatele testului ADL și CMAI. Indicele de activitate zilnică (ADL) la începutul studiului a arătat o distribuție egală pentru toate grupurile de pacienți. Scorurile inițiale înregistrate pe scala ADL la EG au fost în mod egal distribuite, $F (3, 76) = 1,2$, $p = 0.315 > 0.05$. Testul de omogenitate Levene și de testul Mann-Whitney au confirmat ipoteza nulă.

Comparând scorul final ADL și scorul inițial pentru subgrupul de bărbați din EG, testul Wilcoxon Signed-Ranks a indicat o creștere nesemnificativă, $p = 0,125$, de la o medie de 3,45 la 3,91; comparând scorul final ADL și scorul inițial pentru subgrupul femeilor din EG, testul a indicat că scorul final ADL (rang mediu = 5) a crescut (rang mediu = 0.0), $Z = -4.261$, $p = 0.000005$, deci a existat o îmbunătățire semnificativă a activității zilnice de funcționare de la o medie de 3,14 până la 3,93;

comparând scorul final ADL și scorul inițial pentru subgrupul bărbaților din CG, testul a indicat că scorul final a fost mai slab față de scorul inițial Z = -2,886751, p = 0,003906, deci a existat o scădere în ceea ce privește activitatea zilnică de la o medie de 4,08 la 3.31; comparând scorul final ADL și scorul inițial pentru subgrupul femeilor din CG, testul a indicat faptul că scorul final ADL a fost mai slab față de scorul inițial Z = -4,426, p = 0,000, deci și aici s-a înregistrat o pierdere în ceea ce privește activitatea zilnică de la o medie de 3,52 la 2,64.

Rezultatele testelor pe scala CMAI la începutul studiului au arătat că grupurile de pacienți au avut scoruri egal distribuite, F (3,76) = 2,706, p = 0,051> 0,05. Testul Levene de omogenitatea variantelor a confirmat ipoteza nulă. Participanții de sex feminin au avut scoruri mai mici decât participanții de sex masculin, în ambele grupuri experimental și de control (p = 0,051 ≈ 0,05), la începutul studiului pe scala CMAI, dar o diferență relevantă a fost negată de testul Mann-Whitney. Comparând scorul final CMAI și scorul inițial pentru subgrupul bărbaților din EG, testul Wilcoxon Signed-Ranks a indicat că scorul final (rang mediu = 6) a fost mai bun față de scorul inițial (rang mediu = 0,0), Z = -2,936961, p = 0,000977, astfel încât a existat o îmbunătățire semnificativă în timp de la o medie de 104,09 la 84; Comparând scorul final CMAI și scorul inițial pentru subgrupul femei din EG, testul a indicat că scorul final (rang mediu = 15) a fost mai bun față de scorul inițial (rang mediu = 0,0), Z = -4,706, p = 3,7253E-9, deci a existat o îmbunătățire semnificativă de la o medie de 121,93 la 102.90; Comparând scorul final CMAI și scorul inițial pentru subgrupul bărbaților din CG, testul a indicat faptul că scorul final a fost mai slab față de scorul inițial Z = -3,182713, p = 0,000244, deci a existat o accentuare semnificativă a agitației de la o medie de 126,23 la 136,92; Comparând scorul final CMAI și scorul inițial pentru subgrupul femeilor din CG, testul a indicat faptul că scorul final este mai mare față de scorul inițial Z = -4.545, p = 0.000, deci există o accentuare a agitației de la o medie de 134,59 la 135,85.

Aceste rezultate validează ultimele două ipoteze ale studiului, respectiv: dacă pacientul cu BA participă la ședințe de psihoterapie combinată, vor scădea tulburările emoționale și comportamentale aberante; Dacă scad tulburările emoționale ale pacientului cu BA, va crește indicele de activitate zilnică de viață.

Tabelul nr. 3

Sinteza rezultatelor obținute și înregistrate pe scalele ADL și CMAI							
Grupul experimental (EG)							
		ADL (1)	ADL (2)	ADL dif.	CMAI (1)	CMAI (2)	CMAI dif.
(B)	Mean	3.45	3.91	.45	104.09	84.18	-19.91
	N	11	11	11	11	11	11
	St. deviation	1.635	1.868	.688	47.830	42.080	11.562
(F)	Mean	3.14	3.93	.79	121.93	102.90	-19.03
	N	29	29	29	29	29	29
	St. deviation	1.642	1.580	.620	49.572	45.016	10.175

Tabelul nr. 3 (continuare)

Grupul de control (CG)							
		ADL (1)	ADL (2)	ADL dif.	CMAI (1)	CMAI (2)	CMAI dif.
(B)	Mean	4.08	3.31	-.77	126.23	136.92	10.69
	N	13	13	13	13	13	13
	St. deviation	1.656	1.548	.599	35.455	34.702	10.061
(F)	Mean	3.52	2.67	-.85	134.59	135.85	1.26
	N	27	27	27	27	27	27
	St. deviation	1.156	1.177	.534	30.223	29.295	7.669
TOTAL	Mean	3.46	3.40	-.06	127.49	123.05	-4.44
	N	80	80	80	80	80	80
	St. deviation	1.501	1.572	.972	42.762	46.078	17.646

(1)= evaluare inițială (B) = bărbați
(2) = evaluare finală (F) = femei

5. CONCLUZII

Tulburările emoționale ale pacienților cu Boala Alzheimer grăbesc internarea acestora în centre specializate. Agresivitatea și agitația pot fi cauzate de afecțiuni medicale, disconfort, depresie, funcția cognitivă afectată și de capacitatea redusă de comunicare. În plus, orice schimbare de mediu poate fi o sursă de confuzie și poate declanșa comportamente aberante. În stadiul incipient al bolii, tulburările emoționale pot fi răspuns al frustrărilor acumulate din cauza conștientizării pierderilor. În stadiile avansate ale bolii, tulburările emoționale pot fi răspunsul la neîndeplinirea nevoilor primare, dureri, frici, schimbări de mediu etc. Distrugerea rețelelor neuronale readuce individul la un vechi și binecunoscut model de funcționare (comunicarea nonverbală învățată înainte de comunicarea verbală). Aceste abilități, alături de cele emoționale, empatice și de imitație înnăscute, reprezintă o ancoră în relaționarea cu pacientul cu BA în fază avansată a bolii. Atunci când capacitatea de comunicare verbală este compromisă, capacitatea de imitare a emoțiilor celuilalt este un instrument foarte util pentru a calma pacientul aflat în criză sau pentru a obține complianța acestuia pentru îngrijirile zilnice.

Utilizarea metodelor combinate de terapie (stimulare senzorială, interacțiune și de relaxare) și o abordare emotivă pozitivă pot scădea nivelul de agitație, agresiune și depresie a pacientului cu tulburări neurocognitive. Este foarte important să se dezvolte strategii și tehnici de intervenție psihologică care să ajute la creșterea calității vieții pacienților cu BA și a familiilor lor. Utilizarea abilităților emoționale ale pacienților cu tulburări neurocognitive reprezintă un avantaj care trebuie exploatat. Recomandări de bune practici desprinse din experiența clinică sunt foarte utile îngrijitorilor persoanelor cu tulburări neurocognitive, cât și personalului sanitar. Pentru fiecare pacient se poate crea o fișă de înregistrare a comportamentelor agitate, agresive etc. Înscrierea factorilor de declanșare ai tulburărilor emoționale pentru fiecare pacient poate conduce la stabilirea metodelor de intervenție personalizată. O bună cunoaștere a vieții pacientului poate contribui la stabilirea metodelor de intervenție în concordanță cu abilitățile disponibile ale pacientului în fiecare etapă a bolii.

Confirmarea ipotezei, conform căreia dacă scad tulburările emoționale și comportamentale nedorite ale pacientului cu BA, va scădea indicele de deteriorare mentală, nu trebuie înțeleasă ca regresie permanentă a bolii. Tulburările emoționale și comportamentale reprezintă un factor agravant pentru starea cognitivă a pacientului și reducerea confuziei și a stresului perceput de pacient îl readuce practic pe pacient la un nivel real în cadrul bolii și nu la o extremă cauzată de manifestările afective.

6. LIMITELE STUDIULUI

Numărul redus de participanți reprezintă o limită importantă a acestui studiu, acest lucru restricționând generalizarea rezultatelor obținute. Aspectele de relaționare cu persoanele cu boli neurocognitive trebuie aprofundate, iar rezultatele obținute în cadrul acestui studiu deschid o nouă cale de cercetare în ceea ce privește combinarea metodelor terapeutice și a folosirii metodei de abordare emoțională a pacienților cu tulburări neurocognitive.

Primit în redacție la: 25.07.2019

BIBLIOGRAFIE

1. ALEXOPOULOS, G. S., ABRAMS, R.C., YOUNG, C. R., SHAMOIAN, A. C., *Cornell scale for depression in dementia*, Biological Psychiatry, **23**, 1988, p. 271–284.
2. ARIKA, G., VARANA, H.D., YAVUZA, B.B., KARABULUTB, E., KARAA, O., KILICA, M. K., KIZILARSLANOGLUA, M.C., SUMERA, F., KUYUMCUA, M.E., YESILA, Y., HALILA, M., CANKURTARANA, M., *Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults*, Archives of Gerontology and Geriatrics, **61**, 2015, p. 344–350.
3. BIDZAN, L., BIDZAN, M., *Reliability of The Cohen-Mansfield Agitation Inventory Polish version among demented and non-demented nursing home residents*, Psychiatria Polska, **41**, *6*, 2007, p. 789–97.
4. BLENNOW, K., LEON, M. J., ZETTERBERG, H., *Alzheimer's disease*, The Lancet, **29,** *368*(9533), 2006, p. 387–403.
5. COHEN-MANSFIELD J., *Instruction Manual for the Cohen-Mans-field Agitation Inventory (CMAI)*, The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington; Rockville, Maryland, 1991.
6. FRANCIS P., PALMER A. M., SNAPE M., WILCOCK G. K. *The cholinergic hypothesis of Alzheimer's disease: a review of progress*, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1999, **66**, *2*, p. 137–47.
7. GALLESE, V., FADIGA, FOGASSI, L., RIZZOLATTI, G., *Action representation and the inferior parietal lobule* in PRINZ, W., HOMMEL, B., (Eds.) *Common Mechanisms in Perception and Action: Attention and Performance*, Oxford: Oxford University Press, 2002, **XIX**, p. 334–355.
8. GUZMÁN-VÉLEZ, E.M.A., FEINSTEIN, J. S., TRANEL, D., *Feelings Without Memory in Alzheimer Disease*, Cognitive and Behavioral Neurology, **27**, *3*, 2014, p. 117–129.
9. HAMPEL H. J., MESULAM M. M., CUELLO A. C., KHACHATURIAN A. S., FARLOW M. R., SNYDER P. J., GIACOBINI E., KHACHATURIAN Z., *Revisiting the cholinergic hypothesis in Alzheimer's disease: Emerging evidence from translational and clinical research*, Alzheimer's and Dementia, 1, *135*, 2017.
10. HERNDON, R., *Handbook of Neurologic Rating Scales*, 1997, Demos Medical Publishing, New York.
11. HOFFMAN, M. L., *Affect and moral development*, New Directions for Child and Adolescent Development, **16**, 1982, p. 83–103.

12. KHOEI, M.A., AKBARI, M.E., SHARIFI, F., FAKHRZADEH, H., LARIJANI, B., *Translation and validation of the activities of daily living scale with Iranian elderly cancer patients treated in an oncology unit*, Asian Pacific Journal Cancer Prevention, **14**, *5*, 2013, p. 2731–7.
13. KATZ, S., FORD, A. B., MOSKOWITZ, R. W., JACKSON, B. A., JAFFE, M. W., *Studies of illness in the aged. The index of adl: A standardized measure of biological and psychosocial function*, Journal of the American Medical Association, **185**, 1963, p. 914–919.
14. LEVENSON, R. W., STURM, V. E., HAASE, C. M., *Emotional and behavioral symptoms in neurodegenerative disease: A model for studying the neural bases of psychopathology*, Annual Review of Clinical Psychology, **10**, 2014, p. 581–606.
15. *Manualul de Diagnostic şi Statistică al Tulburărilor Mintale* (DSM-5), Ed. a 5-a, Ed. Medicală Calisto, 2016.
16. MASAND, P. S., *Side effects of antipsychotics in the elderly*, The Journal of Clinical Psychiatry, **61**, suppl. *8*, 2000, p. 43–9.
17. MAYEUX, R., *Epidemiology of neurodegeneration*, Annual Review of Neuroscience, **26,** 2003**,** p. 81–104.
18. PERRY, G., RIZZUTO, N., GAMBETTI, L., GAMBETTI, P., *Paired helical filaments from Alzheimer disease patients contain cytoskeletal components*, PNAS, **82**, *11*, 1985, p. 3916–3920.
19. REISBERG, B., FERRIS, S.H., De LEON, M.J., CROOK, T., *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*, American Journal of Psychiatry, **139**, 1982, p. 1136–1139.
20. SELKOE, D.J., *The molecular pathology of Alzheimer's disease*, Neuron, **6**, *4*, 1991, p. 487–498.
21. TAMIETTO, M., CASTELLI, L., VIGHETTI, S., PEROZZO, P., GEMINIANI, G., WEISKRANTZ, L., GELDER, B., *Unseen facial and bodily expressions trigger fast emotional reaction*, PNAS, **106**, *42*, 2009, 17661–17666.
22. ZARE, M., SHAYEGHIAN, Z., BIRASHK, B., EBRAHIMI, A. A., *Reliability, Validity and Factor Analysis of Cohen-Mansfield Agitation Inventory* (CMAI), Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, **18**, *1*, 2012, p. 67–73.
23. http://www.dementia-assessment.com.au/symptoms/CMAI_Manual.pdf. Accesat 2017.

REZUMAT

Cercetările psihologice asupra bolii Alzheimer (BA) se concentrează în mare parte asupra memoriei, tulburărilor cognitive și comportamentale. Studiile empirice sau cercetarea tulburărilor emoționale ale pacienților cu boala Alzheimer în stadiile avansate ale bolii sunt puține. Răspunsul și controlul emoțiilor pot fi deficitare încă de la debutul bolii și se accentuează pe parcursul progresiei bolii, ceea ce afectează calitatea vieții pacienților cu BA și a îngrijitorilor lor. Această cercetare studiază efectele terapiei cu metode combinate asupra persoanelor cu tulburări neurocognitive în diferite stadii de progresie a bolii. Obiectivele cercetării de față sunt de a stabili metodele cele mai eficiente pentru controlul tulburărilor emoționale și de promovare a metodei de abordare emoțională a pacienților cu BA. Am evaluat nivelul agitației, actele de agresiune fizică și verbală, depresia și nivelul activității zilnice a eșantionului supus studiului și am comparat aceste niveluri cu cele înregistrate la sfârșitul studiului. Participanții (N=80) au fost împărțiți în două grupuri, un grup experimental (EG) și un grup de control (CG), fiecare grup împărțit în două subgrupuri (femei și bărbați). Grupul experimental a participat la ședințe de terapie combinată care au constat în exerciții de stimulare senzorială, interacțiune și relaxare. Rezultatele obținute comparativ între cele două grupuri dovedesc reducerea manifestărilor emoționale, o îmbunătățire a indicelui de depresie, activității zilnice și a deteriorării globale a pacienților cu BA care au participat la ședințe de psihoterapie și au beneficiat de abordarea emoțională.

INTERPERSONAL EMOTION REGULATION – A CONCEPT IN SEARCH OF CLARIFICATION

MARIA NICOLETA TURLIUC, MIHAELA JITARU *
University Alexandru Ioan Cuza
Department of Psychology

Abstract

Interpersonal emotion regulation (IER) is a process through which a person tries to deliberately influence others' emotions. IER is a concept that became more visible in the last years in psychological research. However, the researchers still have some difficulties when it comes to differentiate it from other similar concepts. Therefore, this article aims to make a clear delimitation between IER and other concepts that were used instead throughout the years (emotional contagion, affective presence, impression management, relationship-focused coping, co-regulation or social emotion regulation). This theoretical study brings some explanations to why all these concepts cannot be used interchangeably in research. Also, it presents the importance of IER for the creation and maintenance of various interpersonal relationships. This article synthesizes and presents information about IER that is useful for a better understanding of the concept, an aspect that can make research and practice easier, especially for those that are focused on relationships.

Cuvinte-cheie: reglare emoțională interpersonală; contagiunea emoțiilor; co-reglare; relații interpersonale.

Keywords: interpersonal emotion regulation; emotional contagion; co-regulation; interpersonal relationships.

1. INTRODUCTION

Interpersonal emotion regulation (IER) is a concept that is getting more and more attention, yet it still has some problems when it comes to the conceptualization and the delimitation from other similar concepts (Butler, 2011; Butler, 2015). These aspects make the systematic reviewing of the literature on the IER quite difficult (Butler, 2015). Therefore, this concept needs more clarification, and this article aims to do this. Firstly, we are going to stress the differences between IER and emotion regulation, as well as highlight the effects that emotion regulation has on interpersonal relationships. Secondly, in this article we will highlight and discuss the key characteristics of IER proposed by Niven (2017) and present the models of

* Department of Psychology, University „Alexandru Ioan Cuza", Toma Cozma Street nr. 3, 700554, Iași, Romania; E-mail: mia.jitaru@gmail.com

strategies used when regulating others' emotions. In addition, we will emphasize the theoretical contradictions that exist among the key characteristics proposed by Niven (2017) and Zaki's and Williams' (2013) model and attempt to find possible explanations for them. Thirdly, we are going to highlight the differences and similarities among the concepts that are similar to IER, thus clarifying any confusion that can appear in the conceptualization of IER. Fourthly, we are going to explore the implications of the IER on relationships, especially romantic ones.

1.1. EMOTION REGULATION AND INTERPERSONAL EMOTION REGULATION

The process of emotion regulation can help us change our emotional state (Cole, Martin, & Dennis, 2004; Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2000; Manian & Bornstein, 2009; Thompson, 1994). With the help of this process, we can influence the moment in which an emotion appears, how long it will last and how intense we will experience it (Eisenberg *et al*., 2000). Also, through different strategies, we can change our emotions, negative or positive, by improving or worsening them (Niven, Totterdell, Stride & Holman, 2011). Although the element of control from the previous definition may indicate a deliberate use of strategies to improve or worsen affects, emotion regulation is a process that may also occur at an automatic level (Koole, 2009; Niven, Totterdell & Holman, 2009).

Even though emotion regulation is commonly used to refer to the individual process, there is also evidence for the interpersonal aspect of it. Emotion regulation and IER are differentiated through the manner in which regulation is accomplished. When the same person is both the regulator and the target, the process is intrapersonal emotion regulation (Gross, 1998). If the regulator and the target are different, then we speak about IER (Niven *et al*., 2009; Zaki & Williams, 2013). Intrapersonal emotion regulation plays a role in interpersonal connections (Ben-Naim, Hirschberger, Ein-Dor & Mikulincer, 2013; Lopes, Salovey, Cote, Beers & Petty, 2005; Richards, Butler & Gross, 2003; Vater & Schroder-Abe, 2015) and the way a person generates and manages his/her own emotions can be crucial for the development and maintenance of interpersonal relationships (Ben-Naim *et al*., 2013; Gross & John, 2003; Lopes *et al*., 2005). The adaptive strategies are beneficial for the individual (Haga, Kraft, & Corby, 2009; Quoidbach, Berry, Hansenne & Mikolajczak, 2010) and their social relationships (Ben-Naim *et al*., 2013; Lopes *et al*., 2005; Gross & John, 2003). On the opposite are the maladaptive strategies (Gross & John, 2003; Richards *et al*., 2003).

1.2. MODELS AND KEY CHARACTERISTICS OF IER

Niven, Totterdell and Holman (2009) and Zaki and Williams (2013) developed two of the models of IER strategies. Both of these models are constructed along two dimensions. The classification created by Niven and collaborators (2009) has, as a first dimension, the expectation of the regulator, more precisely, the way the target is going to feel after the use of the strategy (better or worse). The second

dimension is based on whether the regulator is actively trying to change or limit to accepting or rejecting the target's feelings. Zaki and Williams' (2013, p. 805) model describes the "interpersonal regulatory "space" as defined by two dimensions: (a) the target of regulation (the self in intrinsic regulation and another person in extrinsic regulation), and (b) the type of process (response-dependent of response-independent) on which regulation relies."

Next, we will present the key characteristics of IER (Niven, 2017) and how they contradict, to some extent, the model of Zaki and Williams (2013). Also, we will try to find some explanations on how these may co-exist in the theory of IER. Niven (2017) highlights four characteristics: it is a regulatory process (1), it has an affective target (2) and a social target (3), and it is intentional on the part of the regulator (4). Some of these key characteristics might seem in contradiction with the visions of other authors. For instance, the *intentionality* of the process is a key trait of IER in Niven's vision, although emotion regulation and, in extension, IER were previously seen as processes that can happen without the deliberate intention of the regulator (Koole, 2009; Niven *et al*., 2009).

The target of the IER process must be a *social* one (Niven, 2017). Although the process of emotion regulation takes place in a social situation it can be considered as being interpersonal only when there is a regulator that deliberately tries to change the affect state of the target. However, this characteristic is controversial. For example, Zaki and Williams (2013) differentiated between intrinsic and extrinsic IER, an aspect that goes against the idea proposed by Niven (2017). Intrinsic IER is the process through which someone seeks to regulate their own affect state by soliciting contact with another person (Zaki & Williams, 2013). This process is deliberate, but the nature of the target changes from the other to self, thus losing the intentionality from the regulator's part. Also, the regulator is not the one who chooses the target but the other way around. The target chooses the one that is going to be his or her regulator. As such, if we follow the description given by Niven (2017) to IER, what Zaki and Williams (2013) consider being intrinsic IER would not fit the concept.

As we stated earlier, at the moment, there are some inconsistencies in the theory of IER. We highlighted the differences that appear between Niven's (2017) key characteristics and Zaki's and Williams' (2013) model. In the following line, we want to propose some possible explanations for the observed dissimilarities. The main inconsistency observed in the IER theory concerns the intrinsic IER from Zaki's and Williams' (2013) model. This concept, especially the intrinsic response-independent IER, has more in common with intrapersonal emotion regulation, than IER. Firstly, there might be a conceptual overlap with social sharing (Rime, 1989; Rime, Mesquita, Boca, & Philippot, 1991). Both of these processes enable the presentation of one's emotions, but only the intrinsic IER is supposed to have the

intentionality of the target (Zaki & Williams, 2013).Yet, social sharing has multiple functions and responds to multiple needs (Rime, 2007), and some might overlap with those of intrinsic IER as described by Zaki and Williams (2013). Therefore, they might be motivated by the same intent, an aspect that would make these two concepts overlap. Secondly, the existence of intrinsic IER and the lack of intentionality from the regulator's part can be explained through the automation of the emotion regulation type of processes. Intrapersonal emotion regulation can be an automatic process (Gross, 1998; Holman, 2014; Koole, 2009). We can assume that if intrapersonal emotion regulation can become an automatic process through the repetitive use of the strategies (Holman, 2014), then the case of IER the situation will be similar. Therefore, even if the regulator is not aware of the fact that he/she is regulating others' emotions when they present them, the process might still be possible through the automation of it.

2. IER: DIFFERENTIATING IT FROM OTHER CONCEPTS

Under the tag of IER, we can find a vast range of behaviors and processes that may not have the same characteristics and cannot be included in a single category (Butler & Randall, 2013). For instance, the terms of interpersonal affect regulation, interpersonal emotion management and IER are used by some authors interchangeably. Niven and collaborators (2009) consider that the concept of interpersonal emotion management is a broader one which includes the interpersonal affect regulation and therefore shouldn't be used interchangeably. Despite the fact that Niven and collaborators (2009) point out that there are differences between interpersonal affect regulation and interpersonal emotion management, they use the concept of affect regulation as an alternative to the one of emotion regulation. More precisely, the authors define affect regulation using a definition that was previously constructed for emotion regulation as seen in Eisenberg, Fabes, Guthrie and Reiser's (2000) article. Although affect and emotion are viewed as different concepts, the first being a super-ordinate one (Gross & Thompson, 2007), when it comes to the regulation of them it seems that there is not a consensus whether the affect regulation and emotion regulation are the same or different.

There are some interpersonal processes that sometimes might be confused with IER or that were used in the past as an operationalization of it (Dixon-Gordon, Bernecker, & Christensen, 2015). Among these processes are: emotional contagion, affective presence, impression management, relationship-focused coping, co-regulation or social emotion regulation. They have some similarities that can be, at times, confusing for those who want to investigate the process of emotion regulation from an interpersonal perspective. For the following paragraphs, we will present the concepts that can be confounded with or have been used as IER.

2.1. EMOTIONAL CONTAGION AND AFFECTIVE PRESENCE

IER is not the only process that can have an impact on other persons. Emotional contagion and affective presence can lead to similar effects (Niven, 2017). The most important characteristic that differentiates between IER and the two concepts mentioned earlier is the intentionality (Niven, 2017). Emotional contagion is defined as an automatically tendency to synchronize with someone else's movements, expressions, vocalizations and posture, aspects that help, consequent, the person to converge emotionally (Hatfield, Cacioppo & Rapson, 1993). Affective presence is the tendency of individuals to make the others feel in a similar manner, whether it is negative or positive (Eisenkraft & Elfenbein, 2010). Even if a person can change other persons' emotions through affective presence, it does not require intentionality, and the change is dependent on the regulator affect stated and not on the individual's will. Therefore, even if these three concepts, namely IER, emotional contagion and affective presence, may appear on the surface to be similar, they must be seen as different and used accordingly.

2.2. IMPRESSION MANAGEMENT

Self-presentation is the concept which stays at the base of the development of the impression management. The theory of self-presentation describes the attempts a person makes to control the impression that she or he creates in social settings (Goffman, 1959). Impression management is a conscious or subconscious process through which an individual can create, maintain or alter his or her image in another person's eyes (Kleinmann, Ingold & Wilhelmy, 2016). The main difference that surfaces between IER and impression management is the target of the process. Through IER, a person aims to change another individual's emotional state, while through impression management one aims to change the cognition of others. Even if the two processes can intertwine, the first one regulates the emotions, while the other influences the cognition and therefore, they should be revered as different concepts and used in the proper manner.

2.3. RELATIONSHIP-FOCUSED COPING

Another term interchangeably used with IER is relationship-focused coping (Butler, Hollenstain, Shoham & Rohrbaugh, 2014). Relationship-focused coping is a process through which coping strategies are used, during stressful periods, to protect social relationships (O'Brien & DeLongis, 1996). One important characteristic that differentiates relationship-focused coping from IER and that is the stress factor. Stress plays an important role in relationship-focused coping (O'Brien & DeLongis, 1996) because the lack of it would mean that there is no need to use coping strategies to maintain and protect the relationship. In IER, stress does not have the same impact, as the process can take place even when there is not a stressful situation (Niven *et al*., 2009). Therefore, using relationship-focused coping as a means to measure IER would not give the most accurate results, especially if the research is not focused only on stressful situations.

2.4. CO-REGULATION

Some authors, such as Butler and Randall (2013) or Hirschler-Guttenberg, Feldman, Ostfeld-Otzion, Laor and Golan (2015), consider co-regulation as being a specific kind of IER. Others (Sbarra & Hazan, 2008) use attachment as co-regulation, thus further separating the IER from the co-regulation and creating a stronger demarcation line between the two concepts. Even if there might still be some doubts on what co-regulation is or is not, the essential characteristic of this process is that it is bidirectional and it is meant to maintain a homeostasis on the emotional and physiological levels on both partners (Butler & Randall, 2013; Sbarra & Hazan, 2008). If we take into consideration the key characteristics described by Niven (2017), co-regulation cannot be regarded as a specific kind of IER. Firstly, in the definition of co-regulation, it is not specified if it is or not a deliberated process, an aspect that is very important for IER. Co-regulation is not described as an intentional process and its definition revolves more around the results than the process itself. Another important difference that can be found in the definition of the co-regulation is that it requires bi-directionality, while IER does not.

2.5. SOCIAL EMOTION REGULATION

Social proximity was observed to have an important impact on emotions and to regulate them in stressful or even painful situations on nonhuman primates and mice (Gust, Gordon, Brodie & McClure, 1996; Langford *et al*., 2010; Weaver & de Waal, 2003). Observations on humans presented similar results (Kirschbaum, Klauer, Filipp & Hellhammer, 1995; Lepore, Allen & Evans, 1993; O'Donovan & Hughes, 2008; Snydersmith & Cacioppo, 1992). These observations led to the assumption that social emotion regulation, as defined by Coan (2011), is equal to IER. Even if both of them imply that there is a social context, it doesn't necessarily mean that intentionality and an emotional target are also present in social emotion regulation. Therefore, social emotion regulation would not fit the key characteristics of the IER.

3. IER AND INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

IER is present in a variety of relationships and environments (Francis, Monahan & Berger, 1999; Palmateer & Tamminen, 2018; Thoits, 1996; Thompson & Meyer, 2007). It is a social based process (Butler, 2015; Niven, 2017), therefore it will have an important effect on the social connections with others (Buler, 2015; Dias & Paiva, 2013; Niven, Macdonald & Holman, 2012; Niven *et al*., 2009; Palmateer & Tamminen, 2017; Troth, Lawrence, Jordan & Ashkanasy, 2018).

During childhood, caregivers, especially the mother plays a very important role in the development of the emotion regulation of the child (Thompson & Lagattuta, 2006). Mainly in the early stages of childhood, caregivers intervene almost every time when they feel there is the need to regulate the emotions of the

child (Thompson & Meyer, 2007). This is an example of IER that takes place in a very important relationship, one that will help the children develop their own emotion regulation strategies (Thompson, 1990; Thompson, 1994).

The intent of regulating other's emotions does not start at motherhood or fatherhood. Although there is not enough literature to be able to pinpoint the exact manner in which IER develops, there is evidence that it is present from an early age (Lopez-Perez, Wilson, Dellaria & Gummerum, 2016). Also, IER might be developing, as other social behaviors are, through copying behavior or imitation (Over & Carpenter, 2012).

Regulating other's emotions is a process that does not appear just in close relationships, like the one between parents and child. It is present in relations between co-workers (Francis *et al*., 1999; Troth *et al.*, 2017), between medical professionals and patients (Francis *et al*., 1999), between members of personal development groups (Thoits, 1996) or between members of sport teams (Palmateer & Tamminen, 2017). There are instances when the regulation of others' emotions is done in larger groups, more exactly when a single person tries to regulate the emotions of several peoples, *e.g.* the relation between the manager and the employees (George, 2000). Still, in many situations, there are just two persons involved in this process (Horn & Maecker, 2016; Lopez-Perez, Wilson *et al*., 2016; Niven, Holman & Totterdell, 2012; Thompson & Meyer, 2007). Therefore, it can be called dyadic emotion regulation, especially when there is a close relationship as the one between the mother and the infant or the one between the two partners of a romantic couple.

The creation of relationships might also be based on the usage of the IER strategies (Dias & Paiva, 2013; Niven, Garcia, van der Lowe, Holman & Mansell, 2015). A person who uses strategies to regulate the emotions of others is more probable to be perceived as providing intimacy, emotion validation, help and self-validation functions (Dias & Paiva, 2017). Also, the individuals that use more IER strategies are more popular in work and non-work relationships, and in face-to-face and online connections (Niven *et al*., 2015). These aspects may, in turn, contribute to the creation of a bond between the regulator and the target.

As we stated earlier, IER strategies are used in different relationships, such as romantic ones, friendships or work-related relations (Niven, 2015; Niven *et al*., 2012). Yet, the ratio of usage can be different when compared to the type of relationship. The romantic relationship seemed to receive more actions of IER than friendship or work-related relations (Niven *et al*., 2012). Given that the first kind of relationships is associated with the greater well-being (Bao, 2012; Weisskirch, 2017), the creation and maintenance of them are very important for the individual. The creation and maintenance of relationships benefit from the usage of IER, yet they are resource consuming (Bamonti *et al*., 2017; Grillon, Quispe-Escudero, Mathur & Ernst, 2015; Martinez-Inigo, Totterdell, Alcover & Holman, 2007). This aspect may explain why individuals are prone to use more IER strategies in romantic relationships compared to work-related ones or friendships.

4. CONCLUSIONS

IER is a concept that has attracted a lot of attention in the last years (Butler, 2015), yet it still suffers from the lack of a cohesive theory. Starting from this observation we decided to bring together and synthesize, in this article, information that may clarify some theoretical aspects of IER. We started by delimitating the IER from intrapersonal emotion regulation and pin-pointing the crucial differences between the two. Also, we highlighted some of the effects that intrapersonal emotion regulation has on relationships. Then, we presented the key characteristics of IER (Niven, 2017), the classification of strategies employed when managing others' emotions and we analyzed the contradictions that appear in some cases and proposed some explanations for them. To assess what is and what is not IER we proceeded to compare among the characteristics of multiple concepts, as affective presence, emotion contagion, impress management, etc., that were used in the past as IER. At the end of the article we discussed the development of IER and the implications of using it for relationships.

Received at: 1.08.2019

REFERENCES

1. BAMONTI, P., CONTI, E., CAVANAGH, C., GEROLIMATOS, L., GREGG, J., GOULET, C., EDELSTEIN, B., *Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study*, Journal of Applied Gerontology, **38**, *1*, 2019, p. 92–111.
2. BAO, K. J., *The course of well-being in romantic relationships: Predicting positive affect in dating participants.* Psychology, **3**, *12*, 2012, p. 1091–1099.
3. BEN-NAIM, S., HIRSCHBERGER, G., EIN-DOR, T., MIKULINCER, M., *An experimental study of emotion regulation during relationship conflict interactions: The moderating role of attachment orientations*, Emotion, **13**, *3*, 2013, p. 1–14.
4. BUTLER, E. A., *Temporal interpersonal emotion systems: The* "*TIES*" *that form relationships*, Personality and social psychology review, **15**, *4*, 2011, p. 367–393.
5. BUTLER, E. A., *Interpersonal affect dynamics: It takes two (and time) to tango*, Emotion Review, **7**, *4*, 2015, p. 336–341.
6. BUTLER, E. A., HOLLENSTEIN, T., SHOHAM, V., ROHRBAUGH, M. J., *A dynamic state-space analysis of interpersonal emotion regulation in couples who smoke*, Journal of Social and Personal Relationships, **31**, *7*, 2014, p. 907–927.
7. BUTLER, E. A., RANDALL, A. K., *Emotional coregulation in close relationships*, Emotion Review, **5**, *2*, 2013, p. 202–210.
8. COAN, J. A., *The social regulation of emotion*, in DECETY, J., CACIOPPO J. T. (Eds.), Oxford Handbook of Social Neuroscience, New York, Oxford University Press, 2011.
9. COLE, P. M., MARTIN, S. E., DENNIS, T. A., *Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research*, Child development, **75**, *2*, 2004, p. 317–333.
10. DIAS, J., A. PAIVA., *I Want to Be Your Friend: Establishing Relations with Emotionally Intelligent Agents*, In Proceedings of the International Conference on Autonomous Agents and Multi-agent Systems, 2013, p. 777–784.
11. DIXON-GORDON, K. L., BERNECKER, S. L., CHRISTENSEN, K., *Recent innovations in the field of interpersonal emotion regulation*, Current Opinion in Psychology, **3**, 2015 p. 36–42.

12. EISENBERG, N., FABES, R. A., GUTHRIE, I. K., REISER, M., *Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning*, Journal of personality and social psychology, **78**, *1*, 2000, p. 136–157.
13. EISENKRAFT, N., ELFENBEIN, H. A., *The way you make me feel: Evidence for individual differences in affective presence*, Psychological Science, **21**, *4*, 2010, p. 505–510.
14. FRANCIS, L., MONAHAN, K., BERGER, C., *A laughing matter? The uses of humor in medical interactions*, Motivation and emotion, **23**, *2*, 1999, p. 155–174.
15. GEORGE, J. M., *Emotions and leadership: The role of emotional intelligence*. Human relations, **53**, *8*, 2000, p. 1027–1055.
16. GOFFMAN, E., *The presentation of self in everyday life*, New York, Doubleday Publishing, 1959.
17. GRILLON, C., QUISPE-ESCUDERO, D., MATHUR, A., ERNST, M., *Mental fatigue impairs emotion regulation*, Emotion, **15**, *3*, 2015, p. 383–389.
18. GROSS, J. J., *The emerging field of emotion regulation: an integrative review*, Review of general psychology, **2**, *3*, 1998, p. 271–299.
19. GROSS, J. J., JOHN, O. P., *Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being*, Journal of personality and social psychology, **85**, *2*, 2003, p. 348–362.
20. GROSS, J. J., THOMPSON, R. A., *Emotion regulation: Conceptual foundations*, in GROSS, J. J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*, New York, The Guilford Press, 2006.
21. GUST, D. A., GORDON, T. P., BRODIE, A. R., MCCLURE, H. M., *Effect of companions in modulating stress associated with new group formation in juvenile rhesus macaques*, Physiology & behavior, **59**, *4–5*, 1996, p. 941–945.
22. HAGA, S. M., KRAFT, P., CORBY, E. K., *Emotion regulation: Antecedents and well-being outcomes of cognitive reappraisal and expressive suppression in cross-cultural samples*, Journal of Happiness Studies, **10**, *3*, 2009, p. 271–291.
23. HATFIELD, E., CACIOPPO, J. T., RAPSON, R. L., *Emotional contagion*, Current directions in psychological science, **2**, *3*, 1993, p. 96–100.
24. HIRSCHLER-GUTTENBERG, Y., FELDMAN, R., OSTFELD-ETZION, S., LAOR, N., GOLAN, O., *Self-and co-regulation of anger and fear in preschoolers with autism spectrum disorders: the role of maternal parenting style and temperament*. Journal of autism and developmental disorders, **45**, *9*, 2015, p. 3004–3014.
25. HOLMAN, A., *Reglarea emoțională*, in DAFINOIU, I., BONCU, Ș. (Eds.), *Psihologia Socială Clinică*, Iași, Polirom, 2014.
26. HORN, A. B., MAERCKER, A., *Intra-and interpersonal emotion regulation and adjustment symptoms in couples: The role of co-brooding and co*-reappraisal, BMC psychology, **4**, *1*, 2016.
27. JACOBS BAO, K., *The course of well-being in romantic relationships: Predicting positive affect in dating participants*, Psychology, **3**, *12*, 2012, p. 1091–1099.
28. KIRSCHBAUM, C., KLAUER, T., FILIPP, S. H., HELLHAMMER, D. H., *Sex-specific effects of social support on cortisol and subjective responses to acute psychological stress*, Psychosomatic medicine, **57**, *1*, 1995, p. 23–31.
29. KLEINMANN, M., INGOLD, P. V., WILHELMY, A.. I*mpression management*, in WILKINSON, A., JOHNSTONE, S. (Eds.), *Encyclopedia of Human Resource Management*, Cheltenham, Edward Elgar, 2016.
30. KOOLE, S. L., *The psychology of emotion regulation: An integrative review*, Cognition and emotion, **23**, *1*, 2009, p. 138–177.
31. LANGFORD, D. J., TUTTLE, A. H., BROWN, K., DESCHENES, S., FISCHER, D. B., MUTSO, A., ..., STERNBERG, W. F., *Social approach to pain in laboratory mice*, Social neuroscience, **5**, *2*, 2010, p. 163–170.
32. LEPORE, S. J., ALLEN, K. A. M., EVANS, O. W., *Social support lowers cardiovascular reactivity to an acute stressor*, *Psychosomatic Medicine*, **55**, 1993, p. 518–524.
33. LOPES, P. N., SALOVEY, P., CÔTÉ, S., BEERS, M., PETTY, R. E., *Emotion regulation abilities and the quality of social interaction*, Emotion, **5**, *1*, 2005, p. 113–118.

34. LÓPEZ-PÉREZ, B., WILSON, E. L., DELLARIA, G., GUMMERUM, M., *Developmental differences in children's interpersonal emotion regulation*, Motivation and Emotion, **40**, *5*, 2016, p. 767–780.
35. MANIAN, N., BORNSTEIN, M. H., *Dynamics of emotion regulation in infants of clinically depressed and nondepressed mothers*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, **50**, *11*, 2009, p. 1410–1418.
36. MARTINEZ-INIGO, D., TOTTERDELL, P., ALCOVER, C.M., HOLMAN, D., *Emotional Labour and Emotional Exhaustion: Interpersonal and Intrapersonal Mechanisms*, Work and Stress, **21**, 2007, p. 30–47.
37. NIVEN, K., *Why do people engage in interpersonal emotion regulation at work?*, Organizational Psychology Review, **6**, *4*, 2016, p. 305–323.
38. NIVEN, K., *The four key characteristics of interpersonal emotion regulation*, Current opinion in psychology, **17**, *1*, 2017, p. 89–93.
39. NIVEN, K., GARCIA, D., VAN DER LÖWE, I., HOLMAN, D., MANSELL, W., *Becoming popular: interpersonal emotion regulation predicts relationship formation in real life social networks*, Frontiers in psychology, **6**, 2015, p. 1452.
40. NIVEN, K., HOLMAN, D., TOTTERDELL, P., *How to win friendship and trust by influencing people's feelings: An investigation of interpersonal affect regulation and the quality of relationships*, Human Relations, **65**, *6*, 2012, p. 777–805.
41. NIVEN, K., MACDONALD, I., HOLMAN, D., *You spin me right round: cross-relationship variability in interpersonal emotion regulation*, Frontiers in psychology, **3**, 2012, p. 394.
42. NIVEN, K., TOTTERDELL, P., HOLMAN, D., *A classification of controlled interpersonal affect regulation strategies*, Emotion, **9**, *4*, 2009, p. 498–509.
43. NIVEN, K., TOTTERDELL, P., STRIDE, C. B., HOLMAN, D., *Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure*, Current Psychology, **30**, *1*, 2011, p. 53–73.
44. O'BRIEN, T. B., DELONGIS, A., *The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: the role of the big five personality factors*, Journal of personality, **64**, *4*, 1996, p. 775–813.
45. O'DONOVAN, A., HUGHES, B. M., *Access to social support in life and in the laboratory: Combined impact on cardiovascular reactivity to stress and state anxiety*, Journal of Health Psychology, **13**, *8*, 2008, p. 1147–1156.
46. OVER, H., CARPENTER, M., *Putting the social into social learning: explaining both selectivity and fidelity in children's copying behavior*, Journal of Comparative Psychology, **126**, *2*, 2012, p. 182–192.
47. PALMATEER, T., TAMMINEN, K., *A case study of interpersonal emotion regulation within a varsity volleyball team*, Journal of Applied Sport Psychology, **30**, *3*, 2018, p. 321–340.
48. QUOIDBACH, J., BERRY, E. V., HANSENNE, M., MIKOLAJCZAK, M., *Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies*, Personality and individual differences, **49**, *5*, 2010, p. 368–373.
49. RICHARDS, J. M., BUTLER, E. A., GROSS, J. J., *Emotion regulation in romantic relationships: The cognitive consequences of concealing feelings*, Journal of Social and Personal Relationships, **20**, *5*, 2003, p. 599–620.
50. RIME, B., *Le partage social des emotions*, in RIME B., SCHRER K. (Eds.), *Les émotions*, Neuchatel, Delachaux et Niestle, 1989.
51. RIME, B., *Interpersonal emotion regulation*, in GROSS J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York, The Guilford Press, 2007, p. 466–485.
52. RIME, B., MESQUITA, B., BOCA, S., PHILIPPOT, P., *Beyond the emotional event: Six studies on the social sharing of emotion*, Cognition & Emotion, ***5***, *5–6*, 1991, p. 435–465.
53. SBARRA, D. A., HAZAN, C., *Coregulation, dysregulation, self-regulation: An integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery*, Personality and Social Psychology Review, ***12***, *2*, 2008, p. 141–167.

54. SNYDERSMITH, M. A., CACIOPPO, J. T., *Parsing complex social factors to determine component effects: I. Autonomic activity and reactivity as a function of human association*, Journal of Social and Clinical Psychology, **11**, *3*, 1992, p. 263–278.
55. THOITS, P. A., *Managing the emotions of others*, Symbolic Interaction, **19**, *2*, 1996, p. 85–109.
56. THOMPSON, R. A., *Emotion and self-regulation*, in THOMPSON, R. A. (Ed.), *Current theory and research in motivation*, Vol. 36. *Nebraska Symposium on Motivation, 1988: Socioemotional development*, Lincoln, University of Nebraska Press, 1990.
57. THOMPSON, R. A., *Emotion regulation: A theme in search of definition*, Monographs of the society for research in child development, **59**, *2–3*, 1994, p. 25–52.
58. THOMPSON, R. A., LAGATTUTA, K. H., *Feeling and Understanding: Early Emotional Development*, in K. MCCARTNEY, D. PHILLIPS (Eds.), *Blackwell handbooks of developmental psychology. Blackwell handbook of early childhood development*, Malden, Blackwell Publishing, 2006.
59. THOMPSON, R. A., MEYER, S., *Socialization of Emotion Regulation in the Family* in GROSS, J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York, Guilford Press, 2007.
60. TROTH, A. C., LAWRENCE, S. A., JORDAN, P. J., ASHKANASY, N. M., *Interpersonal emotion regulation in the workplace: a conceptual and operational review and future research Agenda*, International Journal of Management Reviews, **20**, *2*, 2018, p. 523–543.
61. VATER, A., SCHRÖDER-ABÉ, M., *Explaining the link between personality and relationship satisfaction: Emotion regulation and interpersonal behaviour in conflict discussions*, European Journal of Personality, **29**, *2*, 2015, p. 201–215.
62. WEAVER, A., DE WAAL, F., *The mother-offspring relationship as a template in social development: Reconciliation in captive brown capuchins (Cebus apella)*, Journal of Comparative Psychology, **117**, *1*, 2003, p. 101–110.
63. WEISSKIRCH, R. S., *Abilities in Romantic Relationships and Well-Being Among Emerging Adults*, Marriage & Family Review, **53**, *1*, 2017, p. 36–47.
64. ZAKI, J., WILLIAMS, W. C., *Interpersonal emotion regulation*, Emotion, **13**, *5*, 2013, p. 803–810.

REZUMAT

Reglarea emoțională interpersonală (REI) este un proces prin intermediul căruia o persoană încearcă în mod deliberat să influențeze emoțiile altora. REI este un concept care a căpătat vizibilitate mai mare în cercetarea psihologică în ultimii ani. Cu toate acestea, cercetătorii au în continuare probleme în a-l diferenția de alte concepte asemănătoare. Prin urmare, acest articol are scopul de a realiza o delimitare clară între REI și alte concepte care au fost utilizate ca alternative în cercetare de-a lungul anilor (contagiunea emoțională, prezența afectivă, managementul impresiilor, coping-ul centrat pe relație, co-reglarea sau reglarea socială a emoțiilor). Acest studiu teoretic explică motivele pentru care toate aceste concepte nu pot fi utilizate interschimbabil în cercetare. De asemenea, este prezentată importanța REI în crearea și menținerea relațiilor interpersonale. Acest articol sintetizează și prezintă informații despre REI care sunt utile pentru o mai bună înțelegere a conceptului, aspect care poate face cercetarea și practica mai ușoară, în mod special pentru cei care sunt interesați de relațiile interpersonale.

DE LA SIGMUND FREUD LA DSM IV – INVENTARUL MECANISMELOR DE APĂRARE PSIHICĂ (PARTEA ÎNTÂI)

DĂNUȚ I. CRAŞOVAN *
Universitatea Eftimie Murgu din Reșița
Facultatea de Științe Sociale

Abstract

The article details one of the reasons for the lack of consensuality regarding maintaining the analysis of the psychic defense, respectively of the mechanisms of psychological defense in DSM V (Vaillant, 2012). Thus, the article offers a retrospective on the evolution, number and conceptual diversification of one of the best known psychoanalytic concepts. clinical utility, respectively of the mechanisms of mental defense. The elimination of the psychological defense mechanisms from the last edition of the DSM caused by the lack of consensus regarding the number of adaptive levels and the number of psychological defense mechanisms (Vaillant, 2012), followed after the validation and introduction of the defense analysis in the previous edition of DSM IV (APA, 2000/2003) in the form of a scale – Psychic Defense Functioning Scale (APA, 2000/2003). Inventory of psychological defense mechanisms begins with the first psychological defense mechanisms, as defined by Sigmund Freud (Freud, A, 2002a) and until the elimination of the psychological defense mechanisms from DSM V (Vaillant, 2012). In this context, the present inventory of the number of psychological defense mechanisms provides an image for each psychological defense mechanism and their variants, as formulated by different authors from the appearance of the concept of psychological defense mechanism to the inclusion and validation of the psychological defense analysis in DSM IV (APA, 2000/2003), being identified a number of 110 psychological defense mechanisms in different forms as conceptualized by different authors from Sigmund Freud until DSM IV (APA, 2000/2003).

Cuvinte-cheie: mecanisme de apărare psihică, Sigmund Freud, DSM IV, DSM V.

Keywords: psychological defense mechanisms, Sigmund Freud, DSM IV, DSM V.

1. INTRODUCERE

Prin introducerea în DSM a unui instrument de analiză a apărării psihice – *Scala de Funcţionare a Apărării* – (APA, 2000/2003) s-a recunoscut faptul că abordarea faptului psihopatologic este imposibilă fără analiza apărării psihice, concomitent existând şi tendinţa de creştere considerabilă a interesului pentru mecanismele de apărare psihică şi diversificarea utlizării practice a acestora (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002).

* Universitatea Eftimie Murgu din Reșița, Facultatea de Științe Sociale, 320085, Reșița, Str. Traian Vuia, Nr. 1–4, Romania; E-mail: d.crasovan@uem.ro).

În prezent, conceptul de mecanism de apărare psihică a depăşit în popularitate toate celelalte concepte psihanalitice, fiind validat de practica clinică, de utilitatea analizei apărării psihice în diagnoza şi prognoza evoluţiei subiectului uman atât pentru condiţia psihopatologică, cât şi pentru condiţia normalităţii psihice. Totodată, analiza apărării psihice depăşeşte câmpul psihopatologiei şi psihoterapiei, devenind curentă în domenii ca prevenţia şi educaţia sanitară, medicina tulburărilor fizice, selecţia profesională, permiţând înţelegerea funcţionării psihice atât normale, cât şi psihopatologice (APA, 1994, 2000/2003; Blackman, 2009; Crasovan, 2011, 2011a; Freud, A., 2000; Freud, S., 2000c, 2007; Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002; Maricuțoiu, Crașovan, 2016).

Analiza diferitelor definiţii (unii autori au o definiţie proprie pentru mecanismele de apărare psihică, deşi, majoritatea, converg spre o definiţie comună) a permis identificarea elementelor comune a acestor mecanisme şi elaborarea unor definiţii complexe, mecanismele de apărare fiind considerate „*procese psihice inconştiente, care vizează reducerea sau anularea efectelor neplăcute ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realitatea internă şi/sau externă, şi ale căror manifestări – comportamente, idei şi afecte – pot fi conştiente sau inconştiente*” (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002, p. 35) sau, conform DSM IV R (APA, 2000/2003), mecanismele de apărare sunt definite ca stiluri de a face faţă ori stiluri de *coping*, fiind considerate „*procese psihologice automate, care protejează individul contra anxietăţii şi contra conştientizării pericolelor sau stresorilor interni sau externi*” (APA, 2003, p. 807). Între cele două forme de apărare psihică, mecanisme de apărare psihică şi mecanisme de *coping*, DSM IV R nu arată existența unor diferenţe, în pofida faptului că cele două forme de adaptare psihică au fost abordate diferit de unii autori, celelalte două forme reprezentând fațete ale aceluiași proces de adaptare psihică (Maricutoiu, Crașovan, 2016).

În prezent, studiul mecanismelor de apărare psihică ocupă un loc central în analiza funcţionării psihice a subiectului uman, studii pe această temă (Crașovan, 2011; Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002) dezvoltându-se pe următoarele direcţii: creşterea importanţei clinice a analizei apărării; identificarea mecanismelor de apărare psihică utilizate, a gradului de maturitate al acestora; identificarea mecanismelor de apărare psihică specifice diferitelor condiţii psihopatologice; identificarea mecanismelor defensive şi a unor parametri ai funcţionării lor, fapt ce permite realizarea de predicţii asupra evoluţiei subiectului uman aflat sub incidența condiţiei psihopatologice, respectiv o posibilă retrospectivă a trecutului defensiv al subiectului uman în cadrul condiţiei psihopatologice; identificarea și/sau transformarea mecanismelor de apărare psihică în cazul tulburărilor psihopatologice şi pe parcursul intervenţiei (psihoterapie sau medicaţie specifică condiţiei medicale); funcţionarea apărării în maladiile de ordin fizic; apariţia şi evoluţia apărării în ontogeneza subiectului uman; elaborarea de tehnici de identificare şi evaluare.

Astfel, articolul are ca scop realizarea unui inventar pentru mecanismele de apărare psihică începând cu Sigmund Freud (Freud, A., 2002; Freud S., 2000c) și până la validarea conceptului, respectiv a instrumentului de analiză a apărării psihice, prin introducerea în DSM III (APA, 1987) și DSM IV (APA, 1994).

În acest context, inventarierea mecanismelor de apărare psihică evidențiază problema numărului acestora raportat la absența consensului referitor la numărul de mecanisme de apărare psihică propus pentru includerea în DSM V, absența consensului determinând excluderea Scalei de Funcționare a Apărării psihice din DSM V (Vaillant, 2012). Totodată, articolul prezintă pentru prima dată un inventar privind evoluția mecanismelor de apărare psihică așa cum apar acestea la diferiți autori, în diferite liste sau instrumente de analiză a apărării psihice, începând cu Sigmund Freud și Ana Freud (Freud, A., 2002; Freud S., 2000c) și până la DSM IV (APA, 2000; 2003), aratând dificultatea alegerii numărului de mecanisme de apărare psihică pentru includerea în DSM V (Vaillant, 2012).

2. INVENTARUL MECANISMELOR DE APĂRARE PSIHICĂ

Pentru fiecare mecanism de apărare psihică – şi variantele acestora – prezentate în lista următoare (într-o inventariere recentă au fost identificate un număr de 89 de mecanisme de apărare sau stiluri pentru a face faţă [Craşovan, 2007]) sunt precizaţi autorii (fiind menționate sursele biblografice secundare – autorul şi anii apariţiei publicației) şi definiţia mecanismelor de apărare psihică sau a variantelor acestora:

– *A face pe bufonul, a lua în derâdere* (Bibring, Dwyer, Huntinton, Valenstein apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate de elaborare a pericolelor percepute de eul subiectului uman prin adoptarea unei atitudini autoironice cu scopul de reducere a anxietății;

– *A fluiera pe întuneric* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă a subiectului uman prin care încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin adoptarea unor acte de evitare a situaţiilor anxioase (de tipul fluieratului în acest caz);

– *A mânca şi a bea* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care eul subiectului uman încearcă gestionarea pericolelor percepute prin consumul irezistibil, repetitiv și excesiv, de alimente sau lichide. Vezi: *abuzul de substanţe* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002);

– *A recurge la gândirea magică* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Mecanism de adaptare psihică, specific adultului psihotic şi copilului în condiția normalității, prin care subiectul uman atribuie calităţi umane unor obiecte fizice cu care întreţine, la nivel imaginar, diferite raporturi. Vezi: *animismul* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002);

– *A te crampona de obiect* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin acroşarea şi fixarea la obiect şi imposibilitatea ruperii legăturii cu obiectul;

– *A te îmbolnăvi* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin refugiul în boală ori acuzarea de afecţiuni reale sau imaginare, deseori asociată cu alt mecanism defensiv, respectiv cu regresia;

– *A te orienta spre estetic* (Bibring *et al.*, 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin adoptarea unor atitudini şi comportamente artistice, estetice, depăşind în acest mod conflictele interne sau externe;

– *Abuzul de substanţe* (Wurmser, 1974 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului (de tipul unor afecte intense) constând în consumul de substanţe;

– *Activitatea fizică/mişcarea fizică* (Twemlow, Sacco, Fonagy, 2008). Modalitate de elaborare a pericolelor percepute de eul subiectului (specifică subiecţilor violenţi) prin care subiectul pune în act propria agresivitate, evitând mentalizarea;

– *Agresivitatea ostilă* (McDevitt, 1985, Symonds, 1946 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă a subiectului uman constând în utilizarea agresivităţii ostile, rezultat al frustrării, pentru blocarea accesului în conştiinţă a gândurilor şi senzaţiilor neplăcute;

– *Alegerea de obiect unisexuală* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, urmare a anxietăţilor asociate relaţiilor heterosexuale, fără a fi o alegere de obiect de tip homosexual, specifică copiilor în perioadele de latenţă şi adolescenţă sau chiar adulţilor, alegerea fiind prezentă la ambele genuri;

– *Altruismul patologic* (Freud, A., 2002). Modalitate defensivă constând în asocierea dintre o proiecție şi o identificare cu victima, de tipul negării dorinţelor orale intense, de dependenţă şi proiectarea lor asupra celui ajutat, simțindu-se îngrijit prin procură, indirect;

– *Animismul* (Freud, S., 2000a). Mecanism de apărare, specific adultului psihotic şi copilului normal (prezent în credinţele, religiile şi miturile civilizaţiei umane), prin care sunt atribuite calităţi umane unor obiecte fizice cu care subiectul întreţine variate raporturi;

– *Anularea* retroactivă *şi ritualurile* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă de evitare a pericolelor sau afectelor neplăcute constând în credinţa subiectului uman prin care se poate opune conştiinţei (supraeului) sau poate realiza un act, urmare a unui sentiment de vinovăţie, pentru care se consideră vinovat, urmând ca ulterior să se poată ispăşi prin autopedepsire la nivelul unui act simbolic;

– *Apatia* (Greenson, 1949 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, constând în absenţa interesului pentru orice activitate sau pentru ceilalţi, manifestată împotriva anxietăţii şi conştientizării dorinţelor pulsionale orale şi sadice;

– *Ascetismul* (Freud, A., 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul gestionează pericolele percepute de eu prin evitarea contactului cu ceilalţi, evitând astfel o serie de neplăceri de tipul: anxietăţii, ruşinii, furiei;

– *Ascetismul adolescentului* (Bibring *et al.*, 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate de elaborare a conflictelor psihice ori a conflictelor externe/situaţiilor traumatice externe, specifică adolescenţei, prin refuzul plăcerilor corporale, sexuale;

– *Blocajul* (Bibring şi colaboratorii, 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul uman blochează funcţiile eului investite pulsional pentru evitarea anxietăţii;

– *Bovarismul* (Gaultier de J., 1993). Modalitate defensivă prin care subiectul gestionează pericolele percepute de eu prin credinţa că propria persoană şi atributele sale sunt altfel decât sunt în mod real, obiectiv, de obicei la superlativ;

– *Clivajul* (Bloch *et al*., 2006; Kernberg, 1975, McDevitt, 1985 apud Blackman, 2009; Roudinesco, Plon, 2002). Mecanism defensiv prin care subiectul percepe obiectul (persoane, părţi ale unor persoane sau alte obiecte) în două părţi distincte (o parte bună, iubită şi o altă parte rea, urâtă), specific unor condiţii psihopatologice, de tipul psihotic şi borderline, în care este clivată imaginea introiectată a celuilalt;

– *Compartimentarea gândirii* (Freud, S., 2001). Modalitate defensivă a subiectului uman constând în înhibarea gândirii şi evitarea legării conexiunilor dintre diferite informaţii pentru a evita teama provocată de aceste asocieri de informaţii;

– *Compensarea* (Plutchick, 1995 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului în raport cu experienţa personală de pierdere şi de inadecvare, specifică afecţiunilor depresive;

– *Compensarea deficienţelor* (Ackerman, Jahoda, 1948 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă a subiectului constând în dezvoltarea unor sentimente de ură împotriva celorlalţi care au deficienţe minore, în comparaţie cu subiectul, sau care nu au deloc deficienţe;

– *Complezenţa/complianţa* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului constând în atitudinea subiectului de supunere pasivă în scopul de evitare a factorilor stresogeni şi a conflictelor;

– *Comportamentul adeziv* (Schilder, 1939 apud Blackman, 2009). Modalitate de apărare împotriva pericolelor percepute de eul subiectului constând în aderarea excesivă la ceilalţi;

– *Comportamentul contrafobic* (Blos, 1962, 1979 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul evită pericolele percepute de eu prin asumarea contactului direct cu obiectul fobic sau exersând activitatea cu încărcătură fobică;

– *Comportamentul evaziv* (Karpman, 1949 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul se protejează de eventualele neplăceri prin minciuni conştiente, calculate, având un scop specific. Comportamentul are atât valenţe patologice (utilizat în exces, în special de subiecţii cu deficienţe la nivelul moralităţii), cât şi normale, adaptative prin raportare la contextul determinant;

– *Comportamentul provocator* (Berliner, 1947, Brenner, 1959, 1982a apud Blackman, 2009; Freud, S., 1999). Modalitate defensivă prin care subiectul se eliberează de pericolele percepute de eu, în mod conştient sau inconştient, prin adoptarea unui comportament inductor de natură sexuală sau agresivă;

– *Concretizarea* (Blos, 1979 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă a subiectului prin care încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin anularea gândirii abstracte şi recurgerea la explicaţii concrete, imediate, legate de faptul fizic, direct observabil;

– *Condensarea* (Arlow, Brenner, 1964 apud Blackman, 2009; Bergeret, 1986/1972; Freud, S., 2003). Modalitate defensivă ce constă în stabilirea unor asocieri ilogice între idei, reprezentări de obiecte sau funcţii mentale disparate, acestea având un caracter simbolic, adiacent;

– *Conduita contrafobică* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă a subiectului prin care încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin adoptarea unor acte şi comportamente de evitare a situaţiilor sau obiectelor fobice/sau a refuzului în act în legătură cu fobia sa specifică;

– *Confabulaţia* (Spiegel, 1985, Target, 1998 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă utilizată pentru conservarea sau creşterea stimei de sine, specifică subiectului uman având deficienţe la nivelul eului, de tipul nerealismului, asociate cu utilzarea unei modalităţi defensive specifice, de tipul grandiozităţii. Este considerată normală pentru copii şi pentru subiecţii având afecţiuni organice de tipul atrofiei cerebrale şi patologică pentru adulţii fără afecţiuni organice (de tipul celor menţionate) sau psihice;

– *Contrainvestirea* (Bergeret, 1986/1972; Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate de elaborare a conflictelor psihice prin existenţa unei energii psihice a eului care se opune descărcării pulsiunii inaceptabile a sinelui;

– *Controlul* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor prin diverse strategii precum: intervenţia prin sugestii, sabotajul, seducţia, complezenţa excesivă;

– *Controlul omnipotent asupra obiectului* (Laplanche şi Pontalis, 1994). Modalitate defensivă specifică copilului în primul an de viaţă, perioada de identificare a copilului cu mama ca obiect total, în care subiectul încearcă gestionarea pericolelor prin: predominarea integrării, a angoasei depresive, culpabilităţii;

– *Controlul prin gândire* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă a subiectului prin care încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin exercitarea unor strategii de tipul: persuasiunii, sugestiei, manipulării, complezenţei;

– *Consumul excesiv de substanţe* (Wurmser, 1974 apud Blackman, 2009). Consumul excesiv a diferitelor substanţe pentru a scăpa de afectele neplăcute;

– *Culturalizarea* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor şi factorilor stresogeni prin orientarea spre acţiuni care cresc nivelul de culturalizare al subiectului, acesta dobândind informaţii, abilităţi şi deprinderi care contribuie la creşterea nivelului intelectual al individului;

– *Deanimarea* (Mahler, 1968 apud Blackman, 2009). Mecanism defensiv, specific psihozelor şi tulburărilor narcisice (întâlnit şi pentru evoluţia normală a

subiectului), prin care subiectul se consideră un obiect, evitând în acest mod responsabilităţile umane, sau mecanism prin care îi consideră pe ceilalţi ca fiind doar obiecte.

– *Dediferenţierea* (Mahler, 1968 apud Blackman, 2009). Mecanism defensiv prin care subiectul evită afectele neplăcute, constând în adoptarea unui comportament aşteptat sau pretins (în mod direct sau indirect) de la ceilalţi parteneri sociali semnificativi pentru acesta;

– *Dedublarea eului* (Bergeret, 1986/1972). Mecanism defensiv primar, de natură psihotică, utilizat de subiectul uman împotriva angoasei de moarte şi de fărămiţare;

– *Dedublarea imagourilor* (Bergeret, 1986/1972). Modalitate defensivă a subiectului uman, de natură psihopatologică, constând în disocierea personalităţii, determinând scindarea eului în două funcţiuni diferite având o evoluţie succesivă sau simultană, una din funcţiuni evoluează normal și conștient, iar cealaltă preia, în mod inconștient, condiția patologică a subiectului. Vezi: *dedublarea eului, clivaj* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002);

– *Delirul* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă patologică a subiectului având ca rezultat abolirea probei realităţii şi căderea apărării;

– *(De)negare* (Bergeret, 1986/1972; Laplanche şi Pontalis, 1994; Roudinesco, Plon, 2002). Modalitate de elaborare a conflictelor psihice prin care subiectul uman formulează dorinţe, gânduri, sentimente până atunci refulate, de care continuă să se apere, negând emiterea acestora (Laplanche şi Pontalis, 1994);

– *Depersonalizarea* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Mecanism defensiv prin care subiectul are sentimentul că percepţia de sine şi propriile afecte aparţin altei persoane, având, totodată, şi sentimentul irealităţii;

– *Detaşarea* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute de eul subiectului uman constând în dezinvestirea sau retragerea investirii de natură afectivă sau agresivă din obiect;

– *Deplasarea temporală într-o situaţie ipotetică viitoare* (Akhtar, 1996 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului împotriva sentimentelor cauzate de nerealizarea dorinţelor, constând într-o fantasmă în care realizarea dorinţelor subiectului sunt deplasate cândva în viitor;

– *Desexualizarea* (Bibring si colaboratorii, 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă împotriva pericolelor percepute de eul subiectului şi legate de propriile pulsiuni sexuale constând în deturnarea/substituirea calităţii unei pulsiuni fără schimbarea obiectului pulsiunii;

– *Dezidentificarea* (Greenson, 1968 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu prin anularea asemănării cu ceilalţi semnificativi din evoluţia personală, de exemplu, unul din părinţi;

– *Dramatizarea* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, constând în suprainvestirea emoţională a comportamentului sau comunicării verbale ca protecţie împotriva absenţei atenţiei din partea celorlalţi;

– *Evitarea* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului prin ocolirea situaţiilor conflictuale sau care pot fi asociate acestor situaţii;

– *Exagerarea* (Sperling, 1963 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului constând în exagerarea unei realităţi sau fapte pentru a ascunde inadecvarea subiectului faţă de sine, de ceilalţi sau faţă de situaţie;

– *Externalizarea* (Glover, 1955 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă, reprezentând un tip de proiecţie, constând în atribuirea unei judecăţi proprii asupra unui act aparţinând subiectului sau în afara sa (altor persoane, societăţii);

– *Forcluderea* (Chemana, 1997; Evans, 2005; Nasio, 1999). Mecanism defensiv teoretizat atât de Freud (constând în respingerea sau expulzarea unei idei sexuale care revine sub forma unei percepţii delirante [Nasio, 1999]), cât şi de Lacan, care consideră acest mecanism ca fiind diferit de refulare şi constând în respingerea de către eul subiectului a unei idei incompatibile împreună cu afectul ei şi adoptarea unui comportament ca şi cum nici nu i-ar fi trecut eului ideea prin minte;

– *Formaţiunea de compromis* (Postel, 1998). Mecanism de apărare în care elementul refulat face irupţie în conştiinţă, unde nu se poate întoarce decât cu condiţia de a nu fi recunoscut, luând forma visului sau simptomului nevrotic;

– *Formaţiunile iluzorii* sau *reveria* (Raphling, 1996 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă conştientă prin care subiectul uman gestionează un conflict psihic prin satisfacerea iluzorie a unei dorinţe şi/sau prin evadarea dintr-o realitate constrângătoare, neplăcută;

– *Francheţea* (Feder, 1974 apud Blackman, 2009). Modalitate inadecvată de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului (împotriva agresivităţii subiectului) constând în adoptarea unei atitudinii oneste şi tăioase;

– *Fotofobia* (Abraham, 1948 apud Blackman, 2009). Modalitate de apărare a subiectului realizată prin evitarea luminii pentru diminuarea sentimentelor de vinovăţie cauzate de tendinţele scoptofilice;

– *Generalizarea* (Loeb, 1982 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului constând în diminuarea sentimentelor de ură şi furie asupra unei persoane, prin extrapolarea şi proiectarea acestor sentimente asupra unui grup detestat în care este inclusă şi persoana detestată;

– *Grandiozitatea* (Blackman, 1987, Kernberg, 1975, Kohut, 1971, Lachman, Stolorow, 1976 apud Blackman, 2009; Freud, S., 2000a). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, constând în existenţa unei păreri excesiv de bune, dar care nu este percepută la fel de ceilalţi, referitoare la propria persoană;

– *Halucinaţia* (Arlow, Brenner, 1964, Garma, 1969 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă, specific psihotică, asociată cu existenţa unui blocaj la nivelul eului subiectului psihotic (blocarea funcţiilor de testare a realităţii, de abstractizare şi de conţinere a proceselor primare) prin care aceştia aud şi/sau văd obiecte care nu există în mod real, prezenţe/realităţi şi manifestări ale acestora la care evită să se gândească;

– *Halucinaţia negativă* (Wimer, 1989 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă refuzarea unei realităţi evidente pentru a evita efectele reale sau simbolice (asociate) neplăcute ale acesteia;

– *Hiperestetismul* (Paniagua, 1999 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului împotriva agresivităţii şi afectelor neplăcute, constând în orientarea spre artă, estetism, frumos;

– *Hiperraţionalitatea* (Freud, S., 2003 apud Blackman, 2009). Modalitate discutabilă de elaborare a conflictelor psihice constând în utilizarea excesivă de către eul subiectului a funcţiei de testare a realităţii şi proceselor secundare (gândire logică orientată temporal) pentru evitarea afectelor;

– *Identificarea* (Bergeret, 1986/1972; Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002; Bloch *et al*., 2006; Roudinesco, Plon, 2002). Modalitate de elaborare a conflictelor psihice constând în „*asimilarea inconştientă (sub efectul plăcerii libidinale şi/sau al angoasei) a unui aspect, a unei proprietăţi sau a unui atribut al celuilalt care conduce subiectul, prin similitudine reală sau imaginară, la transformarea totală sau parţială după modelul celui cu care se identifică*" (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002, p. 190);

– *Imprecizia* (Paniagua, 1999 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului printr-o abordare de suprafaţă, superficială a unei probleme, ocolind aspectele esenţiale;

– *Impulsivitatea* (Lustman, 1966 apud Blackman, 2009). Modalitate de elaborare a conflictelor percepute de eul subiectului prin care subiectul se foloseşte de sex, consumul de alimente, ostilitate pentru a se elibera de tensiune sau de afecte neplăcute;

– *Inautenticitatea* (Akhtar, 1994 apud Blackman, 2009). Modalitate de elaborare a conflictelor percepute de eul subiectului prin care subiectul se protejează împotriva anxietăţii privind propria identitate sau de respingerea determinată de expunerea reacţiilor sale inautentice;

– *Inducerea* (Calef, Dorpat, 2000, Weinshel, 1981 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă a pericolelor percepute de eul subiectului constând în inducerea propriilor tulburări altor persoane sau chiar apariţia de tulburări psihice;

– *Inhibarea unei funcții a eului* (Anthony, 1961 apud Blackman, 2009; Freud, S., 2001). Modalitate defensivă prin care subiectul blochează funcţiile eului investite pulsional (investirea pulsională a eului reprezentând ataşarea de semnificaţii sexuale, ostile sau de altă natură, dar cu conotaţie negativă prin raportare la realitate şi moralitate/supraeu la oricare din funcţiile eului) pentru evitarea sentimentului de vinovăţie, a anxietăţii şi posibilelor reacţii depresive;

– *Intimidarea celorlalţi – comportamentul agresiv tiranic* (Knight, 1942, Vaillant, 1993, 1971 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului şi care permite subiectului să se elibereze de anxietate prin intimidarea și agresarea celorlalţi;

– *Introiecţia* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002; Laplanche şi Pontalis, 2004; apud Blackman, 2009). Modalitate de elaborare a conflictelor psihice constând în „*includerea fantasmatică – a obiectului, a unei părţi a acestuia sau a legăturii cu*

el – care serveşte eului drept reper pentru înţelegerea obiectului exterior de care detaşarea devine astfel posibilă" (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002, p. 212);

– *Introspecţia* (Fogel, 1995, Kohut, 1959 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, constând în utilizarea funcţiei de observator a eului, prin care subiectul se eliberează de tensiune sau evită realităţile externe adoptând o atitudine de analiză, meditativă;

– *Investirea pulsională a unei deficienţe a eului* (Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului împotriva anxietăţii cauzate de sentimentele de ruşine şi vinovăţie, constând în atribuirea deficienţei privind toleranţa la afecte unuia dintre genuri;

– *Investirea pulsională a unei funcţii a eului* (Hartmann, 1953 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul gestionează pericolele percepute în legătură cu sentimentele conflictuale pulsionale, ataşând funcţiilor eului semnificaţii simbolice de natură sexuală sau agresivă;

– *Ipohondria* (Vaillant, 1971 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, constând în transformarea reproşurilor ce trebuie făcute celorlalţi (decurgând din necazuri sau pulsiuni agresive), pentru început în reproşuri adresate propriei persoane şi, mai târziu, în invocarea unor dureri, a unor boli somatice, a unor idei de suicid sau a unei neurastenii;

– *Izolarea afectului* (Brenner, 1982a apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă de evitare sau anulare a angoasei şi/sau anxietăţii afectelor neplăcute prin eliminarea inconştientă a acestor trăiri din conştiinţă;

– *Izolare socială* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate de elaborare a conflictelor psihice constând într-o retragere şi izolare a subiectului, fapt ce va permite reducerea pericolelor şi factorilor stresogeni percepuţi;

– *Înlăturare*. Modalitate de elaborare a conflictelor psihice constând în tentativa de respingere voluntară, în afara câmpului conştiinţei, a unor probleme, sentimente sau experienţe anxioase pentru subiect (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002);

– *Învinovăţirea proiectivă* (Spruiell apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă constând în proiectarea asupra celorlalţi, în mod conştient sau inconştient, a sentimentului de vinovăţie;

– *Limitări ale funcţiei Eului* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitatea defensivă a eului subiectului uman similară inhibării unei funcţii a eului;

– *Locvacitatea* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă a subiectului utilizată împotriva anxietăţii şi afectelor neplăcute constând în susţinerea facilă a unui discurs superficial, inautentic;

– *Logoreea* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul evită pericolele percepute de eu prin dezvoltarea excesivă a unei teme fără legătură cu situaţia/contextul prezent;

– *Minimalizarea* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă ce constă în diminuarea importanţei unei realităţi durerose pentru subiect,

– *Negarea* (Freud, A., 2002; Mitrofan, Buzducea, 1999; Moore, Rubinfine, 1969 apud Blackman, 2009). Mecanism defensiv în care perceperea realităţii este intactă (spre deosebire de halucinaţie, în care este blocată această funcţie a eului), având următoarele forme: negarea *per se*, negarea *prin act*, negarea *prin fantasmă*, negarea *prin cuvânt*;

– *Negativismul* (Levy, Inderbitzin, 1989 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă a subiectului uman constând într-o atitudine de necooperare, ignorare voită sau de respingere sistematică, fără discernământ, a celorlalţi în pofida existenţei unei atitudini pozitive a acestora;

– *Pasivitatea* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul gestionează pericolele percepute fie în mod adaptativ prin adoptarea unei atitudini îngăduitoare, supuse, deliberate şi justificate, fie într-un mod dezadaptativ prin acceptarea automată a unei situaţii în care este necesară acţiunea;

– *Reconstrucţia realităţii* (Freeman, 1962 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului constând în modificarea percepţiei asupra unui fapt (persoană, relaţie, situaţie) după ce în prealabil a refuzat acest fapt;

– *Refugiul prin exagerare* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă a subiectului uman constând în exagerarea situaţiilor sau contextelor percepute ca periculoase, astfel încât se obţine o diminuare a angoasei;

– *Refuzul în cuvinte şi acte* (Freud, A., 2002). Modalitate imatură de apărare psihică a subiectului uman constând în adoptarea unei atitudini de refuz exprimat atât prin limbaj, cât și prin comportament;

– *Refuzul realităţii psihice* (Laplanche şi Pontalis, 1994). Modalitate defensivă a subiectului uman constând în refuzarea realităţii unei percepţii considerate ca fiind traumatizante;

– *Regresia* (Bergeret, 1986/1972; Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002; Freud, A., 2002a; Freud, A., 2002; Laplanche şi Pontalis, 1994). Modalitate de apărare a subiectului, activată de pericole interne sau externe, constând într-o revenire (variabilă din punct de vedere a organizării şi perioadei de timp) la stadii anterioare (de tipul: relaţiilor de obiect, stadiilor dezvoltării psihosexuale, identificări, complexităţii şi organizării expresiei şi comportamentului) parcurse de subiect în cursul dezvoltării individuale;

– *Reliefarea afectelor* (Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Utilizarea intensă și inconștientă a afectelor și sentimentelor în scop defensiv;

– *Reparaţia* (Laplanche şi Pontalis, 1994). Modalitate defensivă a subiectului uman constând în tendinţa subiectului de reparaţie a efectelor fantasmelor sale asupra obiectului investit afectiv;

– *Reticenţa* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului, constând în refuzul sau limitarea comunicării verbale, încercând în acest mod să se protejeze de aspectele considerate neplăcute la propria persoană;

– *Retracţia eului* (Sillamy, 2000). Mecanism de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului constând în renunţarea subiectului la orice act sau activitate care poate aduce plăcere;

– *Ritualizarea* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002; Craşovan, 2009). Modalitate defensivă constând în stabilirea unei anumite ordini a evenimentelor, acţiunilor sau comportamentelor prin care se realizează o pierdere a sensului, dar care reapare implicit în forma sau ordinea încărcată de sens magic;

– *Ruminarea mentală* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului printr-o analiză excesivă a unui aspect al realităţii subiectului;

– *Seducerea agresorului* (Loewenstein, 1957 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute (teama de cineva) prin adoptarea unui comportament sexual seductiv;

– *Sexualizarea* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate defensivă a subiectului uman constând în dotarea unui obiect sau funcţii cu o semnificaţie sexuală pe care nu o aveau anterior sau pe care o deţineau în mai mică măsură în scopul diminuării anxietăţii legate de unele pulsiuni sau reacţii interzise;

– *Simbolizarea* (Arlow, Brenner, 1964 apud Blackman, 2009; Freud, S., 2003). Modalitate defensivă prin care subiectul uman acordă o semnificaţie specială, iraţională unui anumit aspect al funcţionării mentale;

– *Socializarea şi distanţarea* (Sutherland, 1980 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul îşi foloseşte abilităţile sociale pentru evitarea stărilor şi gândurilor angoasante, periculoase;

– *Somatizarea* (Deutch, 1959, Kernberg, 1975 apud Blackman, 2009; DSM III, 1987). Modalitate defensivă constând în acordarea unei atenţii speciale propriului corp pentru a evita conflictele percepute de eul subiectului în legătură cu pulsiunile orale, sexuale sau agresive;

– *Ticul psihogen* (Aarons, 1958 apud Blackman, 2009). Modalitate de gestionare a conflictelor psihice a subiectului care evită conştientizarea conflictelor prin descărcarea tensiunii emoţionale şi furiei printr-un spasm muscular;

– *Traducerea în act* (Bibring *et al*., 1961 apud Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002). Modalitate de elaborare a pericolelor percepute de eul subiectului uman prin care acesta evită mentalizarea punând în act afecte ori propria agresivitate;

– *Transferul* (Blum, 1982, Loewenstein, 1957, Marcus, 1971, 1980 apud Blackman, 2009; Freud, A., 2002; Freud, S., 2004; Roudinesco, Plon, 2002). Modalitate defensivă de gestionare a pericolelor percepute de eul subiectului constând în deplasarea amintirilor referitoare la persoane, situaţii şi relaţii din trecutul subiectului asupra unor persoane, situaţii şi relaţii din prezent, urmând ca subiectul să utilizeze vechile modalităţi defensive, din trecut, prin repetarea simbolică a acestora;

– *Transformarea în contrariu (a pulsiunilor)*, (Bergeret, 1986/1972; Freud, A., 2002; Laplanche şi Pontalis, 1994). Mecanism defensiv prin care pulsiunea conflictuală este înlocuită cu pulsiunea contrară, de tipul trecerii de la activitate la pasivitate (sau invers), de exemplu, sadism-masochism sau voyeurism-exibiţionism ori obiectul pulsiunii se poate schimba, prin trecerea de la propria persoană la celălalt;

– *Transformarea pasivităţii în activitate* (Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care eul subiectului gestionează pericolele percepute fie prin trecerea la acţiune (motivată de tendinţa eliberării de tensiunea aşteptării), fie prin asumarea unei decizii inevitabile care urmează să fie luată de alte persoane;

– *Un afect versus altul* (Ackerman, Jahoda, 1948 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care subiectul încearcă gestionarea pericolelor percepute de eu constând în focalizarea asupra elaborării unei emoţii neutre/suportabile în timp ce trăirea afectului periculos este amânată sau substituită;

– *Violenţa fizică* (Glasser, 1992 apud Blackman, 2009). Modalitate defensivă prin care eul subiectului gestionează pericolele percepute de tipul urii, vinovăţiei şi anxietăţii asociate unui obiect, constând în tendinţa de anulare a obiectului.

3. CONCLUZII

În concluzie, se poate observa că orice comportament al subiectului uman are potenţial defensiv de adaptare psihică la oricare nivel de expresie (activitate mentală sau comportament manifest) dacă în acest mod îl protejează pe subiect de trăirea unor emoţii neplăcute. Astfel, toate actele, atitudinile, comportamentele subiectului uman, conștiente sau inconștiente, pot fi considerate fie mecanisme de apărare psihică, fie atitudini exteriorizate, comportamente manifeste sau atitudini mentale, interioare, având funcţii de apărare în raport cu ceva (Wildocher, 1972).

Raportat la perioada analizată, respectiv de la elaborarea conceptului de mecanism de apărare psihică de către Sigmund Freud (Freud, A., 2002; Freud S., 2000c) și până la validarea conceptului şi instrumentului de analiză a apărării psihice prin introducerea în DSM III (APA, 1987) și DSM IV (APA, 1994), articolul oferă o inventariere a numărului și diferitelor forme ale apărării psihice, așa cum apărările au fost formulate şi utilizate în practica clinică sub forma unor diferite instrumente de analiză a mecanismelor de apărare psihică (Blackman, 2009; Crașovan, 2011; Ionescu, Jacquet, Lhote, 2002; Laplanche şi Pontalis, 1994; Crașovan și Maricuțoiu, 2012).

De asemenea, articolul evidențiază una dintre cauzele excluderii mecanismelor de apărare psihică din DSM începând cu DSM V (Vaillant, 2012), urmare a lipsei de consensualitate privind numărul mecanismelor de apărare psihică. Aşa cum se poate observa, această inventariere arată existența a 110 mecanisme de apărare psihică, numărul acestora fiind cu mult peste numărul mecanismelor de apărare psihică acceptate în DSM (APA, 1987; APA, 1994) sub forma unui instrument de analiză a apărării psihice, respectiv a *Scalei de Funcţionare a Apărării,* instrument care include 27 de mecanisme de apărare psihică (APA, 1994). Totodată, Chestionarul

DSQ 60, tradus, adaptat și validat pe eșantion românesc (Crașovan și Maricuțoiu, 2012), considerat ca fiind cel mai utilizat instrument de analiză a mecanismelor de apărare psihică, instrumentul fiind inclus în American Psychiatric Association's Handbook of Psychiatric Measures (APA, 2000), evaluează tot un număr restrâns de 30 de mecanisme de apărare psihică compatibile cu mecanismele de apărare psihică incluse în DSM IV (APA, 1994/2003).

Articolul are utilitate didactică prin prezentarea, în mod sumar, a unei retrospective asupra apariției conceptului, evoluţiei și numărului mecanismelor de apărare psihică începând cu Sigmund Freud și Ana Freud (Freud, A., 2002; Freud S., 2000c) și până la DSM IV (APA, 2000; 2003). Totodată, articolul are și utilitate practică prin prezentarea concisă a fiecărui mecanism de apărare psihică inventariat, oferind practicienilor o perspectivă clară și concisă asupra modului de funcționare a mecanismelor de apărare psihică.

Primit în redacţie la: 21.08.2019

BIBLIOGRAFIE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale*, ediția a IV-a revizuită (DSM-IV-TR), București, Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4 (DSM-IV-TR), Washington, 2000.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), Washington, 1994.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), Washington, 1987.
5. BERGERET, J., *Psychologie pathologique*, Paris, Masson, 1972/1986.
6. BLACKMAN, J. S., *101 apărări. Cum se autoprotejează mintea*, Bucureşti, Editura Trei: 2009.
7. BLOCH, H. *et al*., (coord.), *Marele dicţionar al psihologiei*, Bucureşti: Editura Trei, 2006.
8. CRAŞOVAN, D. I., *Rolul mecanismelor de apărare psihică şi mecanismelor de coping în tulburarea depresivă majoră*, Teză de Doctorat nepublicată, Universitatea din Bucureşti, 2011a.
9. CRAŞOVAN, D., *Fundamentele testării psihologice*, Timişoara, Editura Eurostampa, 2011.
10. CRAŞOVAN, D., *Abordări multiculturale în interpretarea faptului psihopatologic* în SASSU, R. (coord.), *Cercetarea psihologică modernă. Direcții și Perspective***.** Bucureşti, Editura Universitaria, 2009, p. 17–23.
11. CRAŞOVAN, D., *Studiu privind particularităţile psiho-diferenţiale ale defensei egoului în nevroza depresivă*, Lucrare de Dizertaţie nepublicată, Universitatea de Vest din Timişoara, 2007.
12. CRAŞOVAN, D. I., MARICUȚOIU, L. P., *Adaptation of the Defensive Style Questionnaire 60 (DSQ-60) within a Romanian sample*, Cognition, Brain, Behavior, An Interdisciplinary Journal, **XVI**, *4*, 2012, p. 509–528.
13. EVANS, D., *Dicţionar introductiv de psihanaliză lacaniană*, Piteşti, Editura Paralela 45, 2005.
14. FREUD, A., *Eul şi mecanismele de apărare*, Bucureşti, Editura Fundaţiei Generaţia, 2002.
15. FREUD, A., *Normal şi patologic la copil. Evaluări ale dezvoltării*, Bucureşti, Editura Fundaţiei Generaţia, 2002a.
16. FREUD, S., *Psihonevrozele de apărare* în *Opere XII*: *Proiect de psihologie*, Bucureşti, Editura Trei, 2007.
17. FREUD, S., *Amintire, repetiţie şi eleborare* în *Opere XI*: *Tehnica psihanalizei*. Bucureşti, Editura Trei, 2004.
18. FREUD, S., *Opere IX*: *Interpretarea viselor*, Bucureşti, Editura Trei, 2003.

19. FREUD, S., *Inhibiţie, simptom, angoasă* în *Opere V*: *Inhibiţie, simptom, angoasă*, Bucureşti: Editura Trei, 2001.
20. FREUD, S., *Trei eseuri asupra teoriei sexualităţii* în *Opere VI*: *Studii despre sexualitate*, Bucureşti: Editura Trei, 2001a.
21. FREUD, S., *Doliu şi melancolie* în *Opere III*: *Psihologia Inconştientului*, Bucureşti: Editura Trei, 2000.
22. FREUD, S., *Animism, magie şi atotputernicia gândirii* în *Opere IV*: *Studii despre societate şi religie* (Totem și tabu), Bucureşti: Editura Trei, 2000a.
23. FREUD, S., *Eul şi Se-ul* în *Opere III*: *Psihologia inconştientului*, Bucureşti: Editura Trei, 2000b.
24. FREUD, S., *Psihologia maselor şi analiza Eului* în *Opere IV*: *Studii despre societate şi religie*, Bucureşti: Editura Trei, 2000c.
25. FREUD, S., *Câteva tipuri de caracter din practica psihanalitică* în *Opere I: Eseuri de psihanaliză aplicată*, Bucureşti: Editura Trei, 1999.
26. GAULTIER de J., *Bovarismul*, Bucureşti: Editura Institutul European, 1993.
27. IONESCU, Ş., JACQUET, C.-L., LHOTE C., *Mecanismele de apărare. Teorie şi aspecte clinice*, Iaşi: Editura Polirom, 2002.
28. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J–B., *Vocabularul psihanalizei*, Bucureşti: Editura Humanitas, 1994.
29. MARICUŢOIU, L. P. and CRAŞOVAN, D. I., *Coping and defence mechanisms: What are we assessing?*, International Journal of Psychology, **51**, p. 83–92 (Epub 2014 Nov 22), https://doi.org/10.1002/ijop.12113, 2016.
30. MITROFAN, I., BUZDUCEA, D., *Psihologia pierderii şi terapia durerii*, Bucureşti: Editura Albedo, 1999.
31. NASIO J.-D., *Conceptele fundamentale ale psihanalizei*, Bucureşti: Editura Trei, 1999.
32. POSTEL, J. (coord.). *Dicţionar de psihiatrie şi de psihopatologie* clinică, Bucureşti: Editura Univers Enciclopedic, 1998.
33. ROUDINESCO, È., PLON, M., *Dicţionar de psihanaliză*, Bucureşti: Editura Trei, 2002.
34. SILLAMY, N. *Dicţionar de psihologie*, Bucureşti: Editura Univers Enciclopedic, 2000.
35. TWEMLOW, S. W., SACCO, F. C., FONAGY, P., *Mişcarea – conţinător al agresivităţii distructive*, American Journal of Psychoterapy, **62,** *1*, 2008, p. 9–57 (traducere: Editura Trei).
36. VAILLANT, G. *Lifting the Field's* "*Repression*" *of Defenses*, American Journal of Psychiatry, 1699, 2012, p. 885–887, doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050703.
37. WILDOCHER, D., *L'hysterie, maladie de la memoire*, Revue internationale de psychopathologie, **5**, 21–41, 1972.

REZUMAT

Articolul prezintă una dintre cauzele lipsei consensului cu privire la menținerea analizei apărării psihice, respectiv a mecanismelor de apărare psihologică, în DSM V (Vaillant, 2012). Astfel, articolul oferă o retrospectivă asupra evoluției, numărului și diversificării conceptuale a unuia dintre cele mai cunoscute concepte psihanalitice cu utilitate clinică, respectiv a mecanismelor de apărare psihică. Eliminarea mecanismelor de apărare psihică din ultima ediție a DSM, după validarea și introducerea analizei apărării psihice în DSM IV (APA, 2000/2003) sub forma unei scale – Scala de Funcționare a Apărării psihice (APA, 2000/2003), a fost cauzată de lipsa de consens în ceea ce privește numărul de niveluri adaptative și numărul mecanismelor de apărare psihologică propuse pentru introducerea în DSM V (Vaillant, 2012). Inventarul mecanismelor de apărare psihică începe cu primele mecanisme de apărare psihică, așa cum sunt definite de Sigmund Freud (Freud, A, 2002a), și până la eliminarea mecanismelor de apărare psihică din DSM V (Vaillant, 2012). În acest context, inventarul mecanismelor de apărare psihică oferă o imagine a fiecărui mecanism de apărare psihică, a variantelor acestora, așa cum au fost formulate de diferiți autori, de la apariția conceptului de mecanism de apărare psihică și până la includerea și validarea apărării psihice în DSM IV (APA, 2000/2003), fiind identificate un număr de 110 mecanisme de apărare psihică în diferite forme conceptualizate de diferiți autori de la Sigmund Freud până la DSM IV (APA, 2000/2003).

DENTAL ANXIETY FACTORS AND TREATMENTS

SEBASTIAN VAIDA*, MARIANA DUMITRU
Babes-Bolyai University, Cluj

Abstract

Dental fear and anxiety can be seen in all ages, affecting kids, adolescents, young people and elderly at the same time. It can be caused by several factors such as negative traumas from childhood, personality traits, negative stories, comorbidities, clinic design or perception of pain. Certain smells from the dental clinic, sounds like the turbine or visual cues like the needle of the syringe are sensory triggers in manifesting dental anxiety. In this study, we analysed some of the most used types of treatments for reducing dental anxiety, such as in vitro exposure, rational emotive and behaviour therapy or educating patients, in an attempt to draw some conclusions on this topic. This theoretical study analyses the psycho-education development of dentists, psychologists and readers from various areas of expertise, with a focus on dental anxiety. The concepts in focus, as well as the strategies presented can be used in developing dental education programs for adults and children as well. Besides this education, programs for raising awareness and prevention can be developed, because most people are not aware of the financial implications depending on the problem's complexity.

Cuvinte-cheie: anxietate dentară, tehnica expunerii, stimuli anxiogeni, strategii de gestionare a anxietății, intervenții comportamentale, consult stomatologic, declanșatori senzoriali.

Keywords: dental anxiety, exposure technique, anxious stimuli, anxiety management strategies, behevioural interventions, dental consult, sensory triggers.

1. INTRODUCTION

In the following paragraphs this article aims at highlighting the dental anxiety concept and to analyze the determining factors and treatments used for reducing dental anxiety. Starting from these concepts and strategies, future directions and experimental research can be identified.

When we talk about dentist controls, anxious people tend to believe that something catastrophic will happen during the treatment. This is the reason they postpone their controls and these avoidance behaviours later lead to bad dental health, translated into teeth loss, deeper cavities, poorer teeth functionality and sometimes parodontosis (Appukuttan, 2016 apud Wijk, Hoogstraten, 2003).

Oral affections such as cavities, teeth sensitivity, parodontosis and other dental problems reduce the wellbeing and quality of life. In a study done by

* Babeş-Bolyai University, Cluj Napoca, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Republicii Street No 37, 400015, Cluj, România; E-mail: sebastianvaida@psychology.ro.

Pruteanu (2014) on Romanian population, around 80% of the participants had dental problems, 49% have not been to a dental clinic and only 29% have been to a dental consultation.

If the dental problem is not treated properly, the patient may suffer complications, which lead to a higher treatment cost. Because they avoid regular dental controls, patients eventually end up extracting the damaged teeth, instead of treating them (Dumitrache, Neacșu & Sfeatcu, 2014). And recent studies show that dental health and hygiene can affect the physical, psychological and social functioning of a person and vice versa.

Several studies (Vaida, 2015; Bare & Dundes, 2004) concluded that the financial costs are one of the main factors that contribute to avoiding dental treatments. The longer we avoid a dental consultation, the worse the problems get and the higher the costs of treatments.

Most often, terms like dental anxiety, dental fear or dental phobia are being used as synonyms, without an accepted clinical definition (Appukuttan, 2016).

1.1. DENTAL FEAR

Fear is based on a cognitive process that involves the interpretation of the threatening stimulus, an evaluation of the danger. Fear appears when a person is exposed to a stimulus that is considered as being threatening. In other words, when a person claims to be afraid of something, he/she generally refers to a set of happenings that don’t take place in the present, but may have happened in the past or could happen in a future moment. The main idea of fear is that it exists, but you never know when it can burst. The person responds to fear to an inevitable stimulus, real or imaginary, as an emotional reaction to danger (DSM-5, 2016).

Dental fear is a reaction to a threatening stimulus in the context of interaction with a dentist, the dental clinic or dental treatment and the stimulus is perceived as a known danger (Appukuttan, 2016, Vaida, 2015): “I am afraid to go to the dentist, it’s going to hurt”. This is a fight or flight reaction and is manifested when the person is confronted with the anxiogenic stimulus.

1.2. DENTAL ANXIETY

Anxiety is an emotional state that precedes the real meeting with a threatening stimulus, and sometimes that threat doesn't even exist. Anxiety is seen either as a personality trait or an emotional condition of the organism that responds in an anxious manner to the stimulus (Vaida, 2015). Anxiety can be seen in everyday life such as during an exam, in important decisions, at work or many other circumstances (Appukuttan, 2016).

According to DSM-5, anxious disorders are based on extreme fear and anxiety and the behavioural problems. Anxiety problems differ according to the triggering stimulus or depending on what those stimuli are being associated with. Anxious disorders are differentiated from fear and normal anxiety through excessive

and persistent manifestations. The level of trait anxiety influences the processing of anxious stimuli. The anxious trait can have a major impact in the reaction to stimuli that are potentially anxious. If a person is generally scared and anxious, the probability to perceive other stimuli as being anxiogenic is higher.

Dental anxiety not only refers to the fear of the dentist but also fear of the treatment, specific smells or tools and seeing other anxious patients (Pruteanu, 2014). Dental fear and anxiety can be seen in all ages, ranging from kids to adolescents, teens, adults or elderly people (Vaida, 2015). Within the adult population, dental anxiety prevalence ranges from 4–20% (Pekkan, Kilicolgu & Hatipolgu, 2011 apud Firat *et al*., 2006). Mărginean & Filimon (2011, apud Eli, 1992) consider that the prevalence is ranging from 6–15% in the adult population, regardless the age or socio-economic status. In Romania, the prevalence is estimated at 10.3% in the case of anxiety for dental interventions, and the results show that people with an anxious predisposition tend to suffer from dental anxiety too (Pruteanu, 2014). Other studies state the prevalence is even higher, at 38.04% (Pruteanu, 2014 apud Oros & Voroneanu, 2010).

When we talk about generalized anxiety, we usually consider an excessive worry. Dental fear is associated with generalized anxiety disorder and with anxiety and depression comorbidities (Pohjola *et al*., 2011). Researchers in a study on comorbidities and dental anxiety (Pekkan, Kilicoglu, Hatipoglu, 2011) have shown that there is a relation between generalized anxiety and dental fear or anxiety.

Dental anxiety can be described as an adaptive process, that can be triggered in childhood and that can decrease over time (de Menezes Abreu *et al*., 2011). Anxiety has three main components: a physiological, cognitive and behavioral side, manifested in various ways, from high to low, depending on each person (Cohen, Fiske & Newton, 2000; Amfrield & Heaton, 2013). Most people with dental anxiety manifest physiological symptoms such as heart rate increase, sweat, dry mouth or excessive salivation (Cohen, Fiske & Newton, 2000). At a cognitive level, the impact is seen in irrational beliefs (a fear that they are being perceived as weak or absurd), distorted beliefs (that all their teeth will be extracted and replaced by fake ones or implants), negative feelings, stimuli processing (hearing of dental tools, smell of dental materials) and memory. In the memory area, consultations and treatments are remembered as being unpleasant. Lack of control and vulnerability are negative experiences and some persons are traumatized by past experiences from their memory. There can also be behavioural symptoms such as eliminating certain types of food from the menu or exaggerating cleaning of teeth to avoid dental consultations (Cohen, Fiske & Newton, 2000).

Locker, Liddell & Sharpiro (1999), state that dental anxiety can be categorized in four types:

1. Fear conditioned by specific stimuli, seen as threatening and directly associated with dental treatment (“I am afraid of needles”)

2. Fear of somatic or physiologic reactions during the dental treatment ("I am afraid that during the treatment I will feel sick" or "I am afraid that I will faint when I will be anesthetized")
3. Generalized anxiety or multiple phobias ("I am generally a fearful person")
4. Lack of trust in medical and dental staff.

1.3. DENTAL PHOBIA

When fear interferes with the daily routine, it is considered irrational and dysfunctional. More intense than dental fear is considered to be dental phobia, where the person suffering would do anything to avoid the dental treatment (Vaida, 2015).

The term of specific phobia is defined as an irrational fear towards a certain object, situation or animal, such as arachnophobia (phobia of spiders), phobia of needles or heights. A person with a specific phobia manifests a high anxiety when experiencing the interaction with a phobic situation, object or animal. In the general population, around 60% of the people have phobias, and is twice as high in women as in men (Leahy, Holland & McGrinn, 2017). Compared to fear and anxiety, phobia is followed by a diagnosis set by a psychologist or a psychiatrist, often seen as a mental disorder, causing distress and being maladaptive for the normal functioning of a person (Armfield & Heaton, 2013). In general population, specific phobia is at 3.7%, slightly lower (24,7%) than fear of heights (30,8%) and fear of physical injuries (27,2%). Until confronted with serious dental problems, a person will avoid any dental treatment as often as possible (Vaida, 2015).

2. DENTAL ANXIETY FACTORS

In the following lines, we will mention some of the main factors of dental anxiety: comorbidities, gender stereotypes, dental clinic design, negative experiences, pain perceptions and dentist's attitude.

The source of dental anxiety is not clear yet, though some causes have been identified. Among those, worth mentioning are the negative experiences correlated with dental interventions from childhood or adolescence, personality traits (neuroticism), information received from parents or friends, dentist behaviour (verbal or non-verbal) (Iorga & Ciuhodaru, 2016).

Comorbidities

The first category of factors that can contribute to anxiety are psychological comorbidities, which means that a patient can have several mental problems, that coexist. For example, someone diagnosed with anxiety can also have depression, or someone with generalized anxiety can also have social anxiety. Therefore, the diagnosis and treatment of dental problems can be affected by such comorbidities, thus negatively influencing a good oral health (Häggman-Henrikson *et al*., 2018; Bair *et al*., 2003; Fort, Newman, Bland, 1993). Another possible source of anxiety can be the fear of injections, fear of suffocating or drowning when seeing blood.

The horizontal positioning of the patients during the treatment increases the feeling of weakness and the lack of control (Amfrield & Heaton, 2013). During surgical interventions such as extractions, patients are less familiar with the technique and they don't know what to expect (Auerbach *et al*., 1976), thus proving that the unknown can be one of the factors involved in dental anxiety.

Sensory triggers

During the dental treatment, there are four primary sensory triggers for dental anxiety: visual (the turbine and needles), sensory-motors (the irritating factor from the high frequency vibrations of the turbine), auditory (the sound of turbine) and olfactory (the smell of dental materials) (Appukuttan, 2016). The materials used in dental treatments are constantly evolving, so there is a tendency to reduce such triggers.

Clinic design can also be a trigger factor for anxiety. The atmosphere of the waiting room should be calm, relaxing, with background ambient music, the walls decorated with photos or pictures with neutral topics, that should not reinforce the patients' anxiety and, last but not least, the room should have neutral books and magazines available. As for the sounds made by the gear from the treatment room, it should be reduced by closing the door. And for anxious patients to stop ruminating on negative experiences, it is important for them to wait as little as possible in the waiting room (Appukuttan, 2016 apud Bare, Dudes, 2004; Lehrner, Eckerseberger *et al*., 2000; Lehner, Marwinski, Lehr *et al*., 2005).

Pain perceptions and previous experiences

When a person experiences, at a young age, a negative event about dental treatment, it is likely to become a cause for dental anxiety or fear (Wijk & Hoogstraren, 2005 apud Locker *et al*., 1999, 1996). We can also call past experiences the traumatic stories about dental treatments of the people we interact with, thus becoming a learned fear (Lara, Crego & Romero-Maroto, 2012). Furthermore, dental fear, as a specific phobia can be transmitted to other family members, especially kids. Father's dental fear is a predictor for kid's fear, especially in kids under 12 and is a moderator in the relation between mother's dental fear and children's dental fear (Lara, Crego & Romero-Maroto, 2012).

Anxiety, like other clinical manifestations, is directly linked to pain and previous experiences (Mărginean & Filimon, 2011). Anxiety can also be developed through vicariate learning, by observing other people's behaviours, from stories depicted as terrifying, media or movies (Lara, Crego & Romero-Maroto, 2012). In a different study (Klages *et al*., 2006) it was mentioned that the effect of distorted pain perception is seen in patients with a high level of anxiety and that anxiety has a big impact on pain expectation and not on pain experiencing itself. Of course, pain experiencing is subjective and is shaped by a person’s memories, emotions and attention (Tang & Gibson, 2005).

Cosman (2010) says there are two factors that are linked with pain perception: situational factors and individual factors. In the first category of factors are the stories that we hear from those around us and also about the specific situations

when pain appears. The second category of factors refers to previous experiences, remembering the pain, a person's beliefs and perceptions as well as the attention and situation control (Cosman, 2010). The same author claims that emotional and mental factors such as anxiety, depression or focusing on pain can open the channels for pain perception and they can also close them, if they are changed with relaxation, positive thinking or attention distracting.

Pain is defined as an unpleasant emotional experience, associated with tissue injuries (Merskey, 1994). Pain has a physiological background and a cognitive one, the person sometimes experiencing the perception of pain in a distorted manner (Armfield & Heaton, 2013). Anxiety is closely linked to painful stimuli and a high perception of pain and therefore anxious patients experience more pain than non-anxious ones and they also amplify it and report a certain pain (Appukuttan, 2016). In other words, anxious patients have the tendency to exaggerate the fear of dental pain and the fear that the treatment will be painful, even if they don't actually live it (Wijk & Hoogstraten, 2005). Tang & Gibson (2005) considered anxiety as a cognitive variable with an intermediary role in the perception of pain.

Communication and dentists' attitude

Two other major factors that can improve a patient's satisfaction regarding dental medical services are the specialist's communication skills and empathy. Patient satisfaction and the quality of medical services are defined by the positive attitude of a doctor, his/her communication skills and the behaviour he/she adopts when communicating the treatment scheme. A good dentist – patient communication and interaction, focused on encouragement, information and moral support, can increase the frequency of future visits, while a perception of a negative attitude on behalf of the dentist, can be correlated with a lower emotional control and less visits (Yamalik, 2005).

Empathy, the second important aspect mentioned here, besides communication, represents the ability to understand other people's feelings, without living the exact states. Empathy is based on self-awareness and on the fact that we will be able to understand other people's feelings when we will understand our own (feelings). And not only verbal messages, but also non-verbal ones, such as tone, facial expression, body posture (Goleman, 2008). Empathy is a complex concept made from cognitive, emotional and behavioural components. Therefore, it involves the cognitive component of understanding a patient's perspective combined with the ability to practice this understanding.

The concept of empathy in medical care is explained in different definitions, all with the same main idea, the one of compassion, care, attention and careful behaviours (Prabhu *et al*., 2014). Through empathy, a person initiates gestures of sympathy and affection, which offers security (Goleman, 2008). The empathic work style of the dentist, proper physical contact between the dentist and the patient and a constant verbal soothing are ideal ways to reduce patients' anxiety and reduce their future negative expectancy (Iorga & Ciuhodaru, 2016). Empathic communication

and listening is often seen in dentists working in the pediatric area and this is helpful in successfully finishing dental treatments (Anushka & Nagesh, 2018).

The more the patients will feel a secure attitude, based on soothing behaviours, emotional support and acceptance, the more they will be compliant regarding future appointments. In short, one of the main factors that determine adherence to dental treatment is empathy (Pruteanu, 2014). The dentist's empathy towards their patients is correlated with a decrease in the fear of dentist treatments, an increase in the involvement in orthodontic treatments, higher patient satisfaction (Prabhu *et al*., 2014). At the same time, the dentist's empathic and calm style is associated with a reduced recovery time after a treatment, less pain during intervention and higher treatment compliance (Prabhu *et al*., 2014). In a study by Corah, O'Shea & Bissell (1986), it was concluded that the dentists that perceived their patients as being anxious manifested negative behaviors and less patience in the dentist-patient interaction, because they felt soft of stress. On the other hand, anxious patients claim that dentists do not take their concerns for serious and make them feel guilty for feeling anxious.

Armfield & Heaton (2013), in a series of interviews of patients with dental anxiety, have concluded that the understanding and acceptance of patients' needs are more important than the technical skills of the dentist and that there is a tendency in patients to return to dentists with higher emotional intelligence (Anushka & Nagesh, 2018).

Stereotypes

Smith & Dundes (2008) have studied the appearance of gender stereotypes due to preconceptions of the patients in dental field and respondents have considered empathy to be characteristic to women more than men. Also, men are seen to be more prone to professionalism. Women are considered more capable of making their patients feel relaxed, setting aside time for other affections of the patient and are also seen less in a hurry than their male counterparts. At the same time, men are seen as more dedicated to their job than their family and more involved in work, with more energy. A large part of the respondents in this study have declared that, should they move to a new city, they would choose men as their dentists.

3. DENTAL ANXIETY MANAGEMENT

Depending on the doctor's expertise, the patient's level of anxiety and his/her personality traits, dental anxiety can be managed either by pharmacological or psychotherapeutic methods (Appukuttan, 2016).

In the studies done on four different dimensions, including dental fear, it was noticed that negative behaviours such as crying, agitation, stopping the dentist from performing the treatment are less and less as children become more familiar with the dental environment and dental treatments (de Menezes Abreu *et al*., 2011) and this can be explained through habituation mechanisms.

Cognitive Therapy

Cognitive therapies are based on analysing people's beliefs, thoughts and interpretations (Newton, Asimakopoulou *et. al.*, 2012). The patients' behaviours depend on his/her thoughts and that is the reason why changing the irrational beliefs is one way to reduce anxiety (Appukuttan, 2016). The main idea is that the way people interpret an event, plays an important role in their emotions (e.g. anxiety) and the physiological response (e.g. excessive sweating) helps maintain behaviours (Newton, Asimakopoulou *et. al.*, 2012). The majority of patients have irrational cognitions and inappropriate expectations about dental treatments (Appukuttan, 2016).

Behavioural techniques

The main treatment in reducing fear is exposure, either in vivo or imaginary. This type of treatment is a behavioural intervention and it is done through a ranking of patient's fears and planned gradual exposure, used in all types of phobias, such as fear of spiders, blood, dentists, heights, animals, darkness, etc. This intervention is the preferred one because it is based on a willing exposure, thus diminishing the avoidant behaviour, which is one of the negative consequences of anxiety. In vivo exposure refers to the direct interaction of a patient with the phobic stimulus (Leahy, Holland & McGrinn, 2017). Imaginary exposure can be achieved by exposing the patient to a phobic stimulus through images, stories, movies or recalling memories. Often, this type of exposure is done because the other approach (in vivo) cannot be done inside a specialist office. Usually, the patient is kept in contact with the phobic stimulus until anxiety is reduced, and then this exercise is repeated until that patient feels a lower level of anxiety regarding the phobic stimulus. Besides these types of exposure, there is also the flooding type, where the patient is directly exposed to his/her highest fear. Most patients though, prefer the gradual one, as it is easier to cope with. And there is also the compact exposure, where the aim is to help the patient adjust to the fear, with an intense and accelerated exposure. The chances to avoid exposure to a phobic stimulus are high and this avoidance behaviour increases the belief that the stimulus is dangerous, diminishes habituation and increases anxiety towards that stimulus (Leahy, Holland & McGrinn, 2017). Kvale, Berggren & Milgrom (2004), confirmed the hypothesis that dentist anxiety can be reduced through behavioural therapy and that participants have not reported any aggravation of this affection.

A common dental anxiety management strategy used in paediatric dentistry is description: Tell – Show – Do, meaning that the dentists describe the entire dental procedure using words that can be understood by the child (Roberts *et al*., 2010).

This strategy is often used in situations where the patient has never had a dental treatment before. The dentist shows the patient how each instrument works and introduces him/her to the treatment stages (Barenie & Ripa, 1977). This technique reduces the uncertainty (Armfield & Heaton, 2013) and gives the patient the feeling of control.

Relaxation techniques

It is important to highlight that when a person is physically relaxed, he/she is also psychologically relaxed. The physical tension is enhanced by the stimuli that cause anxiety, which proves that the level of perception of anxiety also increases (Appukuttan, 2016).

Another technique is functional relaxation, mainly used in psychosomatic disorders. This relaxation technique can be used in the waiting room before dental treatment and is based on becoming aware of your own body. In this approach, the patients must focus on a deeper awareness of their own bodies, with small and less controlled movements (Lahmann *et. al*., 2008).

The progressive muscular relaxation is another relaxation technique and is based on muscles' tension and relaxation (Armfield & Heaton, 2013). In this technique, the patient has to tension a group of muscles for 5–7 seconds, followed by 20 seconds of relaxation (Appukuttan, 2016), and the attention is focused on the feeling of tention and then on the sensation of relaxation (Armfield & Heaton, 2013). There are 4 groups of muscles used for this technique (Appukuttan, 2016):

1. Feet, legs, thighs and buttocks;
2. Arms, forearms and biceps;
3. Chest, stomach, and lower back;
4. Head, face, throat, and shoulders.

Distraction methods

Al-Khotani, Bello & Christidis (2016) state that for decreasing the pain perception, the patient must be distracted from unpleasant stimulus. Attention distracting is one of the behavioural strategies which is used in medical and dental treatments. This technique is used for reducing the distress and the pain perception during dental treatments and during the injections. Furthermore, other attention distracting techniques for reducing dental anxiety have been found, such as music or audio and visual presentations (Ram *et al*., 2010). Music distraction is used in stressful procedures, and it has an effect of relaxation and distraction at the same time. It has been found that listening to music in a waiting room and during the treatment has a positive effect for decreasing pain and anxiety (Lahmann *et. al*., 2008).

It was found that soft music, with harmony and without lyrics or disturbing instruments can significantly decrease blood systolic pressure, heart rate and oxygen saturation. This intervention is safe and has minimum side effects as compared to pharmaceutical interventions (Mofredj *et al*., 2016). In paediatric dentistry it was found that if a child is listening to a familiar song it can help him/her gain control over unpleasant situations and become more familiar with the environment (Aitken *et al*., 2002).

A modern distraction technique is virtual reality using 3D glasses that distract the patient from the dental stimuli that are present in the environment (Ram *et al*., 2010). The virtual reality is preferred to traditional distraction techniques because it involves the audio, visual, and kinaesthetic sensory procedures, and the patient is less connected to reality (Aminabadi *et. al*., 2012, Al-Khotani, Bello & Christidis, 2016).

Compared to audio distraction, the audio-visual distraction yields more positive results in managing children's anxiety and is considered one of the most attractive methods (Prabhakar, Marwah, Raju, 2007; Al-Khotani, Bello & Christidis, 2016).

Pharmacological management

For special needs patients (mental illness, autism, mental disability) or other clinical problems, there are pharmacological interventions which can be used to manage anxiety and pain (Appukuttan, 2016). The sedation and general anaesthesia are used for patients with a high level of dental anxiety (Appukuttan, 2016), but such interventions are not completely helping the patient to manage their anxiety, so sometimes they should be doubled by other forms of anxiety management.

4. CONCLUSIONS

In this article, we have presented some of the possible causes of dental anxiety, strategies and techniques for decreasing dental anxiety and the meaning of dental fear.

Over the life span, anyone can experience higher or lower levels of fear associated with dental visits. This fear can have three responses: (1) physiological, such as sweating or accelerated heart rhythm; (2) behavioural, such as avoiding dental visits or exaggerated teeth cleaning with a negative impact on gingiva; (3) cognitive, such as the thought that the treatment will hurt or that the dentist will not stop when we feel pain or beliefs that our teeth are terrible (Cohen, Fiske & Newton, 2000; Amfrield & Heaton, 2013).

Dental visitation avoidance behavior is based on several combinations of factors. Some of these factors are: lack of time (36%), the belief that the dental treatment is not needed (34%), the costs (17%) and also the fear of dentists (13%) (Bare & Doundes, 2004). Also, dental fear can be influenced by the fear of injections and drilling tool (Bare & Doundes, 2004). Based on the same factors mentioned above the results for Romanian population looks like this: fear of pain (20%), the costs (13%), the sounds and the smells (11%) and lack of time (9%) (Vaida, 2015).

One of the main factors for this avoidance is the cost of treatments (Vaida, 2015; Bare & Dundes, 2004) and this can be solved with a proper program to raise awareness about the real costs of not engaging in dental treatments in time. Pain perception can be reduced with specific distracting techniques that can be learned in dedicated educational programs for dentists (Cosman, 2010). Leahy, Holland & McGrinn (2017) consider that exposure is an important strategy for reducing anxiety, and this can also be incorporated in a specific training for dental specialists. The most efficient treatment for decreasing dental anxiety is behavioural treatment (Getka & Glass, 1992), such as in vivo exposure and imaginary exposure (through pictures, stories or videos). As a response to phobic stimulus, anxiety decreases with each exposure, as the patients become more habituated to the trigger

stimulus (Leahy, Holland & McGrinn, 2017). In many cases, patients have anxiety because of the specific phobias such as smell, sound of turbine or dentist's attitude (Appukutan, 2016).

It is important to mention that if a problem is prevented the costs are prevented too, both economic and time wise. Because there are still avoidance behaviours, even when patients do not feel anxious (Bare & Dudes, 2004; Vaida, 2015).

This theoretical article aimed at the psycho-educational development of dentists and psychologists, as well as readers from other fields of expertise, in relation to dental anxiety. The concepts and strategies explained above can be used for developing dental education programs, both for adults and children. In addition to dental education programs for increasing awareness, prevention can also be developed, as people are often unaware of the financial impact, depending on the complexity of the issue at hand. It is worth mentioning that 13% of Romanian population which participated in a specific study (Vaida, 2015) is avoiding dental visits because of costs. The patients do not take into account the cost in relation to the dental problem severity.

To conclude, we are advocating the need for such dedicated programs to be taught to dentists, so that they can apply these findings to their patients and lower their level of dental anxiety.

Based on what we now know from the scientifically validated data, several programs of reducing anxiety can be developed through a combination of methods. Moreover, this theoretical article describes the distinctions between dental fear, dental anxiety and dental phobia, in order to be easely differentiated by dentists. To our knowledge, most dentists in Romania do not work with psychologists or psychotherapists on anxiety management, although they recognize this issue and agree it should be addressed professionally. That is why the sequel to this study will be to design, test and implement an anxiety management program for patients in dentistry.

Received at: 5.09.2019

REFERENCES

1. AITKEN, J. C., WILSON, S., COURY, D., & MOURSI, A. M., *The effect of music distraction on pain, anxiety and behaviour in paediatric dental patients*, Paediatric dentistry, **24**, *2*, 2002, p. 114–118.
2. AL-KHOTANI, A., BELLO, L. A. A., & CHRISTIDIS, N., *Effects of audiovisual distraction on children's behaviour during dental treatment: a randomized controlled clinical trial*, Acta Odontologica Scandinavica, **74**, *6*, 2016, p. 494–501.
3. AMINABADI, N. A., ERFANPARAST, L., SOHRABI, A., OSKOUEI, S. G., & NAGHILI, A., *The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4-6-year-old children: a randomized controlled clinical trial* Journal of dental research, dental clinics, dental prospects, **6**, *4*, 2012, p. 117–124.
4. ANUSHKA, G., & NAGESH, L., *Empathy and Emotional Intelligence in Dental Practitioners of Bareilly City–A Cross sectional Study*, National Journal of Integrated Research in Medicine, **7**, *4*, 2018, p. 106–112.
5. APPUKUTTAN, D. P., *Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review*, Clinical, cosmetic and investigational dentistry, **10**, *8*, 2016, p. 35–50.

6. ARMFIELD, J. M., & HEATON, L. J., *Management of fear and anxiety in the dental clinic*. Australian dental journal, **58**, *4*, 2013, p. 390 – 407.
7. AUERBACH, S. M., KENDALL, P. C., CUTTLER, H. F., & LEVITT, N. R., *Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, **44,** *5*, 1976, p. 809–818.
8. BAIR, M. J., ROBINSON, R. L., KATON, W., & KROENKE, K., *Depression and pain comorbidity: a literature review*, Archives of internal medicine, **163,** *20*, p. 2003, p. 2433–2445.
9. BARE, L. C., & DUNDES, L., *Strategies for combating dental anxiety*, Journal of Dental Education, **68**, *11*, 2004, p. 1172–1177.
10. BARENIE, J. T., & RIPA, L. W., *The use of behavior modification techniques to successfully manage the child dental patient*, The Journal of the American Dental Association, **94,** *2*, 1977, p. 329–334.
11. COHEN, S. M., FISKE, J., & NEWTON, J. T., *Behavioural dentistry: The impact of dental anxiety on daily living*. British dental journal, **189**, *7*, 2000, p. 385 – 390.
12. CORAH, N. L., O'SHEA, R. M., & BISSELL, G. D., *The dentist-patient relationship: mutual perceptions and behaviours*, The Journal of the American Dental Association, **113**, *2*, 1986, p. 253–255.
13. COSMAN, D., *Psihologie medical*, Polirom, 2010.
14. DE MENEZES ABREU, D. M., LEAL, S. C., MULDER, J., & FRENCKEN, J. E., *Patterns of dental anxiety in children after dental visits*, European Archives of Paediatric Dentistry, **12**, *6*, 2011, p. 298–302.
15. DUMITRACHE, M. A., NEACSU, V., & SFEATCU, I. R., *Efficiency of cognitive technique in reducing dental anxiety*, Procedia-Social and Behavioural Sciences, **149**, 2014, p. 302–306.
16. GETKA, E. J., & GLASS, C. R., *Behavioural and cognitive-behavioural approaches to the reduction of dental anxiety*, Behaviour Therapy, **23**, *3, 1992*, p. 433–448.
17. GOLEMAN, D., *Inteligenţa emoţională*, Curtea Veche, 2008.
18. HÄGGMAN-HENRIKSON, B., EKBERG, E., ETTLIN, D. A., MICHELOTTI, A., DURHAM, J., GOULET, J. P., & RAPHAEL, K. G., *Mind the Gap: A Systematic Review of Implementation of Screening for Psychological Comorbidity in Dental and Dental Hygiene Education*, Journal of dental education, **82**, *10*, 2018, p. 1065–1076.
19. IORGA, M., & CIUHODARU, T., *On psychological distress and fear of dentistry*, International Journal of Medical Dentistry, **6**, *1*, 2016, p. 7–11.
20. KLAGES, U., KIANIFARD, S., ULUSOY, Ö., & WEHRBEIN, H., *Anxiety sensitivity as predictor of pain in patients undergoing restorative dental procedures*, Comm. dentistry and oral epidemiology, **34**, *2, 2006*, p. 139–145.
21. KVALE, G., BERGGREN, U., & MILGROM, P., *Dental fear in adults: A meta-analysis of behavioural interventions*, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **32**, *4*, 2004, p. 250–264.
22. LAHMANN, C., SCHOEN, R., HENNINGSEN, P., RONEL, J., MUEHLBACHER, M., LOEW, T. & DOERING, S., *Brief relaxation versus music distraction in the treatment of dental anxiety: a randomized controlled clinical trial*. American Dental Association, **139**, *3*, 2008, p. 317 – 324.
23. LARA, A., CREGO, A., & ROMERO-MAROTO, *Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of* fear, International journal of paediatric dentistry, **22**, *5*, 2012, p. 324–330.
24. LEAHY, R. L., HOLLAND, S. J. F., & MCGRINN, L. K., *Planuri de tratament şi intervenţii pentru depresie și anxietate*, ASCR [Asociaţia de Ştiinţe Cognitive din România], 2017.
25. LOCKER, D., LIDDELL, A., & SHAPIRO, D., *Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study*, Behaviour Research and Therapy, **37**, *1*, 1999, p. 25–37.
26. MĂRGINEAN, I., & FILIMON, L., *Dental fear survey: A validation study on the Romanian population*, Journal of Psych. & Ed Research, **19**, *2*, 2011, p. 124–138.
27. MERSKEY, H., *PART III pain terms, a current list with definitions and notes on usage*, Classification of chronic pain-Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms, **6**, *12*, 1994, p. 209–214.

28. MOFREDJ, A., ALAYA, S., TASSAIOUST, K., BAHLOUL, H., & MRABET, A., *Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill*, Journal of critical care, **35**, 2016, p. 195–199.
29. NEWTON, T., ASIMAKOPOULOU, K., DALY, B., SCAMBLER, S., & SCOTT, S., *The management of dental anxiety: time for a sense of proportion*?, British dental journal, **213,** *6*, 2012, p. 271.
30. PEKKAN, G., KILICOGLU, A., & HATIPOGLU, H., *Relationship between dental anxiety, general anxiety level and depression in patients attending a university hospital dental clinic in Turkey*, Community dental health, **28**, *2*, 2011, p. 149–153.
31. POHJOLA, V., MATTILA, A. K., JOUKAMAA, M., & LAHTI, S., *Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland*, European journal of oral sciences, **119**, *1*, 2011, p. 55–60.
32. PRABHAKAR, A. R., MARWAH, N., & RAJU, O. S., *A comparison between audio and audio-visual distraction techniques in managing anxious paediatric dental patients*, Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, **25**, *4*, 2007, p. 177–182.
33. PRABHU, S., KUMAR, V. S., PRASANTH, S. S., & KISHORE, S., *Standing in patients' shoes—survey on empathy among dental students in India*, Journal of Education and Ethics in Dentistry, **4**, *2*, 2014, p. 69–73.
34. PRUTEANU, L. M., *Anxietatea față de intervențiile stomatologice. Prevalență și variabile associate*, Studii și cercetări, **60, *3***, 2014, p. 231–242.
35. RAM, D., SHAPIRA, J., HOLAN, G., MAGORA, F., COHEN, S., & DAVIDOVICH, E., *Audio-visual video eyeglass distraction during dental treatment in children*, Quintessence international, **41**, *8*, 2010, p. 494–501.
36. ROBERTS, J. F., CURZON, M. E. J., KOCH, G., & MARTENS, L. C., *Behaviour management techniques in paediatric dentistry*, European Archives of Paediatric Dentistry, **11**, *4*, 2010, p. 166–174.
37. SMITH, M. K., & DUNDES, L., The implications of gender stereotypes for the dentist-patient relationship, Journal of Dental Education, **72**, *5*, 2008, p. 562–570.
38. TANG, J., & GIBSON, S. J., *A psychophysical evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety*, The Journal of Pain, **6**, *9*, 2005, p. 612–619.
39. VAIDA, S., *Dental Anxiety*, Revista de psihologie, **61**, *1*, 2015, p. 27–35.
40. VAN WIJK, A. J., & HOOGSTRATEN, J., *Experience with dental pain and fear of dental pain*, Journal of dental research, **84**, *10*, 2005, p. 947–950.
41. YAMALIK, N., *Dentist-patient relationship and quality care 3. Communication*, International dental journal, **55**, *4*, 2005, p. 254–256.

REZUMAT

Frica și anxietatea dentară pot fi observate la toate vârstele, afectând copiii, adolescenții, tinerii și vârstnicii. Pot fi cauzate de o serie de factori precum traumele din copilărie, trăsăturile de personalitate, povestirile negative, comorbiditățile, design-ul clinicilor de tratament sau percepția durerii. Unele mirosuri din clinici, sunetele precum cel de la turbină sau amorse vizuale precum acul seringilor pot fi declanșatori senzoriali in manifestarea anxietății dentare. În acest studiu, am analizat o parte din cele mai des utilizate tratamente pentru reducerea anxietății dentare, precum expunerea in vitro, terapia rațional emotivă și comportamentală sau educarea pacienților, într-o primă încercare de a trasa o concluzie asupra acestui subiect. Acest articol teoretic urmărește dezvoltarea psiho-educației medicilor, psihologilor, cât și a cititorilor din alte domenii de expertiză, făcând referire la anxietatea dentară. Conceptele explicate, precum și strategiile prezentate pot fi utilizate pentru dezvoltarea unor programe de educație dentară, atât pentru adulți, cât și pentru copii. Adițional educației dentare, se pot dezvolta programe de conștientizare și prevenție, deoarece oamenii nu sunt conștienți de implicarea financiară în funcție de complexitatea problemei.

SEPTIMIU CHELCEA, ADINA CHELCEA, *De gustibus: Eseuri psihosociologice*, Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p.

Cartea *De gustibus. Eseuri psihosociologice*, avându-i ca autori pe Septimiu Chelcea şi Adina Chelcea, apărută în 2019 la Editura Alexandria Publishing House, este un exemplu elocvent de realizare a dezideratului fundamental în opera de a promova ştiinţa în faţa marelui public: acela de a transmite cât mai corect şi complet conţinutul ştiinţific referitor la o anumită temă, într-un limbaj cât mai accesibil pentru omul obişnuit. Întreprinderea nu este deloc facilă. Pentru disciplinele cu un grad foarte avansat de matematizare şi cu terminologie de specialitate (fizica, chimia, biologia, economia şi altele), marea dificultate constă în a găsi echivalenţe expresionale în limbajul natural, chiar şi sub formă de parafrazare. De aceea, se poate observa cu uşurinţă cum în practica de popularizare din aceste domenii se folosesc frecvent analogii şi metafore care trimit la realitatea cotidiană surprinsă în cuvinte şi expresii colocviale, de mare circulaţie.

Psihosociologia, ca disciplină de sinteză între mai multe ramuri ale ştiinţei (în principal psihologia, neuropsihologia, lingvistica, sociologia şi antropologia), are şi ea un jargon ştiinţific. Fiind, însă, în acelaşi timp, cea mai direct implicată în studierea dinamicii vieţii cotidiene, a comportamentelor interacţionale individuale şi grupale, descrierile, explicaţiile şi interpretările ei şi, prin urmare, arsenalul lingvistic sunt unele mult mai familiare prototipului uman obişnuit. Aşadar, dacă în cazul disciplinelor socioumane în general, în particular al psihosociologiei, obstacolul nu este unul de transcriere în limbajul natural, întâmpinăm un altul poate şi mai greu de depăşit, anume acela de a face credibile rezultatele cercetărilor ştiinţifice şi, concomitent, de a surmonta clişee, mituri, false reprezentări şi credinţe despre viaţa psihică şi socială. Şi aceasta tocmai pentru că sunt în joc „adevăruri umane”, care ne privesc nemijlocit şi intens. Dacă astrofizica ne arată că o constelaţie se află la 10 miliarde ani lumină de a noastră şi nu la 7 miliarde, aşa cum am crezut, acceptăm repede noua informaţie, însă dacă ni se spune, pe baza unor dovezi de cercetare, că destinul nostru nu este scris nici în stele şi nici în palmă, suntem mult mai rezistenţi la schimbarea crezului nostru.

Or, volumul semnat de cei doi autori are un merit excepţional şi în această privinţă. În capitolul 2 al primei părţi, intitulat sugestiv „La graniţele fluide ale psihosociologiei”, se aduc o serie de argumente experimentale şi teoretice în virtutea cărora se pot demonta judecăţi şi practici ca cele legate de horoscop ori cititul în palmă (p. 165–191), sau cel puţin pot fi puse sub semnul îndoielii aşa-zisele descoperiri din parapsihologie, în cadrul căreia ar trebui să facem neta distincţie dintre „cercetări ştiinţifice, trucuri şi falsuri” (p. 191–206).

Ceea ce conferă nota de persuasiune – şi nu de manipulare! (autorii scriind, de altfel, de-a lungul timpului, texte exprese privitoare la delimitarea şi relaţia dintre cele două concepte) – este faptul că nu avem de-a face cu o simplistă opunere a datelor ştiinţifice diferitelor bazaconii şi superstiţii. Subiectele abordate sunt prezentate multifaţetat, cu asocieri filosofice şi literare şi cu multe ilustrări picturale.

Semnificativ pentru obiectivul de a trata cu adevărat holistic o temă este citatul referitor la funcţiile şi simbolistica mâinii (palmei): „Asistăm la o avalanşă de cărţi despre chiromanţie, cu titluri atrăgătoare, care îi asigură pe cei mai puţin şcoliţi şi pe cei bântuiţi de credinţa că poţi cunoaşte personalitatea dintr-o privire a palmelor şi că sănătatea, succesul în viaţa amoroasă sau profesională se văd în traiectul, continuitatea şi încrucişarea liniilor palmei. Publicul larg este mai puţin – ca să nu spunem deloc informat – în legătură cu dermatoglifia şi cu progresele acesteia în medicină, antropologie şi psihologie. De asemenea, puţini conştientizează că mâinile (palmele) merită să fie elogiate nu numai pentru frumuseţea şi funcţionalitatea lor, ci şi pentru informaţiile despre personalitate ca entitate bio-psiho-socio-culturală pe care le oferă” (p. 165). În acelaşi spirit, demonstrând netemeinicia credinţei în prezicerile horoscopului propriu-zis, volumul analizează la modul documentat relaţiile mai subtile dintre psihologie şi astrologie, explorată de noua ramură de sinteză numită astropsihologie (p. 187).

Sub semnul fineţei disocierilor terminologice, bazate pe o bibliografie relevantă, se situează şi eseul *Paradoxurile bârfei*. Foarte instructivă este, în aprecierea mea, redarea unui tabel (p. 152–153) care condensează caracteristicile bârfei în comparaţie cu alte fenomene psihosociale apropiate (zvonurile, legendele urbane şi informaţiile „serioase”). Folosindu-se de respectivul tabel, dar mai ales de analize şi definiţii ale celor care s-au ocupat mai îndeaproape de acest subiect, evidenţiind că, în 1945, profesorul Vasile Pavelcu a fost primul psiholog din România şi poate din lume care a îndrăznit să elogieze bârfa (p. 148), profesorul Septimiu Chelcea este de acord că trei elemente dau specificitate bârfei: 1) schimbul de informaţii evaluative; 2) despre o persoană; 3) în absenţa acesteia.

În legătură cu ultimele două componente, există un consens generalizat (ar fi de discutat, totuşi, dacă o persoană nu poate fi şi un grup de persoane), divergenţa marcantă dintre specialişti referindu-se în ce măsură evaluările pozitive la adresa celui bârfit constituie bârfă: Septimiu Chelcea, operând distincţia dintre flecăreală, clevetire şi bârfă, consideră că, indiferent de sensul evaluării (pozitiv sau negativ), două ar fi caracteristicile fundamentale ale bârfei: absenţa celui bârfit şi faptul că „informaţia de la gura clevetitoare la urechea dornică de cancanuri circulă, se propagă, se amplifică” (p. 154). Privitor la a doua caracteristică, mă întreb dacă nu putem vorbi despre bârfă şi într-un spaţiu mai restrâns, chiar intim, fără circulaţie publică. Dar şi dacă astfel de cazuri există, nota de propagare subliniată de autor, nespecificată în alte analize despre bârfă, este pertinentă.

Bârfa constituie un fenomen social cu totul important, face parte din textura vieţii cotidiene şi are multiple funcţii pozitive, descrise pe larg şi de Mihai S. Rusu în capitolul „Virtuţile sociale ale bârfei: o apologie psihosociologică” (inclus în

volumul editat de Petru Iluţ, *Dragoste, familie şi fericire. Spre o sociologie a seninătăţii*, Iași, Editura Polirom, 2015). A recunoaşte acest lucru nu ne îndreptăţeşte însă ca, având ca dat biologic scărpinatul (*grooming*) la maimuţe, să afirmăm că bârfa este singura răspunzătoare de geneza şi funcţionarea grupurilor şi colectivităţilor umane, aşa cum reiese din comentariile lui Yuval N. Harari în *Sapiens. Scurtă istorie a omenirii* (Iași, Editura Polirom, 2017). Cred că aici se produce o gravă confuzie între comunicare şi bârfă. După cum reiese şi din eseul lui Septimiu Chelcea consacrat bârfei, sunt foarte multe schimburi de informaţii, la nivel interpersonal şi de grup în derularea practicii rutiniere, care nu intră sub sigla lingvistică: „bârfă", oricât de darnică semantic ar fi aceasta.

Dar, chiar dacă la nivel societal bârfa nu constituie dimensiunea centrală, ea merită să fie elogiată. Nu doar pentru pozitivitatea sa (selecţie şi solidaritate socială), ci, în strânsă conexiune cu aceasta, fiindcă este cumva contraintuitivă relativ la bunul simţ sau, mai larg, la cunoaşterea cotidiană. Inclusiv în rândul intelectualilor, am constatat cu surprindere atunci când în diverse conferinţe am vorbit despre beneficiile sociale ale bârfei. (De remarcat aici că nu trebuie explicat prea mult nici oamenilor nespecialişti cât de plăcut, până la voluptate, este actul în sine de a bârfi.)

Menirea oamenilor de ştiinţă este de a descoperi adevăruri şi de a le face publice. Ştiinţa este prin excelenţă contraintuitivă, însă în domeniul socioumanului este greu de a găsi astfel de cunoştinţe. Dar se pot înscrie la această rubrică nu atât descrierea fenomenului, cât relevarea cauzelor şi consecinţelor, care pot infirma reprezentările colective. Am dat exemplu cu pozitivitatea bârfei. Dar stări şi trăiri, care nu sunt plăcute în sine – de exemplu, plictiseala –, pot fi benefice prin efectele lor.

Nu întâmplător, într-un eseu care inspiră şi titlu cărţii *Elogiu plictiselii* (Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2018), profesorul Septimiu Chelcea argumentează de ce şi cum dezavuata plictiseală este o „anticameră a creativităţii". De menţionat că în aceeaşi perspectivă se înscrie şi eseul cunoscutului matematician şi filosof englez, personalitate intelectuală de prim rang a secolului al XX-lea, Bertrand Russell, apărut în plin cult al realizării prin muncă, cu titlul *Elogiul inactivităţii şi alte eseuri* (1935), tradus în româneşte în 2017 la Editura Vellant din București. În pledoaria pentru inactivitate, savantul englez are în vedere nu eliminarea muncii ca atare, ci mărirea volumului de timp liber. Nu este în joc de fapt lipsa oricărei activităţi – ceea ce ar putea duce şi la o perpetuă plictiseală –, ci a celei de muncă productivă, în special salarială. Cred că citatul de mai jos este edificator pentru concepţia lui Bertrand Russell în acest sens: „Vreau să spun, cu toată seriozitatea că, în lumea modernă, credinţa în virtuozitatea muncii produce un rău imens şi că drumul spre fericire şi prosperitate constă într-o diminuare organizată a muncii" (Russell, 1935/2017, p. 27).

Mizând pe seducţia termenului „elogiu", partea întâi a lucrării scrise de Septimiu Chelcea şi Adina Chelcea ar putea fi caracterizată scurt şi ca un „elogiu psihosocial al simțurilor". Ea poartă în schimb un titlu mult mai la obiect: „Simţurile, societatea și cultura". Ceea ce este formulat lapidar în titlu este operaţionalizat şi explicitat în conţinut, analizându-se multiperspectival cele cinci simţuri: gustul,

mirosul, auzul, văzul şi pipăitul. Fiind vorba de subiecte mult mai „senzoriale”, aici este larg prezentată perspectiva neurofiziologică şi psihologică, dar realizează permanent şi cadramentul social şi cultural, comparaţii interetnice, de unde nu lipsesc, desigur, date ample despre obiceiurile şi comportamentele românilor, în principal cele referitoare la gusturi (culinare), dar nu numai. Aceasta întrucât auzul, spre pildă, este tratat în conexiune cu vocea, râsul şi muzica, văzul cu iluziile. Pe de altă parte, sunt ingenios inserate proverbe şi anecdote populare pe tema simţurilor.

În partea întâi, dedicată psihosociologiei simţurilor, cititorul, chiar cel cu instrucţie de nivel înalt, poate găsi lucruri interesante, cum ar fi interacţiunea dintre simţuri, existenţa (sau nu) a celui de-al cincilea gust („gustul delicios”), pe lângă cele patru arhicunoscute (dulce, sărat, acru, amar). Cartea încorporează multe alte idei provocatoare. De altfel, întregul volum este incitant, cu ritm alert şi invitaţie la o gândire critică şi implicit la o autoanaliză din mai multe puncte de vedere: senzorial, relaţionarea cu ceilalţi, mediul psihosocial în care trăim, autoevaluarea trăsăturilor de personalitate şi performanţa minţii. De fapt, subiectele din urmă sunt expres tratate în partea a doua a lucrării ce poartă un titlu la rândul lui provocator: „Ispita cunoaşterii de sine”, unde figurează o serie de scale şi teste psihologice, cu modele de calculare şi interpretare a scorurilor. Partea a doua întregeşte, prin aplicaţii practice nesofisticate, caracterul lucrării în totalitatea sa, acela de rigoare ştiinţifică şi, totodată, de accesibilitate publică, public înţeles nu doar ca un individ mediu, ci în configuraţia lui complexă.

Petru Iluţ

DANIELA IONESCU, *Introducere în psihoterapie*, Vol. I, București, Editura Universitară, 2019, 210 p.

Daniela Ionescu, psihoterapeut de orientare cognitiv-comportamentală, lector universitar doctor La Școala Națională de Studii Administrative și Politice din București, cadru didactic asociat la Departamentul de Psihologie, Facultatea de Psihologie și Științele Educației a Universității din București, a absolvit studiile de licenţă în psihologie la Universitatea din Bucureşti, a finalizat studiile de master în psihoterapie la Universitatea Babeş-Bolyai din Cluj-Napoca şi studiile de master în sănătate ocupaţională la Universitatea din Bucureşti, a obținut titlul de doctor în psihologie în cadrul Universității „Alexandru Ioan Cuza" din Iaşi.

A publicat volumele: *Psihologia autodeterminării. Analiză și dezvoltare personală* (2019), *Introducere în psihoterapie*, vol. I și 2 (2019), coordonator al volumelor *Psihologie clinică și psihosomatică* (I şi II), *Psihologie organizațională aplicată* (I și II) (2018, în colaborare cu Cătălina Roșca).

Suntem încredințați că, citind acest volum, se vor găsi răspunsuri la întrebări despre psihoterapie şi cum conduce aceasta la soluționarea unor probleme, la cunoașterea propriei personalități.

În acest volum, autoarea ne descrie ce este psihoterapia, calitățile psihoterapeutului, mecanismele psihoterapiei etc.: „Psihoterapia produce restructurări în sistemul psihic, în mecanismele adaptative ale clientului" și „terapia deschide mintea spre oportunităţi noi, spre învăţarea unor acţiuni, comportamente benefice propriei persoane".

Psihoterapia nu vizează să schimbe personalitatea, ci vrea să modifice stilul de adaptare. După cum spune aceasta, psihoterapia este o „activitate constructivă și re-constructivă, asemenea unei acțiuni de consolidare, restaurare a unei clădiri sau de construire a unui corp nou ce poate fi adăugat la structura deja existentă".

Psihoterapiile descrise în carte vizează să îmbunătăţească echilibrul psihic al fiecăruia, să ajute persoana care apelează la psihoterapie, să se adapteze mai bine la mediul în care trăieşte, prin intermediul relaţiei stabilite între client şi psihoterapeut. Indiferent de orientări (dinamică, umanistă sau comportamentalistă), orice psihoterapie poate să aibă succes terapeutic. Aceasta depinde de potenţialul clientului de a se vindeca şi de implicarea acestuia în procesul terapeutic.

Autoarea ne prezintă fiecare psihoterapie şi câteva studii de caz: la *Psihanaliză* (cap. 2), *Psihoterapia analitică* (cap. 3), *Psihoterapia adleriană* (cap. 4), *Psihoterapia din perspectivele psihologiei umaniste* (cap. 5), *Psihoterapia existenţială* (cap. 6), *Psihoterapia cognitiv-comportamentală* (cap. 7), *Psihoterapia centrată pe realitate* (cap. 8).

Acest volum (I) este împărțit în opt capitole: *Procesul psihoterapeutic, Psihanaliza: S. Freud, K. Horney, E. Fromm, Psihoterapia analitică, Psihoterapia adleriană, Psihoterapia din perspectiva psihologiei umaniste, Psihoterapia existențială, Psihoterapia cognitiv-comportamentală, Psihoterapia centrată pe realitate*.

Ea a structurat această lucrare în două volume: teoriile tradiționale și abordările moderne din psihoterapie.

Trebuie să spunem că prezenta lucrare întruneşte multiple calităţi, printre care și înțeleapta alegere a subiectelor tratate, rigoare ştiinţifică, stil plăcut, accesibil. Cartea este pe deplin recomandabilă tuturor cititorilor, fie ei specialiști, cadre didactice, studenți.

Georgeta Preda

EUGENIA ENĂCHESCU, *Solitudinea sau singur printre ceilalţi. O abordare psihosocială*, Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 241 p.

Eugenia Enăchescu este un cercetător consacrat în problematica vastă a câmpului psihoeducaţional, având o prezenţă continuă, creativă şi prolifică în domeniul cercetării ştiinţifice, dar şi în pregătirea şi formarea personalului din învăţământ. De-a lungul activităţii sale constructive a participat în permanenţă la viaţa ştiinţifică semnând articole, comunicări, cărţi şi lucrări de specialitate. Printre aceste lucrări de certă valoare, se află şi lucrarea prezentată aici intitulată *Solitudinea sau singur printre ceilalţi. O abordare psihosocială*, care a apărut de curând la Editura Universitară, Bucureşti, 2019.

Autoarea tratează un subiect de excepţie, destul de puţin cercetat şi analizat în câmpul ştiinţelor socioumane din ţara noastră, dar foarte vizibil în actualitate dacă ar fi să amintim doar efectele nedorite şi uneori dramatice ale singurătăţii ca fenomen social. După cum ştim, solitudinea şi singurătatea sunt fenomene ale vieţii de relaţie caracterizate în principal prin reducerea sau chiar prin anularea comunicării dintre indivizi. Aceste fenomene distincte şi diferenţiate conceptual în lucrarea dnei dr. Enăchescu sunt abordate aici într-o cheie de orientare psihosocială, fiind apreciate din punct de vedere valoric pozitiv, negativ sau cu semnul nul în funcţie de gradul de incapacitate, plăcere sau angoasă pe care aceste stări îl provoacă individului sau grupului.

Distinsa autoare a reuşit să prezinte aceste concepte într-o manieră descriptiv-analitică, profundă, dar în acelaşi timp şi foarte accesibilă tuturor categoriilor de cititori, respectiv de la cei interesaţi la nivelul curiozităţii până la cei consacraţi în cercetarea academică de profil.

În această lucrare, ea oferă publicului cititor o abordare ştiinţifică serioasă centrată pe problema de contact şi comunicare a unor persoane neizolate neapărat în anumite locaţii îndepărtate. În sensul celor afirmate, vom proceda la o foarte scurtă evidenţiere a elementelor de cuprins care jalonează structura acestei lucrări, citând sintetic din cele cinci capitole ale acestei lucrări.

Primul capitol al lucrării de faţă abordează „*Singurătatea* eului" în care autoarea îşi propune clarificarea la nivel definitoriu a structurilor psihice şi actanţilor implicaţi în această dinamică psihologică. De asemenea, tot aici două subcapitole explică delimitarea semantică a noţiunilor utilizate şi de asemenea aria socială de întindere a acestui fenomen.

În capitolul II, intitulat „*Singurătatea în doi*", se abordează aspecte specifice relaţiei de cuplu şi a dinamicii afective întâlnite în aceste legături diadice; se încearcă şi se reuşeşte explicaţia cauzală a singurătăţii în cuplu; sunt operate specific delimitări de gen şi se abordează multe subiecte conexe.

Denumirea celui de-al treilea capitol este „*Însingurare în grup*”, unde se prezintă informaţii despre factorii de risc şi sursele cauzale ale acestui tip de comportament. În subcapitole descoperim subiecte de studiu interconectate cu fenomenul central, precum „joaca în grupul de copii”, „grupul şcolar”, „grupul universitar”, „munca în grup” sau „prieteniile”.

Capitolul IV este denumit „*Singurătatea în spaţiul public*” şi tratează problema relaţionării eficiente cu vecinii, colegii sau prietenii. Aici sunt descoperite cititorilor caracteristicile unei psihologii a mulţimilor vis-a-vis de însinguraţi, solitari şi celibatari.

Ultimul capitol al acestei lucrări trage un semnal de alarmă asupra fenomenului însingurării la copii, dar şi în cazul vârstnicilor. Aceste categorii sociale vulnerabile sunt cele care necesită cea mai mare atenţie din partea societăţii în ansamblu şi a decidenţilor în particular.

Se observă că lucrarea de faţă este realizată în urma unui studiu sociopsihologic bazat pe observaţii foarte complexe şi elaborate care au permis autoarei să ajungă la concluzii verificate şi validate ştiinţific. Consilierii specializaţi vor găsi în această lucrare deosebită elemente de teorie şi practică ordonate şi opozabile situaţiilor dificile care apar uneori în viaţa unor comunităţi vulnerabile.

În finalul lucrării, aceasta opinează că aceste stări nedorite sau, dimpotrivă, uneori asumate trebuie abordate cu realism şi demnitate, dar şi cu o notă de optimism într-o succesiune de trei paşi care trebuie urmaţi în următoarea secvenţă: 1) asumarea siguritătţii; 2) valorizarea singurătăţii şi 3) ieşirea din singurătate.

De o certă valoare ştiinţifică, această lucrare prezintă situaţii generale şi specifice, stări psihologice şi fenomene psihosociale care se petrec în actualitate, la timpul prezent şi chiar alături de noi; lucrarea trebuie citită, promovată şi adusă spre cunoaştere celor direct interesaţi, precum categoriile de subiecţi vizaţi în concluziile acestei cercetări, aparţinătorii persoanelor în vârstă, psihologii implicaţi în terapia problemelor vârstei a treia, psihologii şcolari etc.

Nu în ultimul rând, această lucrare ar trebui parcursă cu atenţie şi interes sporit de factorii de autoritate şi decizie ai societăţii noastre, întrucât este un truism faptul că nefericirea privită ca afect psihologic negativ nu alege doar pe unii oameni.

Gabriel Ungureanu

REVISTA DE PSIHOLOGIE

Vol. 65 **2019** **Nr. 1 – 4**

INDEX ALFABETIC

Nr. Pag.

STUDII ŞI CERCETĂRI

BALGIU BEATRICE ADRIANA, Validation of scale of positive and negative experience (Spane) in a romanian student sample 3 209
CHIRIAC ADRIANA-IULIANA, Diferențe de gen în manifestarea comportamentelor agresive în mediul şcolar 3 219
CONSTANTINESCU NATALIA, DINCĂ MARGARETA, Tulburările de personalitate la pacienții cu afecțiuni dermatologice 1 37
GHERGHINESCU RUXANDRA, CRACSNER CONSTANTIN-EDMOND, Analiză de gen și experiență de viață cu privire la conștientizarea VUCA și a zonelor sale de manifestare – studiu pilot 1 7
MUSTAȚĂ ANDREEA ELENA, Studiu privind relația dintre depresie, anxietate și funcționalitate socială în cazul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare 1 25
NIJLOVEANU DORINA MARIA, Influența strategiilor de coping cognitiv și afectiv asupra exprimării emoțiilor în perioada de la prepubertate la adolescență 2 119
PAICA CORINA-IOANA, The impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress 3 181
STAN VICTORIA, Calitatea vieţii persoanelor cu boala Alzheimer şi a persoanelor care oferă îngrijire acestora 3 193
STAN VICTORIA, Reducerea tulburărilor emoționale în boala Alzheimer 4 267
STEPAN AMALIA RALUCA, Relațiile dintre inteligența emoțională, autoeficacitate și comportamentul civic organizațional 4 249
STEPAN AMALIA RALUCA, Inteligența emoțională și stadiile carierei la profesori 2 107

ABORDĂRI TEORETICE ŞI PRACTIC-APLICATIVE

BUZDUGAN CĂTĂLINA, Conceptul de rezervă cognitivă: aspecte teoretice și aplicare practică 2 157
CHIRILĂ ANDREEA-ELENA, TICU CONSTANTIN, Emotional awareness in changing nutritional behavior 2 146

CRAȘOVAN I. DĂNUȚ, De la Sigmund Freud la DSM IV – Inventarul mecanismelor de apărare psihică (partea întâi) 4 293
DUDĂU DIANA PAULA, MITROFAN LAURENȚIU, Necesitatea suportului psihologic în cazul pacienților diagnosticați cu diabet 1 55
DUDĂU DIANA PAULA, Prelucrarea urmelor digitale lingvistice și non-lingvistice din rețelele de socializare. Repere pentru psihologi 2 131
GRIGORE PAVEL, Simptomul psihosomatic şi transmiterea Transgeneraţională 3 233
MATEIAȘ DELIA ELENA, Questing for leadership excellence through emotional intelligence 1 85
ORĂŞANU BRÎNDUŞA, Hamlet: Clues of authentication 1 75
TURLIUC MARIA NICOLETA, JITARU MIHAELA, Interpersonal emotion regulation – A concept in search of clarification 4 281
VAIDA SEBASTIAN, DUMITRU MARIANA, Dental anxiety factors and treatments 4 309

CRITICĂ ȘI BIBLIOGRAFIE

CHELCEA SEPTIMIU, CHELCEA ADINA, *De gustibus: Eseuri psihosociologice*, Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p. (*Petru Iluţ*) 4 323
ENĂCHESCU EUGENIA, *Solitudinea sau singur printre ceilalţi. O abordare psihosocială*, Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 241 p. (*Gabriel Ungureanu*) 4 329
GLĂVEANU SIMONA MARIA, *Părintele competent. Relaţionarea eficientă cu copilul între 6 şi 10/11 ani. Ghid practic adresat specialiştilor în consiliere parentală şi părinţilor*, Bucureşti, Editura Universitară, 2015, 117 p. (*Gabriel Ungureanu*) 1 97
IONESCU DANIELA, *Introducere în psihoterapie*, Vol. I, Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 210 p. (*Georgeta Preda*) 4 327
ROBOTĂ MIHAIL RADU, *Personalitate, motivaţie şi performanţă academică*, Iaşi, Institutul European, 2018, 240 p. (*Octav-Sorin Candel*) 2 173

EVENIMENTE

INTERNATIONAL CONVENTION OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE, PARIS, FRANCE, 7–9 MARCH 2019 (*Margareta Dincă*) 2 167

REVISTA DE PSIHOLOGIE
(JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

Vol. 65 ***2019*** ***Nos. 1 – 4***

ALPHABETIC INDEX

Nº. Page

STUDIES AND RESEARCHES

BALGIU BEATRICE ADRIANA, Validation of scale of positive and negative experience (Spane) in a romanian student sample 3 209
CHIRIAC ADRIANA-IULIANA, Gender differences in manifestation of Agresive behaviors in the school environment 3 219
CONSTANTINESCU NATALIA, DINCĂ MARGARETA, Personality disorders among dermatological patients 1 37
GHERGHINESCU RUXANDRA, CRACSNER CONSTANTIN-EDMOND, Gender and life experience analysis on the VUCA awareness and its areas of manifestation – pilot study 1 7
MUSTAȚĂ ANDREEA ELENA, Study regarding the association between depression, anxiety and social functioning in patients suffering from cardiovascular disease 1 25
NIJLOVEANU DORINA MARIA, The influence of cognitive and affective copying strategies on the expression of emotions in the prepuberty to adolescence period 2 119
PAICA CORINA-IOANA, The impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress 3 181
STAN VICTORIA, The quality of the life of Alzheimer persons and the persons that offer their care 3 193
STAN VICTORIA, Reducing emotional disorders in Alzheimer disease 4 267
STEPAN AMALIA RALUCA, Emotional intelligence and career stages in teachers 2 107
STEPAN AMALIA RALUCA, The relations between emotional intelligence, self-efficacy civic and organizational behavior 4 249

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES

BUZDUGAN CĂTĂLINA, The cognitive reserve concept: theoretical aspects and practical application 2 157
CHIRILĂ ANDREEA-ELENA, TICU CONSTANTIN, Emotional awareness in changing nutritional behavior 2 146

CRAȘOVAN I. DĂNUȚ, From Sigmund Freud to DSM IV – inventory of psychological defense mechanisms (part one) 4 293
DUDĂU DIANA PAULA, MITROFAN LAURENȚIU, The need for psychological care in diabetes patients 1 55
DUDĂU DIANA PAULA, The processing of linguistic and non-linguistic digital traces on social media. Landmarks for psychologists 2 131
GRIGORE PAVEL, The psychosomatic symptom and the trangenerational transmission 3 233
MATEIAȘ DELIA ELENA, Questing for leadership excellence through emotional intelligence 1 85
ORĂŞANU BRÎNDUŞA, Hamlet: Clues of authentication 1 75
TURLIUC MARIA NICOLETA, JITARU MIHAELA, Interpersonal emotion regulation – A concept in search of clarification 4 281
VAIDA SEBASTIAN, DUMITRU MARIANA, Dental anxiety factors and treatments 4 309

CRITICISM AND REFERENCES

CHELCEA SEPTIMIU, CHELCEA ADINA, *De gustibus: Eseuri psihosociologice* (De gustibus: Psychosociological essays), Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p. (*Petru Iluţ*) 4 323
ENĂCHESCU EUGENIA, *Solitudinea sau singur printre ceilalţi. O abordare psihosocială* (Loneliness or alone among others. A psychosocial approach), Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 241 p. (*Gabriel Ungureanu*) 4 329
GLĂVEANU SIMONA MARIA, *Părintele competent. Relaţionarea eficientă cu copilul între 6 şi 10/11 ani. Ghid practic adresat specialiştilor în consiliere parentală şi părinţilor* (The competent parent. The efficient relationship with the child between 6 and 10/11 years old. Practical guide for the parental conseilleurs and for parents), Bucureşti, Editura Universitară, 2015, 117 p. (*Gabriel Ungureanu*) 1 97
IONESCU DANIELA, *Introducere în psihoterapie* (Introduction to psychoterapy), Vol. I, Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 210 p. (*Georgeta Preda*) 4 327
ROBOTĂ MIHAIL RADU, *Personalitate, motivaţie şi performanţă academică* (Personality, motivation and academic performance), Iaşi, Institutul European, 2018, 240 p. (*Octav-Sorin Candel*) 2 173

EVENIMENTS

INTERNATIONAL CONVENTION OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE, PARIS, FRANCE, 7–9 MARCH 2019 (*Margareta Dincă*) 2 167

REVISTA DE PSIHOLOGIE
(REVUE DE PSYCHOLOGIE)

Vol. 65 ***2019*** **Nos. 1 – 4**

INDEX ALPHABÉTIQUE

No. Page

ÉTUDES ET RECHERCHES

BALGIU BEATRICE ADRIANA, Validation of scale of positive and negative experience (Spane) in a romanian student sample 3 209
CHIRIAC ADRIANA-IULIANA, Différences de genre dans la manifestation de comportements agressifs en milieu scolaire..... 3 219
CONSTANTINESCU NATALIA, DINCĂ MARGARETA, Troubles de le personnalité chez les patients avec troubles dermatologiques 1 37
GHERGHINESCU RUXANDRA, CRACSNER CONSTANTIN-EDMOND, Analyse de genre et experience de vie au regard de la perception de VUCA et de ses zones de manifestation – étude pilote 1 7
MUSTAȚĂ ANDREEA ELENA, Étude concernant l'association entre la dépression, l'anxiété et le fonctionnement social chez des patients atteints de maladie cardiovasculaire 1 25
NIJLOVEANU DORINA MARIA, L'influence des stratégies de *coping* cognitif et affectif sur l'expression des émotions pendant la periode de la prépuberté vers l'adolescence..... 2 119
PAICA CORINA-IOANA, The impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress 3 181
STAN VICTORIA, La qualité de la vie des personnes d'Alzheimer et des Personnes qui offrent leurs soins 3 193
STAN VICTORIA, Réductions des troubles émotionnels dans la maladie d'Alzheimer..... 4 267
STEPAN AMALIA RALUCA, Intelligence émotionnelle et étapes de carrière chez les enseignants..... 2 107
STEPAN AMALIA RALUCA, Rélations entre intelligence émotionnelle, auto-efficacité et comportement civique organisationnel 4 249

APPROCHES THÉORIQUES ET DÉMARCHES APPLIQUÉES

BUZDUGAN CĂTĂLINA, Le concept de réserve cognitive: aspects théoriques et application pratique 2 157
CHIRILĂ ANDREEA-ELENA, TICU CONSTANTIN, Emotional awareness in changing nutritional behavior 2 146

CRAȘOVAN I. DĂNUȚ, De Sigmund Freud à DSM IV – Inventaire des mécanismes de défense psychique (première partie) 4 293
DUDĂU DIANA PAULA, MITROFAN LAURENȚIU, Le besoin de soutien psychologique pour les patients diabétiques 1 55
DUDĂU DIANA PAULA, L'analyse des données digitales linguistiques et non linguistiques des médias sociaux. Des répères pour les psychologues... 2 131
GRIGORE PAVEL, Symptôme psychosomatique et transmission transgénérationnelle 3 233
MATEIAȘ DELIA ELENA, Questing for leadership excellence through emotional intelligence 1 85
ORĂȘANU BRÎNDUȘA, Hamlet: Clues of authentication 1 75
TURLIUC MARIA NICOLETA, JITARU MIHAELA, Interpersonal emotion regulation – A concept in search of clarification 4 281
VAIDA SEBASTIAN, DUMITRU MARIANA, Dental anxiety factors and treatments 4 309

CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIE

CHELCEA SEPTIMIU, CHELCEA ADINA, *De gustibus: Eseuri psihosociologice* (Essais psychosociologiques), Suceava, Editura Alexandria Publishing House, 2019, 342 p. (*Petru Iluţ*) 4 323
ENĂCHESCU EUGENIA, *Solitudinea sau singur printre ceilalţi. O abordare psihosocială* (Solitude ou seul parmi d'autres. Une approche psychosociale), Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 241 p. (*Gabriel Ungureanu*) 4 329
GLĂVEANU SIMONA MARIA, *Părintele competent. Relaţionarea eficientă cu copilul între 6 şi 10/11 ani. Ghid practic adresat specialiştilor în consiliere parentală şi părinţilor* (Le parent compétent. La rélation efficiente avec l`enfant agé de 6 jusqu`a 10/11 ans. Guide practique pour les conseilleurs parentaux et parents), Bucureşti, Editura Universitară, 2015, 117 p. (*Gabriel Ungureanu*) 1 97
IONESCU DANIELA, *Introducere în psihoterapie* (Introduction à la psychothérapie), Vol. I, Bucureşti, Editura Universitară, 2019, 210 p. (*Georgeta Preda*) 4 327
ROBOTĂ MIHAIL RADU, *Personalitate, motivaţie şi performanţă academică* (Personalité, motivation et performance académique), Iaşi, Institutul European, 2018, 240 p. (*Octav-Sorin Candel*) 2 173

EVENEMENTS

INTERNATIONAL CONVENTION OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE, PARIS, FRANCE, 7–9 MARCH 2019 (*Margareta Dincă*) 2 167