REVISTA DE PSIHOLOGIE

Vol. 65 ***2019*** ***Nr. 3***

SUMAR

STUDII ŞI CERCETĂRI

CORINA-IOANA PAICA, The impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress 181
VICTORIA STAN, Calitatea vieţii persoanelor cu boala Alzheimer şi a persoanelor care oferă îngrijire acestora 193
BEATRICE ADRIANA BALGIU, Validation of the scale of positive and negative experience (Spane) on a romanian student sample 209
ADRIANA-IULIANA CHIRIAC, Diferenţe de gen în manifestarea comportamentelor agresive în mediul şcolar 219

ABORDĂRI TEORETICE ŞI PRACTIC-APLICATIVE

PAVEL GRIGORE, Simptomul psihosomatic şi transmiterea transgeneraţională 233

Rev. Psih., vol. 65, nr. 3, p. 177–244, Bucureşti, iulie – septembrie 2019

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

Vol. 65 ***2019*** ***No. 3***

CONTENTS

STUDIES AND RESEARCHES

CORINA-IOANA PAICA, The impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress 181
VICTORIA STAN, Alzheimer'patients and their caregivers quality of life 193
BEATRICE ADRIANA BALGIU, Validation of the scale of positive and negative experience (Spane) on a romanian student sample 209
ADRIANA-IULIANA CHIRIAC, Gender differences in manifestation of agresive behaviors in the school environment 219

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES

PAVEL GRIGORE, The psychosomatic symptom and the trangenerational transmissio 233

Rev. Psih., vol. 65, nr. 3, p. 177–244, București, iulie – septembrie 2019

REVISTA DE PSIHOLOGIE

(REVUE DE PSYCHOLOGIE)

Vol. 65 ***2019*** ***N° 3***

SOMMAIRE

ÉTUDES ET RECHERCHES

CORINA-IOANA PAICA, The impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress 181

VICTORIA STAN, La qualité de vie des personnes souffrant d'Alzheimer et des ceux qui les soignent 193

BEATRICE ADRIANA BALGIU, Validation of the scale of positive and negative experience (Spane) on a romanian student sample 209

ADRIANA-IULIANA CHIRIAC, Différences de genre dans la manifestation des comportements scolaire agressifs..... 219

APPROCHES THÉORIQUES ET DÉMARCHES APPLIQUÉES

PAVEL GRIGORE, Symptôme psychosomatique et transmission transgénérationnelle 233

Rev. Psih., vol. 65, nr. 3, p. 177–244, Bucureşti, iulie – septembrie 2019

THE IMPACT OF PRENATAL EMOTIONAL DIFFICULTIES ON MATERNAL POSTPARTUM STRESS

CORINA-IOANA PAICA*
University of Bucharest, Faculty of Psychology and Education Sciences

Abstract

The main objective of this study is to explore the impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress. The first specific objective is to investigate the corelation between anxiety from prenatal stage and maternal postpartum stress. The second specific objective is to investigate the corelations between positive prenatal experiences and negative prenatal experiences and maternal postpartum stress. The present study is a longitudinal study comprising three stages (S1=51 participants, S2=48 participants, S3= 34 participants). Specific tools were used to assess prenatal anxiety (Pregnancy-Related Anxiety Scale), positive and negative experiences of life (Pregnancy Experiences Scale-Brief Version), maternal postpartum stress (Parental Stress Scale). The results indicate statistical significant correlations between the intensity of positive prenatal experiences and maternal postpartum stress ($r = -.443$, $p = .009$) and between the intensity of negative prenatal experiences and maternal postpartum stress ($r = .364$, $p = .044$). On the other side, the hypothesis that the level of prenatal anxiety is a predictor of maternal postpartum stress levels was infirmed. Although the value is not statistically significant, a decrease in the significance threshold is observed, which means that during the second trimester of pregnancy, prenatal anxiety is more present than the first trimester and it has more impact on mother's condition than in the first trimester of pregnancy. Results generate the idea that the mother's prenatal life context is essential for her mental condition and influences her relationship with the child. Prenatal difficulties like anxiety and negative experiences are risk factors for maternal postpartum stress and the quality of the mother and child interaction.

Cuvinte-cheie: dificultăți emoționale prenatale, anxietate prenatală, stres matern postnatal, experiențe pozitive prenatale, experiențe negative prenatale.

Keywords: prenatal emotional difficulties, prenatal anxiety, maternal postpartum stress, positive prenatal experiences, negative prenatal experiences.

1. INTRODUCTION

This paper is a longitudinal study who investigate the relation between mother and child during the prenatal and early childhood. The essential elements who are investigated are prenatal anxiety, significant pregnancy events, parental stress, in this case maternal postpartum stress. All these are considered as important

* University of Bucharest, Faculty of Psychology and Education Sciences, Doctoral School, Șoseaua Panduri, nr. 90, E-mail: corina.paica@yahoo.ro

aspects in the early relation between mother and child and are possible predictors of the quality of the relationship between them.

Anxiety symptoms during the prenatal period has been investigated in many studies. Figueiredo & Conde (2011) have observed an increase of symptoms during pregnancy (first trimester 13.1%, second trimester 12.2%, third trimester 18.2%). Opposite, Martini *et al.* (2013) have observed that the first trimester of pregnancy (21.2%) had the highest prevalence of any anxiety disorder, which progressively declined to 4 months postpartum (6.4%). Figueiredo & Conde (2011) highlighted that the anxiety level was highest shortly after birth, 18.6%, dropping to 4.7% in the first three months of post-natal, a sustained conclusion by Dennis, Coghlan & Vigod (2013).

Brunton *et al.* (2018) have performed a replication study targeting prenatal anxiety. They have replicated the study of Huizink, Mulder & Buitelaar (2004) that demonstrated that anxiety and depression have a little contribution to variance scores to the scale that measures prenatal anxiety.

The replicative study sample consisted of 1209 participants who completed three scales that measure prenatal anxiety, generalized anxiety, and depression. Through multiple regression, the single contribution of generalized anxiety and depression (predictors) scores to prenatal anxiety scores (criterion) for each trimester was assessed.

The results indicate that during pregnancy, anxiety and depression explained 2-23% of the variance of prenatal anxiety scores. The results that the contribution of generalized anxiety and depression to the variance of prenatal anxiety scores is poor support the previous findings, namely that prenatal anxiety is a type of anxiety itself. Recognition of this type of anxiety, associated with many harmful effects, can provide opportunities for prenatal screening and early intervention, which could lead to improved pregnancy outcomes.

The interaction between the pregnant woman and the unborn child is symptomatic of the relationships she will have with her throughout her pregnancy. During this period, the woman resumes memories and feelings about her own childhood and, depending on her personal history, she can go through anxiety. About this situation in which the pregnant woman remembers aspects of her own childhood, Bydlowski (1998) also spoke when she introduced the theme of “psychic transparency”. This status induces access to refuted memories and allows the remembrance of certain childhood scenes that do not encounter ordinary censorship.

In this paper, the umbrella-concept called prenatal emotional difficulties, include prenatal anxiety and negative prenatal experiences. These are conceptualized and operationalized by the evaluation tool developed by DiPietro, Christensen & Costigan (2008). The authors delineated positive experiences during pregnancy and negative experiences.

In the first category are considered: positive feelings about pregnancy, relationship with husband during this period, waiting for visits to the gynecologist, fetal movements, thoughts about how the child will look, etc. In the second

category we find: insufficient sleep, physical discomfort, bodily changes, thoughts about the child's normality and at birth etc. The experiences of the second category experienced by the women participating in this longitudinal study are part like prenatal anxiety of prenatal emotional difficulties.

The way in which parenting behavior is presented in the literature is important for understanding the term of parenthood and aspects of parenthood. The positive and negative emotions that the new parents live with were essential to their relations with the child, as well as to their couple relationship. Here are some important studies on prenatal risk factors such as prenatal anxiety and maternal stress as a variable of parental behavior.

The fact that during the prenatal period of experiencing anxiety about possible pregnancy problems can continue after birth and turn into negative perceptions about parenthood issues and to the way the parent self-control in the relationship with the child. At the same time, children who have been prenatally exposed to prenatal anxiety may experience difficulty temperament, as some studies suggest (Nolvi *et al.*, 2016), and they may increase the level of parental stress on their mothers.

Matvienko-Sikar, Murphy & Murphy (2018) conducted a study aimed at investigating the role of prenatal and postnatal factors in maternal and paternal stress at nine months postpartum. Data were collected from 6821 dyads parent-children of nine months and who participated in a longitudinal study in Ireland.

The results indicate that mothers have higher levels of parental stress than fathers. The predictors for maternal parental stress are: attachment, health, average quality of sleep, work, household income, and rapid birth. Paternal parental stress has as predictors: attachment and health. Therefore, several prenatal factors have been associated with the increased risk of parental stress at nine months and the role of these factors differs between mothers and fathers.

These results are important for predicting and reducing the risk of parental stress in both parents. In conclusion, parental stress plays an important role in the relationship of parents with children, and knowing risk factors and stress predictors can be an important point for prediction and reduction of parental stress.

2. METHODOLOGY

2.1. OBJECTIVES OF THE PRESENT STUDY

The main objective of the present study is to explore the impact of prenatal emotional difficulties on maternal postpartum stress.

The first specific objective is to investigate the corelation between prenatal anxiety and maternal postpartum stress. The second specific goal is to investigate the corelation between positive and negative experiences during pregnancy and maternal postpartum stress.

2.2. HYPOTHESES

1. The level of prenatal anxiety is a predictor for maternal postpartum stress levels.
2. There is a negative correlation between the intensity of positive experiences during pregnancy and the level of maternal postpartum stress.
3. There is a positive correlation between the intensity of negative experiences during pregnancy and the level of maternal postpartum stress.

2.3. PROCEDURE

Among the conditions of the study were the following: women who will be primary mothers who schedule a pregnancy consultation between 16–22 weeks. There were no exclusion criteria for medical and psychological status. The measurements were carried out in three stages: the first stage between 16–22 weeks of pregnancy, the second stage between 30–33 weeks of pregnancy, and the third stage when the child was 2 to 2 and a half years old.

Participation in the study was voluntary. The author of the present paper met at each stage with each participant to complete the test battery. Prior to the first stage, the participants were informed about the purpose of the study, the voluntary nature of their participation, the storage of the data, the confidentiality and the way to keep them. All participants gave informed consent before participating in the study.

2.4. PARTICIPANTS

The initial sample in the first prenatal stage consists of 51 women who are pregnant between 16 and 20 weeks (age: M = 28.55, SD = 4.34, minimum age = 19, maximum age = 39, 100% caucasian race). Of these, 72.5% are married, 23.5% live with a partner, one is divorced and one is in a relationship but has never been married and does not live in concubinage. Regarding the level of education and the last completed education, 2% completed primary school, 13.7% high school, 3.9% post-secondary school, 3.9% graduated without a license, 52.9% graduated from undergraduate studies and 23.5% finished the master.

In the second stage, at 30 weeks of pregnancy, 48 women responded to the initial sample. When completing the test battery, 80.4% of them are married, 9.8% live with a partner, a woman is alone, and a woman does not want to respond. In the third stage the test battery was completed by 34 mothers of which 32 are married and two lives with a partner.

The reasons for loss to follow-up were moving to another country, a change of address without forwarding new contact information, incorrect contact information, or withdrawal for personal reasons.

2.5. MEASUREMENT INSTRUMENTS

Pregnancy-Related Anxiety Scale

Anxiety was measured with the Pregnancy-Related Anxiety Scale- PRAS (Rini *et al*., 1999), a ten-point scale that evaluates pregnant woman's feelings about her health during pregnancy, child health, and pregnancy and birth-related emotions. This evaluation tool has been used in numerous studies that have as a field of research specific anxiety of the pregnancy experience (Glynn *et al*., 2008).

Responses are scored on a four-point Likert scale and include items like:

"I think labor and birth will be normal", "I'm worried about my baby's health", "I'm afraid I'm going to get hurt during childbirth", "I'm worried about how the baby grows and grows inside me", "I'm concerned or worried about losing the baby". The final score of the questionnaire can be between 10 and 40. This is a tool that has the value of Cronbach alpha fidelity of 0.85 and was developed specifically by Rini *et al*. (1999) for use in research during pregnancy.

Parental Stress Scale Questionnaire

The Parental Stress Scale- PSS (Berry & Jones, 1995) aims to measure the levels of stress faced by parents and takes into account the positive and negative aspects of parenthood. Higher levels of parental stress are related to: lower levels of parental sensitivity to the child, problematic behavior of the child, and poor quality of the parent-child relationship.

The questionnaire was built by Berry & Jones (1995) as an alternative to the Parenting Stress Index (Abidin, 1983, 2012) that contains 101 items and provides a measure that takes into account the positive aspects of parenthood as well as negative, stressful aspects.

This questionnaire involves self-evaluation of parents with the help of 18 items containing positive themes such as emotional benefits, personal development and negative themes: resource requirements, restrictions on parenthood. Responses are scored on a five-point scale from total disagreement to total agreement, and the score may range from 18 to 90. The higher the score, the higher the parental stress level. In the third stage, the scale was completed by the mothers of the children.

The usefulness of the questionnaire is given by changes in the level of maternal stress for mothers who have accessed specific assistance such as family support, classes for parents, as well as the results of services or areas of work focused on improving the capacity of parents to care for children. Regarding the administration of the questionnaire, it can be completed by mothers or fathers or can be administered as an interview; the scale is relatively short and easy to administer, it can be completed in less than 10 minutes. The Cronbach alpha fidelity value for this questionnaire is 0.85.

Pregnancy Experiences Scale-Brief Version

This scale is a brief version of the Pregnancy Experiences Scale- PES (Di Pietro, Christensen & Costigan, 2008) that measures daily maternal exposures to pregnancy events that can cause positive or negative emotions. The scale includes the most common ten pregnancy-related events that can cause positive emotions and ten of the most common negative pregnancy events that cause negative emotions. Responses are scored on a four-point scale from 0, not at all to 3, very much. The internal consistency of the scale is 0.80. The Pregnancy Experiences Scale-Brief Version provides an economical source of information on stress appraisal and emotional valence towards pregnancy.

The tools used were adapted to the Romanian population and were part of a pilot study.

3. RESULTS

3.1. DESCRIPTIVE STATISTICS

In this subchapter are presented descriptive data for each subscale of the evaluation tools used. Thus, in the Table no. 1 are presented media, standard deviation and minimum and maximum values for each instrument.

Table no. 1

Descriptive Statistics

	N	Min	Max	Mean	Std. deviation
PRAS_1	51	10	35	16.51	5.522
PRAS_2	48	10	38	15.60	5.557
PES_positive	34	1.62	3.00	2.4779	.39446
PES_negative	34	.00	2.28	1.1782	.52778
PSS	34	19	40	27.74	5.915

Source: Author

For Pregnancy-Related Anxiety Scale, descriptive data are m=16.51, SD=5.522, MIN.=10, MAX.=35. For the same scale, but in the second stage the descriptive data are m=15.60, SD=5.557, MIN.=10, MAX.=38. For positive pregnancy experiences the descriptive data are m=2.4779, SD=.39446, MIN.=1.62, MAX.=3 and por negative pregnancy experiences the data are m=1.1782, SD=52778, MIN.=.00, MAX.=2.28. For parental stress, descriptive statistics indicates m=27.74, SD=5.915, MIN.=19, MAX.=40.

3.2. VERIFICATION OF HYPOTHESES AND PSYCHOLOGICAL INTERPRETATION OF DATA

The Kolmogorov-Smirnov test was used to check the data normality for the questionnaire from the first stage where there are over 50 values and the Shapiro-Wilkis test in the other cases, where there are less than 50 values, and after interpreting the value of p, which is done inversely than in the usual p, it turned out

that the distribution of the positive experiences during pregnancy is normal and the distribution of the pregnancy-related anxiety, negative experiences and parental stress are nonparametric. In the case of variables whose distribution was nonparametric the data has been transformed by the formula ln x indicated in the book of Andy Field (2018). Further are presented the tables corresponding to the statistical analyzes performed and the interpretation of the obtained data.

The first hypothesis is that the level of prenatal anxiety is a predictor of maternal postpartum stress levels. To verify this hypothesis, the data were analyzed at two different time points. In a first step, the relationship between prenatal anxiety between 16 and 20 weeks of pregnancy and maternal postpartum stress was investigated (Table no. 2). In this case, the value of the p is .083, which means that the sample of the present study does not meet the assumption that prenatal anxiety is a predictor of maternal postpartum stress.

Table no. 2

Simple linear regression for the first stage

Model	B	Std. error	Beta	t	Sig.
ln_PRAS_1	.216	.121	.302	1.790	.083

Source: Author

The fact that the hypothesis is not confirmed is consistent with other studies in which the authors concluded that postnatal depression is the only significant predictor of maternal postpartum stress, which is also a mediator for other risk factors. For example, Leigh & Milgrom (2008) drew attention to the fact that history of depression, antenatal depression, antenatal anxiety and low self-esteem are not commonly cited in the literature as predictors of maternal postpartum stress.

Also, in the second time of hypothesis verification, at 30 weeks of pregnancy, this is not confirmed, the p value is .077. Although the value is not statistically significant, a decrease in the significance threshold is observed, which means that during the second trimester of pregnancy, prenatal anxiety is more present and has more impact on the mother's condition than in the first trimester of pregnancy (Table 3). The fact that the hypothesis is not confirmed can be explored further, in prenatal and postnatal psychology studies.

Table no. 3

Simple linear regression for the second stage

Model	B	Std. error	Beta	t	Sig.
ln_PRAS_2	.215	.118	.307	1.827	.077

Source: Author

The second hypothesis of the study is that there is a negative correlation between the intensity of positive experiences during pregnancy and the level of maternal postpartum stress. This statistical hypothesis is accepted, the values of r (Pearson Correlation) and p, according to the table are r = -.443, p = .009 (Table 4).

Thus, the higher the scores on the scale that measure the intensity of positive experiences in the prenatal stage, with that much maternal postpartum stress score values decrease. This highlights the fact that positive experiences during pregnancy that generate positive emotions are beneficial for future mothers and create healthy maternal behaviors for the mother-to-child relationship. The effect size for this correlation is r^2=.19.

Table no. 4

Correlation between the intensity of positive experiences and the level of parental stress

		PES_positive	ln_PSS
PES_positive	Pearson Correlation	1	-.443**
	Sig. (2-tailed)		.009
	N	34	34
ln_PSS	Pearson Correlation	-.443**	1
	Sig. (2-tailed)	.009	
	N	34	34

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
Source: Author

One of the positive effects of positive emotions in the prenatal stage is that the level of maternal postpartum stress is small, which leads to a more harmonious relationship between mother and child and mental and emotional security for mothers. Among the positive experiences with the highest frequencies and the highest intensity during pregnancy are: unborn child movements, discussions with the partner about pregnancy, spiritual thoughts about pregnancy, thoughts about the physical aspect of the child.

The third hypothesis of the study is that there is a positive correlation between the intensity of negative experiences during pregnancy and the level of maternal postpartum stress. This statistical hypothesis is accepted, the values of r and p, according to the table are r =.364, p =.044 (Table no. 5). The effect size is r^2=.13.

Table no. 5

Correlation between the intensity of negative experiences and the level of parental stress

		PES_negative	ln_PSS
PES_negative	Pearson Correlation	1	.364*
	Sig. (2-tailed)		.044
	N	34	34
ln_PSS	Pearson Correlation	.364*	1
	Sig. (2-tailed)	.044	
	N	34	34

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
Source: Author

Thus, the higher the scores on the scale that measure the intensity of negative experiences in the prenatal stage, with that much maternal postpartum stress scores are rising. Therefore, negative experiences during pregnancy that generate negative emotions are not beneficial for future mothers.

The presence of negative experiences in the prenatal period creates strong negative emotions that can continue after childbirth. That is why, in these situations, it is necessary to monitor the pregnant women who have high scores at the scale of negative experiences. Monitoring is necessary to prevent the risk of prenatal anxiety or even prenatal depression.

The results indicate that negative impact events during pregnancy causes maternal postpartum stress. Thus, experiences such as lack of sleep, body changes, thoughts about child's normality, thoughts about birth, the impossibility of performing certain physical tasks, thoughts about birth and work can generate prenatal anxiety, and if not prevented or diminished to lead to maternal postpartum stress.

4. DISCUSSIONS AND LIMITS

The main objective of the present study was to investigate the prenatal emotional difficulties that occurred during pregnancy and present in the postpartum stage through maternal stress. In the present paper, the term prenatal emotional difficulty is an umbrella-concept that refers to prenatal anxiety, on the one hand, and on the other hand to the experiences lived by pregnant women during the prenatal period.

The present paper uses the longitudinal design, the data being interpreted for several times, namely 20 weeks of pregnancy, 30 weeks of pregnancy, 2 years of postpartum. The tools used are used in several international studies, some of which are derived from a nationwide study on the emotional and behavioral development of the toddler and the other are licensed. Regarding the hypotheses elaborated, some of them were accepted after the statistical analysis.

One of the results shows that prenatal anxiety is not a predictor of maternal postpartum stress. This result, on the one hand, is similar to other studies, and on the other hand it differs from them. In interpreting the outcome, it is also necessary to consider that only half of the mothers participating in the study had above-average levels of prenatal anxiety, which also explains that in the postpartum period only two mothers had slightly raised levels of parental stress, the rest falling into the subclinical threshold.

However, in the future, the hypothesis will be tested on a larger sample, and other variables will be investigated as predictors of maternal postpartum stress. This is considered to be important, as there is a growing demand in contemporary society to optimize parent-child relationships and to find ways to deal with parental stress.

The two hypotheses regarding the relationship between positive experiences during pregnancy and negative experiences during pregnancy are confirmed. Therefore, the intensity of positive experiences correlates negatively with high levels of maternal postpartum stress, while the intensity of negative experiences correlates positively with high levels of maternal postpartum stress. These hypotheses have very important implications in everyday life and suggest that there are a multitude of prenatal events that can be positive or negative stressors, causing emotional difficulties.

The way mothers perceive these experiences is very important, and how they manage the problematic situation for them affects how they interact with children and deal with parental stress. It is worth mentioning that the presence of maternal postpartum stress in the dynamics of any family is a natural thing, which matters are the mechanisms that parents use to overcome problematic situations and find solutions to problem solving.

As far as the limits of this study are concerned, several can be mentioned given the interpretation of the present results. First of all, one of these could be the correlational nature of the study. Although the analysis has revealed information about possible directions of relationship between concepts, design of this type does not allow for clear conclusions to be drawn regarding the causality that occurs between the variables studied.

The correlation coefficient provides information on how variable values vary, some in report to others. Thus, the correlation coefficient has no causal value unless the variables have been measured in a context that proves causality, and this happens only under experimental conditions. Another limit also refers to the fact that the sample used was convenient, relatively small, in the future, the study can be carried out on several participants.

Another limit of the study is that the women involved are physically and mentally healthy, with a generally high level of education, and the majority have a job and are in an intimate relationship. Relationships found between variables may differ for samples of low socio-economic status, marital status, or clinical samples.

As far as future directions are concerned, mothers will be further evaluated to verify hypotheses that have not been confirmed on a larger sample of subjects. Also, in the future, it is desirable to investigate the impact of other variables such as prenatal depression, family and social support on parental stress.

Therefore, the results of the study have particular implications in the awareness of the impact of prenatal anxiety on maternal stress, the relationship between the intensity of positive and negative experiences during pregnancy and maternal stress, as well as aspects related to prenatal psychopathology, mother-child relationship and the moderating role of relevant variables, such as marital satisfaction, social support, mother's age, socio-economic status, etc. in the early relationship between mother and child.

5. CONCLUSIONS

This study brings added insight into the issue of maternal-child relationship from prenatal to early childhood. The variables of the study refer to important aspects of the prenatal period, such as prenatal anxiety, positive and negative experiences during pregnancy and postnatal period and maternal postpartum stress.

Results generate the idea that the mother's prenatal life context is essential for her mental condition and influences her subsequent relationship with the child.

The fact that the prediction hypothesis has not been confirmed can be explained by reference to the literature. Scientific literature mentions that prenatal emotional difficulties have different effects on maternal behavior. Thus, prenatal anxiety is a variable with a clinical influence in the first trimester of pregnancy, subsequently decreasing its level, a conclusion also supported by Dennis et al. (2013). Another explanatory aspect may be that by participating in the present study from the prenatal stage, mothers have assumed a more conscious maternal role.

In conclusion, anxiety and maternal postpartum stress are risk factors for the quality of the relationship between mother and child. Therefore, knowing that prenatal anxiety influences how mother creates an emotional connection with the child from prenatal period can be useful in identifying mothers with high scores on the anxiety scale and including them in programs to reduce anxiety and create a healthy relationship with the baby since the prenatal period.

Received at: 28.05.2019

BIBLIOGRAPHY

1. ABIDIN, R. R., *Parenting Stress Index: Manual, Administration Booklet, and Research Update,* Charlottesville, VA, Pediatric Psychology Press, 1983.
2. ABIDIN, R. R., *Parenting Stress Index, Fourth Edition (PSI-4),* Lutz, FL, Psychological Assessment Resources, 2012.
3. BERRY, J. D., & JONES, W. H., *The Parental Stress Scale: initial psychometric evidence,* Journal of Social and Personal Relationships, **12**, *3*, 1995, p. 463–472.
4. BRUNTON, R., DRYER, R., SALIBA, A., & KOHLHOFF, J., *Re-examining pregnancy-related anxiety: A replication study,* Women and Birth, **32**, *1*, 2018, p. 131–137.
5. BYDLOWSKI, M. *Psihanaliza maternitatii*, Iași, Editura Trei, 1998.
6. DENNIS, C. L., COGHLAN, M., & VIGOD, S., *Can we identify mothers at-risk for postpartum anxiety in the immediate postpartum period using the state-trait anxiety inventory?* Journal of Affective Disorders, **150**, *3*, 2013, p. 1217–1220.
7. DIPIETRO, J. A., CHRISTENSEN, A. L., & COSTIGAN, K. A., *The Pregnancy Experience Scale-Brief Version*, Journal of Psychosomatic Obstetrical Gynaecology, **29**, *4*, 2008, p. 262–267.
8. FIELD, A., *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). London, SAGE Publication Ltd., 2018.
9. FIGUEIREDO, B., & CONDE, A., *Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum,* Archives of Women's Mental Health, **14**, *3*, 2011, p. 247–255.
10. GLYNN, L M., SCHETTER, C. D., HOBEL, C. J., & SANDMAN, C. A., *Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth*, Health Psychology, **27**, *1*, 2008, p. 43–51.

11. HUIZINK, A. C., MULDER, E. J., & BUITELAAR, J. K., *Prenatal stress and risk for psychopathology: specific effects or induction of general susceptibility?* Psychological Bulletin, **130**, *1*, 2004, p. 115–42.
12. LEIGH, B., & MILGROM, J., *Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress,* BMC Psychiatry, **8**, *24*, 2008, p. 1–11.
13. MARTINI, J., WITTICH, J., PETZOLDT, J., *et al., Maternal anxiety disorders prior to conception, psychopathology during pregnancy and early infants' development: A prospectivelongitudinal study,* Archives of Women's Mental Health, **16**, *6*, 2013, p. 549–560.
14. MATVIENKO-SIKAR, K., MURPHY, G., & MURPHY, M., *The role of prenatal, obstetric, and post-partum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month old infants,* Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, **39**, *1*, 2018, p. 47–55.
15. NOLVI, S., KARLSSON, L., BRIDGETT, D. J., *et al., Maternal prenatal stress and infant emotional reactivity six months postpartum,* Journal of Affective Disorders, **199**, 2016, p. 163–170.
16. RINI, C. K., DUNKEL SCHETTER, C., WADHWA, P. D., & SANDMAN, C. A., *Psychological adaptation and birth outcomes: The role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy,* Health Psychology, **18**, *4*, 1999, p. 333–345.

REZUMAT

Obiectivul general al studiului prezent este investigarea impactului dificultăților emoționale prenatale asupra stresului matern postnatal. Primul obiectiv specific este investigarea relației dintre anxietatea prenatală și stresul matern postnatal. Al doilea obiectiv specific este investigarea relației dintre experiențele pozitive și negative de pe parcursul sarcinii și stresul matern postnatal. Studiul prezent este un studiu longitudinal care cuprinde trei etape (S1=51 de participanți, S2=48 de participanți, S3=34 de participanți). Au fost utilizate instrumente pentru evaluarea anxietății prenatale (Pregnancy-Related Anxiety Scale), experiențelor pozitive și negative de viață (Pregnancy Experiences Scale-Brief Version) și stresului matern postnatal (Parental Stress Scale). Rezultatele indică corelații semnificative între intensitatea experiențelor pozitive de pe parcursul sarcinii și stresul matern postnatal (r= -.443, p=.009) și între intensitatea experiențelor negative de pe parcursul sarcinii și stresul matern postnatal (r=.364, p=.044). Pe de altă parte, ipoteza conform căreia nivelul de anxietate prenatală este un predictor pentru stresul matern postnatal a fost infirmată. Deși valoarea lui p nu este semnificativă din punct de vedere statistic, se observă scăderea pragului de semnificație, ceea ce înseamnă faptul că în al doilea trimestru de sarcină anxietatea prenatală este mai prezentă și are mai mult impact asupra stării mamei decât în primul trimestru de sarcină. Rezultate generează ideea conform căreia contextul de viață al mamei din etapa prenatală este esențial pentru starea psihică a acesteia și influențează relația ulterioară cu copilul. Dificultățile emoționale prenatale, precum anxietatea și evenimentele negative sunt factori de risc pentru stresul matern postnatal și pentru calitatea relației dintre mamă și copil.

CALITATEA VIEȚII PERSOANELOR CU BOALA ALZHEIMER ȘI A PERSOANELOR CARE OFERĂ ÎNGRIJIRE ACESTORA

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

ABSTRACT

The caretaker of a person with Alzheimer's disease or his family is under stress due to crisis management and over-stressing. Lack of information and unrealistic expectations about the behavior of people with neurocognitive disorders cause additional stress often manageable through a proper approach from the caregiver. This research studies the factors that can help reduce the stress of patients with neurodegenerative disorders at different stages of progression of the disease but also in caregivers. The objective of the study was to record changes in the quality of life of people with neurodegenerative disorders and their caregivers at the beginning and end of the implementation of an information and counseling program. We assumed that a minimum of intervention would lower the level of stress perceived by the patient and increase the quality of life of the patient and his caregiver. The research group consisted of 70 participants, 35 patients with BA and 35 caregivers. Symptoms of agitation and aggression are associated with stress perceived by patients with stress-causing neurodegenerative disorders and for the caregiver. In order to determine the stress perceived by the patient, we used the Neuropsychiatric Inventory-NPI scale. In order to highlight the quality of life, we used two tests for the person with neuro-cognitive impairment QOL-AD and one for the caregiver - the Personal Welfare Index Scale (PWI). Study participants experienced significant improvements in QOL-AD scores (from an average of 30.97 to 33.43) and drop in NPI scores (from 88.77 to 79.23). This demonstrates that decreasing behavioral disorders increases the quality of life of the patient with Alzheimer's disease.

The importance of the research is to draw attention to the need to inform the caregiver about the mechanisms of neurocognitive disease and its counseling and the patient. It also highlights the association between emotional and behavioral disorders and a decrease in the quality of life of the patient and his carer.

Cuvinte-cheie: boala Alzheimer, reducerea stresului, calitatea vieții, informarea și consilierea, îngrijitorii persoanelor cu boala Alzheimer.

Keywords: Alzheimer's disease, stress reduction, quality of life, information and counseling, carers of people with Alzheimer's disease.

* 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

Rev. Psih., vol. 65, nr. 3, p. 193–207, București, iulie – septembrie 2019

1. INTRODUCERE

1.1. BOALA ALZHEIMER

Boala Alzheimer reprezintă mai mult de jumătate din cazurile de demență și conform studiilor este puțin probabil să existe o singură cauză a declanșării. Se pare că este vorba despre o combinație de factori care duc la dezvoltarea bolii, iar importanța unora față de alții diferă de la o persoană la alta.

Alzheimer Europe (2018) descrie, în ordine alfabetică, în jur de 150 de afecțiuni legate de demență. Cele mai întâlnite tipuri de demență cuprind: bolile neurologice degenerative (ex. boala Alzheimer), demența frontotemporală și vasculară (ex. demența multiinfarct), infecții care afectează sistemul nervos central (infecția cu HIV, boala Creutzfeldt-Jakob), demența cu corpi Lewy (Băjenaru și colab., 2010). Modificările neuropatologice în BA sunt agregarea plăcilor senile-depozite extracelulare de β-amiloid și agregări patologice de proteină sau în neurofibrile. Activarea acestor depuneri este corelată de studii cohortă cu diferiți factori intrinseci sau extrinseci, cauzele BA rămânând încă o problemă de studiu.

Modificările comportamentale și emoționale, cum ar fi iritabilitatea, comportamentul motor anormal, agitația și agresivitatea, pot fi cauzate de stresul perceput de pacient datorat deficitelor cognitive, cât și zgomotelor puternice sau alți factori de mediu resimțiți ca fiind periculoși. Disfuncțiile corticale sunt legate de nivelurile anormale de substanțe asociate comportamentului agresiv (Minger, 2000). Tulburările comportamentale și emoționale reprezintă o sursă de stres suplimentar pentru familia sau îngrijitorul pacientului (Balthazar și colab., 2013).

Persoanele cu BA sunt afectate diferit în funcție de factori individuali de personalitate, stare de sănătate generală sau situație socială, care pot determina manifestări simptomatice diferite. Deteriorările cognitive creează confuzie și stresul perceput de persoana cu BA este corelat cu agitația, agresivitatea, rătăcirea fără scop și dromomania (Marcio și colab., 2013). Speranța medie de viață a pacientului cu BA este de 7 ani, mai puțin de 3% dintre aceștia putând însă supraviețui până la 14 ani după diagnosticare (Molsa și colab., 1995).

1.2. OBSERVAȚIILE CLINICE

Valența afectivă a experienței de eșec este un element de stres pentru persoanele cu BA și în general pentru persoanele cu tulburări neurocognitive. Pornind de la observațiile asupra bebelușilor și copiilor mici care nu conștientizează nivelurile de performanță ale sarcinilor, dar care au reacții afective pozitive sau negative în legătură cu reușitele sau eșecurile, putem trage concluzia că reușita și eșecul au o legătură directă cu motivația și afectivitatea, fără a implica neapărat conștientizarea performanței. Pacientul cu demență trăiește afectiv eșecul și emoția poate trena chiar dacă nu își amintește ce anume l-a întristat. Observațiile clinice asupra persoanelor cu BA și corelația cu stadiile de dezvoltare ale copilului m-au condus la concluzia că starea emoțională se perpetuează. În condiții de subliniere a eșecului

de către anturaj, pacientul poate deveni agresiv sau depresiv, în condiții de încurajare sub diverse forme, poate să scadă stresul perceput de acesta. Adultul cu BA nu poate fi tratat ca un copil deoarece pierderea abilităților sale este inegală, și datorită exersării unor abilități timp îndelungat se creează automatisme care îl ajută pe bolnav acolo unde memoria procedurală este afectată. Memoria implicită este legată în mod special de afectivitate și acesta este „ancora principală" de relaționare cu persoana cu BA. Persoana cu boală neurodegenerativă în stadiu avansat, are totuși abilități de comunicare nonverbală și paraverbală exersate întreaga viață. Acestea sunt foarte importante atunci când înțelegerea mesajului vorbit este deficitară, atât recepționarea, cât și emiterea.

1.3. TRATAMENT

În prezent nu există un tratament curativ pentru BA sau pentru demență în general, cercetările actuale se desfășoară în direcția creării de medicamente care să încetinească progresul bolii. Există totuși o serie de tratamente medicamentoase care au efecte de control simptomatic care vizează insomnia, depresia, delirurile, halucinațiile, agitația și comportamentele disruptive. În general, utilizarea de medicamente somnifere sau tranchilizante trebuie menținute însă la nivel minim deoarece pot provoca confuzie (Turkington și Mitchell, 2010). Cercetările actuale se concentrează de asemenea pe găsirea metodelor de tratament nonfarmacologic, pentru a crește calitatea vieții pacientului și a familiei sau îngrijitorului său.

1.4. ABORDAREA PACIENTULUI CU BA

Persoana cu BA trebuie tratată conform stadiului bolii sale, pe măsură ce se înregistrează pierderi în ariile de atenție, concentrare, memorie etc. Cerințele anturajului trebuie corelate și adaptate permanent la posibilitățile de răspuns actuale ale pacientului (nu la un nivel anterior) pentru a nu provoca sentimente de frustrare, confuzie, teamă, care pot conduce la manifestări agresive.

Pe lângă asistența permanentă de care are nevoie pacientul în stadiile evoluate ale BA, situațiile de criză îngreunează sarcina persoanelor care oferă îngrijire și scad calitatea vieții lor și a pacienților. În spatele comportamentelor aberante, trebuie căutate sentimentele bolnavilor, disconfortul, frica sau durerea, nevoia de a fi văzuți și auziți. Problemele emoționale și comportamentale sunt des întâlnite în rândul persoanelor cu boală Alzheimer, adesea fiind greu de gestionat și mai supărătoare pentru familie sau persoana care oferă îngrijire decât tulburările cognitive în sine. Depresia și apatia sunt simptome frecvente, dar comportamentele agitate, agresive și psihotice sunt principalul motiv pentru care pacienții cu BA sunt internați în centre de îngrijire medicală. Este nevoie de asistență pentru familiile bolnavilor, de informare și educare în ceea ce privește mecanismul bolii și de achiziționarea unor tehnici de intervenție pentru reducerea stresului perceput de către pacient.

Persoana cu BA se poate bucura de activități simple, cum ar fi jocul cu mingea sau desenul, dar și de responsabilități pe măsura posibilităților sale în stadiile

timpurii ale bolii. Persoanele cu tulburări neurodegenerative trebuie respectate ca adulte, chiar dacă în fazele avansate ale bolii se pierde mare parte din gândirea conștientă, receptorii emoționali rămân activi și influențează starea de dispoziție a individului. Starea afectivă a pacientului are impact asupra calității vieții sale și a familiei sau îngrijitorilor săi.

Persoana cu BA nu își poate asuma responsabilitatea, familia trebuie să ia poziția de conducere, să încurajeze bolnavul pentru reușitele sale și să minimizeze dizabilitățile. Accentuarea dizabilității poate fi motiv de frustrare, furie, depresie, fugă de la domiciliu. Pe măsură ce boala avansează, este afectată capacitatea de a procesa în mod constructiv evenimente și situații, capacitatea de toleranță la frustrare se reduce, bolnavul nu poate aștepta și poate fi deranjat de stimulii puternici (căldură, lumină, petreceri etc.). Valențele afective ale experienței de eșec și sublinierea acestora de către anturaj pot accentua agitația și agresivitatea persoanelor cu BA. Tonul vocii persoanelor care au în îngrijire persoanele cu tulburări neurodegenerative trebuie să fie cald și liniștit, mesajele simple și directive, contactul vizual trebuie să fie prezent și folosirea atingerii este utilă pentru a liniști bolnavul. Semnificațiile emoțional-vizuale ale comportamentelor, acțiunilor sau activităților sunt extrase de către pacient chiar în stadii avansate ale bolii.

Activitatea are, în general, efecte pozitive asupra gândirii, cât și asupra afectivității. Persoanele cu tulburări neurodegenerative, care sunt implicate în treburile gospodărești sau practică plimbări, au un nivel de depresie și agresivitate mai scăzut. Explicarea unei sarcini poate să nu fie înțeleasă datorită erodării cognitive, în schimb pot fi extrase semnificații vizuale afective complexe. Implicarea persoanelor cu tulburări neurocognitive în activități, care prezintă valențe afective de reușită, contribuie la menținerea stimei de sine și scad manifestările emoționale negative.

Pierderea memoriei reprezintă o pierdere a identității individului, memoria îi permite să aibă conștiința de sine continuă în timp, altfel el este captiv în momentul de față, fără un sens dat de trecut și speranță pentru viitor. Profesia reprezintă o parte importantă a vieții noastre în cadrul căreia au fost exersate timp îndelungat anumite abilități, aceste zone de funcționare pot fi utilizate de către îngrijitorul persoanelor cu BA pentru a compensa funcții pierdute. O bună cunoaștere a istoriei de viață a pacientului ajută specialiștii și persoanele care oferă îngrijire să creeze ancore de relaționare cu pacientul. Apelul la profesia pacientului poate produce o legătură pozitivă datorată impactului asupra imaginii de sine. O persoană care a fost farmacist, profesor etc., întrebată despre profesia sa, povestește cu însuflețire și starea sa afectivă se modifică în mod vizibil. Având în vedere afectarea memoriei pacientului, nu este ciudat să se apeleze la aceste povești ori de câte ori este nevoie atâta vreme cât starea de spirit se îmbunătățește. Capacitatea individului de a se bucura, de a face un lucru cu plăcere îl poate ține în viață, îi dă un sens chiar și atunci când este lovit de boli pe care nici medicina modernă nu le poate rezolva.

Prezentul studiu este o continuare a studiilor anterioare care evidențiază necesitatea susținerii psihologice și informării îngrijitorilor pacienților cu BA, cât și deprinderea de către aceștia a unor tehnici de gestionare a situațiilor de criză,

pentru a face față unei sarcini uneori foarte dificilă. Măsurarea calității vieții (QOL) este o modalitate de determinare a impactului intervențiilor, în acest sens au fost create instrumente pentru măsurarea QOL (Berzon, 1995). În acest studiu am măsurat îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu BA, respectiv impactul informării și susținerii minime a persoanelor care oferă îngrijire.

Modalitatea de raportare la boala unui membru al familiei, o atitudine mai relaxată de a privi această boală incurabilă, acceptarea diagnosticului de către pacient și de către familia sa reprezintă obiective ale consilierii și susținerii în conformitate cu realitatea bolii. Înțelegerea impactului bolii asupra funcționării de zi cu zi poate conduce la evitarea conflictelor și se poate obține o creștere a calității vieții familiei persoanelor cu BA. Bruvik și colab. (2012) au observat că depresia îngrijitorului determină scăderea calității vieții bolnavului. Percepția îngrijitorului asupra bolii unei persoane dragi este importantă și determină într-o măsură importantă calitatea vieții sale și a celui bolnav (Missotten, 2008). De cele mai multe ori, tulburările emoționale pot fi diminuate prin asigurarea unui mediu sigur și cald.

2. MOTIVAȚIA ȘI SCOPUL CERCETĂRII

BA afectează viața de zi cu zi a pacienților și a familiei sau îngrijitorilor săi. Gestionarea tulburărilor emoționale la pacienții cu BA are scopul de a menține un anumit nivel de bunăstare a pacientului și a familiei/îngrijitorului în condițiile prezenței bolii. Evaluarea și cunoașterea impactului bolii asupra bolnavului și asupra familiei/îngrijitorului sunt elemente importante în elaborarea planului de intervenție necesar.

Calitatea vieții este un concept vast care cuprinde sănătatea fizică și psihică, autonomia, interacțiunile sociale și relația dintre un subiect și mediul său. Evaluarea calității vieții la pacienții cu BA este necesară pentru a se asigura o gestionare optimă a simptomelor bolii și un mediu prietenos, atât pentru bolnav, cât și pentru persoana care îi oferă îngrijire. Instrumentele de măsurare a calității vieții pentru persoanele cu BA cuprind atât itemi de autoevaluare (folosiți în stadiul incipient al bolii), cât și itemi de heteroevaluare destinați persoanelor care îl au în îngrijire pe bolnav.

Atributul principal al consilierii îngrijitorului în gestionarea tulburărilor emoționale ale persoanei cu BA este empatia față de persoana cu BA și căutarea satisfacerii nevoilor pacientului. De asemenea, este important ca îngrijitorul persoanei cu demență să învețe tehnici de abordare a pacientului în criză și dezvoltarea de răspunsuri afective adecvate față de pacient. Psihoterapia și intervenția emoțională în tulburările neurodegenerative reprezintă soluția ecologică a tulburărilor emoționale. Poate părea exagerat, dar este utilă într-o anumită măsură comparația cu raportarea la relația părinte–copil. Atunci când copilul mic este pradă angoaselor, iar mama îl liniștește prin satisfacerea nevoilor, prin gesturi de mângâiere, voce caldă și înțelegere. Adultul cu BA este tratat cu neuroleptice atunci când este pradă spaimei și confuziei. Unele medicamente psihiatrice folosite în tratarea tulburărilor emoționale

ale pacienților cu demență pot avea efecte pozitive, dar în alte cazuri pot exista efecte secundare nedorite, cum ar fi tulburările de echilibru care pot conduce la accidente grave sau accidente vasculare.

Înțelegerea și folosirea capacităților emoționale ale pacientului pot fi de un real folos în gestionarea pacienților cu tulburări neurodegenerative. Așa cum copilul mic are nevoie în primul rând de siguranța și liniștea unui cămin, pacientul cu BA este mai puțin agitat și mai puțin agresiv într-un mediu perceput ca sigur și „neamenințător". Persoana care oferă îngrijire trebuie să înțeleagă manifestările emoționale ale pacientului ca fiind rezultatul deteriorării și în ultimă instanță a pierderii funcțiilor inhibitorii, executive etc. și să răspundă cu calm și îngăduință. Regresul înregistrat în toate ariile aduc în prim plan nevoi emoționale și fizice primare. Bebelușul și copilul mic au o stare afectivă pozitivă dacă, pe lângă satisfacerea nevoilor fizice, sunt mângâiați, îmbrățișați, cu alte cuvinte dacă există o relaționare de calitate. Capacitatea adultului de autoliniștire este consolidată în timp pe baza îngrijirilor primare primite în copilărie. Pierderea diverselor abilități ale persoanei cu BA readuce individul la stadiul primar de dependență de o altă persoană, pentru a reuși să se calmeze. Îmbrățișările și mângâierile devin elemente care contribuie la starea afectivă și sunt importante în îngrijirea pacientului cu BA în stadiu avansat. Menținând paralela cu nevoile copilului mic, această parte de stimulare senzorială reprezintă un mod de comunicare în absența limbajului. Apropierea fizică și emoțională ca metodă terapeutică trebuie practicată în concordanță cu cerințele pacientului, astfel, dacă acesta este furios sau prezintă delir sau halucinații, apropierea poate fi percepută ca intruziune. De obicei agitația fizică și verbală a pacientului este datorată unui disconfort (teamă, durere, plictiseală, schimbări de mediu, foame, frig/căldură etc.), iar odată descoperit motivul, răspunsul va putea fi adaptat nevoilor sale.

Abordările comportamentale și emoționale ale simptomelor psihiatrice trebuie să reprezinte o primă alegere pentru pacientul cu tulburări neurocognitive, iar cea medicamentoasă să fie ultima alegere. Tulburările emoționale pot fi cauzate de distrugerile neuronale care reglează impulsurile emoționale și afectează percepțiile, dar și de durerile des întâlnite la persoanele în vârstă sau de stimuli percepuți ca fiind intruzivi.

Dahlberg, Todres și Galvin (2009) oferă o apreciere și o critică a îngrijirii pacienților cu BA. Ei susțin că abordările actuale împiedică punerea accentului pe o înțelegere mai profundă a ceea ce ar putea fi îngrijirea pacientului. Aceștia prezintă o interpretare alternativă a îngrijirii pacienților, pe care o numesc „îngrijire condusă de viață" și susțin că aceasta este mai mult decât înțelegerea generală a îngrijirii pacientului. Deși rădăcinile acestei metode alternative nu sunt noi, autorii cred că este oportună reevaluarea câtorva dintre implicațiile perspectivelor actuale ale practicilor centrate pe pacient. Gândirea îngrijirii condusă de viață, pe care autorii o dezvoltă, include o articulare a trei dimensiuni: modalitatea de viață a persoanei, o viziune a stării de bine, și nu doar a bolii, și o modalitate de îngrijire care este în concordanță cu această viziune a stării de bine. Autorii trag concluzia

că viziunea existențială a stării de bine este esențială pentru îngrijirea condusă de viața globală, deoarece oferă o direcție pentru îngrijire și practică, care este în mod intrinsec și pozitiv orientată spre sănătate într-un sens mai larg și mai substanțial.

Se poate defini în moduri diferite calitatea vieții, dar cu siguranță există factori comuni care pot fi luați în considerare pentru a crea noi modalități de intervenție și pentru a contribui la creșterea nivelului calității vieții persoanelor cu tulburări neurodegenerative. Relațiile interumane sunt importante pentru toți oamenii, persoana cu BA are de asemenea nevoie să rămână conectată la viața socială și nu să fie izolată. Exercițiile fizice și implicarea în activitate contribuie la menținerea sănătății fizice și stimulează funcția cognitivă. Asigurarea unui mediu sigur și confortabil, o atmosferă pozitivă și monitorizarea durerii și depresiei pot contribui la un nivel crescut al calității vieții bolnavului, cât și al familiei sau persoanei care oferă îngrijire.

Analiza rezultatelor prezentului studiu sugerează un beneficiu semnificativ al informării îngrijitorului asupra mecanismelor bolii neurocognitive, consilierii și susținerii psihologice a cuplului bolnav–îngrijitor. Scopul acestui studiu este de a atrage atenția asupra nevoii de sprijin, informare și educare a familiilor persoanelor cu BA pentru a crește nivelul calității vieții lor și a întârzia pe cât este posibil internarea pacientului într-un centru de îngrijire medicală. Acest studiu s-a concentrat pe modul de relaționare și gestionare a tulburărilor emoționale ale pacientului de către îngrijitor în urma consilierii și informării. A fost semnat un formular de consimțământ dublu, atât de către pacient, cât și de cel care îl îngrijește. Retragerea din studiu a unor participanți nu a afectat în niciun fel rezultatele obținute care concordă cu obiectivele formulate.

3. OBIECTIVELE ȘI METODOLOGIA CERCETĂRII

3.1. OBIECTIVELE CERCETĂRII

Cercetarea de față prezintă impactul măsurilor minime de informare, consiliere și ghidare a persoanelor care oferă îngrijire unui pacient cu BA asupra nivelului de stres perceput de pacient.

Scopul principal al cercetării este să evalueze calitatea vieții persoanei cu tulburări neurodegenerative și a îngrijitorului său. Stabilirea unor metode de reducere a stresului perceput de pacienții cu tulburări neurodegenerative contribuie astfel la creșterea nivelului calității vieții lor și al familiei sau îngrijitorilor. Reducerea tulburărilor emoționale ale persoanei cu BA va contribui major la scăderea nivelului de stres al persoanei care oferă îngrijire și la creșterea calității vieții lor.

Scopul secundar al cercetării derivă din necesitatea informării și educării populației în legătură cu tulburările emoționale în cadrul BA, care este întâlnită tot mai des la persoanele în vârstă. Am studiat legătura dintre stresul perceput de pacientul cu BA și factorii de relație și adaptare a familiei/îngrijitorului la situația bolii unui membru al familiei. Modificarea interacțiunii cu pacientul va scădea tulburările comportamentale crescând astfel calitatea vieții cuplului pacient/îngrijitor.

3.1.1. **Obiectivele teoretice** constau în studiul relației între scăderea nivelului de stres perceput de pacient, respectiv manifestarea tulburărilor emoționale și calitatea vieții persoanei cu BA și a îngrijitorului său.

3.1.2. **Obiectivele practice** constau în informarea specialiștilor din domeniul tulburărilor neurocognitive și a familiilor/îngrijitorilor cu privire la necesitatea formării unor abilități de abordare a pacientului cu BA. De asemenea, nevoia de sprijin, informare și educare a familiilor persoanelor cu BA pentru a crește nivelul calității vieții lor și a întârzia pe cât este posibil internarea pacientului într-un centru de îngrijire medicală.

Studiul investighează impactul măsurilor minime, informaționale și educaționale aplicate persoanelor care oferă îngrijire persoanelor cu BA asupra calității vieții ambelor categorii de persoane, cât și semnificația clinică a acestor schimbări. Am înregistrat modificările nivelului calității vieții persoanelor cu tulburări neurodegenerative și a îngrijitorilor lor. Obiectivul cercetării este de a determina rezultatele obținute în urma informării și consilierii persoanelor care oferă îngrijire pacientului cu tulburări neurocognitive și impactul acestora asupra calității vieții pacientului și a îngrijitorului său.

Impactul practic al cercetării constă în modul de relaționare și gestionare a tulburărilor emoționale ale pacientului de către îngrijitor, dar și modificările comportamentale în urma consilierii, informării și susținerii psihologice a cuplului bolnav–îngrijitor.

3.2. IPOTEZELE CERCETĂRII

Formularea ipotezelor cercetării de față au fost conturate în urma observațiilor clinice și nevoii familiilor pacienților cu BA de a fi îndrumați și sprijiniți într-o misiune dificilă. Studiul a fost efectuat în 2018 pe un lot de persoane care au solicitat informații cu privire la abordarea pacienților sau membrilor familiei pe care îi aveau în grijă.

Am pornit de la ideea că stresul perceput de pacientul cu BA are legătură cu adaptarea familiei/îngrijitorului la situația bolii acestuia.

Ipoteze:

Dacă familia/îngrijitorul persoanei cu BA beneficiază de consiliere și informare, vor scădea tulburările emoționale ale pacientului.

Dacă scad tulburările emoționale ale pacientului cu BA, va crește calitatea vieții sale și a familiei/îngrijitorului.

3.3. EȘANTIONUL CERCETĂRII ȘI PROCEDURĂ

Cercetarea de față s-a desfășurat în 2018, în București. Pacienții cu tulburări neurodegenerative sunt rezidenți de familie. Studiul a inclus 70 participanți (n = 70). Grupul experimental de pacienți este format din 35 de persoane (23 de femei și 12 bărbați cu vârste cuprinse între 71 și 92 de ani). Grupul experimental de îngrijitori este format din 35 de persoane (n = 35), format din 8 bărbați și 27 de femei cu vârste cuprinse între 32 și 82 de ani și o medie a vârstei de 79,23. Grupul de control

de asemenea format din 35 cupluri pacient–îngrijitor. Principiul participării la studiu a fost respectat și acceptat de către pacient și persoana care oferă îngrijire.

Îngrijitorii au solicitat informații cu privire la abordarea pacienților sau a membrilor familiei pe care îi aveau în grijă. Am stabilit un program structurat în care pacienții și persoanele care îi îngrijesc au răspuns la întrebări și au primit informații despre boală și consiliere. Am avut discuții despre simptomele pacientului și răspunsul adaptat al familiei. Pacienții au fost selectați pe baza demonstrării unei tulburări neurodegenerative stabilite printr-un diagnostic, înregistrându-se scorul DGS (Stadiul deteriorarii globale). Persoanele care au fost afectate de o tulburare psihiatrică, tulburare de dezvoltare intelectuală, tulburări ale auzului au fost excluse. Sesiunile de informare și consiliere a îngrijitorilor au constat în două întâlniri a două ore și o sesiune de instruire pentru noi competențe. În cadrul primei întâlniri au fost făcute evaluările tulburărilor emoționale și ale calității vieții participanților. După întâlnirile de informare și intervenție psihologică, am reevaluat cele două grupuri. Am comparat mediile obținute înainte de perioada de informare cu mediile obținute după intervenție. Datele demografice au inclus vârsta, sexul, domiciliul, starea civilă, statutul ocupațional, relația dintre bolnav și îngrijitor, educația și durata îngrijirii. Unele date demografice au fost excluse, fiind considerate neadecvate pentru această cercetare.

3.4. INSTRUMENTE

Centrul Australian pentru Calitatea Vieții descrie peste 1.000 de instrumente care au ca obiect măsurarea calității vieții sub diferite forme. Multe dintre aceste instrumente au fost elaborate pentru grupuri selectate, în special în ceea ce privește scalele concepute pentru a monitoriza QOL în contextul afecțiunilor medicale sau a dizabilităților.

Am investigat calitatea vieții persoanelor cu tulburări neurodegenerative utilizând Scala de măsurare a calității vieții în boala Alzheimer – QOL-AD (Logsdon și colab., 1999) la începutul și la sfârșitul studiului. Chestionarul include 13 itemi care privesc sănătatea fizică, energia, starea de spirit, viața, memoria, familia, căsătoria, prietenia, activitățile, distracția, banii, sinele și viața în ansamblu. Scala prezintă o bună fiabilitate și validitate raportată în literatura de specialitate (Hoe și colab., 2005). Studii anterioare au constatat că scala originală cu 13 itemi, folosită în prezentul studiu, QoL-AD prezintă o consistență internă de $\alpha = 0.88$ (Logsdon *et al.*, 1999). Chestionar disponibil online.

Am înregistrat scorurile GDS (Stadiul deteriorării globale) la începutul studiului și la sfârșit. Scala de deteriorare globală (GDS), dezvoltată de Barry Reisberg (1982), este un instrument validat de autori 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 o 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. 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. Chestionar disponibil online cu acordul autorului pentru cercetare academică.

Am folosit Inventarul Neuropsihiatric – NPI (Cummings, 1994) care evaluează 10 domenii de comportament obișnuit în patologia neurodegenerativă: halucinații, delir, agitație/agresivitate, depresie, anxietate, iritabilitate, dezinhibare, euforie, apatie. Scala este validă și fiabilă, este administrată unui îngrijitor profesionist sau unei persoane care cunoaște în detaliu comportamentul pacientului. Chestionar disponibil online.

Am investigat calitatea vieții îngrijitorilor persoanelor cu tulburări neurodegenerative cu ajutorul Scalei indexului de bunăstare personală – PWI (Cummins, 2013) la începutul și la sfârșitul studiului. În 2002, Cummins și Lau au inițiat grupul internațional de calitate a vieții (IWbG) (Cummins & Lau, 2003). Obiectivul principal al IWbG era de a transforma scala PWI într-un instrument intercultural valabil. La momentul realizării acestei ediții a 5-a, peste 150 de cercetători din mai mult de 50 de țări au fost implicați. Membrii se angajau să faciliteze colectarea datelor utilizând PWI în țările lor și să facă aceste date disponibile pentru Grup, urmând ca, prin acest proces, scala să fie îmbunătățită. Scala a mai trecut printr-o revizuire în 2005 și 2013 ajungând la forma actuală. O corelație de 0,78 cu scala de calitate a vieții (Diener *et al.*, 1985) a fost raportată de Thomas în 2005. Scara PWI conține șapte itemi de satisfacție pentru 7 domenii. Cele șapte domenii sunt încorporate teoretic și reprezintă satisfacția pe care respondentul o simte în legătură cu viața sa.

Cât de mulțumit ești cu...?

Întrebare	**Domeniu**
1. Nivelul dvs de trai?	Standard de viață
2. Sănătatea dumneavoastră?	Sănătate personală
3. Realizările în viață?	Realizarea în viață
4. Relațiile personale?	Relaţii personale
5. Cât de sigur vă simțiți?	Siguranță personală
6. Sentimentul unei părți din comunitatea dvs?	Conectarea la comunitate
7. Securitatea viitorului?	Securitate viitoare

Chestionar disponibil online.

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 chestionate pe baza scorurilor obținute.

În tabelul nr. 1 se vede că la grupul experimental testul T arată că între scorul QOL-AD, care arată percepția pacienților, și scorul înregistrat de PWI, care arată

percepția îngrijitorilor asupra calității vieții, nu sunt diferențe semnificative (p = 0,001 < 0,05, N = 70). Coeficientul de corelație Pearson este semnificativ (0.01).

Tabelul nr. 1

Comparația calității vieții pacienților și îngrijitorilor				
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pacienți EG - QOL-AD (scor la începutul studiului)	70	30.07	9.126	1.091
Îngrijitori EG - PWI QOL (scor la începutul studiului	70	30.91	9.553	1.142

Tabelul nr.2

Coeficienţii de corelaţie Rho ai lui Spearman și Kendall între testele de calitatea vieții				
			Pacienți QOL-AD	Îngrijitori PWI
Kendall's (□) tau Pentru variabile ordinare	Pacienți QOL-AD (scor la începutul studiului	Correlation Coefficient	1.000	.813**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	70	70
	Îngrijitori PWI QOL (scor la începutul studiului)	Correlation Coefficient	.813**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	70	70
Spearman's rho al corelației diferenței rangurilor	Pacienți QOL-AD (scor la începutul studiului)	Correlation Coefficient	1.000	.941**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	70	70
	Îngrijitori PWI QOL (scor la începutul studiului)	Correlation Coefficient	.941**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	70	70

*pragul de semnificaţie p verifică relaţia p<0,001

În Tabelul nr. 3 sunt înscrise îmbunătățirile calității vieții înregistrate de pacienții grupului experimental – QOL-AD de la o medie de 30.07 la 33.43, semnificative din punct de vedere statistic (t (34) = -11.065, p < 0.001).

Tabelul nr. 3

Comparația calității vieții pacienților din EG la începutul și la sfârșitul studiului					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
	Pacienți EG - QOL-AD (scor la începutul studiului)	30.97	35	8.452	1.429
	Pacienți EG - QOL-AD (scor la sfârșitul studiului)	33.43	35	8.168	1.381

Tabelul nr. 4 arată scăderea calității vieții înregistrată de pacienții din cadrul grupului de control de la o medie de 28.31 la 26.71 (t (34) = 5.938, p < 0.001).

Tabelul nr. 4

Comparația calității vieții pacienților din CG la începutul și la sfârșitul studiului					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
	Pacienți CG - QOL-AD (scor la sfârșitul studiului)	28.31	35	9.074	1.534
	Pacienți CG - QOL-AD (scor la începutul studiului)	26.71	35	8.893	1.503

Tabelul nr. 5 arată comparația mediilor scorurilor obținute de grupul experimental de pacienți, la testul NPI și la testul de calitatea vieții QOL-AD. Observăm că atunci când scade scorul NPI, crește calitatea vieții pacientului. Astfel se validează ipoteza conform căreia dacă scad tulburările emoționale ale pacientului cu BA, va crește calitatea vieții sale și a familiei/îngrijitorului. Participanții la EG au înregistrat îmbunătățiri semnificative statistic pe scala QOL-AD de la o medie de 33.43 la 30.97 ($t (34) = -11.065$, $p < 0.001$) și o scădere semnificativă a manifestărilor emoționale ($t = 10.480$, $p = 0.001$).

Tabelul nr. 5

Diferențele rezultate în urma consilierii și informării					
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
	Pacienți EG - QOL-AD (scor la începutul studiului)	30.97	35	8.452	1.429
	Pacienți EG - NPI (scor la începutul studiului)	88.77	35	22.694	3.836
	Pacienți EG - QOL-AD (scor la sfârșitul studiului)	33.43	35	8.168	1.381
	Pacienți EG - NPI (scor la sfârșitul studiului)	79.23	35	24.108	4.075

Reducerea percepției stresului pacienților și al îngrijitorilor a condus la reducerea perturbărilor comportamentale și emoționale, ceea ce a dus la creșterea calității vieții.

Acest lucru validează cele două ipoteze ale studiului (dacă familia/îngrijitorul persoanei cu BA beneficiază de consiliere și informare, vor scădea tulburările emoționale ale pacientului; dacă scad tulburările emoționale ale pacientului cu BA, va crește calitatea vieții sale și a familiei/îngrijitorului).

În tabelul 6 sunt sintetizate comparativ rezultatele obținute. Scorurile înregistrate de pacienții din grupul experimental pe scala NPI (care înregistrează stresul perceput de pacient și exprimat ca agitație etc.) la începutul studiului sunt mai mari față de cele înregistrate la sfârșitul studiului. În schimb, scorurile înregistrate de grupul de control la aceeași scală au crescut. De asemenea, scorurile înregistrate pe scalele care măsoară calitatea vieții pacienților, la începutul și la sfârșitul studiului, arată creșterea calității vieții pacienților din grupul experimental comparativ cu pacienții din grupul de control.

Tabelul nr. 6

Sinteza rezultatelor obținute									
	Grup de Control (CG)/ Grup experimental (EG)								
	CG			EG			Total		
	N	Mean	Std. Deviation	N	Mean	Std. Deviation	N	Mean	Std. Deviation
Age	35	79.17	8.315	35	79.23	7.507	70	79.20	7.864
GDS (1)	35	2.80	1.368	35	3.23	1.610	70	3.01	1.499
GDS (2)	35	3.80	1.410	35	2.66	1.552	70	3.23	1.580
NPI (1)	35	88.86	20.314	35	88.77	22.694	70	88.81	21.380
NPI (2)	35	93.40	20.879	35	79.23	24.108	70	86.31	23.497
QOL-AD (1)	35	26.71	8.893	35	33.43	8.168	70	30.07	9.126
QOL-AD (2)	35	28.31	9.074	35	30.97	8.452	70	29.64	8.807
PWI (1)	35	29.83	10.031	35	32.00	9.065	70	30.91	9.553
PWI (2)	35	27.74	9.799	35	34.94	8.246	70	31.34	9.694

(1)= evaluare inițială
(2) = evaluare finală

În plus, reducerea semnificativă a scorului GDS este, de asemenea, o consecință a scăderii nivelurilor de stres. Acest lucru demonstrează că scorul GDS poate crește din cauza stresului, pacientul înregistrând o deteriorare mai rapidă.

5. CONCLUZII

Analiza rezultatelor prezentului studiu arată importanța informării îngrijitorului asupra mecanismelor bolii neurocognitive. Asocierea între tulburările comportamentale ale pacienților cu BA și stresul perceput de pacient este evident. Cu ajutorul scalei NPI s-a observat că percepția stresului a fost redusă prin modificarea interacțiunii dintre pacient și îngrijitor. Reducerea percepției stresului a redus perturbările comportamentale, ceea ce a dus la creșterea calității vieții.

Acest studiu demonstrează importanța intervențiilor specializate, importanța reducerii stresului perceput de pacienții cu tulburări neurodegenerative și a stresului îngrijitorilor lor. Între stresorii îngrijitorilor se numără sentimentele de izolare socială, lipsa de informații despre mecanismul bolilor neurodegenerative, lipsa suportului social și de specialitate. Tulburările comportamentale ale pacientului grăbesc internarea acestuia în centrele de îngrijire. Chiar dacă centrele specializate oferă asistență medicală și personal calificat, o mare parte din pacienții instituționalizați se deteriorează rapid și, uneori, mor prematur.

Factorii care contribuie la reducerea stresului cauzat pacienților cu tulburări neurodegenerative sunt:

– acceptarea diagnosticului bolii pacientului de către familie (adesea familia neagă boala pacientului și așteptările nu sunt în concordanță cu realitatea bolii);

– atenția la nevoile pacientului (deseori persoana cu BA este izolată sau chiar neglijată în stadiile avansate ale bolii din cauza barierelor lingvistice);

– monitorizarea dispoziției pacientului și a îngrijitorului (atmosferă pozitivă și caldă a relației). Din datele cercetării s-a observat că modificarea atitudinii îngrijitorului față de pacient a scăzut tulburările emoționale, crescând astfel calitatea vieții lor.

Cercetarea de față atrage atenția asupra necesității schimbării politicilor de asistență socială în ceea ce privește persoanele cu BA și familiile acestora. BA este devastatoare prin lipsa tratamentului de vindecare și, în aceste condiții, calitatea vieții pacienților și a familiilor acestora ar trebui să constituie o prioritate. Rezultatele studiului prezent demonstrează necesitatea implementării unor noi politici de gestionare a bolilor neurodegenerative.

În cadrul prezentului studiu, o minimă intervenție psihologică și educație a familiilor pacienților cu BA a condus la reducerea tulburărilor emoționale și o creștere a calității vieții lor.

Principala slăbiciune a studiului o reprezintă termenul scurt de intervenție și urmărire a rezultatelor obținute. O intervenție psihologică și socială pe termen lung ar ușura sarcina familiei/îngrijitorului și ar crește calitatea vieții pacientului cu BA. Crearea unui sistem de sprijin este mai mult decât necesară, având în vedere prevalența acestei boli.

Primit în redacţie la: 31.07.2019

BIBLIOGRAFIE

1. BALTHAZAR, M. L., PEREIRA, F. R., LOPES, T. M., DA SILVA, E. L., COAN, A.C. *et al.*, *Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease are related to functional connectivity alterations in the salience network*, Human Brain Mapping, **35**, *4*, 2014, p. 1237–46.
2. BĂJENARU, O., POPESCU, B. O., TUDOSE, C., *Ghid de diagnostic și tratament în demențe*, Facultatea de Medicină, 2010, U.M.F. Carol Davila, p. 4.
3. BERZON, R. A., DONNELLY, M. A., SIMPSON, R. L., Jr., SIMEON, G. P., TILSON, H. H., *Quality of life bibliography and indexes*, Qual Life Res, **4**, *6*, 1995, p. 547–569.
4. BRUVIK, F. K., ULSTEIN, I. D., RANHOFF, A. H., ENGEDAL, K., *The quality of life of people with dementia and their family carers*, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, **34**, *1*, 2012, p.7–14.
5. CUMMINS, R. A., LAU, A. L. D., *An introduction to the International Wellbeing Group and the International Wellbeing Index*. In *5 th conference of the International Society for Quality of Life Studies*, Frankfurt, Germany, 2003.
6. CUMMINGS, J. L., MEGA, M., GRAY, K., ROSENBERG-THOMPSON, S., CARUSI, D. A., GORNBEIN J., *The Neuropsychiatric Inventory Comprehensive assessment of psychopathology in dementia*, Neurology, **44**, *12*, 1994.
7. DAHLBERG, K., TODRES, L., GALVIN, K., *Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being*, Medicine, Health Care and Philosophy, **12**, *3*, 2009, p. 265–271.
8. HERNDON, R., *Handbook of Neurologic Rating Scales*, Demos Medical Publishing, New York.
9. HOE, J., KATONA, C., ROCH, B., Livingston, G., *Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia–the LASER-AD study*, Age and Ageing, **34,** 2005, p. 130–135.
10. LOGSDON, R. G., GIBBONS, L. E., MCCURRY, S. M., TERI, L., *Quality of Life in Alzheimer's disease: Patient and Caregiver Reports*, Journal of Mental Health and Aging, **5**, *1*, 1999, p. 21–32.
11. MARCIO, L. F., BALTHAZAR, M., PEREIRA, F., LOPES, T., SILVA, E., COAN A.C., CAMPOS, B., DUNCAN, N., STELLA, F., NORTHOFF, G., DAMASCENO, B., CENDES, F., *Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease are related to functional connectivity alterations in the salience network*, Human Brain Mapping, **35**, *4*, 2013, p. 1237–1246.

12. MÖLSÄ, P. K., MARTTILA, R. J., RINNE, U. K., *Long-term survival and predictors of mortality in Alzheimer's disease and multi-infarct dementia*, Acta Neurologica Scandinavica, **91**, *3*, 1995, p.159–64.
13. MINGER, S. L., ESIRI, M. M., MCDONALD, B., KEENE, J., CARTER, J., HOPE, T., FRANCIS, P. T., *Cholinergic deficits contribute to behavioral disturbance in patients with dementia*, Neurology, **55**, *10*, 2000, p. 1460–1467.
14. MISSOTTEN, P., SQUELARD, G., YLIEFF, M. *et al.*, *Relationship between quality of life and cognitive decline in dementia*, Dementia and Geriatric Cogntive Disorders, **25**, *6*, 2008, p. 564–572.
15. RABINS, P., BLACK, B., *Measuring quality of life in dementia: purposes, goals, challenges and progress*, Internațional Psychogeriatrics, **19**, *3*, 2007, p. 401–7.
16. 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.
17. THOMAS, J., *Yogic Lifestyle and Subjective Wellbeing*, Yoga, 2008.
18. TURKINGTON, C., MITCHELL, D. R., *The Encyclopedia of Alzheimer's Disease*, Facts On File, New York, 2010, p. 190.
19. https://www.alz.org/media/HomeOffice/Facts%20and%20Figures/facts-and-figures.pdf. Accesat decembrie 2014.
20. http://www.acqol.com.au/uploads/pwi-a/pwi-a-romanian.pdf. Accesat 2016.
21. http://www.acqol.com.au/instruments#measures. Accesat 2016.
22. https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/neuropsychiatric-inventory-10-item-version. Accesat 2018.
23. https://www.researchgate.net/profile/Barry_Reisberg. Accesat 2016.
24. https://eprovide.mapi-trust.org/instruments/quality-of-life-in-alzheimer-s-disease. Accesat 2018.

REZUMAT

Îngrijitorul unei persoane cu boala Alzheimer sau familia acesteia sunt supuși stresului datorat gestionării situațiilor de criză și suprasolicitării. Lipsa informațiilor și așteptările nerealiste cu privire la comportamentul persoanelor cu tulburări neurocognitive provoacă un stres suplimentar, de multe ori gestionabil printr-o abordare corectă din partea celui care oferă îngrijirea. Această cercetare studiază factorii care pot contribui la reducerea stresului pacienților cu tulburări neurodegenerative în diferite stadii de progres ale bolii, dar și la persoanele care oferă îngrijire acestora. Obiectivul studiului a fost de a înregistra modificările nivelului calității vieții persoanelor cu tulburări neurodegenerative și a îngrijitorilor lor la începutul și la sfârșitul aplicării unui program de informare și consiliere. Am presupus că un minim de intervenție va scădea nivelul de stres perceput de pacient și va crește nivelul calității vieții pacientului și a îngrijitorului său. Lotul de cercetare a fost constituit din 70 participanți, 35 pacienți cu BA și 35 de îngrijitori. Simptomele de agitație și agresivitate sunt asociate cu stresul perceput de pacienții cu tulburări neurodegenerative care creează stres și pentru persoana care oferă îngrijire. În scopul determinării stresului perceput de bolnav, am folosit scala The Neuropsychiatric Inventory-NPI. În scopul evidențierii nivelului calității vieții, am folosit două teste, unul destinat persoanei cu tulburări neurocognitive QOL-AD și altul pentru persoana care îngrijește pacientul – Scala indexului de bunăstare personală (PWI). Participanții la studiu au înregistrat îmbunătățiri semnificative ale scorurilor QOL-AD (de la o medie de 30.97 la 33.43) și scăderi ale scorurilor NPI (de la 88,77 la 79,23). Acest lucru demonstrează că scăderea tulburărilor comportamentale crește calitatea vieții pacientului cu boala Alzheimer.

Importanța cercetării efectuate constă în atragerea atenției asupra necesității informării îngrijitorului asupra mecanismelor bolii neurocognitive și consilierea lui și a pacientului. De asemenea, evidențiază asocierea între tulburările emoționale și comportamentale și scăderea calității vieții pacientului și a îngrijitorului său.

VALIDATION OF THE SCALE OF POSITIVE AND NEGATIVE EXPERIENCE (SPANE) ON A ROMANIAN STUDENT SAMPLE

BEATRICE ADRIANA BALGIU*
University Politehnica of Bucharest

Abstract

The purpose of the article consisted in the validation of the Romanian version of a Scale of Positive and Negative Experience (SPANE), in the case of a batch of students (N = 520; Mean of age = 19,70). SPANE is a twelve-item scale which measures feelings of well-being and ill-being and it is made of two subscales: SPANE-P (six items) for positive feelings and experiences, and SPANE-N (six items) for negative feelings and experiences. The results obtained by means of exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis show a two-factor structure and adequate fit of the respective two-factor model (χ^2/df = 2,80; GFI = .95; CFI = .95; RMSEA = .060). The structure was confirmed and gender invariant. The scale shows acceptable internal consistency, with coefficients between .80 (SPANE-P), .77 (SPANE-N) and .82 (SPANE-B). Convergent validity was investigated using scales which measure gratitude and life satisfaction. Thus, the subscale of positive feelings (SPANE-P) is associated with gratitude and life satisfaction, while the subscale of negative feelings (SPANE-N) is reversely correlated with gratitude and life satisfaction. Consequently, SPANE has important psychometric characteristics for the Romanian version as well.

Cuvinte-cheie: SPANE, afect pozitiv, afect negativ, structură factorială, validare.

Keywords: SPANE, positive affect, negative affect, factorial structure, validity.

1. INTRODUCTION

The Scale of Positive and Negative Experience (SPANE), devised and developed by Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi, and Biswas-Diener (2010), is relatively frequently used by researchers who attempt at assessing affectivity (emotions and feelings). The scale is intended to assess a wide range of experiences and positive and negative feelings lived by the individual in the last four weeks. SPANE was devised with a view of developing the existing measures of assessment of affectivity, but also as a reaction to one of the first scales in this domain, PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) (Watson *et al*., 1988). Diener *et al*. (2010) showed that PANAS has certain limitations such as including adjectives that do not represent real feelings (for example: “strong”, “alert”,

* University Politehnica of Bucharest, Departamentul de Formare pentru Carieră Didactică şi Ştiinţe Socioumane, Splaiul Independenţei, nr. 313, Bucureşti, RO-060042, E-mail: beatrice.balgiu@upb.ro.

"determined", "active"), or which are not frequently experimented by people (such as the term "inspired"). In addition, PANAS does not contain reference to basic feelings such as sadness, depression, while other feelings are overrepresented (for example: "nervous" and "frightened"). On the other hand, the temporal moment when the respondent experiments every feeling (a principle SPANE is based on in the assessment of experience) predicts better the long-term well-being than the assessment of the intensity of feelings (Diener *et al.*, 1991). Last, but not least, the requirement regarding the report on the feelings felt in the last four weeks, included in SPANE, leads to a balance between the precision of memory and the distribution of the experience.

SPANE is made up of twelve items, out of which six refer to positive feelings (included in Spane-P) and other six, which refer to negative feelings (included in Spane-N). For both scales, three items are general, (positive, pleasant, negative), and other three items are more specific (for example: joyful, sad). The advantage of including general feelings in SPANE is that allows the instrument to reflect the entire range of emotions and feelings which a respondent would feel, both good and less good, "without creating a list of hundreds of items to fully reflect the diversity of positive and negative feelings" (Diener *et al.*, 2010, p. 145). All the items are assessed from 1- *very rarely or never* to 5 - *very often or always*, and every subscale has a score from 6 to 30. At the end, the SPANE-B(alance) is calculated by means of the extraction of the negative score from the positive one, representing the balance between the positive and negative feelings. The score of the resulted difference varies from -24 (unhappiest possible) to 24 (highest affect balance possible).

Throughout time the scale obtained high alpha Cronbach indexes: α = .87 (Spane-P), α = .81 (Spane-N), α = .89 (Spane-B) (Diener *et al*., 2010); α = .91 (Spane-P) and α = .86 (Spane-N), in the case of a sample of undergraduates (paper completion); α = .89 (Spane-P) and α = .85 (Spane-N) in case of the unemployed (online completion) (Giuntoli *et al.*, 2017). In addition, other pieces of research show that α = .91 (Spane-P), α = .90 (Spane-N) and α = .88 (Spane-B) in the case of college students (Sumi, 2013); between .90 (Spane-P) and .84 (Spane-N) in the case of a sample of employees, and between .89 (Spane-P) and .84 (Spane-N) for undergraduate students (Silva and Caetano, 2011).

The convergent validity was made in correlation with instruments that measure emotion such as PANAS (Diener *et al*., 2010; Giuntoli *et al*., 2017; Sumi, 2013; Telef, 2015), happiness measured with scales SHS belonging to Lyubomirsky and Lepper (1999) and with Happiness single-item Fordyce, (1988) (Giuntoli *et al*., 2017; Silva and Caetano, 2011; Sumi, 2013), life satisfaction (assessed with SWLS - Diener *et al*. 1985) (Giuntoli *et al*., 2017; Silva and Caetano, 2011; Sumi, 2013; Telef, 2015; Tong and Wang, 2017), flourishing (Flourishing scale - Diener *et al*., 2010) (Giuntoli *et al*., 2017; Silva and Caetano, 2011; Sumi, 2013), dispositional optimism (Life Orientation Test – Scheier *et al*. 1994) (Sumi, 2013; Telef, 2015), the basic needs from the theory of self-determination Ryan and Deci's Basic Need Satisfaction Scale (2000) (Diener *et al*., 2010), well-being (assessed with personal well-being

index from International wellbeing group, 2006 – Giuntoli *et al.*, 2017), perceived physical health (Tong and Wang, 2017).

The aim of the present study is the validation of the Romanian translation of SPANE, of the factorial structure of the respective scale, of its gender invariance, and the examination of internal consistency. The convergent validity was explored through the correlations with the scores of relevant scales such as the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Gratitude Questionnaire (GQ-6). The original version of the scale was translated into Romanian by using translation and back-translation.

2. METHOD

Participants and procedure. The psychometric data from this paper comes from processing the answers of a number of 520 undergraduates (306 males and 214 females) from two large public universities from Bucharest, a technical one (65%) and one for economics, respectively (35%), ranging in age from 19 to 28 years (M = 19,70; S.D. = 1,59). The subjects provided informed consent and completed the measures voluntarily and anonymously. The measures were administered in groups during the teaching activities and each administration was completed in about 6–7 minutes. The study subjects were not rewarded for participating in the study.

Data Collection Instruments. The following validated instruments were applied alongside SPANE.

1. **Gratitude Questionnaire-6 – GQ-6** (McCullogh *et al.*, 2002) a self-report questionnaire with 6 items assessed on a scale from 1 – *strongly disagree* to 7 – *strongly agree* developed with the purpose of appreciating the individual differences regarding the disposition to experiment gratitude. Sample item: *If I had to list everything that I felt grateful for, it would be a very long list*. The scale passed the validity test in many Eastern and Western cultural environments (Caputo, 2016; Chen *et al*., 2008; Tian *et al*., 2015). Many studies documented good alpha Cronbach coefficients on various populations, as the following studies show: .82 (McCullough *et al*., 2002), .80 (Chen *et al*., 2008; Loo *et al*. 2014), .74 (Caputo, 2016). In the present research, the α Cronbach is .70 and the confirmatory factorial analysis (CFA) highlighted: χ^2/df = 1,70; GFI = .99; CFI = .99; RMSEA= .055; SRMR = .027.

2. **Satisfaction with Life Scale – SWLS** (Diener *et al.*, 1985) which takes into account cognitive assessment of life satisfaction. The SWLS is a short 5-item instrument designed to measure global cognitive judgments of satisfaction with one's life. Example of item: *The conditions of my life are excellent*. The SWLS is a 7-point Likert style response scale. (α = .79 to .89). Scores on the SWLS have been shown to correlate with measures of mental health, and be predictive of future behaviours such as suicide attempts. The scale has been validated in many cultural contexts (Bayley and Snyder, 2007; López-Ortega *et al.*, 2016; Marian, 2007). In the present research, we obtained α = .78 and the values of the indicators in CFA: χ^2/df = 2,19; CFI = .99; IFI = .99; RMSEA= .049; SRMR = .015.

Data analysis were conducted using SPSS 22 and Amos 20 to examine items and subscales properties, such as the confirmatory factorial analysis and invariance for gender, descriptive statistics, internal consistency (Cronbach's α), bivariate correlations with other validated measures such GQ-6 for gratitude and SWLS for life satisfaction.

3. RESULTS AND DISCUSSION

a. Factorial structure

The factorial validity of SPANE in the Romanian version was assessed both by means of exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA). Kaiser-Meyer-Olkin test and Bartlett's sphericity test were calculated in order to conclude whether the instrument meets the requirements needed to implement the method of the analysis of principal components (PCA). Thus, KMO = .87 (more than the minimal level accepted of .50) and the data for Bartlett's sphericity test are 2080,911, df = 66, p = .000. According to Sharma (1996) if the value in the KMO test is over .80, is rated as very good.

Table no. 1

The result of the exploratory factor analysis

Items	Components	
	1	2
Positive	**.71**	-.22
Good	**.72**	-.26
Pleasant	**.42**	-.02
Happy	**.82**	-.20
Joyful	**.80**	-.07
Contented	**.67**	-.11
Negative	-.30	**.72**
Bad	-.27	**.76**
Unpleasant	-.32	**.65**
Sad	-.33	**.67**
Afraid	.08	**.58**
Angry	.06	**.65**
Variance %	28,22	24,15

For EFA (with varimax rotation), the result led to the appearance of two factors that account for 28,22% and 24,15% of the variance of the total score (table 1). In order to check the obtained result, we resorted to CFA.

Since Mardia coefficient was 21,97, we used the maximum likelihood method with bootstrap of 2000. In order to assess the model fit, different indexes of fit were examined in CFA: χ^2 value, df, GFI (goodness-of-fit index), AGFI (adjusted goodness-of-fit index), PGFI (parsimony of goodness-of-fit index), CFI (comparative fit index), RMSEA (root mean squared error of approximation), SRMR (standardized root mean square residual), AIC (Akaike's Information Criterion).

Through CFA we obtained two models, one with uncorrelated factors and one in which we correlated the errors of items 7 (happy) and 9 (joyful), both from the subscale SPANE-P. The latter model was retained due to its superior indicators (table 2). The indexes-of-fit obtained for the second model (two factors with correlated errors) were considered good: *χ^2 = 145,866*; *df = 52*; *χ^2/df = 2,80*; *GFI = .955*; *AGFI = .932*; *PGFI = .637*; *CFI = .954*; *RMSEA = .060 (*90% Confidence Interval *- CI 90% – .049 – .072)*; *SRMR = .0473*; *AIC = 197,866*; *p = .001*. RMSEA values < .06, SRMR values < .08, and CFI values > .95 were considered indicators of good fit (Hu and Bentler, 1999).

The standardized factor loadings were all statistically significant with p< .001; for SPANE-P they are between .35 (item 5 – pleasant) and .77 (item 3 – good), and for SPANE-N they are between .36 (item 10 – afraid) and .79 (item 4 – bad). The cutoff level of the factor loading established by Tabachnik and Fidell (2001) is .32. In conclusion, we kept both item 5 and item10.

Table no. 2

Confirmatory factor model

Model	χ^2	df	GFI	AGFI	PGFI	CFI	RMSEA	SRMR
Two-factors uncorrelated	189,032	53	.939	.910	.638	.933	.071	.0521
Two-factors correlated	145,866	52	.955	.932	.637	.954	.060	.0473

b) Factorial invariance

To analyze the factorial invariance we studied the hierarchy of the models with gender constraints. Multigroup confirmatory factor analysis (Jöreskog, 1971) is the most frequently used for establishing measurement invariance across groups. Four levels of measurement invariance were calculated. The model M1 is the one without the equality constraints of specific parameters to which all subsequent models are reported. The measurement of the invariance produced acceptable indexes-of-fit: CFI = .956 (models M2 and M3) and .952 (model M4), and RMSEA = .040 (model M2) and .041 (models M3 and M4). In conclusion, ΔCFI varies between .003 and .007 and ΔRMSEA varies between .000 and .001. The results of invariance tests accounted for by ΔRMSEA and ΔCFI confirm that SPANE is gender invariant in the case of the analyzed sample since $\Delta\chi^2$ is not statistically significant and ΔCFI and ΔRMSEA are <.01 (table 3).

Table no. 3

Factorial invariance across gender

Models	Overall fit indices					Comparative fit indices				
	χ^2	df	χ^2/df	CFI	RMSEA	$\Delta\chi^2$	Δdf	p	ΔCFI	ΔRMSEA
M1	188,128	104	1,80	.959	.040	-	-	-	-	-
M2	203,563	114	1,78	.956	.040	15,43	10	.119	.003	.000
M3	215,896	117	1,84	.956	.041	27,76	13	.010	.000	-.001
M4	238,394	130	1,83	.952	.041	50,26	26	.003	.004	-.001

b. Descriptive statistics

For SPANE-P, the average obtained was M = 23,15; S.D. = 3,67 (the feeling of well-being – M = 3, 95; S.D. = 3,67, and the feeling of happiness – M = 3,92; S.D. = .91 contribute to it).

Table no. 4

Descriptive statistics (means, standard deviations, internal consistency, skewness and kurtosis)

Items	M	S.D.	Skewness	Kurtosis	Cronbach' s α if item deleted
1. Positive	3,86	.75	-.64	.94	.76
2. Negative	2,66	.94	.14	-.33	.72
3. Good	3,95	.81	-.85	1,20	.75
4. Bad	2,40	.94	.33	-.33	.71
5. Pleasant	3,74	.86	-.28	-.27	.83
6. Unpleasant	2,32	.97	.36	-.36	.73
7. Happy	3,92	.91	-.83	.53	.74
8. Sad	2,53	1,04	.30	-.52	.72
9. Joyful	3,88	.86	-.59	.16	.75
10. Afraid	2,50	1,25	.41	-.80	.79
11. Contented	3,78	.92	-.46	-.19	.78
12. Angry	2,90	1,22	.05	.91	.77
SPANE-P	23,15	3,67	-	-	-
α	.80				
SPANE-N	15,42	4,42	-	-	-
α	.77				
SPANE-B	7,73	6,81	-	-	-
α	.82				

For SPANE-N, the average obtained was M = 15,42; S.D. = 4,42. The most frequent feeling that the subjects reported throughout the analyzed period was that of annoyance (M = 2,90; S.D. = 1,22). The gender difference can be noticed for SPANE-N; in the case of male subjects, there were much less negative feelings (M = 15,00; S.D. = 4,41) than in that of female subjects (M = 15,91; S.D. = 4,38) (t = -2,44; p = .013), who reported more fear and ill-being (table 4).

Regarding the internal consistency, α Cronbach coefficients are .80 (SPANE -P), .77 (SPANE -N) and .82 (SPANE-B), showing an acceptable internal consistency of the instrument. For SPANE-B, α Cronbach was calculated by reversing the codes at the negatively worded items.

For the sub-samples of males, and females, respectively, the values of internal consistency were acceptable: α = .81 (SPANE -P), .78 (SPANE -N) and .81 (SPANE-B) (males), and .80 (SPANE-P), .76 (SPANE-N) and .84 (SPANE-B) (females), respectively.

c. Convergent and divergent validity

Given prior literature, we expect the SPANE subscales to have significant correlations with life satisfaction (SWLS), as both instruments address subjective well-being, while the gratitude score would correlate positively with the subscale of positive affect (SPANE-P) and it will be in opposition to the subscale of negative affect (SPANE-N). The results show that SPANE-P correlates positively with gratitude ($r = .36$; $p < .01$) and life satisfaction ($r = .52$; $p < .01$), while SPANE-N correlates negatively both with gratitude ($r = -.25$; $p < .01$) and life satisfaction ($r = -.34$; $p < .01$). The result was predictable, given that studies show that individuals who are grateful for what happens to them are happier and have higher hopes to go through positive experiences (Lin and Yeh, 2014; Lyubomirsky, 2010).

The inter-correlations within SPANE show an index of $r = -.41$ ($p < .01$) between SPANE-P and SPANE-N, a high positive correlation between SPANE-P and SPANE-B ($r = .80$; $p < .01$), and a high negative correlation between SPANE-N and SPANE-B ($r = -.87$; $p < .01$) (table 5).

Table no. 5

SPANE bivariate correlations with other validated measures

Variables		SPANE-P	SPANE-N	SPANE-B
GQ-6	Gratitude	.36**	-.25**	.37**
SWLS	Life satisfaction	.52**	-.34**	.50**
SPANE	SPANE-P	-	-.41**	.80**
	SPANE-N	-.41**	-	-.87**

**p < .01

4. CONCLUSIONS

The present study focused on the validation of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE), a short scale with fast applicability in the measurement of positive and negative affects in the case of a sample of students. The data obtained highlight, both through EFA and CFA, the two-factor structure of the scale consistent with the original study (Diener *et al.*, 2010). Unlike other studies on the validation of SPANE, in the present study, we obtained a weak factor loading for two items, .35 (item 5 from SPANE-P) and .36 (item 10 from SPANE-N). Although the respective items have a weak factor loading in comparison with the other items, they were kept in order to preserve the initial number of items for every factor. On the other hand, according to certain authors, factor loading of .32, depending on to the number of the sample, can be considered acceptable since it would be the equivalent of approximately 10% of the explained variance (Tabachnick and Fidell, 2001).

The subscales show good internal consistency for SPANE-P ($\alpha = .80$), over the level of .70 suggested by literature (Hair *et al.*, 2014), and acceptable for SPANE-N ($\alpha = .77$). The latter is smaller in comparison with the one obtained in

other studies (Giuntoli *et al*., 2017; Silva and Caetano, 2011; Sumi, 2014; Telef, 2015). The results of the average scores in the present study for the sample of students show that they are higher for both subscales in comparison with the ones in the initial study (Diener *et al.*, 2010), and with that of other studies carried out on various cultural models (Sumi, 2013; Giuntoli *et al.*, 2017). In exchange, the correlations between SPANE-P and SPANE-N are comparable with those in the Portuguese version (r = -.47) (Silva and Caetano, 2011), but not those in the Japanese version (Sumi, 2013) where there are rather weak correlations between the two subscales (r = -.28).

The convergent validity was made with the scale of measurement of gratitude, less used in the studies of validation of SPANE, and with the scale of measurement of life satisfaction. The results were those expected, as they demonstrated that the subscale of positive feelings, SPANE-P, correlate with gratitude and with life satisfaction, while the subscale of negative feelings, SPANE-N, correlates negatively with gratitude and life satisfaction. The results corroborate data from specialized literature (Lyubomirsky, 2010; Froh *et al.*, 2008). In conclusion, the analyzed scale has psychometric properties similar with those in the version made by Diener *et al*. (2010) and it makes proof of reliability, factorial validity, and satisfactory convergence.

Like any study, it has its limits. The study had as subjects, groups of students from two university profiles, one technical and one economic from the same town, and the results obtained can not be extended to students from other domain such as the humanist, social etc., or from other areas of the country. In the future, for full validation of the measure, it is necessary to extend the group of subjects by including different categories of subjects. If the validation of the tool is continued on student batches, different criteria should be set for university profiles and there should be students from different parts of the country.

Received:11.07.2019

REFERENCES

1. BAYLEY, T. C., SNYDER, C. R., *Satisfaction with life and hope: A look at age and marital status*, The Psychological Record, **57**, *2*, 2007, p. 223–240.
2. CAPUTO, A., *Italian translation and validation of the Gratitude Questionnaire (GQ-6)*, International Journal of Wellbeing, **6**, *2*, 2016, p. 80–92.
3. CHEN, L., CHEN, M., KEE, Y., TSAI, Y., *Validation of the Gratitude Questionnaire (GQ) in Taiwanese undergraduate students*, Journal of Happiness Studies, *10*, 2009, p. 655–664.
4. DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., GRIFFIN, S., *The satisfaction with life scale*, Journal of Personality Assessment, **49**, *1*, 1985, p. 71–75.
5. DIENER, E. D., COLVIN, C. R., PAVOT, W. G., ALLMAN, A., *The psychic costs of intense positive affect*, Journal of Personality and Social Psychology, **61**, *3*, 1991, p. 492-503.
6. DIENER, E., WIRTZ, D., TOV, W., KIM-PRIETO, C., CHOI. D., OISHI, S., BISWAS-DIENER, R., *New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings*, Social Indicators Research, *39*, 2010, p. 247–266.
7. FORDYCE, M. W., *A review of research on the happiness measures: A sixty second index of happiness and mental health*, Social Indicators Research, **20**, *4*, 1988, p. 355–381.

8. FROH, J. J., YURKEWICZ, C., KASHDAN, T. B., *Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences*, Journal of Adolescence, **32**, *3*, 2008, p. 633–650.
9. GIUNTOLI, L., CECCARINI, F., SICA, C., CAUDEK, C., *Validation of the Italian Versions of the Flourishing Scale and of the Scale of Positive and Negative Experience*, SAGE Open, January-March, 2017, p. 1–12.
10. HAIR, J. F., JR., BLACK, W. C., BABIN, B. J., ANDERSON, R. E., *Multivariate data analysis*, 7th edition, Essex, Pearson Education Limited, 2014.
11. HU, L., BENTLER, P. M., *Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives*, Structural Equation Modeling, **6**, *1*, 1999, p. 1–55.
12. INTERNATIONAL WELLBEING GROUP, *Personal Wellbeing Index manual*, Melbourne, Deakin University, 2006.
13. JÖRESKOG, K. G., *Simultaneous factor analysis in several populations*, Psychometrika, *36*, 1971, p. 409–426.
14. LI, F., BAI, X., WANG, Y., *The Scale of Positive and Negative Experience (SPANE): Psychometric Properties and Normative Data in a Large Chinese Sample*, PLoS ONE **8**, *4*, 2013, e61137.
15. LIN, C. C., YEH, Y. C., *How gratitude influences well-being: A structural equation modeling approach*, Social Indicators Research, **118**, *1*, 2014, p. 205–217.
16. LOO, J. M. Y., TSAI, J., RAYLU, N., OEI, T. P. S., *Gratitude, hope, mindfulness and personal growth initiative: Buffers or risk factors for problem gambling?*, PLosOne, **9**, *2*, 2014, p. 1–11.
17. LÓPEZ-ORTEGA, M., TORRES-CASTRO, S., ROSAS-CARRASCO, O., *Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study*, Health and Quality of Life Outcomes **14**, *1*, 2016, p. 170.
18. LYUBOMIRSKY, S., *Cum să fii fericit. O abordare ştiinţifică pentru a avea viaţa pe care ţi-o doreşti*, Bucureşti, Amsta Publishing, 2010.
19. LYUBOMIRSKY, S., LEPPER, H. S., *A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation*, Social Indicators Research, ***46***, *2*, 1999, p. 137–155.
20. MARIAN, M., *Validarea Scalei de Satisfacţie cu Viaţa: caracteristici psihometrice*, Analele Universităţii din Oradea, Fascicula Psihologie, vol. XI, 2007, p. 58–70.
21. McCULLOUGH, M. E., EMMONS, R. A., TSANG, J. A., *The grateful disposition: A conceptual and empirical topography*, Journal of Personality and Social Psychology **82**, *1*, 2002, p. 112–127.
22. SCHEIER, M. F., CARVER, C. S., BRIDGES, M. W., *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the life orientation test*, Journal of Personality and Social Psychology, **67**, *6*, 1994, p. 1063–1078.
23. SHARMA, S., *Applied multivariate technique*, New York, John Wiley and Sons, 1996.
24. SILVA, A. J., CAETANO, A., *Validation of the Flourishing Scale and Scale of Positive and Negative Experience in Portugal*, Social Indicators Research, **110**, *2*, 2011, p. 469–478.
25. SUMI, K., *Reliability and validity of Japanese versions of the Flourishing Scale and the Scale of Positive and Negative Experience*, Social Indicators Research, **118**, *2*, 2014, p. 601–615.
26. TABACHNICK, B.G., FIDELL, L.S., *Using multivariate statistics*, Boston, MA, Allyn and Bacon, 2001.
27. TELEF, B. B., *The positive and negative experience scale adaptation for Turkish university students*, European Scientific Journal, **11**, *14* , 2015, p. 49–59.
28. TIAN, L., DU, M., HUEBNER, E. S., *The effect of gratitude on elementary school students' subjective well-being in schools: the mediating role of prosocial behavior*, Social Indicators Research, **122**, *3*, 2015, p. 887–904.
29. TONG, K. K., WANG, Y. Y., *Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in a Chinese community sample*, PlosOne, **12**, *8*, 2017, e0181616.
30. WATSON, D., CLARK, L. A., TELLEGEN, A., *Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales*, Journal of Personality and Social Psychology, *54*, 1988, p. 1063–1070.

REZUMAT

Scopul articolului a constat în validarea versiunii româneşti a Scalei Experienţei Pozitive şi Negative (SPANE), în cazul unui lot de studenţi români (N = 520; Mvârstă = 19,70). SPANE este o scală cu 12 itemi care măsoară sentimentele stării de bine şi este compusă din două subscale, SPANE-P (6 itemi) pentru sentimentele şi experienţele pozitive şi SPANE-N (6 itemi) pentru sentimentele şi experienţele negative. Rezultatele obţinute prin analiză factorială exploratorie şi analiză factorială confirmatorie indică structura scalei cu doi factori şi potrivire adecvată a respectivului model cu doi factori (χ^2/df = 2,80; GFI = .95; CFI = .95; RMSEA = .060). Structura a fost confirmată şi invariantă în funcţie de gen. Scala demonstrează consistenţă internă acceptabilă, cu coeficienţi între .80 (SPANE-P) .77 (SPANE-N) şi .82 (SPANE-B). Validarea convergentă a fost investigată cu scale de măsurare a recunoştinţei şi a satisfacţiei vieţii. Astfel, subscala sentimentelor pozitive (SPANE-P) este asociata cu recunoştinţa şi cu satisfacţia vieţii, în timp ce subscala sentimentelor negative (SPANE-N) este invers corelată cu recunoştinţa şi satisfacţia vieţii. În concluzie, SPANE prezintă caracteristici psihometrice importante pentru versiunea românească.

DIFERENȚE DE GEN ÎN MANIFESTAREA COMPORTAMENTELOR AGRESIVE ÎN MEDIUL ŞCOLAR

ADRIANA-IULIANA CHIRIAC *
Centrul Judeţean de Resurse şi de Asistenţă Educaţională Botoşani

Abstract

Given the harmfulness of the aggressive behaviors on the evolution of the human entity as a result of developing in an aggressive environment, in the present study we set out to identify how the biological genre influences the frequency of exposure to forms of violence from the perspective of the student-witness, frequency of exposure to forms of violence from the student-victim perspective, frequency of evaluation of their own aggressive behavior, frequency of types of aggressive behaviors in school, frequency of perception of the severity of aggressive behaviors in school, frequency of evaluation of the effectiveness of preventive and intervention measures and frequency of evaluation of causes. 366 adolescents, boys and girls, ages 14 to 19, participated in this study. Most specialists (Finkelstein *et al*., 1994; Pahlavan, 2002; Staniloiu and Markowitsch, 2012; Ticușan, 2014) noted that men are more aggressive than women. Statistical analysis showed significant differences between boys and girls in terms of exposure to violence as a victim (boys are more often victims of threats and of beatings compared to girls), in terms of their own aggressive behavior (boys hit before either hit, hit after they were hit, beat the others more often than the girls), regarding the frequency of manifesting aggressive behaviors (girls resort more often to irony, and boys resort more often to altercations), regarding the evaluation of causes (the girls consider that the environment, the inability to mediate conflicts, the non-acceptance by the school community and the lack of discipline are more responsible for the aggressive manifestations). However, there are no significant differences between boys and girls in terms of exposure to violence from the perspective of the witness, regarding the perception of aggressive behaviors manifested in school and on the effectiveness of measures to prevent aggressive behaviors manifested in school. This research allowed an outline of the aggressiveness of the school environment as perceived from girls and boys.

Cuvinte-cheie: comportamente agresive, şcoală, diferenţe de gen.

Keywords: aggressive behavior, school, gender differences.

1. ARGUMENT

Agresivitatea în mediul şcolar a devenit un subiect din ce în ce mai studiat în condiţiile în care şcoala – instituţia expres abilitată să instruiască şi să formeze oamenii – a devenit câmpul manifestării formelor de agresivitate. Modernizarea şi democratizarea societăţii noastre au generat noi forme de agresiune şi au

* Centrul Judeţean de Resurse şi de Asistenţă Educaţională Botoşani, str. Dimitrie Rallet, nr. 6, 717045, Botoşani, România; E-mail: adryana_ibanescu@yahoo.com

determinat schimbări la nivelul valorilor şi aspiraţiilor indivizilor. Lucrarea de faţă abordează o temă care, deşi a fost amplu studiată, rămâne de actualitate prin multele cazuri existente în realitatea societăţii contemporane.

Majoritatea studiilor (Finkelstein *et al.,* 1994; Pahlavan, 2002; Stăniloiu și Markowitsch, 2012; Ticușan, 2014) arată că bărbaţii sunt mai agresivi decât femeile, distincţie argumentată atât din punct de vedere psihologic, al activităţii hormonale, cât şi în termenii practicii de socializare.

În studiul de faţă, ne-am propus să identificăm diferenţele şi asemănările care apar între băieţi şi fete în ceea ce priveşte manifestarea comportamentelor agresive în spaţiul şcolar. Mai precis, constatând nocivitatea conduitelor agresive asupra dezvoltării entităţii umane, ca urmare a faptului că se formează într-un mediu agresiv, vom identifica modul în care genul biologic influenţează frecvenţa expunerii la formele de violenţă din perspectiva elevului-martor; frecvenţa expunerii la formele de violenţă din perspectiva elevului-victimă; frecvenţa evaluării propriului comportament agresiv; frecvenţa tipurilor de comportamente agresive din şcoală; frecvenţa perceperii gravităţii comportamentelor agresive din şcoală; frecvenţa evaluării eficacităţii măsurilor de prevenire şi de intervenţie; frecvenţa evaluării cauzelor.

2. EXPLICAŢII ASUPRA COMPORTAMENTELOR AGRESIVE ALE ELEVILOR

Dat fiind complexitatea acestui fenomen, literatura de specialitate (Bandura, 1986; Adler, 1996; Laplanche şi Pontalis, 1994, Pahlavan, 2002) oferă o multitudine de explicații și definiții. Însă, realizând un sumar al definițiilor, observăm elementele comune care definesc agresivitatea, și anume, aceasta este considerată atât însuşire, intenţie, reacţie, cât şi comportament care cauzează un prejudiciu. Mai precis, agresivitatea poate lua următoarele forme: fizică (bătăi, loviri, îmbrânceli), verbală (injurii, cuvinte ameninţătoare), emoţională (intimidarea celorlalţi, ironii), la care mai adăugăm și aspectele sexuale (de la atingeri, mângâieri în locuri intime fără acceptul persoanei, până la forme grave precum violul).

Comportamentele agresive manifestate în mediul şcolar sunt deviante deoarece încalcă normele şcolii, sunt neconforme şi stârnesc sancţiuni și dezaprobare.

2.1. TEORII EXPLICATIVE ALE COMPORTAMENTELOR AGRESIVE

Agresivitatea ca trăsătura înnăscută. Pentru Lorenz (1963), agresivitatea este o formă de adaptare şi are un rol important în supravieţuire, aceasta fiind, alături de foame, frică şi sexualitate, unul dintre impulsurile care comandă comportamentul tuturor speciilor.

Referitor la baza biologică a agresivităţii, s-a constatat că cei care au suferit accidente neurologice în perioada prenatală au un potenţial agresiv mai mare (Baker *et al.,* 1988) şi că bărbaţii sunt mai agresivi decât femeile datorită hormonului sexual masculin – testosteronul (Jacklin şi Maccoby, 1974 apud Carlo *et al*., 1999). Însă factorii biochimici (creşterea alcoolului în sânge, scăderea glicemiei) şi cei hormonali pot explica doar o parte din manifestările agresive ale indivizilor, determinanţii agresivităţii putând fi şi de altă natură.

Teoria agresivităţii ca reacţie la frustrare a fost enunţată de J. Dollard şi colaboratorii săi (1939 apud Berkowitz, 1989), frustrarea fiind definită ca o stare afectivă negativă, provocată de privarea individului de bunurile sau drepturile cuvenite, de apariţia neaşteptată a unor obstacole reale sau imaginare în calea atingerii scopurilor, aspiraţiilor sau dorinţelor. Mai exact, de câte ori efortul unei persoane de a atinge un scop este blocat, se induce un impuls agresiv care motivează comportamentul de înlăturare a obstacolului determinant al frustrării.

Teoria învăţării sociale susţine că agresivitatea este un comportament dobândit în procesul socializării, fie pe calea învăţării directe ca urmare a unor recompense sau pedepse, fie prin observarea şi imitarea conduitelor şi a consecinţelor lor la alţii. În acest context, se evidenţiază rolul modelelor în transmiterea comportamentelor specifice şi a răspunsurilor emoţionale, Bandura subliniind cu precădere rolul adultului ca model în însuşirea comportamentului agresiv la copii (Bandura, 1971).

Mai mult, există o multitudine de factori catalizatori ai comportamentelor agresive: situaţiile agresive (durerea fizică și morală; comportamentul atacant; căldura; aglomerația; excitarea), unele trăsăturile de personalitate (instabilitatea emoţională; lipsa sentimentului de culpabilitate, etica egocentrică, anxietatea), cultura de masă (mass-media; cauze socio-economice). Alți factori de risc asociaţi agresivităţii sunt predispoziţiile naturale; factorii de circumstanță; factorii sociali și familiali; alcoolul şi drogurile (Meadows, 2001, Berkowitz, 1989).

Aşadar, agresivitatea este considerată trăsătură internă, care ţine mai mult de instinct (însuşire) şi asupra căreia nu se poate acţiona, dar şi dimensiune externă, ce ţine de învăţare, o dimensiune construită, elaborată şi care poate fi controlată.

2.2.ÎNVĂŢAREA COMPORTAMENTELOR AGRESIVE

Familia reprezintă nucleul dezvoltării şi învăţării comportamentelor agresive – agresivitatea se învaţă mai întâi în familie (Domitrovich și Greenberg, 2003; Huerre, 2002). Nu întâmplător, Huesmann (1988) consideră că experienţa timpurie are un rol determinant în manifestarea agresivităţii în viaţa de adult, cei mai agresivi copii devenind şi cei mai agresivi adulţi. Copiii neglijaţi şi maltrataţi în familie sunt mai agresivi, au o identitate negativă, o lipsă de interes faţă de activităţile sociale, se supără repede, menţin relaţii sociale conflictuale (Staub, 1996 apud Pahlavan, 2002). Cu toate acestea, influenţa acestor factori trebuie privită în intercondiţionarea multiplă cu factorii extrafamiliali şi cu cei psihoindividuali ai adolescenţilor.

Şcoala ca sursă a agresivităţii. Şcolii îi revine misiunea de a oferi elevilor o educaţie conştientă şi planificată în vederea unei dezvoltări integre. Fenomenul agresivităţii în mediul şcolar este complex, iar la originea lui se află o multitudine de factori.

Prevenirea comportamentelor agresive din mediul şcolar este cel mai important aspect în răspunsul pe care societatea şi şcoala îl pot da acestui fenomen. Activităţile de informare, promovarea unui set de valori în concordanţă cu o dezvoltare autentică şi ţinând cont de libertatea ce trebuie oferită elevilor, promovarea unor relaţii bazate pe comunicare profesor-elev; profesor-părinte; participarea la consiliere

psihologică a victimelor şi a elevilor agresivi, propunerea unor programe destinate prevenirii victimizării sau formării abilităţilor de rezolvare a conflictelor prin negociere sunt doar câteva din strategiile, măsurile care pot ameliora comportamentele agresive pe care elevii le manifestă în mediul şcolar.

3. CARACTERISTICILE PSIHOLOGICE ALE GRUPULUI DE ELEVI. DIFERENŢE DE GEN ÎN MANIFESTAREA AGRESIVITĂŢII

Cercetarea de față a avut ca subiecţi elevi, fete şi băieţi, din clasele de liceu, cu vârste cuprinse între 14 şi 19 de ani, vârste corespunzătoare adolescenţei.

Adolescenţa este perioada transformărilor pe plan fizic şi psihic, o perioadă de restructurare afectivă şi intelectuală a personalităţii. Pe plan psihologic, adolescenţa este marcată de următoarele caracteristici: căutarea identităţii de sine, căutarea unui set personal de valori, achiziţia abilităţilor necesare pentru o bună interacţiune socială, câştigarea independenţei emoţionale faţă de părinţi, nevoia de a experimenta o varietate de comportamente, atitudini şi activităţi. De asemenea, grupul joacă un rol decisiv în adoptarea conduitelor membrilor.

Dubow (1988) a studiat relaţia dintre agresivitate şi statutul social al membrului unui grup (statutul social se referă la gradul în care un copil este acceptat de către egalul său) şi a identificat patru tipuri de statuturi: popular, respins, neglijat şi cu un statut mediu de acceptare. Rezultatele studiului său indică faptul că elevii agresivi fac parte dintre cei respinşi şi cu un grad mediu de acceptare. Băieţii agresivi sunt văzuţi într-o manieră ostilă; atunci când încearcă să se integreze în grup, ei devin ţinta agresiunii celorlalţi membrii. Iar competenţele sociale adecvate şi empatia, specifice fetelor, favorizează un comportament pozitiv cu egalii.

Comportamentele agresive pot fi semnalate din cauză că băieţii (într-o proporţie mult mai mică şi fetele) se află la vârsta confruntărilor fizice: a te măsura cu sine şi cu ceilalţi face parte din afirmarea identităţii sexuale masculine, o formă de socializare prin luptă, apărarea teritoriului. Fetele, de cele mai multe ori, se implică în conduite violente pentru a-şi demonstra loialitatea faţă de o prietenă sau dragostea pentru un băiat. Mai mult, trăsăturile de personalitate ale elevilor sunt în strânsă legătură cu comportamentele agresive la care recurg adesea, la care se adaugă probleme specifice vârstei adolescenţei.

Referitor la formele de agresivitate, studiile realizate de Lagerspetz *et al.* (1988) pe adolescenţi relevă că agresivitatea indirectă este specifică fetelor, iar cea fizică băieţilor, asta pentru că din punct de vedere social fetele nu sunt încurajate să se manifeste agresiv, în plus structura socială a grupului de egali este mai solidă în cazul fetelor şi asta le ajută să abuzeze de relaţie şi să le facă rău victimelor prin agresiuni indirecte manipulatoare, în timp ce structura grupului de egali în cazul băieţilor nu este atât de solidă, încât ei îşi permit să recurgă la forme de agresivitate directe. De altfel, agresivitatea e mai puţin stabilă la fete decât la băieţi (Olweus, 1986; Huesmann, 1984 apud Lagerspetz *et al.,* 1988). Alte studii relevă faptul că băieţii sunt mai frecvent victime ale agresiunii decât fetele, fiind în general victime

ale formelor grave de agresivitate şi fiind agresaţi de regulă de persoane adulte tot de genul masculin; în şcoală, educatorii pedepsesc mai frecvent fizic băieţii decât fetele (Hyman *et al*.,1987). Şi alte studii arată că în relaţia cu egalii, fetele recurg mai des la agrevitatea indirectă şi la cea verbală (Meichenbaum, 2006) decât băieţii, care preferă să recurgă la agresivitatea fizică (Lansford *et al*., 2012; Carlo *et al*., 1999). Apoi, în grup, băieţii, în general, recurg la comportamente agresive pentru a-şi demonstra puterea (Ticușan, 2014).

Mai mult, studiile lui Campbell *et al*. (1997 apud Pahlavan, 2002) asupra reprezentărilor socio-cognitive ale agresivităţii concluzionează că aceasta este asociată cu o pierdere a controlului şi cu un sentiment de culpabilitate la femei, în timp ce pentru bărbaţi aceste reprezentări sunt fondate pe valoarea instrumentală a agresivităţii, o modalitate de a-i controla pe ceilalţi. În plus, Eagly şi Steffen (1986 apud Pahlavan, 2002) subliniază că femeile sunt mai puţin agresive atunci când consideră că agresivitatea poate fi nocivă pentru victimă, acestea având sentimente de culpabilitate şi anxietate, ceea ce inhibă comportamentele agresive.

4. DESIGNUL ŞI REZULTATELE CERCETĂRII

4.1. IPOTEZA DE CERCETARE

Ipoteza de cercetare: în funcţie de variabila gen, presupunem că vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte:

A. frecvenţa expunerilor la formele de violenţă din perspectiva elevului-martor;
B. frecvenţa expunerilor la formele de violenţă din perspectiva elevului-victimă;
C. frecvenţa evaluării propriului comportament agresiv;
D. frecvenţa tipurilor de comportamente agresive din şcoală;
E. frecvenţa perceperii gravităţii comportamentelor agresive din şcoală;
F. frecvenţa evaluării eficacităţii măsurilor de prevenire şi intervenţie;
G. frecvenţa evaluării cauzelor.

4.2. PARTICIPANŢII LA CERCETARE

La cercetare au participat 183 fete şi 183 băieţi, din trei licee din municipiul Botoşani, respectiv: Colegiul Naţional „A.T. Laurian”, Liceul de Artă „Ştefan Luchian” şi Grup Şcolar Industrial „Elie Radu”.

4.3. INSTRUMENTE

Pentru investigarea agresivităţii, au fost folosite trei chestionare.

În *chestionarul folosit în pretestare*, elevilor li s-a cerut să prezinte cinci comportamente agresive manifestate cel mai frecvent de aceştia în relaţia cu egalii/colegii, să menţioneze primele trei cuvinte care le vin în minte atunci când aud cuvântul agresivitate, să enumere trei posibile măsuri de diminuare a comportamentelor agresive ale elevilor în şcoală, să precizeze trei reacţii ale elevilor care au un comportament agresiv la măsurile care se iau şi să menţioneze

cinci cauze ale comportamentelor agresive. Chestionarul a fost completat de 31 de elevi. (exemplu de item: Enumeraţi cinci comportamente agresive ale elevilor în şcoala voastră. Analiza de conținut a reliefat că primele cinci comportamente agresive manifestate de elevi în şcoală, în ordinea frecvenţelor, au fost: ironii: batjocuri, intimidări; altercaţii; reacţii fizice agresive: loviri, îmbrânceli, bătăi; injurii, jigniri; cuvinte ameninţătoare.)

Aplicarea acestui chestionar în prima parte a cercetării şi apoi informațiile obținute în urma realizării analizei de conţinut au stat la baza construirii unui instrument pentru *investigarea agresivităţii*, utilizat în etapa a doua a cercetării. Mai precis, la primul item (*Ierarhizează/ordonează frecvenţa cu care apar următoarele comportamente agresive în şcoala ta, atribuind cifrele corespunzătoare opiniei tale: injurii/jigniri; reacţii fizice agresive: bătăi, loviri, îmbrânceli; ironii: batjocuri, intimidări; cuvinte ameninţătoare; altercaţii*) li s-a cerut elevilor să ierarhizeze cele cinci comportamente agresive identificate în pretestare în funcţie de frecvenţa lor pe o scală de la 0 la 4 (locul 0 ocupându-l comportamentul cu frecvenţa cea mai mică, iar locul 4 comportamentul cu frecvenţa cea mai mare). Aceleaşi comportamente trebuiau apoi ierarhizate şi după gravitatea lor, tot pe o scală de la 0 la 4 (locul 0 ocupându-l comportamentul care-i afectează cel mai puţin, iar locul 4 comportamentul care-i afectează cel mai mult). La fel s-a procedat şi în cazul ierarhizării măsurilor de prevenire şi de intervenţie a comportamentelor agresive, elevii trebuiau să le ierarhizeze în funcţie de eficacitatea lor (locul 0 ocupându-l măsura care era cea mai puţin eficientă, iar locul 4 măsura care era cea mai eficientă). În final, li s-a cerut elevilor opinia faţă de diferitele cauze ale agresivităţii din mediul şcolar. În acest sens, li s-a prezentat o lista de 15 cauze posibile ale agresivităţii, urmând ca ei să evalueze fiecare cauză pe o scală de la 0 la 5 (niciodată, aproape niciodată, uneori, deseori, destul de des, foarte des).

De asemenea, în cea de-a două etapă a cercetării a fost aplicat elevilor şi *Chestionarul expunerii la violenţă în şcoală*. Chestionarul original (Singer *et al.*, 1995 apud Gavrilovici, 2004), mult mai extins, a fost conceput pentru a măsura expunerea la violenţă a copiilor şi impactul psihologic al acesteia. Acest instrument a fost folosit în cercetările asupra copiilor şi adolescenţilor instituţionalizaţi de către Gavrilovici (2004).

Instrumentul are 19 itemi şi măsoară expunerea recentă la violenţă în mediul şcolar, expunerea în trecut la violenţă în şcoală şi propriul comportament violent recent în mediul şcolar. Expunerea recentă (în ultimul an) la violenţă în mediul şcolar a fost măsurată prin întrebări vizând faptul de a fi victimă (a suferi direct) sau doar martor la o serie de acte violente în mediul şcolar (exemplu de item: *Cât de des ţi s-a întâmplat în ultimul an să vezi pe altcineva că este pălmuit, lovit, scuturat sau îmbrâncit la şcoală, în timpul orelor sau în pauză*?) Elevilor li s-a precizat să nu includă evenimente pe care le-au văzut sau auzit din alte surse, cum ar fi, de exemplu, televiziunea. Itemii examinează şase tipuri de violenţă: ameninţări, pălmuiri/lovituri/îmbrânceli, bătăi, atac cu un cuţit, arme de foc: împuşcături şi abuz sexual (atingeri în locuri intime). Propriul comportament violent (în ultimul

an) a fost măsurat prin întrebări prin care li s-a cerut elevilor să precizeze cât de des li s-a întâmplat în ultimul an să fie în una din următoarele situaţii: ameninţări la adresa altor copii, pălmuiri/ lovituri/ îmbrânceli înainte ca cealaltă persoană să-i pălmuiască, lovească sau să-i îmbrâncească (anticipatorii), pălmuiri/lovituri/îmbrânceli după ce au fost pălmuiţi, loviţi sau îmbrânciţi (reactive), bătăi, ameninţări. Exemplu de item: *Cât de des ţi s-a întâmplat în ultimul an, la şcoală (în timpul orelor sau în pauză), să ameninţi pe alţii că le vei face rău*? Elevii au răspuns pe o scală Likert cu următoarele trepte: 0 – niciodată, 1 – câteodată, 2 – deseori şi 3 – aproape în fiecare zi.

Pentru eşantionul prezent, valoarea consistenţei interne (coeficientul α) a fost egală cu 0.71.

Cei 366 de subiecţi au completat individual chestionarele pentru investigarea agresivităţii şi violenţei în timpul orelor de dirigenţie.

4.4. REZULTATELE CERCETĂRII

Rezultatele obţinute au fost analizate şi interpretate atât global, pe baza întregului eşantion de 366 de elevi investigaţi, dar şi în funcţie de genul subiecţilor.

Vom analiza efectul principal al variabilei independente asupra fiecărei variabile dependente.

Ipoteza 1.a. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte frecvenţa expunerii la formele de violenţă din perspectiva martorului, în sensul că băieţii vor fi mai frecvent martori ai formelor de violenţă decât fetele. Analiza statistică a evidenţiat că nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte expunerea la violenţă din perspectiva martorului; testul T pentru eşantioane independente demonstrează statistic lipsa acestor diferenţe în ceea ce priveşte ameninţările: $t_{(364)}$ =0,489; p>0,05; lovirile: $t_{(364)}$ =1,296; p> 0,05; bătăile: $t_{(364)}$ =1,710; p>0,05; atacurile cu un cuţit: $t_{(364)}$ =-1,742; p>0,05; abuzul sexual: $t_{(364)}$ =1,681; p>0,05; ipoteza nu se confirmă.

Faptul că nu există diferenţe între băieţi şi fete poate indica fie o percepţie corectă a lor despre aceeaşi realitate şcolară, fie faptul că băieţii nu sunt suficient de deschişi în legătură cu fenomenul agresivităţii. Faptul că nu a existat niciun elev care să fi fost martor a unui atac cu armă de foc, iar media nesemnificativă la ameninţările cu un cuţit relevă că elevii nu recurg la formele de agresivitate extremă, dat fiind şi faptul că acestea sunt aspru sancţionate.

Ipoteza 1.b. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte frecvenţa expunerii la formele de violenţă din perspectiva victimei, în sensul că băieţii vor fi mai frecvent victime ale violenţei decât fetele. Analiza statistică a evidenţiat că există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte expunerea la violenţă în calitate de victimă în sensul că băieţii sunt mai frecvent victime ale ameninţărilor, ale lovirilor comparativ cu fetele; însă în ceea ce priveşte ameninţările cu un cuţit, cu armă adevărată de foc şi abuzul sexual nu există

diferenţe semnificative între băieţi şi fete. Testul T pentru eşantioane independente demonstrează statistic că există diferenţe seminificative în cazul ameninţărilor și loviturilor, dar nu există diferenţe semnificative în cazul bătăilor; ameninţărilor cu un cuţit; atingerilor în locuri intime fără accept. Nu a existat niciun elev asupra căruia să se fi tras cu o armă adevărată de foc.

Tabelul nr. 1

Testul T pentru eşantioane independente VD – Expunerea la formele de violență din perspectiva victimei

VD	VI	Media	Abaterea standard	Testul t	P
Ameninţări că ţi se va face rău.	Masculin Feminin	0,57 0,38	0,606 0,579	t(364) =3,087	*p=0,002*
Lovit, pălmuit sau îmbrâncit de altcineva.	Masculin Feminin	0,40 0,26	0,703 0,531	t(364) =2,097	*p=0,037*
Bătut rău de către altcineva.	Masculin Feminin	0,07 0,05	0,348 0,291	t(364) =0,488	p=0,626
Ameninţat sau atacat cu un cuţit de către altcineva.	Masculin Feminin	0,02 0,02	0,147 0,165	t(364) =0,335	p=0,738
Faptul de a avea îndreptată/de a se fi tras cu o armă adevărată.	Masculin Feminin	0,00 0,00	-	-	-
Atins în locuri intime fără accept.	Masculin Feminin	0,32 0,38	0,719 0,659	t(364)=-0,758	p=0,499

Băieţii au fost mai frecvent victime ale ameninţărilor deoarece acestea reprezintă o formă de agresivitate verbală fără repercusiuni majore, iar cei ce le adresează nu îşi asumă riscuri mari. Băieţii sunt victime şi ale lovirilor (îmbrânceli, pălmuiri) în ciuda faptului că sunt brutale, iar cei ce recurg la asemenea comportamente vor să îşi demonstreze superioritatea în relaţia cu colegii. Bătăile, atacurile cu un cuţit, cu armă şi abuzul sexual sunt comportamentele cu frecvenţele cele mai mici, nici băieţii şi nici fetele nefiind victime ale acestora, lucrul explicat prin faptul că sunt brutale şi represive, combătute în societatea contemporană.

Ipoteza 1.c. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte evaluarea propriului comportament agresiv în sensul că băieţii se vor autoevalua ca fiind mai agresivi decât fetele. Analiza statistică a evidenţiat că există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte propriul comportament agresiv, în sensul că băieţii lovesc înainte să fie loviţi (media băieţi=0,27; media fete=0,09), lovesc după ce au fost loviţi (media băieţi=0,52; media fete=0,30), bat rău pe alţii (media băieţi=0,09; media fete=0,02) mai frecvent decât fetele. Nu există diferenţe semnificative în privinţa ameninţărilor şi atacurilor în care este folosit cuțitul.

Testul T pentru eşantioane independente demonstrează că ipoteza se confirmă numai în privinţa lovirilor (pălmuirilor sau îmbrâncelilor) înainte: $t_{(364)}$ =3,640; $p<0,05$ şi după: $t_{(364)}$ =3,596; $p<0,05$ ce au fost loviţi şi în privinţa bătăilor $t_{(364)}$ =2,394; $p<0,05$; dar testul t argumentează statistic şi lipsa de diferenţe dintre fete şi

băieţi în ceea ce priveşte ameninţările: $t_{(364)}$ =1,127; p>0,05 şi atacurile în care este folosit un cuțit: $t_{(364)}$ =1,267; p>0,05.

Interpretarea calitativă: băieţii recurg la reacţii fizice agresive, atât înainte să fie provocaţi, agresaţi, cât şi după ce au fost agresaţi şi, de asemenea, recurg mai frecvent la bătăi comparativ cu fetele, ceea ce subliniază faptul că agresivitatea fizică este specifică băieţilor. Deşi nu apar diferenţe mari în privinţa ameninţărilor, băieţii recurg mai des la acestea, asta pentru că este o formă directă iarăşi caracteristică lor. Atacurile în care este folosit cuţitul nu sunt frecvente, aspect ce poate fi explicat prin faptul că au consecinţe majore sancţionate din punct de vedere legal.

Ipoteza 1.d. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte frecvenţa manifestării comportamentelor agresive, în sensul că băieţii vor considera că injuriile, cuvintele ameninţătoare, altercaţiile şi reacţiile fizice vor apărea cu o frecvenţă mai mare şi că ironiile vor apărea cu o frecvenţă mai mică comparativ cu fetele.

Tabelul nr. 2

Testul T pentru eșantioane independente VD – forme de manifestare a agresivității

VD	VI	Media	Abaterea standard	Testul t	P
Injurii, jigniri	Masculin Feminin	3,09 2,91	1,20 1,09	$t_{(364)}$ = 1,183	p=0,237
Reacţii fizice agresive (bătăi, loviri, îmbrânceli)	Masculin Feminin	0,75 0,90	1,05 1,21	$t_{(364)}$ = -1,149	p=0,251
Ironie (batjocuri, intimidări)	Masculin Feminin	2,19 2,59	1,31 1,38	$t_{(364)}$ = -2,788	p=*0,006*
Cuvinte ameninţătoare	Masculin Feminin	1,91 1,82	1,18 1,07	$t_{(364)}$ = 0,696	p=0,487
Altercaţii (certuri)	Masculin Feminin	2,08 1,78	1,26 1,32	$t_{(364)}$ = 2,430	p=*0,016*

Analiza statistică a evidenţiat că există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte ironiile, în sensul că fetele recurg mai frecvent la aceste comportamente comparativ cu băieţii, şi la altercaţii, în sensul că băieţii recurg mai des la altercaţii comparativ cu fetele, dar că nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în cazul jignirilor, reacţiilor fizice agresive şi cuvintelor ameninţătoare. Media mare la ironie în cazul fetelor arată că formele de agresivitate subtilă le sunt specifice, fiind mai facile şi având consecinţe minore, fără efecte traumatizante asupra victimelor. Băieţii recurg mai frecvent la certuri decât fetele, lucru explicat prin faptul că preferă confruntările directe şi virulente. Injuriile sunt considerate de ambele categorii frecvente şi reprezintă tipul de agresivitate la care recurg elevii cel mai frecvent, având efecte traumatizante mai ales în perioada adolescenţei, urmat de ironii, cuvinte ameninţătoare şi altercaţii. Reacţiile fizice agresive au frecvenţa cea mai mică, aspect explicat prin faptul că au efecte traumatizante asupra victimelor şi că sunt combătute de societate.

Ipoteza 1.e. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete în ceea ce priveşte frecvenţa perceperii comportamentelor agresive din punct de vedere al gravităţii, în sensul că băieţii vor considera reacţiile fizice agresive, cuvintele ameninţătoare mai grave şi mai puţin grave injuriile, ironiile şi altercaţiile comparativ cu fetele.

Analiza statistică a evidenţiat că nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte perceperea comportamentelor agresive manifestate în şcoală.

Testul T pentru eşantioane independente demonstrează că ipoteza nu se confirmă, între băieţi şi fete nu există diferenţe în privinţa gravităţii injurilor: $t_{(364)}$ =0,497; p>0,05, reacţiilor fizice agresive: $t_{(364)}$ =1,226; p>0,05, ironiilor: $t_{(364)}$ = -0,350; p>0,05, cuvintelor ameninţătoare: $t_{(364)}$ =0,636; p>0,05 şi altercaţiilor: $t_{(364)}$ = - 1,729; p>0,05.

Deşi nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în perceperea gravităţii comportamentelor agresive, se observă că reacţiile fizice agresive sunt considerate de ambele categorii de subiecţi cele mai grave, dat fiind efectul traumatizant pe care îl au, urmate de cuvintele ameninţătoare cu efecte puternice asupra adolescenţilor, de injurii, de asemenea, cu efecte puternice asupra imaginii de sine; ironiile şi altercaţiile fiind cotate cel mai puţin grave, probabil pentru că nu au efecte puternice asupra elevilor victime.

Ipoteza 1.f. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte frecvenţa măsurilor de prevenire şi intervenţie a comportamentelor agresive, în sensul că băieţii, fiind şi cei mai agresivi, vor prefera măsurile care au cele mai puţine sancţiuni, şi anume: participarea la şedinţe de consiliere, comunicarea cu profesorii şi organizarea de activităţi de informare, în timp ce fetele vor considera măsurile drastice mai eficiente, adică: aplicarea regulamentului şcolar şi instalarea camerelor de luat vederi. Analiza statistică a evidenţiat că nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte eficienţa măsurilor de prevenire ale comportamentelor agresive manifestate în şcoală.

Tabelul nr. 3

Testul T pentru eşantioane independente VD – Măsuri de prevenire şi intervenţie

VD	VI	Media	Abaterea standard	Testul t	P
Participarea elevilor la şedinţe de consiliere psihologică.	Masculin Feminin	2,15 2,12	1,373 1,421	$t_{(364)}$ =0,187	p=0,852
Organizarea unor activităţi de informare.	Masculin Feminin	2,31 2,44	1,329 1,381	$t_{(364)}$ =-0,926	p=0,355
Aplicarea cu stricteţe a regulamentului şcolar.	Masculin Feminin	2,14 2,17	1,453 1,253	$t_{(364)}$ =-0,194	p=0,846
Comunicarea eficientă profesor-elev, părinte-profesor.	Masculin Feminin	2,28 2,19	1,192 1,355	$t_{(364)}$ =0,655	p=0,513
Instalarea camerelor de luat vederi în şcoală.	Masculin Feminin	1,14 1,08	1,358 1,262	$t_{(364)}$ =0,399	p=0,690

Testul T pentru eşantioane independente demonstrează că ipoteza nu se confirmă, între băieţi şi fete nu există diferenţe în privinţa participării la sedinţe de consiliere, organizării unor activităţi de informare; aplicării regulamentului şcolar; comunicării eficiente profesor-elev, părinte-profesor şi instalării camerelor de luat vederi.

Interpretarea calitativă: faptul că nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în privinţa măsurilor de prevenire, mediile observate fiind apropiate numeric, relevă faptul că elevii sunt conştienţi că nu este eficientă doar o singură măsură pentru diminuarea comportamentelor agresive, ci un set de măsuri care să fie implementate simultan.

Ipoteza 1.g. În funcţie de variabila gen, vor exista diferenţe semnificative între cele două grupuri de subiecţi, băieţi şi fete, în ceea ce priveşte frecvenţa evaluării cauzelor responsabile de manifestările agresive, în sensul că fetele vor considera mai frecvent răspunzătoare de comportamentele agresive: familia, anturajul, personalitatea, vârsta, incapacitatea de a media conflictele, incapacitatea de a găsi alte forme de manifestare, alcoolul, nemulţumirea de sine, neacceptarea de către colectivul şcolii, lipsa de disciplină şi mai puţin responsabile programul zilnic încărcat, iubirea neîmplinită, supravegherea exagerată a conducerii şcolii, mijloacele media, profesorii decât băieţii. Analiza statistică a evidenţiat că există diferenţe semnificative în privinţa evaluării cauzelor între băieţi şi fete, în sensul că fetele consideră că anturajul (media fete=4,22; media băieţi=3,97), incapacitatea de a media conflictele (media fete=0,09; media băieţi=0,02), neacceptarea de către colectivul şcolii (media fete=2,49; media băieţi=2,12) şi lipsa disciplinei (media fete=3,15; media băieţi=2,80) sunt răspunzătoare într-o măsură mai mare de manifestările agresive. Nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în privinţa familiei, mijloacelor media, profesorilor, vârstei, personalităţii, nemulţumirii de sine, incapacităţii de a găsi alte forme de manifestare, alcoolului, programului zilnic încărcat, iubirii neîmplinite şi supravegherii exagerate a conducerii şcolii.

Testul T pentru eşantioane independente demonstrează statistic diferenţe numai în privinţa anturajului: $t_{(364)}$ =-2,164; p<0,05; incapacităţii de a media conflictele: $t_{(364)}$ =-3,534; p<0,05; neacceptării de către colectivul şcolii: $t_{(364)}$ =-2,744; p<0,05; şi a lipsei de disciplină: $t_{(364)}$ =-2,120; p<0,05. Testul T arată că nu există diferenţe semnificative în privinţa familiei: $t_{(364)}$ =-1,573; p>0,050; mijloacelor media: $t_{(364)}$ =0,194; p>0,05; profesorilor: $t_{(364)}$ =-0,015; p>0,05 vârstei: $t_{(364)}$=-0,529; p>0,05; personalităţii: $t_{(364)}$=-1,571; p>0,05; nemulţumirii de sine: $t_{(364)}$ =0,117; p>0,05; incapacităţii de a găsi alte forme de manifestare: $t_{(364)}$ =-1,049; p>0,05; alcoolului: $t_{(364)}$ =-0,342; p>0,05; programului zilnic încărcat: $t_{(364)}$ =-0,135; p>0,05; iubirii neîmplinite: $t_{(364)}$ =-0,741; p>0,05; şi a supravegherii exagerate a conducerii şcolii: $t_{(364)}$ =0,712; p>0,050.

Cauzele referitoare la incapacitatea de a media conflictele, neacceptarea de către colectivul şcolii, lipsa disciplinei şi anturajul sunt considerate mai frecvent răspunzătoare de conduitele agresive din şcoală de către fete, dat fiind faptul că acestea au un impact major pentru adolescenţi. Deşi nu se remarcă diferenţe

semnificative între fete şi băieţi în privinţa familiei, personalităţii şi alcoolului, acestea au mediile observate apropiate numeric şi mai mari decât a celorlate cauze, ceea ce semnifică că elevii le consideră ca fiind mai frecvent responsabile de conduitele agresive, iar faptul că nu există diferenţe în privinţa celorlalte cauze, dar având media observată apropiată relevă că elevii sunt conştienţi că de manifestările agresive din şcoală sunt determinate de un complex variat de factori, atât factori externi şcolii, cât şi interni, dar şi factori ce ţin de elev.

Diferenţele identificate în acest studiu sunt doar o parte din cele aşteptate. Unul dintre motive ar putea constitui reticenţa elevilor în completarea chestionarelor deoarece credeau că vor fi citite de către profesorii şi directorii liceelor. Un alt aspect ar fi reticenţa faţă de a fi sinceri în ceea ce priveşte propriul comportament agresiv, dat fiind faptul că a fi agresiv nu este un comporatment dezirabil social şi a faptul că au reţineri în a recunoaşte că au fost victime ale agresivităţii colegilor din cauza că nu sunt încurajaţi să discute deschis despre problema agresivităţii.

5. CONCLUZII ŞI DISCUŢII. RELEVANŢA REZULTATELOR OBŢINUTE PENTRU ANALIZA FENOMENULUI AGRESIVITĂŢII MANIFESTATE DE CĂTRE BĂIEŢI ŞI FETE ÎN MEDIUL ŞCOLAR

Rezultatele obținute au permis conturarea unui tablou asupra agresivităţii din mediul şcolar aşa cum este percepută de către adolescenți, fete și băieți. Într-adevăr, băieţii şi fetele au recurs, au fost victime şi martori la forme diferite de agresivitate în relaţia cu colegii. Băieţii au fost mai frecvent victime ale ameninţărilor; au lovit înainte şi după ce au fost loviţi şi consideră că altercaţiile se manifestă cel mai frecvent în mediul şcolar. Dar ipotezele nu s-au confirmat în privinţa băieţilor martori la formele de violenţă, în privinţa perceperii gravităţii comportamentelor agresive, în privinţa eficienţei măsurilor de intervenţie şi evaluării cauzelor conduitelor agresive din mediul şcolar. Fetele consideră că ironiile sunt comportamentele agresive cel mai frecvent manifestate în mediul şcolar, iar cauzele responsabile de conduite agresive cel mai frecvent fiind: anturajul, incapacitatea persoanei de a media conflictele, neacceptarea de către colectivul şcolii şi lipsa de disciplină. Ipotezele care nu s-au confirmat sunt cele referitoare la eficienţa măsurilor de intervenţie în cazul actelor de violenţă.

Adolescenţa este o perioadă dificilă, cu atât mai mult cu cât cultura adolescenţilor din zilele noastre pare a fi centrată pe violenţă, fenomen la care au contribuit familia, şcoala, industria divertismentului şi mass-media. Transformările specifice acestei etape pot favoriza apariţia sentimentelor de jenă, refuzul comunicării, formele de agresivitate faţă de cei din jur. În alţi termeni, comportamentul agresiv al elevilor poate fi explicat de cauzele externe-sociale (cauze socio-economice, culturale, cauze educaţionale), dar şi de cauzele interne-individuale (particularităţi ale personalităţii în formare). Iar măsurile de prevenire a comportamentelor agresive sunt absolut necesare.

În acest context, societatea şi şcoala trebuie să-şi reexamineze valorile. În mod curent, copiii învaţă, chiar şi în unele familii, cercuri de prieteni sau din mass-media, că violenţa înseamnă putere şi este un mod acceptabil de rezolvare a problemelor. Dacă elevii sunt ignoraţi, slab educaţi şi neprotejaţi în legătură cu violenţa, atunci când vor deveni adulţi vor forma o societate violentă, noncreativă şi reactivă.

Primit în redacţie la: 21.06.2019

BIBLIOGRAFIE

1. ADLER, A., *Cunoaşterea omului*, Bucureşti, Editura Iri, 1996.
2. BAKER, R. L., MEDNICK, S. A., BRENNAN, P., KANDEL, E., *Predisposition to Violence*, Aggressive Behavior, **14**, *1*, 1988, p. 25–33.
3. BANDURA, A., *The social learning perspective: Mechanisms of aggression*, in Psychology of crime and criminal justice, 1986, p. 198–236.
4. BANDURA, A., *Social learning theory*, New York, General Learning Press, 1971.
5. BERKOWITZ, L., *Frustration-Aggression Hypothesis: Examination and Reformulation*, Psychological Bulletin, **106**, *1*, 1989, p. 59–73.
6. CARLO, G.; RAFFAELLI, M.; LAIBLE, D. J.; MEYER, K. A., *Why are Girls Less Physically Aggressive than Boys? Personality and Parenting Mediators of Physical Aggression*, Faculty Publications, Department of Psychology, 1999, pe https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1059&context=psychfacpub, *consultat pe 18.02.2019.*
7. DOMITROVICH, C. E.; GREENBERG, M. T., *Intervention préventives qui réduisent l`agressivité des jeunes enfants*, 2003, pe http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Domitrovich-GreenbergFRxp.pdf., consultat pe 11.09.2018.
8. DUBOW, E. F., *Aggressive Behavior and Peer Social Status of Elementary School Children*, Aggressive Behavior, **14**, *5*, 1988, p. 315–324.
9. FINKELSTEIN, J. W., VON EYE, A., PREECE, M., *The relationship between aggressive behavior and puberty in normal adolescents: A longitudinal study*, Journal of Adolescent Health, **15**, *4*, 1994, p. 319–326.
10. GAVRILOVICI, O., *Exposure to Violence and its Psychological Correlates in Institutionalized Children and Adolescents 8 to 17 Years of Age in Iasi County, Romania* (teză de doctorat), Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University, SUA, 2004.
11. HUERRE, P., *Ni anges, ni sauvages. Les jeunes et la violence*, Édition Anne Carrière, 2002.
12. HUESMANN, R. L., *An Information Processing Model for the Development of Aggression*, Aggressive Behavior, **14**, *1*, 1988, p. 13–24.
13. HYMAN, I. A., CLARKE, J., ERDLEN, R. J. JR., *Analysis of Physical Abuse in American Schools*, Aggressive Behavior, **13**, *1*, p. 1–7, 1987.
14. LAGERSPETZ, K. J.; BJÖRKQVIST, K.; PELTONEN, T., *Is Indirect Aggression Typical of Females? Gender differences in Aggressiveness in 11- to 12- Years-Old Children*, Aggressive Behavior, **14**, *6*, 1988, p. 403–414.
15. LANSFORD, J. E., SKINNER, A. T., SORBRING, E., DI GIUNTA, L., DEATER-DECKARD, K., DODGE K. A, MALONE, P. S., OBURU, P., PASTORELLI, C., TAPANYA, S., URIBE TIRADO, L. M., ZELLI, A., AL-HASSAN, S. M, PEÑA ALAMPAY, L., BACCHINI, D., BOMBI, A. S., BORNSTEIN, M. H., CHANG, L., *Boys' and Girls' Relational and Physical Aggression in Nine Countries*, Aggressive Behavior, **38**, *4*, 2012, p. 298–308.
16. LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B., *Vocabularul psihanalizei*, Editura Humanitas, Bucureşti, 1994.
17. LORENZ, K., *On aggression*, First Edition, Harcourt, New York, Brace & World, Inc., 1963.

18. MEADOWS R. J., *Understanding violence and victimization*, Second Edition, Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, New Jersey, 2001.
19. MEICHENBAUM , D., *Comparison of aggression in boys and girls: a case for gender-specific interventions, 2006,* pe https://www.melissainstitute.org/documents/2006/Meich_06_genderdifferences.PDF, consultat pe 14.02.2019.
20. OLWEUS, D., *The Olweus Bully/Victim Questionnaire*., Mimeo. Bergen, Norway: Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, 1986.
21. PAHLAVAN, F., *Les conduites agressives*, Armand Colin, Paris, 2002;
22. STANILOIU, A., MARKOWITSCH, H., *Gender differences in violence and aggression – a neurobiological perspective*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, **33,** 2012, p.1032–1036.
23. TICUȘAN, M., *Gender Difference and School Aggressiveness*, Procedia – Social and Behavioral Sciences, **159**, 2014, p. 128–131.

REZUMAT

Dat fiind nocivitatea comportamentelor agresive asupra evoluţiei entităţii umane, ca urmare a faptului că se dezvoltă într-un mediu agresiv, în studiul de faţă ne-am propus să identificăm modul în care genul biologic influenţează frecvenţa expunerii la formele de violenţă din perspectiva elevului-martor, frecvenţa expunerii la formele de violenţă din perspectiva elevului-victimă, frecvenţa evaluării propriului comportament agresiv, frecvenţa tipurilor de comportamente agresive din şcoală, frecvenţa perceperii gravităţii comportamentelor agresive din şcoală, frecvenţa evaluării eficacităţii măsurilor de prevenire şi de intervenţie și frecvența evaluării cauzelor. La acest studiu au participat 366 de adolescenți, băieți și fete, cu vârstele cuprinse între 14 și 19 ani. Majoritatea specialiştilor (Finkelstein *et al.,* 1994; Pahlavan, 2002; Stăniloiu și Markowitsch, 2012; Ticușan, 2014) au observat că bărbaţii sunt mai agresivi decât femeile. Analiza statistică a evidențiat că diferențe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte expunerea la violenţă în calitate de victimă (băieţii sunt mai frecvent victime ale ameninţărilor și ale lovirilor comparativ cu fetele), în ceea ce priveşte propriul comportament agresiv (băieţii lovesc înainte să fie loviţi, lovesc după ce au fost loviţi, bat rău pe alţii mai frecvent decât fetele), în ceea ce priveşte frecvenţa manifestării comportamentelor agresive (fetele recurg mai des la ironii, iar băieții recurg mai des la altercaţii), în privinţa evaluării cauzelor (fetele consideră că anturajul, incapacitatea de a media conflictele, neacceptarea de către colectivul şcolii şi lipsa disciplinei sunt răspunzătoare într-o măsură mai mare de manifestările agresive). Însă nu există diferenţe semnificative între băieţi şi fete în ceea ce priveşte expunerea la violenţă din perspectiva martorului, în ceea ce priveşte perceperea comportamentelor agresive manifestate în școală și cu privire la eficienţa măsurilor de prevenire ale comportamentelor agresive manifestate în şcoală. Această cercetare a permis conturarea unei imagini asupra agresivităţii din mediul şcolar, aşa cum este percepută de către elevi, fete şi băieţi.

SIMPTOMUL PSIHOSOMATIC ŞI TRANSMITEREA TRANSGENERAŢIONALĂ

PAVEL GRIGORE *
„Grigore Pavel Florin Cabinet Individual de Psihologie”

Abstract

The aim of this paper is to emphasize the possibility of some generational aspects in the case of psychosomatic symptoms. If we can talk about intersubjectivity and of a variety of psychopathological conditions as having neurobiological and bodily roots, and about transgenerational epigenetic inheritance, then we can also talk about the fact that choosing the physical level to manifest the psychosomatic symptom might have a generational aspect. This kind of arguments will be presented in the context of the psychodynamic conceptual framework of subjectivity, intersubjectivity and transgenerational transmission, and in the context of two theoretical perspectives on the surplus-value of the psychosomatic symptom, one referring to a mental function deficit and the other to a psychodynamic conflict. The importance of such an approach is that if there is an interest in generational transmission in the case of mental states such as depression, addictions, unresolved trauma, mourning or borderline personality disorder, there is no such interest in the case of psychosomatic symptom. Another element of novelty is that the paper presents in a synthetic manner the phenomenon of generational transmission but also offers a perspective on the psychosomatic symptoms, both of which are little represented in the Romanian literature.

Cuvinte-cheie: simptom psihosomatic, transmitere transgeneraţională, intersubiectivitate.

Keywords: psychosomatic symptom, transgenerational transmission, intersubjectivity.

1. INTRODUCERE

Această lucrare îşi propune să exploreze posibilitatea de a construi un discurs referitor la aspectul generațional al simptomului psihosomatic din perspectiva a două presupoziţii. Prima se referă la faptul că simptomul psihosomatic este o consecinţă a unui mod anume de funcţionare a aparatului mintal și a unei relaţii specifice cu corpul, ambele având o anumită istorie generaţională datorată faptului că sunt determinate de fenomenul subiectivității și intersubiectivității. Cea de-a doua se referă la faptul că viaţa mintală este un rezultat al unor condiţii fizice corporale, care la rândul lor sunt rezultatul unei moşteniri genetice şi epigenetice. În aceste condiţii, dacă simptomul psihosomatic este o formă de suferinţă somatică

* „Grigore Pavel Florin Cabinet Individual de Psihologie”,Aleea Botorani, nr. 4, bl. V82, et. 3, ap. 75, sector 5, Bucureşti, România; E-mail: pavelgrigore@yahoo.com

care implică un aspect psihic şi dacă viaţa psihică poate fi interpretată ca având un aspect generaţional, atunci ar putea fi posibil ca simptomul psihosomatic să prezinte un aspect generaţional şi să putem vorbi şi în cazul său de o transmitere generaţională.

Această posibilitate va fi urmărită dintr-o perspectivă psihodinamică şi în condiţiile dificultăţii inerente semiologiei psihanalitice, care nu poate fi limitată la psihiatria clasică și la epistemologia psihologică (Aisenstein, 2008). Alegerea cadrului teoretic psihanalitic este motivată de faptul că oferă posibilitatea unei perspective structurale clinice asupra simptomului psihosomatic, dar şi o explorare interdisciplinară chiar în condițiile lipsei specificității constructelor psihanalitice (Fonagy, n.d.).

Un simptom este definit ca fiind psihosomatic dacă face parte din manifestările unei boli în care suferința somatică este legată de conflictele psihice, dar fără ca această legătură să fie recunoscută ca atare (Fischbein, 2011). La nivel fizic, simptomul psihosomatic poate fi localizat într-un organ, o parte a corpului sau într-un țesut, eventual însoțit de durere, devenind o prezență traumatică constantă pentru funcționarea normală fizică, dar și psihică. La nivel psihic, dintr-o perspectivă psihodinamică, simptomele psihosomatice pot fi interpretate ca fiind opuse simptomelor de conversie, fiind caracterizate prin aceea că ele se referă la trecutul pacientului nu prin refulare sau deplasare, ci prin absența intelectualizării (Chatira, 2014). În cazul simptomului psihosomatic, relaţia dintre posibila semnificaţie a simptomului şi interpretarea acestuia este indirectă şi eterogenă, în cazul simptomului de conversie fiind una directă şi eterogenă (Cupa, 2008). Dacă în simptomul de conversie avem o formă de exprimare corporală, cum este de exemplu constipaţia, impotenţa, frigiditatea, insomnia, dar şi altele, prin care se traduce fiziologic refularea impulsurilor Se-ului ca reacţie la forţa represivă a Eului şi Supraeului, în cazul simptomului psihosomatic nu putem utiliza o astfel de interpretare (McDougall, 1974). De exemplu, în cazul problemelor datorate atacurilor virale sau bacteriene ale zonei bucofaringiene sau intestinale care apar în timpul unor situații anxiogene, deşi acestea par a avea explicații biologice facile, totuşi acestea din urmă nu explică de ce are loc un simptom mai degrabă decât altul și de ce ele apar la un subiect, mai degrabă decât altul, sensibilitatea sau dezorganizarea fiziologică neputând fi legată de un conţinut mintal refulat (Cupa, 2008).

Cu alte cuvinte, în condiţiile legăturii dintre suferinţa somatică şi conflictele psihice, simptomul psihosomatic are o valoare suplimentară, o plusvaloare în ceea ce priveşte modul de funcţionare a aparatului psihic. Sugestia noastră este că, pornind de la descrierea plusvalorii simptomului psihosomatic, putem ajunge la aspectul său transmis generaţional, prin conectarea acestei plusvalori cu fenomenul subiectivității și al intersubiectivității şi în special cu aspectul lor genetic-scenic şi cel al transmiterii generaţionale.

2. PLUSVALOAREA SIMPTOMELOR PSIHOSOMATICE

Discursul asupra plusvalorii simptomului psihosomatic poate fi organizat în jurul a două perspective psihanalitice. Pe de o parte, avem o teoretizare a simptomului psihosomatic ca fiind o formă substitutivă pentru deficiența sau lipsa funcției simbolice a aparatului psihic, pe de alta, ca fiind un produs al conflictului psihic şi deci purtător al unei fantasme inconștiente.

Potrivit Școlii Psihosomatice din Paris, reprezentanta perspectivei teoretice referitoare la deficit, simptomele somatice au o valoare substitutivă fără a participa la o dimensiune simbolică, cum se întâmplă în cazul simptomului de conversie. Somatizarea este teoretizată ca fiind corespunzătoare dezorganizării psihologice graduale. Simptomul devine o expresie a tensiunii psihologice și absorbția ei în condițiile unei mentalizări insuficiente, iar boala psihosomatică funcționează ca un punct de fixare în raport cu dezorganizarea mentală progresivă. În ultimă instanță, simptomul devine forma de apărare împotriva pulsiunii de moarte, în condițiile abolirii activității libidinale și a dispariției funcțiilor mentale de identificare, proiecție, asociere de idei, simbolizare. În funcție de calitatea mentalizării, vom avea două situații simptomatice. Când activitatea pulsională este medie și nu se acumulează excesiv, iar capacitatea mentală este bună, afectarea somatică este reversibilă, fiind doar un sistem de fixare-regresie (Aisenstein & Smadja, 2010). În condiţiile unei activităţi pulsionare importante acumulate în exces, fără o capacitate puternică de mentalizare, afectarea somatică va fi severă, fiind rezultatul eșecului sistemelor defensive de fixare-regresie (Smadja, 2010). Mentalizarea este un construct empiric testabil care integrează constructele psihanalitice referitoare la dezvoltare cu rezultatele cercetărilor din domeniile cunoașterii sociale, neuroștiinței și geneticii sub umbrela teoriei atașamentului, şi care se referă la o capacitate psihologică de bază, funcționarea reflectivă. Mentalizarea este definită ca abilitatea de a înțelege comportamentele sinelui și ale altora în ceea ce privește starea și intențiile mentale fundamentale (Malberg & Mayes, 2015).

Din cea de-a doua perspectivă teoretică, cea fundamentată pe conflict şi fantasmă, simptomul este o expresie corporală a fantasmelor inconștiente și a conflictelor care sunt înregistrate în registrul somatic prin mecanismele de clivaj, evacuare și identificare proiectivă. El este privit ca fiind o expresie a capacității arhaice de a simboliza și ca având o funcție comunicativă, care se referă la semnalizarea unei ameninţări cu anihilarea, dar şi, în acelaşi timp, a unei modalităţi de apărare faţă de aceasta (Bronstein, 2011), (McDougall, 1989). Această funcţie comunicativă poate fi exemplificată clinic prin studii de caz care arată, de exemplu, că alergiile dermatologice sunt în legătură cu sensibilitatea extremă a pacienţilor la mediul în care se află şi la faptul că tind să se protejeze atât fizic cât şi psihic de a nu fi zgâriaţi sau loviţi, că suferinţele respiratorii, mai ales tuberculoase sau astmatice, sunt legate de pacienţi care se confruntă cu o separare sau sunt abandonaţi de către persoane investite cu rolul de mamă securizantă şi adictivă din

perioada copilăriei timpurii, sau că eczemele trimit la pacienţi care au nişte idealuri nerealiste, disfuncţionale referitoare la propriul corp (McDougall, 1974).

Cu privire la perspectiva teoretică referitoare la conflict şi fantasmă, de exemplu, Balint (2017) descrie simptomul ca pe o expresie a *defectului fundamental, a bolii fundamentale* rezultate din discrepanţa dintre nevoile de la începutul istoriei sale şi îngrijirile primite atunci, şi care vor continua să subziste sub forma unor *vestigii* care nu pot fi anulate total. Nivelul defectului fundamental trebuie privit ca o deficienţă şi nu ca o poziţie, conflict sau complex (Balint, 2014). Principalele sale caracteristici sunt că toate fenomenele sale aparţin unei relaţii arhaice bipersonale, bazată pe îngrijire şi fără conflict, care nu poate fi tradusă în limbajul şi relaţiile persoanelor adulte decât în forme înşelătoare sau inutile (Balint, 2014). Boala somatică devine astfel un fel de formă de viaţă cu care individul are o relaţie gratificantă, fiind cel care o îngrijeşte, chiar dacă în bolile cronice, de exemplu, gratificarea este eclipsată de suferinţă. Relaţia bolnavului cu medicul este una care prelungeşte nivelul defectului fundamental, medicul trebuind să recunoască în simptomele corporale prezentate cerinţa şi nevoia bolnavului de a fi el însuşi primit şi îngrijit la acest nivel şi nu boala sa (Balint, 2017). Din acest punct de vedere, simptomul psihosomatic are valoare de semn şi nu de simbol, fiind mai apropiat de obiectele psihotice decât de simptomul nevrotic, corpul producându-şi propria „gândire" din conţinuturi psihice arhaice, fără să mai traducă dorințele conflictuale şi interzise ale psihicului ca în nevroză (McDougall, 1974).

Semnificaţia simptomului psihosomatic aparţine unui ordin presimbolic prin care se doreşte evitarea utilizării cuvintelor, simptomele corporale, fiziologice rămânând fără reprezentări în aparatul psihic, şi deci fiind tăcute (McDougall, 1989). De aceea simptomele corporale se prezintă ca având o dimensiune psihică evazivă, fără o simbolizare funcţională sau o semnificaţie psihică evidentă. Simptomele corporale devin simbolice doar atunci când iau locul conţinutului refulat devenind mesaje psihice arhaice care alarmează aparatul psihic. Aceasta se întâmplă în momentul în care ele vor fi însoţite de dureri fizice, iar afectul asociat acestor mesaje nu poate să fie recunoscut simbolic, neavând posibilitatea de a fi verbalizat şi deci gândit. Dar el rămâne ataşat manifestărilor corporale care devin astfel simptome psihosomatice. Conform McDougall (1989), se poate vorbi despre simptomele psihosomatice ca fiind forme ale unei creaţii psihotice din partea aparatului psihic care încearcă să se protejeze în raport cu pulsiunea de moarte, o formă de organizare mintală specifică, *psihosomatoza* sau *isteria arhaică*.

Se poate observa că discursul asupra plusvalorii simptomului psihosomatic este fundamentat pe continuumul minte-corp, dar şi pe ceea ce este specific şi diferit în raport cu celelalte corpuri/minţi. Dacă în cazul corpului vorbim de o moștenire genetică și epigenetică, în geneza aparatului psihic vorbim despre un fenomen de diferențiere-individuare-subiectivizare și o relație intersubiectivă.

3. SUBIECT ȘI INTERSUBIECTIVITATE CA „ADEVĂRURI ISTORICO-BIOGRAFICE”

Dimensiunea corpului implică o reluare cauzală selectivă a datelor moștenite de la părinți, pe linia genetică maternă și paternă, în contextul schimbărilor epigenetice ale caracteristicilor și predispozițiilor. În ceea ce privește dimensiunea psihică, aspectul genetic şi cel dobândit au o interacțiune dinamică încă din momentele timpurii ale dezvoltării, cele două tipuri de influențe, genetice și de mediu, fiind indistincte (Solms & Turnbull, 2002). În acest context, posibilitatea unor aspecte psihosomatice transgeneraționale se datorează faptului că viața mentală poate fi interpretată fenomenologic ca fiind generată în jurul unui subiect care este afectat de suferința somatică.

De la început trebuie precizată dificultatea de a lucra cu concepte precum intersubiectivitate, *self* şi subiect datorită caracterului abstract, fără posibilitatea de a avea referenţi empirici specifici. Orice efort de a operaţionaliza aceste concepte, chiar în perspectiva cercetărilor din neuroştiinţe, duce la pierderea aspectului fenomenologic sau la lipsa semnificaţiei substratului neuropsihologic al acestora (Kirshner, 2017).

Conform Watson (2014), termenul de sine/*self* apare ca produs al gândirii filosofice europene, reprezentând esenţa fiinţei umane, iar termenul de subiect este conectat paradigmei gramaticale ca reprezentant al *self*-ului despre care se spune că este cel care realizează acţiunea descrisă prin verb, indiferent dacă este vorba despre acţiuni fizice sau mentale. La baza ideii de sine cât şi la baza ideii de subiect stă supoziţia unei fiinţe unitare, singulare şi indivizibile în timp, la care putem să ne referim autoreflexiv ca fiind Eu. Cu toate acestea, conceptul subiectivităţii nu este unitar delimitat în teoriile psihanalitice şi încă se păstrează o tensiune între asumpţia unui subiect independent de câmp, cu o structură internă distinctă de fantasme sau dorințe inconștiente şi un subiect maleabil, dependent de câmp, rezultat al intersubiectivităţii şi al interacţiunilor contextuale (Kirshner, 2017).

O perspectivă teoretică unitară asupra subiectivității o putem găsi în teoria psihanalitică a lui J. Lacan, în care termenul subiect și subiectivitate ocupă un loc central. Lacan distinge între trei tipuri de subiect: subiectul impersonal, independent de alteritate, „se-ul” din „se cunoaşte că”, subiectul anonim substituibil cu oricare altul şi subiectul personal, rezultat al procesului de afirmare de sine. Acesta din urmă suportă diferenţierea de instanţa Eului care este un produs al registrului imaginar, în timp ce subiectul este un produs al simbolicului (Evans, 2005). Teoria lacaniană se fundamentează pe dihotomia carteziană cu privire la subiect, dar trebuie observat că, în general, orice analiză fenomenologică psihodinamică se fundamentează pe recunoaşterea unei diferenţe între procesele mintale simbolice ale gândirii şi un conţinut mai primitiv. Acest conţinut a fost recunoscut teoretic începând cu Freud şi demonstrat de datele cercetărilor din neuroştiinţe ca având un substrat biologic, presubiectiv şi impersonal care este în

acelaşi timp parte din relaţiile interpersonale (Kirshner, 2017; Gallese, 2017; Gallese & Caruana, 2016; Gallese, 2012). Dihotomia carteziană dintre *res cogitans* şi *res extensa* se transformă în teoria lacaniană, în clivajul dintre a fi şi a gândi, între inconştient, gândirea ca rezultat al unui nivel simbolic anterior oricărui individ gânditor, un produs al proceselor de sintaxă-lanţ de signifianţi, a unui singur limbaj autonom, şi conştient, sau Eul, o imagine falsificată datorită relaţiilor interpersonale generative. Exact în această divizare întâlnim subiectul, sau în termenii lacanieni, „*subiect clivat*", „*subiectul divizat*" sau „*subiect barat*" (Fink, 1995). *Self*-ul, Eul şi identitatea Eului sunt, din perspectiva lui Lacan, imagini sau fantasme, încercări de a reifica, de a trece în regimul de obiect a entităţilor rezultate din procesul efemer legat de constanta alunecare de semnificaţii de-a lungul lanţului de cuvinte. Aceasta are loc în raport cu lumea socială şi presupune acumularea unor semnificanţi în relaţie cu ceea ce pare a fi un „subiect" sau un „*self*". Acest subiect divizat încearcă să se definească prin ceea ce se oferă social, dar ceea ce se oferă este de asemenea lipsit de un conţinut precis, alcătuit din alţi semnificanţi care trimit către alţii, funcţionând ca nişte obiecte tranzitorii şi sprijinind o reprezentare a individualității aprobată de cultură (Kirshner, 2017).

Genetic vorbind, găsim acest proces în relaţia dală mamă-copil, în care ambii sunt în poziţie de subiecţi doar în cadrul regulilor şi a logicii culturii, cu alte cuvinte în cadrul unor distincţii simbolice care le furnizează o identitate istorică ca persoane, adică în ordinea reprezentată de tată, sau mai bine zis de *Numele Tatălui* ca terţă parte. Această terţă parte este simultan locusul în care mama *se duce* atunci când dispare pentru copil şi dar şi cel din care aceasta îşi verbalizează propria dorinţă (Kirshner, 2017). Prin această triangulare a relaţiei duale iniţiale, subiectul apare ca un efect al discursului, a ordinii simbolice. De exemplu, Garcia-Gomez (2019) sugerează că fiecare formă, nivel al sinelui, este construit discursiv, printr-un proces de autoatribuire, prin ataşarea unor seturi de caracteristici care fac posibilă diferenţierea sinelui şi posibilitatea de a îşi da sens cu privire la ceea ce se întâmplă.

Pe de altă parte, putem vorbi despre originile neurologice ale individualității și despre neurobiologia comportamentului nu într-o situaţie lipsită de determinări, ci ca fiind într-o relație semnificativă cu mediul (Sapolsky, 2005). În plus, există argumente pentru a susține că toate bolile mintale sunt organice, ca urmare a modificării structurii biologice a creierului, dar și argumente pentru contribuția importantă a genelor la funcția mentală și boala mintală (Fonagy, n.d.). Tulburările mintale par a împărtăși aceeaşi activitate a genelor creierului (Gandal, & *al*., 2018), iar comportamentul indivizilor poate modifica expresia genelor (Fonagy, n.d.), (Sapolsky, 2005). Cu toate acestea, problema înțelegerii relației dintre predispoziția genetică și manifestarea simptomatică este încă deschisă. În aceste condiţii, trebuie menţionată necesitatea de a păstra completar o perspectivă structurală care se referă la relaţia dintre derivatele structurale ale relaţiilor de obiect intern, diferitele niveluri de organizare a funcţionării psihice, dar şi la organizarea permanentă a conţinutului

conflictelor inconştiente, pentru că aceasta poate contribui la înţelegerea raportului dintre predispoziţiile genetice şi simptomatologia manifestă (Kernberg, 2014).

Din acest punct de vedere, intersubiectivitatea pare a fi importantă pentru că permite un discurs structural asupra subiectivităţii. Subiectul nu mai este văzut ca fiind un aparat psihic obiectiv dincolo de ceea ce se vorbeşte sau de reacţiile altor subiecţi, ci ca un efect al unei poziţii într-o reţea intersubiectivă, ca un nod în structura relaţiilor interumane, guvernată de o ordine simbolică (Kirshner, 2017).

În acest context, este important să luăm în considerare cazul particular al părinţilor sau al persoanelor care se ocupă cu creşterea şi îngrijirea copiilor şi care suferă de traume nerezolvate, doliu, depresie, dependenţe sau de tulburarea borderline. Aceste modificări ale stărilor lor mintale, în unele haotice și perturbante, au potențialul de a afecta creierul în dezvoltare al copilului și Sinele în formare, deoarece se pare că între creierul drept al mamei și creierul drept al copilului există o formă de comunicare care îndeplineşte o funcția reglatorie pentru acesta din urmă (Mucci, 2013). Dar aceste influenţe intersubiective sunt active şi dincolo de relaţiile bidirecţionale, mamă-copil. Ele par a fi active şi în cazul unui lanț generațional de transmitere cum se întâmplă în cazul comportamentului pervers sau violent și în psihopatologia lor asociată. De exemplu, pacienții de sex feminin care și-au maltratat copiii au fost, de asemenea, victime ale experiențelor traumatice provocate de mamele lor și îndreptate către corpurile lor (Leuzinger-Boehleber & Kächele, 2015).

Cu privire la mecanismul transmiterii generaţionale trebuie precizat că nu este integral clarificat în literatura de specialitate dacă este genetic, prin imitaţie sau printr-o altă modalitate. De exemplu, în cazul PTSD nu există suficiente dovezi empirice pentru modul neurobiologic în care trauma inconştientă se transmite generaţional de la o persoană la alta, în ciuda evidenţei clinice a acestei transmiteri (Kellermann, 2013). De asemenea, nu este posibilă explicarea printr-un singur set de determinanţi biologici sau de altă natură. De exemplu, elucidarea rolului mecanismelor epigenetice în efectele intergeneraționale nu se poate realiza decât în acelaşi timp cu înțelegerea modului în care experiențele individuale, culturale și sociale sunt originate, dar şi determină biologia noastră (Scorza, & al., 2018), (Yehuda & Lehrner, 2018).

Având aceste limite explicative în vedere, aceste influenţe intersubiective par a fi responsabile în medierea transmiterii intergeneraționale, atât a traumei relaționale, cât și a defensivei disociative care intervine împotriva afectelor perturbante și copleșitoare (Mucci, 2013), dar și pentru influența pe termen lung pe care o are trauma și depresia (Leuzinger-Boehler, 2015).

Deși această rețea intersubiectivă este interpretată a fi în relaţie cu configurația oedipiană, cu triangularea clasică mama-copil-tată, ea nu este însă separată de propria sa istorie. Această istorie presupune influența bunicilor și, în general, istoria familială asociată cu arborele genealogic. Privind intersubiectivitatea prin prisma acestei istorii, fenomenele psihologice, cum sunt de exemplu manifestările psihosomatice, pot fi urmărite într-un context mai larg, dintr-o perspectivă intergenerațională și scenică,

aceasta din urmă referindu-se la perceperea intuitivă a întregului gestalt datorată conservării în inconştient al situaţiilor în configuraţia lor originală (Thomä & Kächele, 2011).

4. TRANSMITEREA TRANSGENERAȚIONALĂ – DIMENSIUNILE SCENIC ȘI NARATIVE ALE ÎNCORPORĂRII

Subiectivitatea şi intersubiectivitatea operează în cadrul contextului familial, copilul având nevoie să experienţieze cuplul parental ca fiind interactiv, sub forma unui parteneriat nontraumatic sau ca pe o alianţă parentală (Diamond, 2017). Cu toate acestea, sistemul familial este unul care aduce în prim plan istoria trecută a membrilor săi, istoria experienţelor cu propriile lor familii şi propriile procese de subiectivare şi individuare.

Conform Day (2010), transmiterea generaţională se realizează în raport cu două tipuri de conţinut, unul relaţional sub forma alianţelor sau a coaliţiilor ca subsisteme în interiorul sistemul familial, şi unul referitor la informaţiile, credinţele, tradiţiile şi stilurile de comunicare. În general, se transmit mai multe conţinuturi legate de modele relaţionale şi afective, atât pozitive, forme armonioase, constructive securizante de relaţionare, dar şi negative, abuzive, care rănesc.

Este necesară o discuţie cu privire la utilizarea termenilor intergeneraţional, transgeneraţional şi multigeneraţional. De la bun început trebuie afirmat că aceste concepte sunt problematice şi de cele mai multe ori interşanjabile (Hanna *et al*., 2012). Totuşi, cu riscul unor limitări semantice se poate spune că intergeneraţional se referă la transferul între trei generaţii, multigeneraţional la ceea ce afectează în acelaşi fel mai mult de o generaţie (Watts, 2017), (Villar, 2014). Termenul de transmitere transgeneraţională se referă la consecinţele unei traume transmise unei a doua şi a treia generaţii, fără ca acestea să fi suferit această experienţă traumatică (Hanna *et al*., 2012), (Fonagy, 1999).

În psihanaliză, în condiţiile formalizării unui determinism intrapsihic inconştient, nu se poate vorbi despre psihic ca despre o unitate monadică, ci mai degrabă ca despre o transmisie psihică în cadrul unei forme de moştenire culturală în care subiectul este un intersubiect, o parte a lanţului de generaţii (Berthin, 2010). Cu toate acestea, transmiterea dintre generaţii este de obicei un obiect invizibil în psihanaliză, deşi prezent, care este legat de identitate şi istoriile identificărilor, de prezenţa unui material generaţional condensat care poate fi prelucrat doar printr-un proces de dezidentificare în raport cu acesta (Faimberg, 2005). Dar acest material tinde să fie incomunicabil şi fantomatic, prezentându-se ca un defect moştenit de subiect în transmiterea generaţională, un *secret*, în termenii lui Abraham and Torok, sau un *significant enigmatic*, în termenii lui Laplanche (Berthin, 2010). De exemplu, Abraham and Torok concep individul ca fiind o entitate produsă printr-o diferenţiere constantă faţă de unitatea primară, mama. Iar aceasta pentru că a fost copilul altei mame, trebuie înţeleasă ca purtând conţinutul altui inconştient. În cele

din urmă, suntem cu toţii produsele unor istorii familiale regresive faţă de care încercăm să ne individuăm (Rashkin, 1992). În această istorie, experienţele traumatice, ruşinoase, de nevorbit rămân ca secrete purtate de fiecare generaţie în parte sub forma unei bântuiri transgeneraţionale determinând configurarea istoriei psihice, formarea simptomului, procesele patogenice, dar şi comportamentul individual (Rashkin, 1992). Sau putem vorbi despre evenimente care au fost doar parţial simbolizate, imperfect simbolizate, nefiind transmise prin canalele adecvate sub forma naraţiunilor, a imaginilor împărtăşite, a ritualurilor și sărbătorilor şi care sunt fantome purtate inconştient de următoarele generaţii (Tisseron, 2007).

În orice caz, psihopatologia individuală poate fi legată de vicisitudinile patologiei familiale. Dacă privim din acest punct de vedere, este necesar să explorăm în profunzime posibilitatea unor aspecte generaționale implicate în formarea și în realitatea simptomelor psihosomatice.

5. CONCLUZII

Această lucrare îşi propune să deschidă o discuție despre posibilitatea epistemologică a unor aspecte generaționale implicate de simptomele psihosomatice. Specific simptomelor psihosomatice este să aibă o plusvaloare asociată. Această plusvaloare este rezultatul subiectivității. Interpretând fenomenologic viața mintală ca fiind generată în jurul unui subiect, durerea somatică devine suferinţă pentru acest subiect, devine o expresie a vieţii mintale. Dar acest subiect se referă şi la o poziție dintr-o rețea intersubiectivă, ca parte a unui lanț de transmiteri generaționale. Mai mult chiar, ştim că există un mecanism de transmitere generațional şi în cazul traumelor nerezolvate, doliului, depresiei, dependențelor sau tulburării borderline, și putem presupune că, de asemenea, unele aspecte ale suferinței psihosomatice pot fi transmise prin acelaşi mecanism. De aceea, este important ca această ipoteză să fie verificată prin găsirea unor contexte clinice care să o confirme sau să o invalideze. O limită importantă este că se aduce în prim plan cadrul conceptual psihodinamic și, prin aceasta, concepte care nu sunt operaționalizate empiric într-o manieră satisfăcătoare. Cu toate acestea, noile cercetări bazate pe dovezi empirice din psihanaliză, alături de cercetarea specifică neuroștiințelor și geneticii, dar şi epigeneticii, ne încurajează să avem încredere epistemologică în modelul psihodinamic de concepție clinică.

Din punct de vedere clinic ar putea fi importantă recunoşterea faptului că demersul de explorare fenomenologică a simptomului psihosomatic ca „memorie încorporată” (Leuzinger-Boehleber, 2008) înseamnă de fapt interpretarea fiecărui organism din perspectiva unei istorii psihice a altor organisme (Baum, 2013). Dacă biologic avem siguranța moștenirii genetice și a schimbărilor epigenetice transmise următoarelor generații, totuși în ceea ce privește multitudinea manifestărilor psihice, această transmitere nu este foarte clară sau suficient luată în calcul. Ceea ce aduce nou o astfel de propunere este de a extinde discuția despre conținutul

transmis generațional, dincolo de cele referitoare la traumă sau la tulburările psihice, în domeniul psihosomatic, un domeniu care se află la granița cu medicina.

Primit în redacţie: 21.06.2019

BIBLIOGRAFIE

1. AISENSTEIN, M., *Beyond the Dualism of Psyche and Soma*, Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, doi:10.1521/jaap.2008.36.1.103, 2008, p. 103–123.
2. AISENSTEIN, M., & SMADJA, C., *Conceptual framework from the Paris Psychosomatic School: A clinical psychoanalytic approach to oncology*, The International Journal of Psychoanalysis, doi:10.1111/j.1745-8315.2010.00256.x, 2010, p. 621–640.
3. BALINT, M., *Defectul fundamental*, Bucureşti, Editura Trei, 2014.
4. BALINT, M., *Medicul, pacientul său şi boala. Aspecte inconştiente în practica medicală*, Bucureşti, Editura Trei, 2017.
5. BAUM, R., *Transgenerational trauma and repetition in the body: The groove of the wound. Body, Movement, and Dance in Psychotherapy*, **8**, *1*, doi:10.1080/17432979.2013.748976, 2013, p. 34–42.
6. BERTHIN, C., *Gothic Hauntings. Melancholy Crypts and Textual Ghosts*, PALGRAVE MACMILLAN, 2010.
7. BRONSTEIN, C., *On psychosomatics: The search for meaning*, The International Journal of Psychoanalysis, doi:10.1111/j.1745-8315.2010.00388.x, 2011, p.173-195.
8. CUPA, D., *La Complexité Psychosomatique*, Le Carnet PSY, **126**, *4*, doi:10.3917/lcp.126.0024, 2008, p. 24–28.
9. CHATIRA, K., *Pain as a Conversion Symptom or a Psychosomatic Phenomenon: Fake or Real?*, The Open Pain Journal, **7**, 2014, p. 56–58.
10. DAY, R. D. *Fixed Family Relationships: Generations in Family Life*, în DAY, R. D., Introduction to family processes, New York, Taylor and Francis Group, LLC, 2010, p. 99–122.
11. DIAMOND, M. J., *Recovering the Father in Mind and Flesh: History, Triadic Functioning, and Developmental Implications*, The Psychoanalytic Quarterly, LXXXVI, 2017, p. 297–334.
12. EVANS, D., *Dicţionar introductiv de psihanaliză lacaniană*, Piteşti, Editura Paralela 45, 2005.
13. FAIMBERG, H., *The Telescoping of Generations. Listening to the Narcissistic Links between Generations*, New York, Routledge, 2005.
14. FINK, B., *The Lacanian Subject. Between Language and Jouissance*, Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1995.
15. FISCHBEIN, J. E., *Psychosomatics: A current overview*, The International Journal of Psychoanalysis, **92**, doi:10.1111/j.1745-8315.2010.00389.x, 2011, p. 197–219.
16. FONAGY, P., *The transgenerational transmission of holocaust trauma*, Attachment & Human Development, **1**, doi:10.1080/14616739900134041, 1999, p. 92–114.
17. FONAGY, P., *Research issues in psychoanalysis*, Open door review, https://www.opendoorreview.com/fonagy-research-issues-in-psychoanalysis?rq=generational, online edition, (n.d.).
18. GALLESE, V., &. CARUANA, F., *Embodied Simulation: Beyond the Expression/Experience Dualism of Emotions*, Trends in Cognitive Sciences. On line first, 2016.
19. GALLESE, V., *From Mirror Neurons to Embodied Simulation*, NPSAFoundation, https://www.youtube.com/watch?v=PlV7F3MHuEk&t=770s, 2012.
20. GALLESE, V. *Neoteny and social cognition: A Neuroscientific Perspective on Embodiment*, în DURT, C., FUCHS, T., & TEWES C. (Eds.), *Embodiment, Enaction, and Culture. Investigating the Constitution of the Shared World*, MIT Press, 2017.
21. GANDAL, M. J., HANEY, J. R., PARIKSHAK, N. N., LEPPA, V., RAMASWAMI, G., HARTL, C., SCHORK, A. J., APPADURAI, V., BUIL, A., WERGE, T. M., LIU, C., WHITE, K.

P., CommonMind Consortium, PsychENCODE Consortium, iPSYCH-BROA, *Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap*, Science, doi:10.1126/science.aad6469, 2018, p. 693–697.
22. GARCIA-GOMEZ, A., *Sexting and Hegemonic Masculinity: Interrogating Male Sexual Agency, Empowerment and Dominant Gendered Norms*, în Bou-Franch, P., & Blitvich, P.G-C (Eds.), Analyzing Digital Discourse. New Insights and Future Directions, Palgrave Macmillan, doi:10.1007/978-3-319-92663-6_11, 2019, p. 313-339.
23. HANNA, D., DEMPSTER, M., DYER, K., LYONS, E., & DEVANEY, L., *Young People's Transgenerational Issues in Northern Ireland*, Queen's University Belfast, Commission for Victims and Survivors, www.cvsni.org, 2012.
24. KELLERMANN, N. P., *Epigenetic Transmission of Holocaust Trauma: Can Nightmares Be Inherited?*, **50,** *1*, Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2013, p. 33-39.
25. KERNBERG, O. F., *Tulburări grave ale personalităţii. Strategii psihoterapeutice*, Bucureşti, Ed. Trei, 2014.
26. KIRSHNER, L. A., *Having a life: self pathology after Lacan*, London, The Analytic Press, Inc., 2004.
27. KIRSHNER, L. A., *Intersubjectivity in Psychoanalysis. A Model for Theory and Practice*, Abingdon, Oxon, Routledge, 2017.
28. LEUZINGER-BOEHLEBER, M., & KÄCHELE, H., *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis*, International Psychoanalytical Association, 2015.
29. LEUZINGER-BOEHLEBER, M., *Biographical truths and their clinical consequences: Understanding 'embodied memories' in third psychoanalysis with a traumatized patient recovered from severe poliomyelitis*, The International Journal of Psychoanalysis, **89**, doi:10.1111/j.1745-8315.2008.00100.x, 2008, p. 1165–1187.
30. LEUZINGER-BOEHLEBER, M., *Finding the Body in the Mind. Embodied Memories, Trauma, and Depression*, London, Karnac Books Ltd, 2015.
31. MALBERG, N., & MAYES, L. C., *The Developmental Perspective*, în LUYTEN, P., MAYES, L. C., FONAGY, P., TARGET, M., & BLATT, S. J., Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology, New York, The Guilford Press, 2015, p. 47–64.
32. McDOUGALL, J., *The Psychosoma and the Psychoanalytic Process*, The International Review of Psycho-Analysis, 1974, p. 437–459.
33. McDOUGALL, J., *Theaters of the body: a psychoanalytic approach to psychosomatic illness*, New York, W. W. Norton & Company, 1989.
34. MUCCI, C., *Beyond Individual and Collective Trauma. Intergenerational transmission, psychoanalytic treatment, and the dynamics of forgiveness*, London, Karnac Books Ltd, 2013.
35. RASHKIN, E., *For a New Psychoanalytic Literary Criticism: The Works of Abraham and Torok*, în RASHKIN, E., Family secrets and the psychoanalysis of narrative Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1992, p. 13–48.
36. SAPOLSKY, R., *Biology and Human Behavior: The Neurological Origins of Individuality*, a. 2-a ed., The Teaching Company, 2005.
37. SCORZA, P., DUARTE, C. S., HIPWELL, A. E., POSNER, J., ORTIN, A., CANINO, G., & MONK, C., *Research Review: Intergenerational transmission of disadvantage: epigenetics and parents' childhoods as the first exposure*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2018, p. 1–14.
38. SMADJA, C., *The place of affect in the psychosomatic economy*, în AISENSTEIN, M., & AISEMBERG, E. R., Psychosomatics Today. A Psychoanalytic Perspective, London, Karnac Books Ltd, 2010, p. 145–162.
39. SOLMS, M., & TURNBULL, O., *The brain and the inner world: an introduction to the neuroscience of subjective experience*, New York, Other Press, 2002.
40. THOMÄ, H., & KÄCHELE, H., *Tratat de psihanaliză contemporană. Cercetare*, Vol. III, Bucureşti, Editura Trei, 2011.

41. TISSERON, S., *La transmission troublée par les revenants et les fantômes,* Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, **1**, 2007, p. 29–42.
42. VILLAR, F., *Intergenerational or Multigenerational? A Question of Nuance*, Journal of Intergenerational Relationships, **5**, doi:10.1300/J194v05n01_11, 2014, p. 115–117.
43. WATSON, A., *Who Am I? The Self/Subject According to Psychoanalytic Theory*, SAGE Open, doi:10.1177/2158244014545971, 2014, p. 1–6.
44. WATTS, J., *Multi- or Intergenerational Learning? Exploring Some Meanings*, Journal of Intergenerational Relationships, **15**, doi:10.1080/15350770.2017.1260367, 2017, p. 39–51.
45. YEHUDA, R., & LEHRNER, A., *Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms*, World Psychiatry, **17,** *3*, 2018, p. 243–257.

REZUMAT

Scopul acestei lucrări este de a sublinia posibilitatea existenței unei transmiteri generaționale în cazul simptomelor psihosomatice. În condiţiile în care subiectivitatea şi intersubiectivitatea, la fel precum o varietate de manifestări mentale psihopatologice, au rădăcini neurobiologice și în condiţiile existenţei unei determinări epigenetice pentru conţinuturile psihice care par a fi transmise transgeneraţional, atunci putem vorbi și de faptul că alegerea nivelului fizic de manifestare a simptomului psihosomatic ar putea avea un aspect generațional. Aceste argumente sunt prezentate dintr-o perspectivă teoretică psihodinamică referitoare la subiectivitate, intersubiectivitate și transmitere transgeneraţională și în contextul a două perspective teoretice asupra plusvalorii simptomului psihosomatic, cea referitoare la deficitul funcţiei de mentalizare şi cea referitoare la conflictul psihodinamic. Importanţa unui astfel de demers este că dacă există un interes pentru aspectul generaţional în cazul unor stări mintale, cum este cazul depresiei, adicţiilor, traumelor nerezolvate, doliului sau tulburării de tip borderline, în cazul simptomelor psihosomatice lipseşte. Un alt element de noutate este că lucrarea prezintă sintetic fenomenul transmiterii generaţionale, dar oferă şi o perspectivă în ceea ce priveşte problematica psihosomatică, ambele fiind puţin reprezentate în literatura de specialitate de limbă română.