

PSIHOLOGIA



SOCIETATEA
ȘTIINȚĂ & TEHNICĂ S.A.

1
1994



Stresul ocupațional la ingineri: o realitate contemporană

Profesia de inginer - o cenușăreasă a tranziției?

Schimbările social-politice petrecute în România ultimilor patru ani se reflectă mijlocit sau nemijlocit asupra situației economice. Implicațiile psihologice ale acestor mutații majore sînt dintre cele mai variate, iar reacțiile psihosociologice sînt extrem de diversificate, impredictibile și cu finalizări adesea surprinzătoare și spectaculoase. În linia generală, realitățile cu care se confruntă industria în zilele noastre se caracterizează printr-o dublă determinare: una plecînd de la situația economică propriu-zisă și o alta ce aparține calității vieții psihosociale a personalului muncitor. Fenomenul psihic cotidian relativ larg răspîndit este **stresul profesional sau stresul ocupațional**.

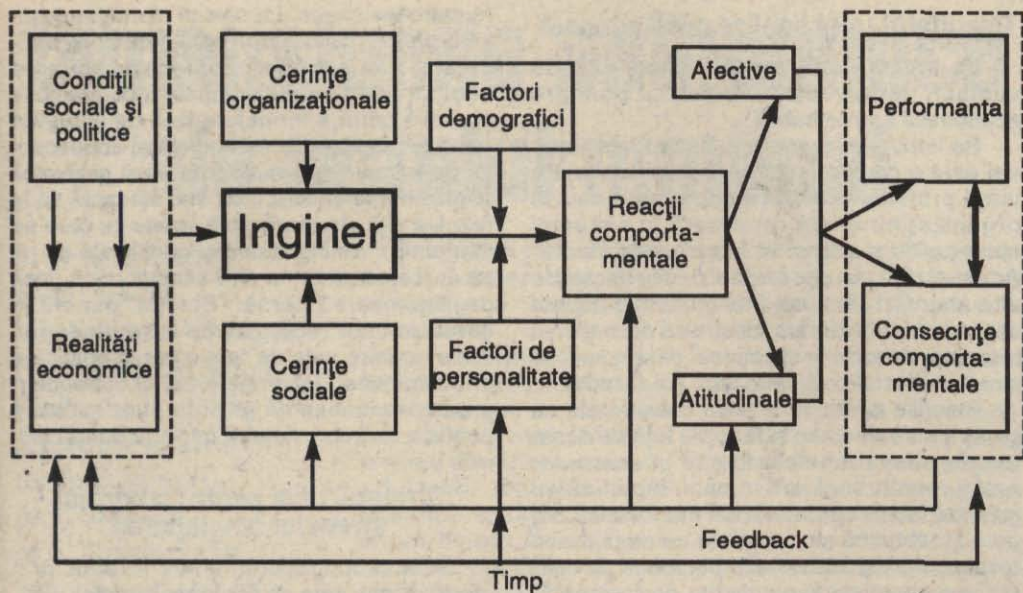
Acesta este generat de viața profesională, de mediul muncii, cu consecințe nemijlocite asupra activității profesionale, dar și asupra sănătății celor care prestează munca respectivă. Stresul ocupațional a existat și pînă acum. El nu este o descoperire a timpurilor noastre. Și pînă acum ne-am confruntat cu consecințele acestui fenomen nociv asupra sănătății noastre. (Revista *Psihologia* a publicat multe articole teoretice despre stres și consecințele sale.) Dar, pe măsură ce munca dobîndește noi valențe, cu accente pe încărcătura psihologică (de exemplu, introducerea automatizării se asociază cu plictiseala, senzația de oboseală, absența controlului etc.), iar peste problemele muncii se suprapun și cele de natură socio-economică, precum și politice, cu conotație negativă, stresul ocupațional își amplifică forța de penetrație și consecințele sale devin din ce în ce mai devastatoare pentru persoana celui implicat nemijlocit în procesul de producție.

Inginerii sînt o categorie socio-profesională importantă în viața unei societăți moderne căreia progresul economic nu îi este indiferent. Inginerul, prin funcțiile pe care le îndeplinește, deține una din cheile succesului unei organizații industriale. El participă, pînă la nivelul conducerii unei întreprinderi, la luarea deciziilor privitoare la producție și la punerea lor în aplicare frecvent într-un mod creator. Indirect, atît conducerea unei organi-

zații, cît și inginerul se încadrează în sistemul economic național. Firește, în condițiile unei societăți bazate pe principii democratice, maniera de integrare a unei organizații în sistemul economic național este marcată de o mai mare independență, mai multă flexibilitate, dar, totodată, responsabilitatea conducerii este mărită. Ea este răspunzătoare de bunul mers al organizației respective. Inginerul prelucrează toate aceste informații și le pune în aplicare, transmițînd subalternilor săi, tehnicieni, maiștri, șefi de echipă ori simpli muncitori executanți, ce și cum trebuie să facă, să realizeze.

Inginerul proiectează, creează, planifică, ia decizii, intervine nemijlocit în procesul de producție etc. Prin atribuțiile pe care le are, el este într-un contact nemijlocit cu toate categoriile de personal pe care le deține un sistem organizațional sau o companie, este un vector informațional. Inginerul apare ca un nod informațional, spre el convergînd toate informațiile, de la toate nivelurile, pe care le filtrează și le distribuie mai departe. Firește, de calitatea inginerilor depinde în mare parte eficiența unei unități economice. Găsindu-se la intersecția a numeroase influențe economice, sociale, dar și politice care acționează într-o organizație, inginerul este o persoană expusă la o multitudine de influențe generatoare de stres. Stresul ocupațional al inginerului variază desigur în funcție de situație. Prin situație înțelegem în acest context politica organizațională, sistemul de control, planificarea, salarizarea, pe scurt, funcționarea subsistemului organizațional și a celui social (relațiile umane) etc.

În prezent, asistăm la mutații profunde în interiorul profesiei de inginer; cadrul acțional vechi al inginerului trebuie reconfigurat conform cerințelor unei societăți noi. Cu precauția cuvenită, se poate afirma că profesia de inginer este în momentul de față una din profesiile cel mai mult supuse restructurărilor. Acesta este motivul pentru care, nejustificat, profesia de inginer a devenit nepopulară, tinerii resping neîntemeiat ideea de a deveni studenți ai unei facultăți cu profil tehnic, inginerii diplomați tind să părăsească întreprinderile într-un procent neobișnuit de mare,



privatizarea inginerilor competenți este masivă (desigur, și inginerii incompetenți părăsesc industria, dar ei o părăsesc schimbându-și profesia - este efectul dur al selecției naturale).

Un model ipotetic

Într-o accepție generală, structura componențială a stresului ocupațional la ingineri o putem sintetiza în schema de mai sus.

Simpla inspectare a modelului prezentat relevă faptul că mediul social-politic și economic general cere inginerului încadrarea într-un sistem de cerințe (aceste cerințe concentrează deciziile guvernamentale, o anumită realitate economică, chiar standardul de viață al inginerului etc.). De la nivelul superior organizațional (conducere) inginerului i se trasează o serie de sarcini, iar dinspre subalterni sosesc alte cerințe; relația informațională pe orizontală este și ea la fel de importantă. Inginerul ca realitate biopsihosocială este marcat de o serie de factori demografici (vîrstă, sex, responsabilități familiale etc.) și de o anumită structură de personalitate. Reacțiile comportamentale rezultate în urma confruntării cu solicitările profesionale și extraprofesionale cotidiene le putem dihotomiza în afective (depresie, acuze somatice, consum de medicamente, alcool, cafea, probleme familiale etc.) și atitudinale (insatisfacție profesională, absentism, fluctuație, incidente/accidente de muncă etc.). Reacțiile comportamentale conduc la afectarea performanțelor profesionale (scăderea producti-

vității, subutilizarea echipamentului, rezistență la schimbare etc.) și la unele consecințe pe plan comportamental sau al sănătății (scăderea toleranței la frustrare, anxietate, agresivitate, dificultăți de integrare socio-profesională, conflicte profesionale și familiale etc.). Prin mecanismul de feedback asistăm la o continuă reluare a ciclului și la acutizarea în timp a consecințelor nefaste ale stresului ocupațional.

Generatorii de stres și reacțiile posibile

Studiile al căror obiect a fost stresul ocupațional au evidențiat câteva componente generatoare ale acestuia și pe care le-am avut și noi în vedere: ambiguitatea de rol (claritatea sarcinilor), conflictul de rol (pretenția de a face ceea ce nu revine postului și funcției ocupate), încărcarea muncii (cerința de a presta o cantitate prea mare de muncă și calitativ prea dificilă), subutilizarea capacităților de muncă (neimplicarea în procesul de producție conform pregătirii profesionale), responsabilitatea față de alții, relațiile de muncă (relațiile cu subalternii, colegii și șefii direcți), suportul familial (conflicte familiale și conflicte muncă-familie).

Reacțiile în urma confruntării cu factorii stresanți sînt: insatisfacția în muncă, absentismul, creșterea fluctuației, nemulțumiri legate de recompensarea muncii, creșterea acuzelor somatice (o frecvență sporită a îmbolnăvirilor, comportament depresiv), abuz de medicamente, alcool, cafea, țigări.



Rezultatul unei analize corelaționale

La investigație au participat 228 de subiecți de la două companii cu pondere economică semnificativă.

Se impune o precizare. Stresul ocupațional este o componentă multidimensională a vieții profesionale care depășește cadrul organizației; el are ramificații în sistemul socio-politic și economic în care este studiat. Acest punct de vedere ne deosebește de alte abordări similare. Mai mult, sub aspect structural, considerăm că stresul ocupațional respectă un pattern situațional dependent de structura social-politică în care este studiat.

Relațiile dintre variabilele considerate ca generatoare de stres și reacțiile față de acestea au relevat unele aspecte interesante. Astfel, pentru inginerii români, faptul că au mult de lucru, că trebuie să muncească din greu și faptul că se confruntă cu numeroase responsabilități față de alte persoane nu constituie o sursă de insatisfacție profesională. Încărcarea mare cu activități duce la scăderea absenteismului și a dorinței de părăsire a întreprinderii, în schimb cresc consumul de cafea și nemulțumirile legate de sistemul de salarizare. Responsabilități mai multe nu înseamnă stres, dar conduc la un consum mai mare de cafea. (Subliniem că studii similare au demonstrat că încărcarea muncii și responsabilitățile sînt componente ale stresului profesional, fapt contrazis de cercetarea noastră. O explicație a acestei realități este condiția inginerului din industria noastră, constrîns adesea la stagnare, la inactivitate tocmai datorită absenței unei strategii manageriale științifice. În aceste condiții inginerul consideră că prezența sa a devenit inutilă, că nu este sollicitat ca profesionist.) Cele mai puternice surse de stres pentru ingineri sînt ambiguitatea de rol și conflictul de rol. Acestea duc la fluctuație, acuze somatice, stări depresive și anxietate. Subutilizarea capacităților profesionale este o sursă stresantă care duce la insatisfacție profesională, fluctuație, comportament depresiv și anxietate. În ceea ce privește relațiile de muncă, acestea sînt implicate în insatisfacție, fluctuație, generarea de stări depresive și mărirea consumului de alcool. Suportul familial deficitar poate duce la o percepție crescută a inechității salariului, la fluctuație și depresie.

Concluzii

Stresul ocupațional, așa cum rezultă din investigația întreprinsă, are la bază

numeroase cauze. La nivelul managementului organizațional găsim cele mai multe deficiențe. Aici subliniem mai ales păstrarea unor structuri organizaționale incompatibile cu noile cerințe formulate față de industrie (un exemplu simplu este acela al conducătorilor de întreprinderi incapabile să-și găsească angajamente și care încă mai așteaptă să le rezolve alții din afară problemele cu care se confruntă). Ambiguitatea și conflictele de rol ca surse de stres nu sînt altceva decît lipsă de organizare internă. "Soluția" punerii în șomaj la care recurg multe întreprinderi în zilele noastre este de fapt o caracteristică a unei conduceri incompetente. O conducere creatoare înseamnă găsirea unor mijloace potrivite de supraviețuire într-o perioadă dificilă.

Strategii utile pentru controlul stresului ocupațional

Stresul ocupațional poate fi redus prin măsuri ferme care se pot formula astfel:

- ◆ Proiectarea unei politici organizaționale competitive axate pe tehnologii moderne de management cu strategii de acțiune lipsite de ambiguități. Structurarea unor principii organizaționale eficiente care să circumscrie cu claritate drepturile și îndatoririle fiecărui membru al organizației, astfel excluzîndu-se ambiguitățile și conflictele socio-profesionale.

- ◆ Reactualizarea unor cursuri de instruire pe probleme de management, organizate științific, cu tehnici moderne de instruire de mare eficacitate (studii de caz, discuții panel, simulări etc.)

- ◆ Dezvoltarea unei activități psihologice la nivelul întreprinderii asigurată de psihologi specializați în psihologie industrială și organizațională este o măsură care ar optimiza managementul resurselor umane, indirect ducînd la controlul stresului ocupațional.

- ◆ În general, serviciile de personal ar trebui să includă psihologi care să răspundă de un spectru variat de activități de profil și nu limitate la practicarea, adesea într-o manieră diletantă, a tehnicilor de selecție tradiționale. Problemele de diagnostic organizațional, de studiu al relațiilor de muncă, instruire profesională, evaluarea competenței profesionale, proiectarea ergonomică a muncii sînt domenii de activitate a psihologilor industriali/organizaționali. ■

Prof. dr. Horia Pitariu,
Universitatea "Babeș-Bolyai"
Cluj-Napoca

Dimensiunile psihologice ale actului medical

În urma anchetei patronată de International Union of Psychological Science (IUPsyS) în 1992, președintele acestui for internațional, prof. univ. dr. M.S. Rosenzweig, concluziona că astăzi, în lume, numărul psihologilor reprezintă aproximativ 1/12 din numărul total al medicilor. Este un raport inechitabil care evocă doar unul din numeroasele exclusivisme ce mai caracterizează încă existența comunității umane.

Analizând aspectele psihologice ale practicii medicale, trebuie să menționăm existența a două fațete distincte, dar conexe și complementare. Pe de o parte este vorba despre virtuțile psihologice indispensabile oricărui medic bun, indiferent de specialitatea sa, pe de altă parte se pune problema ca în preajma bolnavului să existe, în orice spital, alături de medic, și un psiholog.

În legătură cu rezolvarea primului aspect, trebuie să remarcăm că orice profesie presupune un anumit echipament aptitudinal și atitudinal. Profesia de medic însă, cea care se consumă în zonele de maximă tensiune ale condiției umane, nu ar trebui concepută în absența vocației. Pentru cauza bolnavului contează nu numai pregătirea de specialitate a medicului, ci și calitatea sa umană, capacitățile sale empaticе. Aceste din urmă virtuți sînt solicitate în orice împrejurare, dar devin imperative în cazul maladiilor grave, incurabile, cînd maieutica cuvîntului și căldura medicului sînt adeseori printre puținele paliative care mai pot fi oferite bolnavului. Paracelsus spunea că "toată medicina este dragoste". Fără îndoială, astăzi medicina nu este numai dragoste, dar cu siguranță ar trebui să fie mai multă dragoste, mai multă omenie. Pentru exersarea calităților empaticе ale medicului, în unele clinici psihiatrice din SUA stagiul de specializare presupune traversarea de către viitorul specialist și a unei perioade de o lună în care el este internat în spital ca și cum ar fi bolnav și tratat în consecință. Pe aceeași filiație ideativă ar fi necesară și restructurarea formulei de admitere la medicină, unde alături de investigarea cunoștințelor aferente profesiei ar trebui realizată prin teste adecvate și o incursi-

une în structura de personalitate a viitorului medic. O persoană ursuză, taciturnă, lipsită de culoare psihologică și căldură umană ar trebui să rămînă doar printre eprubete și cobali de experiență.

Referitor la cel de-al doilea aspect, prezența în schema de funcționare a fiecărui spital a unui psiholog cel puțin constituie un deziderat fiuciar în acțiunea de umanizare a spitalului. Există specialități medicale - cum ar fi psihiatria, oncologia, chirurgia - unde implicarea psihologului devine peremptorie. Căci unul din principiile care trebuie să ne călăuzească în tratarea oricărei maladii și cu atît mai mult în lupta temerară și atît de dramatică pentru înfrîngerea cancerului este necesitatea de a aborda ființa umană în integralitatea dimensiunilor sale de personalitate, atît fizice, cît și psihologice. Cea dintîi dimensiune este de competența medicului prin chirurgie, chimioterapie, radioterapie, imunoterapie etc. Cea de-a doua dimensiune - care are ca deziderat conservarea la un bolnav de cancer a unui tonus psihologic cel puțin rezonabil - nu poate fi lăsată în voia hazardului și nici nu trebuie să împovăreze exclusiv sarcinile medicului (chiar dacă el poate să contribuie la această cauză). Obligația respectivă trebuie să intre sub incidența preponderanței a psihologului, care, uzînd de evantaiul mereu mai

amplu al mijloacelor psihoterapeutice, trebuie să acționeze nu doar în clinicile de psihiatrie, ci și în abordarea unui bolnav sănătos psihic, dar care traversează, datorită maladiei sale, o cumpănă existențială.

M. de Montmollin (1978) vorbea de o regresie a personalității bolnavului în timpul spitalizării, de o anumită amputare psihologică, întrucât facultatea cea mai frecvent solicitată este doar răbdarea pasivă. Psihologul poate contribui la îndulcirea spitalizării bolnavului nu numai prin intermediul diverselor modalități psihoterapeutice pe care le posedă, ci și prin amenajarea ergonomică a spațiilor din spital. Mînuind cu abilitate virtuțile psihologice ale culorilor, muzicii și luminii, el poate crea o atmosferă tonică în preajma bolnavului. Dacă efectele culorilor și ale

muzicii sînt cunoscute mai de mult, în SUA sînt exploatare și resursele terapeutice ale luminii prin ceea ce se numește luminoterapie. Se apreciază că și medicamentele acționează cu mai multă eficacitate dacă sînt acompaniate de un suport sugestiv și autosugestiv adecvat. Efectele "placebo" și respectiv "nacebo" atestă, în mod suplimentar, rolul mecanismelor sugestive (deci psihologice) în evoluția diverselor maladii.

O problemă controversată, cu profunde conotații deontologice, este aceea dacă în cazul unor maladii cotate ca incurabile sau în orice caz cu un prognostic rezervat, bolnavului trebuie sau nu să i se spună adevărul despre maladia de care suferă. Problema este deosebit de complexă și cu siguranță poate alina opinii

pro și contra. Este cunoscut că medicii anglo-saxoni au optat pentru mărturisirea adevărului nud. Alții sînt împotriva, considerînd că astfel speranța este iremediabil ruinate, ceea ce va submina definitiv rezistența biologică și psihologică a bolnavului. În același sens, A. France spunea că "doar femeile și medicii știu cît de necesară și binefăcătoare este minciuna". Mai conciliant, J. Parkinson consideră că trebuie să spunem bolnavului doar atît cît îi va face bine.

După opinia noastră, bolnavul are dreptul elementar de a cunoaște situația, chiar și în cazul unor maladii grave. Informarea lui asupra bolii de care suferă ar trebui să fie rodul cooperării dintre medic și psiholog, în sensul modelării și nuanțării ei în funcție de mediul socio-cultural, de nivelul de înțelegere și formula temperamentală a pacientului. Sangvinul și flegmaticul vor fi cel mai ușor de abordat. Colericul va cantona inițial într-o tonalitate gravă, depresivă, dar în virtutea ciclicității sale structurale, cu imense posibilități de redresare, el se va remonta curînd. Cel mai vulnerabil rămîne tipul slab (melancolic), la care se poate instala o stare de pesimism și descurajare persistentă.

Există cîteva argumente care pledează ca bolnavul, chiar și cel incurabil, să afle adevărul despre boala sa:

◆ Cunoscînd starea dramatică în care se află, după șocul terifiant de la început, apare o senzație de nedreptate, de revoltă care poate mobiliza imensele potențe de rezervă ale psihismului și, implicit, ale organismului în general. Este bine cunoscut astăzi că din potențialul fără



margini, generat de miliardele de neuroni ale creierului uman, nu se valorifică de-a lungul existenței umane decât un procent infim de 2-4%. Cazurile de vindecări, etichetate de medici ca miraculoase, se datorează probabil și unor asemenea mecanisme de activare a combustiei de rezervă a psihicului.

◆ Un alt argument cu acțiune adiacentă este necesitatea ca bolnavul să-și definească corect seriozitatea maladiei sale, să nu arboreze o atitudine de minimalizare a ei, ceea ce l-ar putea conduce la practicare, în continuare, a unui mod de viață inadecvat, cu efecte imprevizibile asupra prognosticului bolii sale.

◆ Camuflarea diagnosticului real sub pletera unor tertipuri și artificii, mai mult sau mai puțin inspirate și convingătoare, poate genera în subteranele inconștientului o stare ambivalentă, de ambiguitate psihică, cu efecte nocive asupra fragilității echilibrului psihologic al bolnavului.

◆ În fine, orice ființă umană are pentru viața sa proiecte mai mari sau mai mici, datorii mai mari sau mai mici pe care ar dori să le onoreze. De aceea, nici o instituție și nici un for moral din lume nu ne îndreptățesc ca prin camuflarea adevărului să lăsăm individul în cauză cu proiectele și datorii suspendate. Întrucât din punct de vedere psihologic orice ființă umană este un unicat, o premieră irepetabilă, medicul trebuie să evite în momentul informării bolnavului cu privire la maladia sa o încadrare statistică a acesteia de tipul: "conform datelor pe care le deține medicina, vă garantăm o

supraviețuire de x ani". Asemenea predicții, inspirate din statistici mai mult sau mai puțin actuale, oricât de utile ar fi în progresul științei, sînt profund dăunătoare pentru bolnav, întrucît ele pot acționa în forul intim al acestuia ca veritabile profeții nefaste, care adeseori se pot îndeplini grație aceleiași pîrghii sugestive.

Expansiunea din ce în ce mai vizibilă a unor practici alternative sau paralele de terapie presupune și negocierea relațiilor medicinelor cu aceste domenii cotate cel mult ca exotice. Problema nu este simplă întrucît medicina manifestă reticență, uneori chiar ostilitate față de aceste ramuri, chiar dacă unele au o vîrstă milenară. Atitudinea respectivă este comparabilă cu inapetența majorității psihologilor față de alt domeniu proscris al cunoașterii umane – cel al parapsihologiei, chiar dacă în SUA ea a fost atestată deja ca știință, încă din 1969, o dată cu admiterea ei în cadrul Asociației Americane pentru Progresul Științei.

Este foarte adevărat că peisajul social de la noi s-a populat în ultimul timp cu foarte mulți șarlatani, impostori, dar există și persoane de bună credință care posedă unele calități sau cunoștințe neuzuale, ce adeseori s-au dovedit fertile în cazuri etichetate ca incurabile de baremele clasice. Mai apoi, aceste ramuri alternative de terapie merită să fie scoase din ghetoul indiferenței nu numai pentru deferența acordată relației medic-pacient, dar și pentru că se dovedesc mai exersate în abordarea bolnavului ca întreg. Conform acestor concepții nonconformiste există nu numai maladii cu

etiologie organică, psihică sau mixtă, ci și maladii energetice (transfizice sau bioplasmatice). Din această perspectivă, actualmente sînt încă insuficient fructificate calitățile biocîmpului uman, fenomen vizualizat prin tehnicile Kirlian și care a constituit centrul de interes în cadrul unor reuniuni internaționale, ca de pildă Congresul de psihotronică de la Praga din 1976. Iată de ce alături de acupunctură, presopunctură, homeopatie, naturism etc., bioenergetica ar trebui să fie abordată cu mai mult interes și bunăvoință. Chiar dacă unele din practicile paralele de terapie par doar simple ineptii sau extravagante, aceasta nu justifică nici indiferența și cu atât mai puțin aversiunea față de ele. Singura atitudine rezonabilă este inițierea unor analize serioase și imparțiale asupra lor prin efortul sinergic al unor specialiști din cele mai diverse domenii. Numai astfel s-ar putea decide, în cunoștință de cauză, asupra valorii și oportunității lor.

În concluzie, lupta pentru protejarea vieții și a sănătății trebuie să-l asocieze pe toți cei care pot contribui oricît de puțin la această nobilă cauză. În caz contrar, putem afirma, parafrazîndu-l pe A. Camus, că în viață, în teatru și mai ales în medicină monologul precede moartea. ■

Lector dr.
Anca Munteanu,
Universitatea Tehnică
Timișoara

Grija față de noi înșine

„Pace. Îmi iubesc corpul, care m-a îngrijit bine și în toate felurile, așa că nu-i preocupesc îngrijirile necesare”

(Marguerite Yourcenar, “Memoriile lui Hadrian”, Editura Cartea Românească, București, 1983.)



Cunoașterea umană apelează deseori la etichetarea unor aspecte ale existenței, pentru a descrie, identifica și diferenția fenomenele care se detașează prin unicitate și specificitate. În științele sociale, ca de altfel și în medicină, se intenționează ca prin etichetarea unor realități umane să se diferențieze ceea ce este considerat ca normal, moral și/sau sănătos, cât și asigurarea unor servicii specializate, de remediere a stărilor considerate ca negative. De exemplu, în medicină, diagnosticul (eticheta) deosebește starea de sănătate față de cea de boală, încercându-se remedieri ale acesteia din urmă. Același mecanism acționează și în cazul serviciilor de asistență socială, de consiliere psihologică sau psihoterapie.

Distingînd etichetele pozitive de cele negative, care, la rîndul lor, pot fi permanente sau temporare, probleme deosebit de ample apar în cazul diagnosticului negativ și permanent. Astfel este cazul neoplasmului, cînd prin eticheta “bolnav de cancer” întreaga identitate psihosocială a unui individ se diluează în fața celei de “canceros”. Medicii și psihologii, încercînd să dea soluții viabile pentru acești pacienți, au analizat evenimentele psihologice premergătoare apariției bolii. Astfel s-a alcătuit un tip de portret al stărilor psihice ce acompaniază majoritatea bolilor neoplazice.

Dr. Carl Simonton, directorul clinicii Simonton Cancer Center, în lucrarea sa “A se vindeca în ciuda tuturor” (1983), efectuînd o analiză pe o cazuistică impresionantă, menționează ca prim factor psihologic

responsabil al predispoziției la cancer pe cel de stres cronic. Prin acest stres cronic se ajunge la distrugerea sistemului imunitar și dezechilibrări hormonale, facilitînd mărirea numărului de celule patologice exact în momentul cînd organismul este mai puțin capabil de a se apăra.

Citînd studiile psihanalistei Elida Evens, este remarcant faptul că majoritatea bolnavilor de cancer au pierdut o relație emoțională importantă înaintea apariției bolii, această pierdere fiind resimțită mai acut de către cei care și-au investit întreaga lor identitate într-un singur obiect sau într-un rol unic (de mamă, de părinte, de profesie, de atașament față de o altă persoană), mai mult decît au investit în propriul lor EU. O dată cu pierderea acestui obiect sau rol, resursele interioare, neexersate anterior în dezvoltarea sinelui, se resimt atît de puternic încît devin autosurse de stresare cronică. Forma comportamentală ușor de observat este aceea de renunțare, ajunsă pînă la dispersarea propriei identități. Majoritatea acestor oameni au ajuns să se adapteze unor “lovituri”, în urmă cu 6 - 8 ani, fiind de fapt vorba de un tip special de renunțare, însoțită de sentimentul interior de neputință și lipsa oricărei speranțe, dar mascată printr-o tendință permanentă de a face o bună impresie.

Adepii consilierii psihologice a bolnavilor de cancer dau o importanță mai mare calității vieții decît duratei acesteia, rezultatele obținute demonstrînd că supraviețuirea este în mare măsură dependentă de claritatea și limpezimea gîndurilor și a încrederii în sine. Acest lucru

poate fi dobândit prin tehnica intitulată "imagerie mentală", care este una din procedurile consilierii psihologice.

Argumentele pe care dr. C. Simonton le pune la îndemîna oricărui individ care dorește să se apere, să lupte pentru propria sa viață sînt următoarele:

◆ atunci cînd există un diagnostic care amenință viața, orice persoană își vede altfel propriile sale probleme, ceea ce înseamnă că își poate permite să acționeze în alt mod decît a făcut-o pînă la aflarea diagnosticului;

◆ opțiunile bruște facilitează decizia de a face ceva pentru tine însuși;

◆ atunci cînd se întrezăresc soluții, apare o nouă stare mentală, care joacă un rol de feedback pozitiv asupra stării fizice;

◆ noua stare mentală determină apariția unei forțe psihologice pozitive, responsabilă de o stare de sănătate "mai bună".

Subliniind necesitatea și primordialitatea chimioterapiei și cobaltoterapiei, Bernard Ward ("Think Yourself Well", Globe Communications Corp, 1993, New York) arată că prin imageria mentală se evidențiază încă o dată puterea minții de a vindeca sau, cum afirmă autorul, "a te gîndi la tine însuși înseamnă a descoperi forța uluitoare a propriei tale minți, pentru că numai tu însuși poți fi cel care îți controlezi gîndurile, și prin aceste gînduri ale tale te poți vindeca".

Tehnica utilizată de C. Simonton este întotdeauna însoțită de relaxarea progresivă, prin care se realizează înlăturarea stărilor de încordare psihică și a efectelor secundare ale chimioterapiei. De obicei astfel de

exerciții se găsesc înregistrate pe casete audio, urmînd ca ele să se efectueze de 3 ori pe zi, timp de 10 - 15 minute per ședință, de către oricine dorește să o facă.

Prezentăm un astfel de model (o tehnică) de relaxare progresivă:

◆ mergeți într-o cameră mai retrasă, eventual într-un dormitor liniștit, și așezați-vă într-un fotoliu confortabil (canapea, pat, scaun), cu picioarele pe podea; închideți ochii;

◆ deveniți conștient de propria dumneavoastră respirație;

◆ trageți de cîteva ori aer adînc în piept, după fiecare expirare spunîndu-vă în gînd "relaxare";

◆ concentrați-vă asupra feței dumneavoastră și încercați să simțiți orice încordare din ochi sau din mușchii feței; faceți un desen mental al acestei încordări (tensiuni) - cum ar fi, de exemplu, o funie strîns legată într-un nod sau un pumn strîns - apoi desenați mental cum fața dumneavoastră devine relaxată, asemenea unei bucăți moi de cauciuc;

◆ simțiți cum s-au relaxat fața și ochii; pe măsură ce ele se destind, vă dați seama că un val de relaxare se răspîndește în tot corpul dumneavoastră;

◆ încordați-vă fața și strîngeți bine ochii; apoi relaxați-vă simțind cum relaxarea se extinde în tot corpul. Aplicați instrucțiunile anterioare pentru toate părțile corpului;

◆ faceți un drum mental, încet, în josul corpului dumneavoastră, în următoarea ordine: gură, gît, umeri, spate, antebrațe, brațe, încheieturile mîinilor, pumni, abdomen, coapse, pulpe, glezne, labele picioarelor, degetele de la picioare, pînă cînd fiecare parte a corpului se relaxează. De fiecare dată, pentru fiecare porțiune a corpului, desenați mental încordarea; apoi faceți un desen mental cum dispăre, cum se topește starea de încordare; încordați zona respectivă și apoi relaxați-o;

◆ după ce ați terminat de relaxat fiecare parte a corpului, rămîneți liniștit timp de 2-5 minute;

◆ lăsați mușchii pleoapelor să se destindă, pregătindu-vă să deschideți ochii și să deveniți conștient de camera în care vă aflați;

◆ lăsați ochii deschiși cîteva secunde și pregătiți-vă să continuați activitățile dumneavoastră cotidiene. ■

Cercetător științific
Liana Stănescu,
Institutul
de Științe ale Educației

Revista PSIHLOGIA îi invită pe toți specialiștii din țară și de peste hotare să colaboreze cu articole de informare științifică, note de lectură, comentarii și probe de autocunoaștere. Colaborările vor fi expediate pe adresa redacției sau vor fi predate consultanților științifici menționați în caseta tehnică. Revista PSIHLOGIA este deschisă tuturor contribuțiilor la explicarea omului și comportamentului uman individual și colectiv.



ELEMENTE de SOFROLOGIE

Sofrologia este o școală științifică, fondată în anul 1960 în Spania de către psihiatrul columbian Alfonso Caycedo. Scopul pe care și-l propune este acela de a realiza o sinteză a tehnicilor de relaxare orientale și occidentale. Originea etimologică a termenului "sofrologie" provine din limba greacă și desemnează știința armoniei conștiinței ("sos" = armonie, echilibru; "phren" = creier, conștiință; "logos" = știință).

Așadar, sofrologia reprezintă un ansamblu de metode prin care se produce o modificare a stării conștiinței, avînd drept scop realizarea unei stări de seninătate, armonie, echilibru. Rezultă starea sofronică, situată între somn și veghe, și care poate avea diferite trepte, de la reverie la tranșă. De menționat faptul că în oricare din treptele acestei stări se menține o fantă conștientă.

Sofrologia nu este, cum cred mulți, un nume nou dat hipnozei. Aceasta este numai unul din numeroasele domenii explorate de sofrologie, ca, de altfel, toate tehnicile de relaxare și psihoterapie. De asemenea, nu este nici yoga sau Zen de "formă" occidentală, deși anumite tehnici ale acestor discipline orientale au fost utilizate, îndeosebi în metoda "relaxării dinamice" a lui Caycedo, reținîndu-se tehni-

cile de activare și integrare a personalității.

Pe de o parte, sofrologia este o știință medicală, pe de altă parte, o filozofie, un mod de a trăi, a fi și a gîndi. I se pot da numeroase definiții, dar singura modalitate de a ști cu adevărat ce este e aceea de a o experimenta. De altfel, sofrologia se situează pe pozițiile fenomenologiei și prin diferențele ei exerciții fizice, mintale și spirituale se constată o schimbare a stării de conștiință, care reprezintă o experiență personală pentru fiecare în parte. Sofrologii ne îndeamnă să practicăm aceste exerciții ca pe niște experiențe trăite "aici și acum". Cu alte cuvinte, ne învață să trăim în prezent.

Ca bun fenomenolog, Caycedo pleacă în Extremul Orient pentru a se apropia de "faptele" fenomenului yoga. Un yoghin de 80 de ani avea să-i facă într-o zi o remarcă: "Efectuînd în fiecare zi exercițiile așa cum ai văzut, iau cunoștință de noi părți ale corpului meu, deci îmi mărgesc cîmpul conștiinței mele". Acest îndemn l-a determinat pe Caycedo să formuleze unul din principiile de bază ale sofrologiei, și anume principiul schemei corporale. El se referă la faptul că schema corporală (reprezentarea pe care fiecare și-o face asupra corpului său și care-i permite să se repereze în spațiu) se

integrează progresiv în conștiință, întărind structurile acesteia și lărgind cîmpul său perceptiv și chiar afectiv. Astfel, schema corporală trebuie trăită ca o realitate și nu ca un "lucru" pe care-l percepem la întîmplare.

În "Sophrologie dans notre civilization", Raymond Abrezol dă următoarea definiție sofrologiei: "... știință și metodă de studiere a conștiinței, a factorilor fizici, chimici și psihologici ce determină aceste modificări, știință al cărei scop este terapeutic și profilactic". Prin conștiință, sofrologia desemnează "potențialul de integrare a tuturor elementelor și structurilor atît fizice, cît și psihice ale omului, considerat o ființă indivizibilă, originală și transcendentă". De altfel, sofrologia vine să cucerească o "nouă conștiință", punînd problema salvării valorilor conștiinței umane în fața unei societăți "bolnave", cum o numește Caycedo.

Ipoteza fundamentală de la care se pleacă în abordarea conștiinței e următoarea: conștiința umană se delimitează în trei niveluri (nivelul vigii, nivelul sofroliminal, nivelul somnului) și trei stadii (conștiința patologică, conștiința vigiilă și sofronică).

Nivelul sofroliminal se află, așadar, între starea de veghe și starea de somn. Este zona care vehiculează angoasele, fricile, fobiile și

care-l determină pe individ să treacă de la conștiința vigiliă (obișnuită) la cea patologică.

Conștiința sofronică este o stare "nouă" de conștiință, caracterizată printr-o "revigorare a structurilor". Procesul de sofronizare permite accesul la ea. Găsim aici stări corespunzătoare actelor de creație ale savanților și artiștilor, precum și stări meditative ale misticilor orientali și occidentali. "Omul se poate fixa definitiv (în cazuri foarte rare) sau tranzitoriu în această conștiință" (Caycedo).

Conform opiniei lui Raymond Abrezol, diferitele metode verbale sau mintale care permit atingerea nivelului sofroliminal sînt: trainingul autogen Schultz, trainingul autogen modificat (TRAM), cele trei grade ale relaxării dinamice, hipnoza medicală. Alte metode nonverbale folosite sînt: ritmurile muzicale diverse (jazz, muzică indiană), ritmurile de dans monoton (dans codificat), bioenergia, diverse masajе, vibrații japoneze.

Pentru atingerea stării sofronice, subiectul trece prin mai multe stări de conștiință succesive:

1. **veghe normală;**
2. **veghe atentă** (pacientul este atent la vîocea și sfaturile terapeutului);
3. **veghe particulară** "la marginea somnului" (Caycedo), unde pacientul își pierde spiritul critic;
4. **starea sofronică** (filtrul conștient-inconștient devine permeabil, subiectul percepînd mesajele corpului său, fiind capabil de o vizualizare a organelor interne și putînd exercita o acțiune directă asupra sistemului neurovegetativ; acțiunea terapeutică se realizează la acest nivel;

5. reîntoarcerea progresivă la starea de veghe normală (desofronizarea).

Relația particulară care se stabilește între sofrolog și pacienții săi poartă denumirea de alianță sofronică. Noțiunea poate fi asimilată celei de transfer psihanalitic, dar Caycedo susține că diferă de acesta prin faptul că alianța sofronică poate fi oricînd oprită prin desofronizare și dialog post-sofronic. În cursul alianței sofronice, terapeutul explică tehnicile de sofronizare, ferindu-se pe cît posibil să aibă o atitudine prea directivă. Rolul sofrologului este atît formativ, cît și informativ.

Pentru sofronizare se utilizează un mod verbal particular, caracterizat printr-un ton persuasiv, armonios, monocord, numit "terpnos logos". Termenul e originar din Grecia antică, fiind utilizat de Homer. Iar Platon, în "Charmides", folosește pentru prima dată termenul "sofronic" prin care desemnează "o stare de calm și concentrare supremă a spiritului produsă la bolnavi prin acțiune verbală terpnos logos".

De altfel, în antichitatea greacă se utiliza acțiunea

terapeutică a vorbirii cu ajutorul cuvintelor magice, evocîndu-se zeii mitologici și vorbindu-se într-o manieră monotonă. Sofrologia a redat astfel un loc important verbului în contextul terapeutic contemporan și studiază în continuare repercusiunile vorbirii asupra psihicului uman.

Așadar, prin "terpnos logos", sofrologul ajută subiectul să treacă de la nivelul de veghe la cel sofroliminal. Mesajele monotone tind să inhibe centrii auditivi, inhibiție ce cucerește progresiv întreaga scoarță cerebrală. Mai mult, relaxarea musculară a subiectului diminuează tensiunea lui psihică și participă astfel la inhibiția cortexului. Se realizează o deconținere care-i permite celui în cauză, dacă e motivat, să se adapteze realității într-o manieră mai bună, să se "deschidă" unei noi reconținări.

În numărul viitor vom prezenta cîteva dintre tehnicile sofronice. ■

(Va urma)

Cercetător științific
Odette Gîrlașu,
Institutul de Psihologie

Abonamente la revista PSIHLOGIA

Societatea Știință & Tehnică asigură în continuare efectuarea abonamentelor la revista PSIHLOGIA la sediul redacției. Costul unui abonament pe un an este de 1 000 lei, în această sumă fiind inclusă și taxa de expediere prin poștă a abonamentului. Depuneți prin mandat poștal contravaloarea abonamentului în contul 40 34 01 al Societății Știință & Tehnică SA, deschis la Banca Agricolă SA, Sucursala municipiului București. Mandatul trebuie să conțină adresa exactă (inclusiv codul poștal), precum și mențiunea: "Abonament la revista PSIHLOGIA". Eventualele majorări ale prețului revistei survenite pe parcurs nu afectează abonamentul contractat la începutul anului.

Despre contrastele, neînțelegerile și conflictele dintre generații, dintre părinți și copii, s-au spus și s-au scris mii și mii de lucruri. Chiar dacă prin intermediul unui simplu test nu este posibil să analizăm rădăcinile tuturor acestor probleme, vă putem totuși ajuta să înțelegeți aspectele lor critice, ca și punctele de întâlnire. În ce măsură în familia dv. există o identitate de opinii? Care sînt subiectele în jurul cărora aveți cel mai adesea dispute? În general, care sînt relațiile dintre părinți și copii în familia dv.?

Testul vă oferă deci posibilitatea de a descoperi noi informații - fiecare despre ceilalți -, de a vă cunoaște mai bine, de a vă întâlni, confrunța și... reflecta!

Testul se adresează părinților și copiilor (cel puțin adolescenți) și are următoarea structură: 20 de întrebări comune și cîte 16 întrebări pentru fiecare categorie, întrebări la care se răspunde simplu cu DA sau NU. Răspundeți fiecare la întrebările corespunzătoare, calculați-vă punctajul și... reflectați asupra interpretării. Succes!

Un test pentru două generații: părinți și copii

Întrebări comune (părinți și copii)

1. Vă place muzica rock?
2. Vă place muzica clasică?
3. Vă place muzica folk?
4. Vă plac mai mult filmele cu probleme sociale decît cele comice?
5. Vă plac mai mult filmele de aventuri decît toate celelalte?
6. Vă place să ieșiți seara (în vizită, la plimbare etc.)?
7. Vă plac vacanțele la mare într-un loc liniștit?
8. Vă place să mergeți cu cortul la munte?
9. Credeți că există situații în care un cuvînt, o expresie în jargon este mai adecvat(ă)?
10. Vă place să ascultați radioul, casetofonul etc. cu volumul dat la maximum?
11. Aveți prieteni cu care vă întâlniți frecvent?
12. Preferați, din cînd în cînd, o masă frugală?
13. Urmăriți frecvent transmisiile sportive la TV?
14. Știți ce este o videodiscotecă?
15. Vă place să glumiți în familie?
16. Vă plac minifustele?
17. Vă plac hainele cu croială clasică?
18. V-ar place să țineți un animal - o pisică, un cîine - în casă?
19. Vă place cum este aranjată casa dv.?
20. Citiți romane polițiste?

Întrebări pentru părinți

21. Reușiți adesea să înțelegeți stările copilului (fiului, fiicei) dv. fără ca el să vă spună ceva?
22. Vă face plăcere ca la aniversarea sa să-și invite prietenii?
23. Dacă aveți ceva de făcut împreună, îi permiteți și copilului dv. să decidă?

- 24.** Rîdeți la glumele fiului (ficelei) dv.?
- 25.** Considerați că umorul său este bizar și de neînțeles?
- 26.** Dumneavoastră, cînd erați tînr, ați fost mai bun ca tinerii de astăzi?
- 27.** Aveți încredere în opțiunile copilului dv., chiar dacă ele sînt diferite de ale dv.?
- 28.** Îi permiteți să iasă seara, dacă știți unde și cu cine se duce?
- 29.** Vă este absolut indiferent cine sînt prietenii fiului, fiicei dv.?
- 30.** Considerați just ca de la o anumită vîrstă să plece în vacanțe doar cu prietenii?
- 31.** Considerați că e bine să se dea copiilor lunar o sumă de bani pe care să o cheltuiască așa cum doresc?
- 32.** Vă neliniștește foarte mult ideea că într-o zi fiul (fiica) dv. va fi absolut independent(ă)?
- 33.** Țineți (ați ținut) seama și de părerea sa în opțiunea pentru o școală, facultate sau profesie (după caz)?
- 34.** Ați dorit dintotdeauna ca fiul sau fiica dv. să aibă o anumită profesie?
- 35.** Îi împrumutați cîteodată fiului (ficelei) dv. unele obiecte de îmbrăcăminte?
- 36.** În general, sînteți mulțumit de relația cu fiul (fiica) dv.?
- 28.** Dacă ai necazuri, apelezi la ajutorul lor?
- 29.** Crezi că ești în stare să hotărâști singur(ă) în problemele care te privesc?
- 30.** Îți ajuți părinții în gospodărie?
- 31.** Găsești că părinții tăi sînt simpatici?
- 32.** Ți-e teamă de discuțiile cu ei?
- 33.** Ți-ai prezentat prietenii părinților?
- 34.** Prietenii părinților tăi sînt simpatici?
- 35.** Apreciezi că părinții tăi îți acordă destulă libertate?
- 36.** Te simți în largul tău acasă?

Cotarea

Pentru întrebările comune: Confrunțați răspunsurile la întrebările 1-20 și acordați cîte un punct pentru fiecare răspuns identic, indiferent dacă acesta este DA sau NU.

Pentru întrebările separate: Acordați cîte un punct pentru fiecare răspuns identic cu cel prezentat în grila de mai jos. Faceți suma punctelor obținute la toate cele 36 de întrebări.

Întrebare	Părinți	Copil
21	DA	DA
22	DA	DA
23	DA	DA
24	DA	NU
25	NU	NU
26	NU	NU
27	DA	DA
28	DA	DA
29	NU	DA
30	DA	DA
31	DA	DA
32	NU	NU
33	DA	DA
34	NU	DA
35	DA	DA
36	DA	DA

Întrebări pentru fiu (fiică)

- 21.** Înțelegi întotdeauna ceea ce doresc părinții tăi să-ți spună?
- 22.** Îți face plăcere să-ți inviți acasă prietenii cu ocazia unor sărbători, aniversări?
- 23.** Îți face plăcere să mergi împreună cu părinții la cinema?
- 24.** Crezi că numai prietenii de vîrsta ta sînt demni de încredere și adulții nu?
- 25.** Crezi că părinții tăi sînt prea posesivi?
- 26.** Ți se pare că ești controlat(ă), supravegheat(ă) mai mult decît alți băieți (fete)?
- 27.** Ai încredere în sfaturile părinților tăi?

Interpretarea rezultatelor

a) **Părinți și copii.** Cu cât este mai mare numărul de răspunsuri identice la primele 20 de întrebări, cu atât este mai mare asemănarea de gusturi, opinii și mentalități în familia dv.

Vă lăsați să apreciați singuri coeziunea nucleului familial și, de asemenea, să identificați acele aspecte în care mai puternice sînt deosebirile.

Este normal ca, avînd vârste diferite, să existe deosebiri de opinii, preferințe; totuși, veți fi surprinși cînd veți constata cîte lucruri aveți în comun.

b) Părinți:

◆ **Între 0 și 14 puncte.** Între dv. și copiii există relații destul de tensionate. Vă asigurăm însă că această situație nu se datorează doar uneia dintre părți. Cu mai multă disponibilitate și încredere din partea dv., relațiile de familie se vor îmbunătăți și nu vor mai semăna cu un "război rece". Citiți cu atenție răspunsurile fiului (fiicei) la test; acestea vă pot oferi destule sugestii și motive de reflecție.

◆ **Între 15 și 27 de puncte.** În familia dv. se manifestă raporturi variabile și destul de dinamice. Există unele neînțelegeri – datorate diferențelor de vîrstă și mentalități –, ca și o anumită tendință de protecție, uneori excesivă, pentru fiul (fiica) dv. Țineți seama de faptul că nu mai este copil, acceptați și punctul său de vedere. Există toate premisele ca aceste relații – și așa bune – să devină optime.

◆ **Între 28 și 36 de puncte.** Incredibil, dar adevărat – în familia dv. există armonie, încredere, identitate de opinii și respect reciproc față de exigențele și personalitatea celuilalt. Felicitări!

c) Fiul/fiică:

◆ **Între 0 și 14 puncte.** Această strînsoare de fier pe care o acuzi și se datorează în principal ție. O dată ce ai constatat diferențele de vederi și intenții dintre tine și părinți, de ce nu cauți acele elemente de comunicare/înțelegere care obligatoriu există? Ai putea obține mai multă considerație și independență.

Fă și următorul experiment: modifică-ți anumite comportamente și analizează ce interdicții se vor diminua (dispărea) din partea părinților.

◆ **Între 15 și 27 de puncte.** Raporturile tale cu familia sînt destul de bune; desigur, nu întotdeauna gîndiți la fel și ai destule confruntări cu părinții. Dar prin atitudinea ta leală și matură – chiar dacă puțin ostentativă – ai cîștigat încrederea lor. Un sfat totuși: încearcă să înțelegi mereu punctul de vedere al părinților tăi.

◆ **Între 28 și 36 de puncte:** Mulți dintre prietenii tăi te invidiază. Ești aproape întotdeauna de acord cu părinții, îi apreciezi și îi stimezi, nu te simți sufocat în familie. Și pentru această situație meritul nu este exclusiv al părinților tăi. ■

Traducere și adaptare:
Jenica Sîntion,
Filaret Sîntion

CONFERINȚA NAȚIONALĂ DE PSIHLOGIE

În perioada 28-30 mai 1994 vor avea loc la București lucrările CONFERINȚEI NAȚIONALE DE PSIHLOGIE. Psihologii din țara noastră activează sub auspiciile Asociației Psihologilor din România (APR), care a fost înființată în 1964 și care îl reprezintă și pe plan internațional.

Lucrările CONFERINȚEI NAȚIONALE DE PSIHLOGIE se vor desfășura sub formă de conferințe, sesiuni de comunicări și sesiuni poster.

Tematicile CONFERINȚEI NAȚIONALE DE PSIHLOGIE sînt următoarele: • Psihologia artei • Psihologie cognitivă • Psihologie clinică • Psihologia dezvoltării • Psihologia muncii și organizațională • Psihologie socială • Psihologia sportului • Psihopedagogie specială • Creativitate • Etnopsihologie și relații interetnice • Metodologie • Personalitate • Psihosexologie.

Anul internațional al familiei

**"Spațiul" nostru
cel de toate zilele...**

Traectoria spațio-temporală a vieții de cuplu reflectă cu subtilitatea unui "investigator" natura și mai ales calitatea relațiilor dintre parteneri. Spațiul desfășurării coexistenței familiale exprimă de multe ori nu numai opțiunile și stilul personal al membrilor familiei, cât mai ales ambianța psihologică în care ei se dezvoltă sau regresează. "Spațiul locativ" este în primul rând un "spațiu vital" - oglindă fidelă a evenimentelor, a stărilor afective, a nivelului de confort material și de disponibilitate a opțiunilor culturale, a siguranței și libertății interioare. El poate fi mai ales interpretat ca un indicator al șanselor obiective, material-financiare și psihologice, pe care un cuplu și copiii săi le dețin în diverse etape ale existenței. Pentru că ambientul este nu numai un mediu protector al intimității, un "cuib" în care familia să



AMBIANȚĂ ȘI VIAȚĂ DE CUPLU

dispună de toate cele necesare unei vieți civilizate, ci și un spațiu al comunicării și relaționării autentice, în care nevoile de coeziune și autonomie să fie simultan satisfăcute, iar sentimentul unei libertăți personale coexistent cu cel al împlinirii prin solidaritate, mutualitate și afecțiune. Imposibilitatea

satisfacerii nevoilor bazale de intimitate ("suprapopulară" unui spațiu locativ restrâns), de hrană, căldură și confort igienic (insuficiența resurselor financiare și a posibilităților locative urbane corespunzătoare), de mobilier, aparatură și amenajări estetico-funcționale corespunzătoare exigențelor tim-

pului și "modelelor" contemporane suprimă sau periclitează foarte serios șansele unui cuplu de a se dezvolta, atât interpersonal, cât și individual.

Accesul la informația oferită de mass-media, cu toate tentațiile stîrnite de modelele socio-culturale și materiale vehiculate, este de

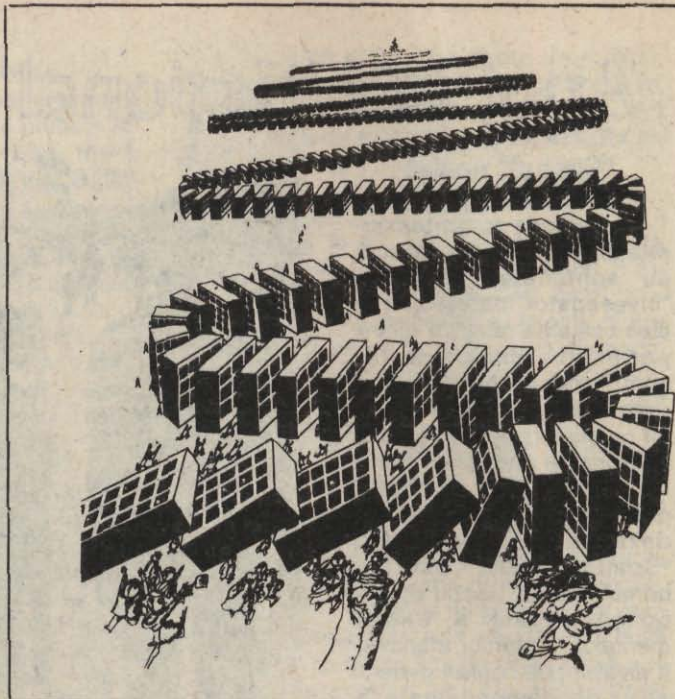


natură să creeze *disonanțe* adesea ireductibile în structura motivațională a familiei, operînd "modele" aspiraționale disproporționate și greu tangibile față de resursele reale ale cuplului, iar alții mobilizînd cuplul în eforturi supradimensionate în cursa spre "o viață mai bună", în care valorile materiale devin dominante și exclusive. Goana după acumulare, efortul de a "ține pasul" cu vremea și de a satisface nevoile mereu crescute îndepărtează, din păcate, prin consum energetic epuizant, indivizii de nevoile spirituale. "A avea" devine principiul dominant care îl înăbușă pe "a fi".

Dar ce consecințe are asupra familiei această reșezare a opțiunilor valorice, în condițiile unei frustrații materiale evidente și greu reductibile? Desigur, acumularea de agresivitate, de insatisfacții, de resentimente, de lipsă de încredere în viitor, anxietate, suspiciune și dezvoltarea compensatorie a unor "comportamente de alarmă" – machiavelism, criticism gratuit sau autodemobilizare, tensiuni și conflicte interpersonale (căutarea "zapului ispășitor"), alterare generală a relațiilor în familie, dar și în societate.

Absurdul "orarelor" de bloc

Cum se poate dezvolta moral și psihologic ființa umană în condițiile unui trai suburban, în care nevoile ei elementare sînt "înregimentate" și satisfăcute porționat ("rația de pseudoconfort existențial"), între pereții sufocați și inevitabil aceiași ai "apartamentelor" supraetajate, în care viața se desfășoară după un inimaginabil "program" ce frizează



absurdul: orarul restrictiv al apei calde (uneori chiar și al celei reci), gazele care funcționează în cel mai fericit caz doar în orar nocturn, instalațiile sanitare care sînt cel mai frecvent defecte sau defectabile în lanț (inundarea apartamentelor face parte din "anecdoticul" vieții la bloc) etc.

Dar să revenim la "spațiul vital" al celor 2, 3 sau cel mult 4 camere, în care cel mai frecvent două sau trei generații (bunicii, familia nucleară și copiii) își desfășoară viața într-o consonanță cifrică păgubitoare. Și cu cît apropierea "spațială" crește, cu atît intimitatea psihologică scade. Permeabilitatea fonică a pereților despărțitori ai camerelor nu numai între vecini, dar și între dormitoarele părinților și copiilor creează adevărate "surse informaționale" de stres interpersonal, alături de utilizarea în comun a aceluiși grup sanitar. Desigur și gusturile și opțiunile de "program" cotidi-

an ale cuplurilor din generații diferite, silite "din necesitate" să locuiască împreună, creează alte tensiuni zilnice. Cei care vor să asculte muzică îi deranjează pe cei care vor să doarmă, telefilii înveterați ai vârstei a III-a îi sollicită și îi captează întru aceleași "pasiuni" energofage pe cei mici (pe care dacă tot îi supraveghează, măcar să "nu se plictisească"), soții, stresați de ideea de a nu fi surprinși, se iubesc "pe furate", ajungînd să-și transforme treptat relația firească într-o adevărată culpă, căci insomnia frecventă a bătrînilor și auzul fin dublat de curiozitate al copiilor sînt factori psihologici care nu pot fi ignorați etc. etc.

Iată cîteva dintre "avantajele" psihologice ale vieții familiale în condițiile apartamentului de bloc. Factorii *materiali ambientali* au un efect psihologic; oricît ne-am strădui să-i ignorăm, eludăm sau mistificăm, ei acționează cu penetranță și precizie de

laser în *conștiințele umane*, în sfera *trebuințelor*, *aspirațiilor* și implicit în cea a *comportamentelor*. Stilul interpersonal este "stilul de viață", iar stilul de viață "este impuls", deturnat sau deformat și de ambientul cotidian, și de disponibilul de buget, și de "prejudecățile" coexistențiale aderente.

Alcoolul și alte "refugii"

Stresul informațional și tensional la care este supus un om obișnuit, căsătorit (de obicei părinte), în condițiile unui trai a cărui precaritate materială este o permanență, declanșează comportamente de "apărare", de substituție și compensare a frustrațiilor, oboselii, descușurării și neliniștii existențiale. Apelul la falsele "remedii" este cel mai uzual și dintre acestea alcoolul se situează pe primul plan.

Din nefericire, mulți oameni nu pot apela sau "refuză" căutarea unor soluții de altă factură (compensații spirituale, credință, cultură, autoeducație, mișcare, sport, contact cu natura etc.), dată fiind acțiunea unei cunoscute legi a motivației în psihologie, formulată de Maslow: "cînd trebuințele bazale nu sînt satisfăcute, nu pot apărea și nici satisfacere, în caz că au apărut totuși, trebuințele superioare (de cunoaștere, de autoafirmare, de autodezvoltare)". Cu alte cuvinte, un nivel scăzut de trai generează obligatoriu o stagnare în dezvoltarea condiției socio-spirituale și morale a omului, cu consecințe directe în planul dezvoltării sale culturale și creatoare, în planul dobîndirii statutului de ființă civilizată, producătoare de valori. Impactul său nefast

se resimte și în sănătatea psihică și fizică a adulților și copiilor.

Există, fără îndoială, o corelație importantă între cantitatea de săpun consumată și numărul de cărți măcar răsfoite, dacă nu asimilate; între calitatea hranei și echilibrul psihic și fiziologic, între calitatea aerului respirat și eficiența comportamentelor umane. Comportamentul autodestructiv este nelipsit din cortegiul simptomelor unui sistem de viață disfuncțional. Alcoolofilia, intoxicația tabagică sau cea medicamentoasă sînt frecvent întîlnite atît la bărbații, cît și la femeile căsătorite. Neliniștile existențiale sînt adesea înecate în "paharul" euforizant (cel puțin cîteva ore) sau în tabletele tranchilizante autoadministrate "după ureche" în special de soțiile "uzate" psihologic de un mariaj nefericit, împovărate de grijile cotidiene. Din nefericire, riscul toxicodependenței (în special de alcool și tutun) crește pe măsura consumului, pe măsura trecerii anilor, devitalizînd progresiv și amputînd practic orice șansă de reviriment psihologic și existențial. Din refugiu "nevinovat", "cortină a depresiei" și pseudoeforizant, alcoolul devine un adevărat "tiran" nu numai al persoanei consumatoare, dar și al familiei sale. Comportamentul familial este primul care se degradează, urmat însă îndeaproape de cel social și profesional. Familiile în care dezechilibrul interpersonal favorizat de precaritatea condiției materiale condiționează comportamentul alcoolofil sînt ele însele familii "bolnave". Limitele între generații, atribuirea și executarea sarcinilor de rol,

climatul afectiv și educațional sînt profund compromise, perturbate. Familia devine scena unui interminabil "război" psihologic, în care nu lipsesc violențele fizice și verbale, abuzurile, debusolarea.

Familia – un "glob de cristal"...

Dificultățile materiale și interpersonale ale familiei constituie adesea un tot în care unele le potențează pe celelalte, un cerc vicios din care puține familii reușesc să "scape". Și chiar dacă în exterior ele salvează aparențele, familia profund perturbată în mecanismele ei vitale devine o matrice deformată a personalității fiecărui membru, un mod de a fi inter și autodestructiv.

Realitatea vieții de cuplu începe o dată cu pătrunderea în spațiul și timpul de "acasă" și continuă cu reîntoarcerea în spațiul și timpul de "afară", iar defazațele dintre "acasă" și "afară" nu fac decît să mărească instabilitatea nucleului familial, contribuind la denuclearizarea sa iminentă, cu toate consecințele individuale pe care membrii familiei le vor suporta inevitabil. "Familia este o cetate în care cei de afară doresc să pătrundă, iar cei dinăuntru doresc să evadeze." Oare ce resorturi intime acționează și traiectoriile interferente și biunivoce ale dorințelor umane? Să fie oare familia un glob de cristal, în care și prin care poți privi lumea, în trecut, în prezent și în viitor? ■

Cercet. șt. dr.
Iolanda Mitrofan,
prof. univ. dr.
Nicolae Mitrofan



In opoziție cu starea de veghe, caracterizată prin activismul și luciditatea psihicului și identificabilă cu conștiința, somnul poate fi definit ca o stare reversibilă a organismului, care se asociază cu scăderea pînă la dispariția a reacțiilor adaptative superioare, a relațiilor și reacțiilor senzorio-motorii cu și față de mediul înconjurător. Este starea în care omul rămîne complet lipsit de apărare. "Faptul că orice ființă superior organizată acceptă acest risc pentru o parte considerabilă a vieții sale sugerează presupunerea că somnul trebuie să aibă o *funcție vitală*" - scria cu mulți ani în urmă Hess (1954). Tot el aprecia, prin 1965, că somnul este o *funcție fiziologică integrală, o condiție de bază a vieții, un fenomen fundamental pozitiv*, deoarece reîmprospătează organismul și previne epuizarea. Freud, la timpul său, considera că somnul îndeplinește în viața omului două funcții majore: una *biologică*, constînd în asigurarea relaxării organismului, alta *psihologică*, concretizată în

dintre acestea, trecerea de la veghe la somn la forma hibernării, stare foarte asemănătoare somnului. Hibernarea implică modificarea mecanismelor de termoreglare, întreruperea activității etajelor superioare ale sistemului nervos, însoțită însă de păstrarea coordonărilor reflexe controlate de partea inferioară a trunchiului cerebral. Analiza comparativă a celor două stări, de veghe și de somn, arată că ele sînt opuse. Astfel, în starea de veghe, activitatea electrică a scoarței cerebrale, înregistrată cu ajutorul electroencefalografiei (EEG), prezintă ritmuri frecvente și de mică amplitudine, fiind desincronizată, iar în starea de somn, ritmuri lente și de mai mare amplitudine, fiind sincronizate, cu excepția somnului profund, cînd ritmurile sînt relativ asemănătoare. Apoi, dacă starea de veghe este rezultatul activării individului și cortexului său prin mesaje senzoriale, somnul se produce prin scăderea afluxului senzorial. Acest ultim fapt a fost demonstrat la animal cu ajutorul expe-

SOMNUL - o stare a

stingerea interesului pentru lumea externă. Faptul că somnul îndeplinește astfel de funcții majore în existența umană este demonstrat, printre altele, de perioadele de *deprivare de somn* care, acționînd ca o suprasolicitare, epuizează rezervele funcționale ale organismului. De asemenea, ele se asociază cu modificări ale tabloului psihocomportamental al omului, cu apariția de confuzii, dezorientare, iritabilitate. Deși somnul îndeplinește funcții vitale pentru organismul uman, deși el este necesar și avantajos pentru organism, nu trebuie să pierdem din vedere faptul că prin prelungirea lui ar putea deveni o piedică în calea existenței omului. Ephorn și Carrington (1966; 1970) își exprimau opinia că tendința de scădere a tonusului cortical, inerentă somnului, trebuie ținută în frîu în limite adaptativ adecvate, tocmai pentru a putea fi restabilită fără dificultăți capacitatea corticală de veghe.

Starea de veghe/starea de somn

Pentru problema discutată, o mare importanță o are trecerea de la o stare la alta, de la starea de veghe la cea de somn (ațipirea, adormirea) sau de la cea de somn la cea de veghe (trezirea). Fenomenul are o largă răspîndire, fiind întîlnit și la animale. La unele

rimentelor de lezare a diferiților receptori, ceea ce a dus la instalarea somnului. La om, în stările de deprivare senzorială, perioadele de somnolență și de somn sînt îndelungate. Instalarea somnului ca rezultat al suprimării sau reducerii informațiilor senzoriale explică *somnul pasiv*. În afară de acesta există însă și un *somn activ*, produs de răspîndirea în scoarța cerebrală a unui proces inhibitor activ ce se difuzează din aproape în aproape. Noțiunea de "somn activ" are o dublă semnificație: ea marchează opoziția față de somnul pasiv datorat scăderii tonusului ca urmare a lipsei de aferențe specifice; noțiunea respectivă sugerează faptul că somnul poate fi provocat intenționat în condiții experimentale sau în viața cotidiană. Producerea somnului activ poate fi obținută prin stimularea receptorilor senzoriali, însă nu cu orice tip de stimul, ci cu stimuli capabili a induce inhibiția (stimuli monotonii, cu intensitate scăzută, cu acțiune repetată). În afara mecanismului inhibiției active, propus de Pavlov, în explicarea somnului activ au fost formulate și alte teorii. Hess (1954) era de părere că ar exista un centru al somnului (centrul trofotrop) localizat în hipotalamus. Bremer (1961), negînd intervenția unui proces inhibitor, credea că somnul se datorează

"oboseli sinaptice" care ar invada structurile funcționale ce sînt responsabile de menținerea stării de veghe.

Cercetările moderne au arătat că nici una dintre aceste explicații nu este întru totul satisfăcătoare. Alături de mecanismele pur fiziologice, trebuie luate în considerare și o serie de mecanisme psihice, îndeosebi motivaționale, care pot produce inhibarea sau dezactivarea structurilor nervoase, întreținînd, astfel, fie starea de veghe, fie starea de somn (Weeb, 1983).

Mecanismele psihofiziologice ale somnului

Adormirea sau cufundarea în somn nu se realizează brusc decît în cazuri foarte rare (la copii sau la adulți, în urma unui efort fizic extrem de mare). De obicei, ea



Iterată a conștiinței

este precedată de o multitudine de reacții (căscatul, scăderea tonusului muscular, rărirea pulsului, scăderea presiunii sangvine, creșterea temperaturii extremităților). *Trezirea definitivă din somn este perfect analoagă adormirii, însă în sens invers. Și ea se rea-lizează progresiv, dar semnele care o însoțesc sînt opuse celor ale adormirii (accelerarea pulsului, a respirației etc.).*

Întreținerea somnului se datorează scoaterii din funcțiune a sistemului activator ascendent, răspîndirii inhibiției într-o mare masă neuronală și intrării în funcțiune a unor mediatori chimici inhibitori. Împiedicarea somnului are loc ca urmare a intervenției unor factori neașteptați (zgomote, interdicție verbală etc.) și a stimulării directe sau indirecte a sistemului activator.

O teorie completă a somnului trebuie însă să precizeze nu numai astfel de mecanisme și factori, ci și ce anume se întîmplă cu reactivitatea fiziologică și psihică a individului în cursul trecerii de la o stare la alta sau în timpul uneia dintre ele. În timpul somnului, creierul uman nu este inactiv. El receptează stimuli, reacționează la unii din ei, coordonează diferite alte funcții ale organismului. Evident însă că aceste activități sînt realizate în cu totul alte condiții și cu altă

finalitate decît în timpul stării de veghe. În somn, individul se mișcă (cercetările au arătat că în decursul celor opt ore de somn, se efectuează 20 - 60 mișcări, fiecare mișcare durînd 5 - 10 secunde, totalul lor nedepășind 3 - 5 minute), scrișnește din dinți (ceea ce înseamnă că are loc o hipertonie a mușchiului masetar), sforăie (ca urmare a relaxării mușchilor orofaringieni, în special în decubitul dorsal), manifestă o anumită excitabilitate senzorială, care este diferită în funcție de stimul și de semnificația lui (pragul senzorial al diversilor stimuli constituind un important criteriu de apreciere a profunzimii somnului). Cea mai semnificativă probă asupra activismului creierului în timpul somnului o reprezintă însă activitatea bioelectrică a creierului. Cele patru ritmuri ale scoarței cerebrale (*alfa* - specific stării de veghe, de relaxare senzorială și mentală; *beta* - caracteristic stărilor de excitație, el fiind, cum considera un autor, expresia materială a fenomenelor de conștiință; *teta* și *delta* - expresii ale stării de somn sau ale unor stări patologice cerebrale) reprezintă indicatorii inducibili ai acestei activități. ■

Prof. dr. M. Zlate,
Universitatea București

MEDIERI SIMBOLICE ÎN ATTUDINEA RELIGIOASĂ

“Dumnezeu există, l-am întâlnit!” Expresie curentă. Mărturisire frecventă. Titlul mai multor cărți. Psihologul se întreabă:

pe care Dumnezeu l-a întâlnit? Cum a făcut pentru a-l întâlni? Care sînt efectele acestei întâlniri? Pentru a simplifica, să admitem că psihologului i se adresează aceste trei întrebări și că el nu trebuie să fie preocupat de întrebările de natură filozofică și antropologică ale cunoașterii umane asupra existenței lui Dumnezeu sau să rețină întrebările cu semnificații sociologice. Într-adevăr, psihologul nu trebuie să se pronunțe asupra nivelului ontologic și nici asupra celui referitor la dinamica din plan macrosocial. El este chemat pentru a surprinde cum individul uman, cu capacitățile sale cognitive, afective, volitive, cu experiența sa de viață și istoria propriilor sale interacțiuni, poate fi pus în relație cu ființe care, prin natura lor, sînt inaccesibile experienței sensibile și a căror realitate este afirmată ca “transcendentă” privirii omului și mediului în care omul se mișcă. Psihologul este invitat să analizeze condițiile psihice după care un subiect uman poate stabili o asemenea relație cu o ființă numită Dumnezeu, a cărei realitate este afirmată cultural în mediul său. Dacă Dumnezeu există, în ce condiții va adera la El sau îl va respinge? În ce condiții ar putea iniția o relație neîntreruptă cu această ființă divină? Care sînt mijloacele de care dispun partenerii pentru a comunica? Pe ce bază atitudinea religioasă astfel creată se poate întreține, se poate verifica orientarea sau eficiența ei? Răspunsul psihologului la aceste întrebări trebuie să țină seama de două poziții, credincios și necredincios, care se oferă alegerii unui subiect în fața invitației mediului său sociocultural de a adera sau nu la propunerea “Dumnezeu există”. Mai notăm încă, la intrarea în joc, că o asemenea propunere, făcută în mediul religios occidental, lasă să se înțeleagă că Dumnezeu este o ființă personală, personalizată sau personalizabilă.

În realitatea obișnuită a relațiilor sale cu lumea sau cu alții, subiectul uman își fondează credința sa în existența realităților cu care are de-a face pe baza unei convingeri născute din

Profesor Jean-Marie Jaspard,
Facultatea de Psihologie
și Științe ale Educației,
directorul Centrului de Psihologia Religiei,
Universitatea Louvain-La-Neuve, Belgia

experiența sensibilă a acestor realități (a vedea, a atinge, a simți, a auzi, a gusta), experiență sensibilă oferind posibilitatea unei verificări percepționale directe dacă relația este imediată, devenind cognitiv și afectiv generalizabilă prin reprezentarea mintală dacă relația este mediată. Certitudinea în existența celuilalt apare din modul în care acesta se impune din exterior percepției subiective prin simțuri. Dimensiunea sensibilă a percepției este aceea care dă un sentiment de obiectivitate percepției obiectului sau chiar reprezentării sale mintale. Se degajă de aici un fel de evidență subiectivă a corespondenței perfecte între obiectul perceput și reprezentarea acestui obiect. Și individul crede spontan că își organizează atitudinea sa și că își potrivește comportamentul față de obiect în funcție de obiectul însuși; astfel credința sa identifică reprezentarea obiectului realității cu obiectul real. Credința sa se transformă spontan în certitudine. Numai o intervenție exterioară sau o modificare bruscă a mediului sau a obiectului însuși poate obliga subiectul să-și modifice punctul de vedere și plecând de aici să introducă o îndoială în prima sa reprezentare și în pertinenta atitudinii sale.

Psihologia diferențială a arătat cît de mult reprezentarea unui obiect poate să difere de la un individ la altul. Aceste diferențe sînt cu atît mai mari cu cît obiectul considerat este mai complex (de exemplu, o persoană, un eveniment etc.). Aceste diferențe sînt raportate la parametrii considerați ca organizatori (vîrstă, sex, condiție socială, trăsături de personalitate etc.), dar niciodată o analiză factorială bazată pe statistică, oricît de sofisticată ar fi ea, nu a reușit să epuizeze totalitatea variațiilor. Partea de subiectivitate individuală rămîne întotdeauna foarte mare în reprezentarea unui obiect.

De altfel, dacă contextul exterior introduce îndoială în reprezentare, observația clinică arată cît de mult rezistă subiectul la modificarea reprezentării obiectului și încearcă, în primul rînd, să modifice, magic dacă trebuie, condițiile exterioare sau să nege schimbările survenite în scopul conservării primei sale reprezentări pentru ca să nu fie nevoit să-și modifice atitudinea, cu alte

cuvinte, sistemul său de așteptări și de proiecte referitor la obiectul în discuție. Psihologia clinică, în particular psihanaliza, a pus în evidență marea însemnătate a "plăcerii" (concept global desemnând sistemul complex al așteptărilor și respingerilor structurate de-a lungul istoriei individuale) în forma ocazională (întâmplătoare) pe care o ia reprezentarea subiectivă a unui obiect. Dorința construiește reprezentarea în așa măsură încât obiectul însuși, în materialitatea sa, poate fi redus la suportul extern, după care se poate proiecta, încarna în orice fel, și prin aceasta să obiectiveze realitatea subiectivă. Prin acest proces psihic, care ia numele de proiecție, sau de idealizare, sau de transfer, obiectul este investit de subiect; s-ar putea spune că el devine reprezentantul simbolic al subiectului, cel puțin într-unul sau altul din aspectele sale, pozitiv sau negativ, corespunzând dorinței sau respingerii subiectului, reprezentând o predispoziție la comportamente mai mult sau mai puțin precise de primire sau evitare. La acest moment, credința subiectului nu este numai aceea că obiectul există, dar, în afară de aceasta, că are un sens pentru el, că există o legătură consistentă între el și obiect. Aceasta creează afecțiune (atașament) la reprezentarea obiectului și face dificilă o

repunere în discuție a acestuia pentru faptul că obiectul însuși s-a lăsat obiectiv să alunece în reprezentare. Frustrarea, cum sublinia Freud, vine de la refuzul (versagung) obiectului să se identifice cu reprezentarea subiectului, acesta impunându-i "realitatea" sa proprie, extrinsecă subiectului care l-a investit. Aceasta face necesară o negociere (după "principiul realității"), fiind indispensabilă procesului de socializare a subiectului; ea permite obiectului să-și recupereze partea sa de realitate și de a impune propria "subiectivitate" sau "ipseitate" subiectului. Prin aceasta intră ca o parte în compoziția "reprezentării", făcând din ea un *simbol* în sensul primar al termenului. Să ne explicăm asupra acestuia.

Reprezentarea este formată prin reunirea elementelor deținute de cei doi parteneri, subiect și obiect, ai relației acestora și ea constituie un semn de manifestare a stării de relație între părți. În acest sens precis aș vrea să desemnez *natura simbolică* a "reprezentării", ca obiect terț care mediază orice relație de la subiect la obiect în viața cotidiană. Această relație se poate formaliza după următoarea formulă simplă: S—O'—O, unde O' este reprezentat de măsura în care S și O "se recunosc" și pe care S își fondează atitudinea sa față de O, fără ca O să-i fie refuzat. Altfel spus, reprezentarea simbolică este un fel de compromis stabilizator între relația care permite subiectului de a investi obiectul dorinței sale, fără ca să-l asimileze sau ca acesta să-l înstrăineze de dorință. Se poate spune deci că orice persoană este informată, dacă nu formată, prin *medierea reprezentărilor simbolice* ale obiectelor care o privesc.

Această demonstrație, fenomenologică, dar și epistemologică, pune în evidență existența unei ordini a unei realități specifice, *ordinea simbolică*. Această ordine a realității are funcția sa proprie care urmează a fi stabilită. Are natura sa proprie, care o distinge, pe de o parte, de realul imaginat, pe de altă parte, de realul obiectiv. Ordinea simbolică guvernează toate relațiile pe care omul le are cu alții și cu lumea. ■

(Va urma)



Traducere:
lector dr. Mihaela Roco,
Universitatea București



Încercare de cunoaștere a elevului supradotat

În vorbirea curentă utilizarea adjectivului "intelligent" este lipsită de ambiguitate și se folosește pentru a descrie anumite calități de comportament. Aptitudinea de a vedea raporturi utile în funcție de o situație problematică particulară nu reprezintă decât una din calitățile comportamentului, pe care mulți o numesc **intelligentă**.

Argumente teoretice demonstrează însă că nu se poate pune semnul egalității între intelligentă și componenta intelectuală a creativității, care înglobează o serie de verigi importante pentru actul creației: aptitudinile speciale și trăsăturile de personalitate. Estimând – cu mijloace psihologice – inteligența, vom avea un indiciu orientativ în

majoritatea cazurilor. Sawyers și colaboratorii (1990), analizând progresia dezvoltării creativității, consideră că la adolescenți fluența ideatională operează mai degrabă ca un predictor al comportamentului creativ. O asemenea conceptualizare indică faptul că factorii care sînt în relație cu procesul creativ vor varia în funcție de vîrstă. De aceea, fiecare pas identificat de către Treffinger (1982) este influențat de o varietate de factori, incluzînd contextul (de exemplu programa școlară), cognitivul (curiozitatea) și personalitatea ca variabile care pot afecta rezultatele. Supradotarea creativ-productivă se manifestă, de obicei, în acumulări care pot dura luni sau ani, pe cînd cea școlară se

Caracteristici/comportamente pozitive		Caracteristici/comportamente negative
• capabil de a genera idei multe, soluții și probleme	FLUENȚĂ • idei multe	• poate domina pe alții • poate avea dificultăți în a termina sarcina
• are mare toleranță la ambiguitate	FLEXIBILITATE • varietate de idei	• poate fi nerăbdător cu detaliile sau restricțiile
• capabil de a exprima idei în moduri unice și neobișnuite	ORIGINALITATE • idei unice, originale	• poate fi considerat "bizar" sau "prost" • nonconformist
• capabil de a adăuga detalii dincolo de așteptări	ELABORARE • încorporare de detalii descriptive	• poate folosi detalii descriptive în exces
• interes intens într-o mare varietate de teme • pune multe întrebări	CURIOZITATE • perceptivă, intuitivă	• poate să întrerupă sau să ignore activitatea clasei pentru a-și continua interesele individuale
• folosește fantezia în a-și intensifica învățarea	IMAGINAȚIE • folosită în rezolvarea de probleme sau de plăcere	• poate fi considerat neproductiv și chiar "prost"
• are cunoștințe multe și neobișnuite pentru vîrsta sa	CUNOAȘTERE • aranjarea inteligentă a informațiilor • înalt nivel de conceptualizare	• poate deveni inhibat în împărtășirea informațiilor • poate fi intolerant cu alții
• peste medie • capabil de a progresa în mod rapid	DEPRINDERI • peste medie în privința aptitudinilor • procese de informare rapide și ușoare	• poate domina pe alții din cauza aptitudinilor • se poate plictisi de rutină și de repetitivitatea sarcinilor
• relații pozitive cu colegii și adulții	RELAȚII SOCIALE	• poate avea dificultăți în referirea la alții
• persistent, automotivat și capabil de a soluționa probleme	ÎNDEPLINIREA SARCINII • demonstrează îndeplinirea sarcinii sau a țelului propus	• poate avea dificultăți în a duce la bun sfîrșit sarcina

manifestă tipic în acumulări în ore și zile sau, ocazional, în cazuri de proiecte, în săptămâni. Datorită acestor diferențe în timp, supradotarea creativ-productivă pare să reclame un nivel înalt de îndeplinire a sarcinii. Contribuțiile creativ-productive sînt definite prin standardul tuturor contribuțiilor făcute într-un anumit domeniu, pe cînd produsele supradotării școlare sînt judecate mai degrabă pe plan local.

Profesorii, ca și părinții doresc informații pentru a-i ajuta la identificarea supradotaților. În afara testelor care stabilesc un coeficient de inteligență, ca un criteriu major de selecție, la supradotați găsim destul de frecvent și alte caracteristici psihologice. Dintre acestea remarcăm: vocabular matur comparativ cu cel al grupului de vîrstă, imaginație bogată, interes într-o varietate de teme și activități, capacitate de a se concentra pe o anumită activitate, simț al umorului foarte dezvoltat, ca și ușurință în manevrarea cuvintelor, fapt ce îi face să folosească des jocuri de cuvinte amuzante.

În privința prerențării problemelor emoționale, ca și a celor de învățămînt, este necesară identificarea supradotaților cît mai timpuriu posibil, iar cunoașterea caracteristicilor – atît pozitive, cît și negative – poate preveni

neînțelegerile și conflictele ce pot rezulta din lipsă de informații (vezi tabelul).

Este necesară dezvoltarea unui sistem de comunicare efectivă între adulți și copiii lor supradotați: fraze "ucigașe" de tipul: "dacă ești așa deștept, cum de-ai uitat să duci gunoiul?", pot duce la tăierea comunicării cu adulți. Este nevoie și de o încurajare a intereselor copiilor, ca și participarea alături de ei la realizarea acestora. În privința implementării unui sistem de disciplină – supradotatul avînd aceleași nevoi ca oricare

alt copil –, este necesară explicarea acestor reguli (ca și a necesității lor) datorită, în special, curiozității lor intelectuale. Aptitudinile mintale superioare combinate cu lipsa de experiență în viață pot cauza probleme serioase. În asemenea situații se propune supradotatului o discuție pentru clarificarea ariei problemei și stingerea conflictului posibil.

Probleme emoționale apar și datorită unei așteptări neadecvate din partea părinților sau profesorilor, fapt ce poate crea tensiuni nebănuite supradotaților în ceea ce privește atitudinile lor pentru învățare. Părinții trebuie să fie avertizați asupra posibilităților apariției și dezvoltării acestor dificultăți și, în consecință, să urmărească cu grijă progresele educaționale ale copilului, în timp ce profesorii, chiar cei foarte bine pregătiți, sînt responsabili cu educarea unui număr mult mai mare de elevi și pot deseori să uite de aceștia, în special de cei foarte tăcuți.

Nimic nu este de neglijat atunci cînd vorbim despre cei etichetați drept supradotați. Ei sînt constrînși să facă față unor presiuni deosebite atît din partea școlii, cît și din partea familiei, în caz de eșec (de un anumit tip, în funcție de ce se așteaptă de la ei) trebuind să reacționeze altfel decît cei considerați obișnuiți. Acest lucru

se poate agrava atît timp cît este luat în considerare doar coeficientul de inteligență ca indicator al supradotării; la nivel practic trebuie educată întreaga personalitate.

Concluzia: această categorie este o „resursă” naturală neexploatăată și este necesară accelerarea procesului de identificare, dar și de pregătire a supradotaților, ca și de formare a profesorilor specializați. ■

Cercet. șt. Delia Stratilescu,
Institutul de Psihologie



Comportamentul de tip A și riscul unei boli cardiovasculare

Există un acord general în lumea specialiștilor că stresul mărește riscul unor tulburări atât somatice, cât și psihice. S-a descoperit că există relații strânse între stres și unele boli: infarctul miocardic, tulburările gastrointestinale, astmul și migrena. Ceea ce i-a surprins însă pe cercetători a fost faptul că nu toți oamenii răspund la stres cu asemenea tulburări.

Doi cardiologi americani din San Francisco, Meyer Friedman și Ray H. Rosenman, și-au centrat cercetările pe interogația: există un model comportamental specific al bolnavilor cardiaci? Ce îi diferențiază pe aceștia de ceilalți oameni? Declarând de la început că analiza lor nu este psihologică, Friedman și Rosenman au obținut prin descrierea simptomelor și trăsăturilor specifice ale cardiacilor un portret psihologic pe care l-au numit **modelul comportamental de tip A**; lucrările mai recente vorbesc de tipul A de personalitate.

Modelul comportamental de tip A, găsit la mai mult de jumătate din eșantionul american, este un complex acțional-emoțional, ce poate fi observat la orice persoană implicată agresiv într-o luptă cronică și de nestăpinit pentru a realiza din ce în ce mai mult în tot mai puțin timp și aceasta împotriva tuturor adversităților.

Caracteristicile principale ale tipului A de personalitate sînt următoarele:

- ◆ Se află mereu în luptă cu timpul; persoana de tip A eșuează în a percepe sau, chiar mai grav, în a înțelege simplul fapt că timpul poate fi epuizat de o anumită activitate.

- ◆ Percepția timpului care trece îi ține în permanență încordată, ceea ce influențează negativ soluționarea creativă a unor probleme care solicită relaxare și uneori lăsarea liberă a gândurilor.

- ◆ Fascinația pentru cantitate, pentru cifre. O astfel de trăsătură se dezvoltă încă din copilărie,

cînd primirea unei noi jucării nu mai produce plăcere pentru ea însăși, ci pentru faptul că este al 20-lea trenuleț, a 10-a mașină etc. La vîrsta adultă, aceasta ia forma: "am scris 128 de articole" (profesor); "am cîștigat 7 milioane" (om de afaceri); "am făcut 200 de operații pe creier" (chirurg).

- ◆ Nesiguranța statutului. Tipul A apare celorlalți ca încrezător în sine, exprimînd siguranță, încredere, optimism. Este persoana care întotdeauna întreabă: "Ai probleme? Ce aș putea să fac pentru tine?" și nu spune niciodată: "Am probleme și am nevoie de ajutorul tău". O astfel de persoană e mereu chinată de gîndul că trebuie să aibă cît mai multe realizări, dar nu obișnuite, ci din acelea care să provoace respectul și admirația superiorilor, celor de rang egal sau inferior.

- ◆ Agresivitate ridicată, ținută însă sub control. Aceasta se manifestă în tendința persoanei de tip A de a face din orice o competiție: de la jocul amical de cărți pînă la o banală discuție cu un amic.

- ◆ Slabă toleranță pentru așteptare, situație în care astfel de persoane se frămîntă, nu-și găsesc locul, dau din genunchi, bat cu degetele în masă.

Cercetările făcute de K.A. Matthéews și L. Angulo (1980) și U. Lundberg (1983) au arătat că tipul A de personalitate începe să se contureze încă din preșcolaritate. Aceste descoperiri au o mare importanță, întrucît au atras atenția că pentru a preveni apariția unor tulburări cardiace la 40-50 de ani e necesară instituirea de timpuriu a unor programe de intervenție. Așa cum au arătat Meyer Friedman și Ray H. Rosenman, tipul A de personalitate e de două ori mai expus riscului unei boli cardiovasculare decît tipul opus de personalitate, tipul B, înfîlțit la 40% din eșantion. Cei doi cercetători vorbesc și de un tip intermediar, AB, găsit la aproximativ 10% din eșantion.

Dar dumneavoastră, ce fel de comportament aveți?

Fiecare scală de mai jos este alcătuită dintr-o pereche de afirmații separate de o serie de linii orizontale.

Fiecare pereche de afirmații a fost aleasă pentru a reprezenta două tipuri diferite de comportament. Fiecare din noi ne putem plasa undeva, de-a lungul

liniilor, între 1 și 7. Puneți un x în spațiul care reflectă cel mai bine comportamentul dumneavoastră cotidian. Nu vă gîndiți prea mult, răspundeți spontan.

	1	2	3	4	5	6	7	
1. Nu mă deranjează dacă las temporar neterminat lucrul pe care l-am început.								Trebuie să termin neapărat lucrul pe care l-am început.
2. Sînt calm și nu mă grăbesc atunci cînd e vorba de o întîlnire.								Niciodată nu întîrzii cînd e vorba de întîlniri.
3. Nu sînt pentru întrecere în ceea ce fac.								Sînt pentru întrecere în tot ceea ce fac.
4. Știu să-i ascult, să-i las pe ceilalți să-și termine ce au de spus.								Îi anticipez pe ceilalți în discuție (dau din cap la ceea ce se spune, îl întrerup pe vorbitor, termin propozițiile altora). Sînt întotdeauna grăbit.
5. Nu sînt niciodată grăbit, chiar atunci cînd sînt presat de timp.								
6. Pot să aștept cu răbdare.								Îmi este foarte greu să aștept.
7. Merg relaxat și nu foarte repede.								Întotdeauna merg cît pot de repede.
8. Fac un singur lucru într-o perioadă de timp.								Încerc să fac mai multe lucruri în același timp; în timp ce fac ceva mă gîndesc la ce voi face după.
9. Vorbesc rar și sînt atent la ceea ce spun.								Vorbesc viguros și în forță (folosesc multe gesturi).
10. În ceea ce fac mă interesează ceea ce gîndesc eu despre aceasta.								Doresc recunoaștere din partea altora pentru un lucru bine făcut.
11. Sînt lent într-o mulțime de activități (mîncat, plimbat, băut).								Sînt rapid într-o grămadă de lucruri (mîncat, băut, plimbat, vorbit).
12. Iau lucrurile așa cum sînt.								Sînt întotdeauna nemulțumit de situația prezentă.
13. Îmi exprim în mod deschis sentimentele.								Nu-mi exprim sentimentele.
14. Am multe interese extraprofesionale.								Am puține interese în afara profesiei.
15. Sînt mulțumit cu profesia și cu funcția pe care o ocup.								Sînt nemulțumit cu funcția prezentă; ambițios; doresc o avansare rapidă.
16. Nu-mi stabilesc niciodată propriile date limită pentru ceea ce fac.								Îmi stabilesc deseori propriile date limită în ceea ce fac.
17. Rareori mă simt responsabil.								Întotdeauna mă simt responsabil.
18. Nu judec niciodată lucrurile în termeni de cantitate.								Deseori văd performanța în termeni de cantitate (cît de mult?).
19. Sînt puțin interesat de muncă.								Iau munca foarte în serios. Lucrez în weekend, îmi iau de lucru acasă.
20. Nu acord atenție detaliilor.								Acord o mare atenție detaliilor.

(Interpretarea rezultatelor în pagina 33)

Gabriel Drilea,
student, Universitatea București



Schiță de portret literar – psihologic al timidului

Deși persoane diferite, timizii seamănă între ei ca aspect fizic: stîngăcia, privirea ocolită, mersul caraghios, "pe lîngă ziduri", felul de a se așeza pe marginea scaunului, vocea prea înaltă sau prea joasă, tăcerea tensionată, mimica, gestica, împietrite sau teatrale, manierele, exprimă un numitor comun al timizilor: limbajul corpului.

Încărcătura psihologică comună își pune amprenta pe înfățișarea lor fizică. Înalți sau scunzi, grași sau slabi, timizii pot fi recunoscuți chiar după înfățișare. Poziția spatelui mereu aplecat sub greutatea lumii, mîinile cu care timidul nu știe niciodată ce să facă, strîngerea de mîină defensivă, conversația fragmentară, laconică, semitonă, schizoidă și mai ales tăcerea.

Pe timid îl caracterizează tăcerea. Dar cîte feluri de tăceri cunoaște timidul și le oferă cu generozitate partenerilor? Tăcerea cuminte, supusă,

ascultătoare: tăcere stimulativă pentru ceilalți. Timidul este un bun ascultător. Tăcerea încrunțată, tensionată, agresivă, inhibantă și autoinhibantă. Este blocajul cel mai frecvent la timid. Tăcerea ironică, dezaprobatoare, disprețuitoare cu rol ofensiv. Tăcerea meditativă, filozofică în amonie cu universul, transcendentă. Timidul este un "filozof", un idealist, un spirit nobil, un ateluric. Tăcerea golită de prea multul sens sau mustind de sensuri, tăcerea bruscă sau prelungită este poate în chip paradoxal modul cel mai specific de comunicare al timidului. Limbajul tăcerii. A cunoaște timidul înseamnă a-i înțelege în primul rînd tăcerile. Nici o altă dispoziție a personalității nu este atît de mult marcată de tăcere ca timiditatea. Tăcerea la timizi este generată de singurătatea interioară și din celălalt sens de frică: nevoia de singurătate, plăcerea singurătății și teama de oameni.

Teama ancestrală, matriceală, atavică, de catastrofă, foame, boală, filtrându-se în teama genetic-temperamentală a strămoșilor, se cristalizează în teama personală, inconștientă sau în constructul conștient de teamă: teama de teamă. Teama și nu orice fel de teamă, ci teama de oameni, de prezența sau reprezentarea lor.

Dacă această teamă poate fi reală – o amenințare reală din partea oamenilor –, specifică timidului este amenințarea mai mult imaginară, presupusă, construită.

Timidul se teme de "social" pentru că nu-l cunoaște, nu-l înțelege, nu și-a dezvoltat acel "spirit de turmă" în sensul pozitiv al cuvântului. Fiind un dominant introvert, experiența de grup i-a fost de la început nefavorabilă.

Introvert, autocentrat, neempatic, timidul își creează o imagine falsă asupra socialului – fie îl supraestimează, în sensul că acele comportamente sociale armonioase, eficiente sînt transformate în idoli inaccesibili, de neatîns și ca urmare se conturează complexul de inferioritate socială al timidului –, fie îl subestimează, reducîndu-l la mască, teatralism, manierism, conturîndu-se la timid un complex de superioritate personală.

În ambele cazuri pattern-ul social este grav afectat la timid. În prima ipostază se va simți descoperit în fața socialului. El nu are instrumentele necesare pentru a se raporta la ceilalți. De aceea timidului îi este teamă că nu va fi înțeles bine, că nu va fi apreciat corect, că nu-i va înțelege pe ceilalți, că nu vor putea comunica.

Celălalt, ceilalți îi par atît de diferiți de el, atît de străini, încît se gîndește ce poate avea el în comun cu ei. El știe să zîmbească, să privească interlocutorul în ochi, să întrețină o conversație, totul la ei se desfășoară într-o spontaneitate și o normalitate extrem de curioase pentru timid.

Neîncrederea funciara a timidului în forțele sale, experiența eșecului îl vor conduce la eșec. "Eu nu voi putea niciodată să fiu atît de natural ca ei. Eu mă împiedic, mă bîlbîi, mă înroșesc. Nu voi reuși niciodată."

Supraestimarea socialului se corelează în mod necesar cu subestimarea forțelor proprii. În celălalt caz, timidul subestimează socialul, îl minimalizează, reduce matricea la mască, îngroașă contururile, caricaturizează comportamentele sociale. Dacă în primul caz timidul eșuează într-un individualism împietrit, în al doilea se cantonează într-o socializare forțată, într-un colectivism abrutizant. Timidul caută, dar nu găsește echilibrul între individual și social.

El eșuează, pendulînd între cele două extreme: fie izolîndu-se pînă la narcisism, autism și viață imaginară, fie aruncîndu-se în vîltoarea socialului prin manierism, teatralism, eroism, perfecționism, agresivitate.

Neînțelegînd convenția socială, o neagă sau o exacerbează. Nevoia și fuga de oameni, gustul pentru singurătate și dorința ardentă de sociabilitate, bogăția afectivă și sărăcia sau masca expresivo-comportamentală îi pot conduce la ambivalența socio-afectivă.

Funcția socială a emoției de comunicare, capacitatea empatică a timidului de transpunere în situația interlocutorului sînt grav afectate.

Transpunerea este un risc. Teama de risc, de experiment, de necunoscut este atît de mare la timid, încît el preferă să gîndească viața decît să o trăiască. Trăirea mentală a vieții este strategia pe care timidul o adoptă pentru a se pune la adăpost. El se apără prea tare, își exacerbează simțul autoapărării.

Timidul este un luptător care își pune amura în fiecare dimineață și nu și-o scoate decît la culcare. Numai în somn rămîne descoperit. El se apără atît de tare pentru că este extrem de fragil. Din punct de vedere emoțional, timidul este ca o mimoză. Atingeți-l numai și se va închide în tumul de fildeș, pentru a nu-i fi rănite petelele.

Prea-plinul afectiv, lovindu-se mereu de marginile lumii, se întoarce către sine, într-un reflux continuu, care se autoconsumă și se mistuie în labirintul propriu. Tumul de fildeș al timidului este în interior.

Prea sensibil pentru lumea aceasta, el trăiește într-o lume imaginară și visează la cea reală. Raportul între imaginar și real se inversează. Cu aripile prea mari pentru a putea merge, el "zboară" și de acolo, din înălțimi, deplînge soarta lumii și a lui. Tumul de fildeș îi este refugiu, dar și închisoare: închisoarea dorințelor, tendințelor, aspirațiilor sale către lume, închisoarea avîntului său lumesc. Dincolo de ziduri, nu se aude nici încleștarea armelor – războiul tuturor împotriva tuturor –, nici strigătul disperării, nici chemarea iubirii. Dincolo de ziduri este liniște.

Incendiar în interior și glacial în afară, turnul de fildeș rămîne o lume a oglinzilor care se autorefectă și dau iluzia lumii reale. Timidul știe că aceasta este o iluzie, dar nu se poate desprinde singur din cercul ei vicios. Este ca un dans macabru pe o muzică vrăjită din ritmul căreia nu te poți desprinde.

Muzica nu se mai oprește, iar timidul, prins în tomada ei, se rotește într-un perpetuum mobile înnebunitor, pînă la autodisoluție.

Timidul are nevoie de o zîna bună care să rupă vraja, iluzia. Iar iluzia nu poate fi ruptă decît printr-o altă ILUZIE (psihoterapeutică). ■

Lector Elena Dumitriu,
Universitatea Tehnică
"Gheorghe Asachi"-Iasi

Desigur, la o primă apreciere o astfel de întrebare nu își are locul într-o revistă de psihologie. Și totuși, numeroase date și dezbateri subliniază importanța factorului psihologic într-o serie de afecțiuni sau simptome legate de extinderea consecințelor poluării chimice. O hipersensibilitate chimică, mult discutată în presa medicală de peste ocean, ar fi o consecință biologică, mult individualizată, a poluării chimice. Această problemă de mare actualitate este prezentă pretutindeni în lume, dar numai în Statele Unite a luat amploare; deși acolo nu există partide ecologice, atenția publicului larg este mai mult îndreptată spre poluare și consecințele ei biologice și medicale.

În contextul acestei alerte în masă, încă de acum 15-20 de ani medicii americani au fost confrunțați cu un număr mare, crescând de persoane, aparent sănătoase și active, care acuzau o gamă largă de simptome, cu caracter mai mult sau mai puțin subiectiv, comune multor boli, precum oboseală cronică, dureri de cap, rinite, iritabilitate, dar și depresii psihice, dermite, insomnii, palpitații, dificultăți în respirație. Aceste persoane locuiau în orașe cu zone industriale și cu trafic intens de circulație. Simptomele au un caracter subiectiv evident și nu sînt însoțite de modificări ale examenelor de laborator. Ținînd seama de numărul crescînd de persoane afectate, presa medicală americană și vest-europeană a început să se ocupe de aceste probleme: Alergie la hrană: cît de mult este implicat psihicul (în Lancet, 1983); Implicarea psihiatriei



Există o HIPERSENSIBILITATE LA MEDIU?

În boala secolului XX, un sindrom de alergie totală (în Canadian Journal Medical Association, 1986); Există o boală legată de munca în clădiri? (în Clinical Review Allergy, 1988); Muncitorii cu hipersensibilitate chimică (în Occupational Medicine, 1989).

Am citat doar o mică parte din multitudinea de articole apărute în revistele medicale de largă circulație pentru a sublinia caracterul neclasic al simptomelor, imposibilitatea de a le explica, simptome în care componenta psihică și cea de mediu erau clar implicate. Pe lângă denumirile menționate au mai apărut, tot în reviste medicale de largă circulație, etichetări pentru aceste entități încă nedefinite, cum sînt boală clinică ecologică, boală de mediu, boala secolelor XX și XXI,

boală hipersensibilă de mediu sau alergie cerebrală.

O primă reacție de anvergură a fost inițiată de Centrul de Medicină al Mediului din Dallas, condus de dr. W. J. Rea, prin simpoziioanele internaționale anuale dedicate bolilor produse de factori din mediul înconjurător. Tematica acestor simpoziioane nu cuprindea însă probleme clare de toxicologie sau igiena muncii, existente și la noi, dedicate bolilor profesionale.

În paralel, au început studii intense de biochimie, imunologie, psihologie, pentru a găsi o bază biologică, plauzibilă acestor manifestări. De asemenea, Ministerul Sănătății din SUA a inițiat studii interdisciplinare, prin contracte cu institute specializate. La sfîrșitul anilor '80, s-au con-

Hipersensibilitatea chimică multiplă	Sindromul oboseii cronice	Sindromul celor afectați de clădiri
- Dureri de cap (+ + +)	++	+++
- Rinită (+ + +)	+	++
- Dureri de piept, tuse	Dificultăți respirație	Dificultăți respirație
- Iritabilitate nervoasă (+ + +)	+ → + +	+ → + +
- Insomnii, depresii (+ + +)	+ → + +	+ → + +
- Alergii, intoleranță chimică (+ + +)	+	+ → + +
- Dermite alergice (+ + +)	+	+
- Oboseală (+)	+++	++
- Palpitații, tahicardii (+)	++	++

turat următoarele diviziuni ale acestor manifestări clinice (vezi tabelul): hipersensibilitate chimică multiplă (HCM); sindromul oboseii cronice (SSC); sindromul celor afectați de clădiri (Sick Building Syndrome - SBS).

Astfel, în *hipersensibilitatea chimică*, se distinge aspectul pregnant al reacțiilor alergice, cu implicația modificărilor circulatorii, dermite de contact.

Sindromul oboseii cronice, slăbiciune pînă la epuizare ce poate dura luni și chiar ani de zile, lipsă de concentrare, confuzie, dureri reumatismale și simptome ce seamănă cu cele produse de o gripă virală.

Sindromul celor afectați de clădiri este poate cel mai ciudat. În SUA și Canada, foarte multe firme își au sediul în clădiri fără geamuri, iluminate artificial și cu sistem de aer condiționat. În aceste condiții, o creștere a temperaturii peste 23° C, chiar dacă aerul din interior este mai sănătos decît cel din exterior, produce o iritare aproape generalizată. De asemenea se constată apariția unor simptome asemănătoare pneumoniei.

La persoanele cu HCM se mai constată o frecvență mare de infecție cu *Candida albicans*, prezentă moderat la majoritatea oamenilor.

Astfel de simptome apar mai ales la persoane avînd peste 30 de ani, cu hipersensibilitate ereditară sau dobîndită, cu deficite în alimentație (hrană unilate-rală, cu vitamine puține). Implicația sexului nu este clară și par afectate persoanele cu studii medii și elementare (dr. I. Hertoghe).

Se admite o adaptare a omului la noxele legate, evident, de gradul de industrializare. În 1989, în SUA psihologii au efectuat investigații, pentru o evaluarea gradului de afectare biologică. În acest sens, trebuie amintit că aproximativ 30% din populație prezintă un grad mai mare sau mai mic de hipersensibilitate la mirosuri.

În acest sens, expunerea continuă la substanțe chimice, factori de mediu, chiar în concentrații sau intensități mici, dar zilnic, va determina o adaptare la majoritatea oamenilor (pînă la o anumită limită) sau modificări imperceptibile la nivel celular. Cele mai sensibile celule la un astfel de stres sînt leucocitele, în special limfocitele T. Perturbările nervoase apar înaintea celor imunitare și prezintă mari variații individuale, atît în ceea ce privește consecințele biologice, cît și exprimarea lor. Personal, am măsurat emisia chemilumi-

nescență a fagocitelor, găsind o creștere mult semnificativă la persoanele cu stres psihic. De altfel există o afectare reciprocă între modificările echilibrului sistemului nervos central și capacitatea sistemului imunitar. Interdependența dintre sistemul nervos și imunitate se oglindește clar în rezistența la infecții.

După dr. W. Meggs de la Universitatea din Greenville, N.C., HCM ar fi o inflamație neurogenică prin hiperstimularea neuronală, conform dr. C.S. Muller de la Universitatea din San Antonio, Texas, expunerea continuă, la stres chimic produce o alertă a sistemului nervos central, în special a sistemului limbic, cu repercusiuni directe asupra sistemului imunitar. Scăderea tonusului nervos, în paralel cu micșorarea rezistenței la infecții, poate duce la indispoziții generale sau afectarea unuia sau mai multor organe. Această afectare, mult individualizată, poate dura pe fondul unei lupte accelerate a organismului pentru adaptare sau dimpotrivă să creeze condiții favorabile apariției așa-ziselor boli degenerative: cardiovasculare, reumatism, cancer, colagenoze etc. ■

Dr. Radu Olinescu,
Spitalul Fundeni

Testul "petelor de cerneală" (RORSCHACH)

Autorul acestei probe proiective, **Herman Rorschach** (născut la Zürich în 1884, mort în 1922), este unul dintre reprezentanții de marcă ai școlii psihiatrice elvețiene de la sfârșitul secolului trecut și începutul secolului nostru.

Sub influența marelui biolog Haeckel, Rorschach a optat pentru studii medicale, deși făcuse dovada unor aptitudini deosebite pentru desen. În perioada 1904 - 1909 a studiat la Neuchâtel, Berlin, Berna, Zürich. După terminarea studiilor în medicină s-a specializat în psihiatrie și a lucrat la clinica universitară din Zürich, condusă de Eugen Bleuler (medicul psihiatru care a pus în circulație termenul *schizofrenie*). Între 1909 - 1913 a frecventat cercul de psihanalști din Zürich (Bleuler, Jung, Binswanger, Pfister). Din 1915 și pînă în 1920 a lucrat ca medic în câteva spitale de boli cronice. În activitatea sa, în tratamentul afecțiunilor psihice a aplicat el însuși psihanaliza. Preocupările susținute în acest domeniu au condus la alegerea lui ca vicepreședinte al Societății Elvețiene de Psihanaliză, fondată în 1919.

Încă de la începutul specializării și activității sale în psihiatrie, Rorschach a fost în mod evident influențat de concepțiile asistentului-tui Bleuler (devenit apoi medicul șef al clinicii psihiatrice universitare), nimeni altul decât celebrul psiholog și psihiatru de mai târziu, Carl Gustav Jung. În perioada respectivă, la clinica din Zürich, Jung făcea experimente cu *testul său asociativ verbal* și încerca, pentru prima dată, să aplice concepția psihanalitică în *tratamentul psihozelor*.

În 1918, Rorschach a conceput planșele testului ce-i poartă numele, iar în 1921 a publicat lucrarea "Psychodiagnostik". După puțin timp de la publicarea acestei lucrări, în 1922, a încetat din viață prematur, la numai 38 de ani. Apariția lucrării "Psychodiagnostik" a constituit un eșec asemănător celui înregistrat de Freud cu "Interpretarea viselor". Abia după aproximativ zece ani de la moartea părintelui său, *testul "petelor de*

cerneală" (după cum mai este cunoscut testul lui Rorschach) este reluat de diverși specialiști și începe să se răspîndească: în Suedia, Binder adaugă la gama răspunsurilor pe cele *clar-obscur*; în 1936 testul este introdus în SUA de către Beck, iar Klopfer înfilnțează la New York, în 1939, Institutul Rorschach.

Rorschach, excelent desenator, pasionat avizat de pictură, la început s-a interesat de maniera în care pacienții săi reacționează la "*petele de cerneală*", comparînd apoi răspunsurile acestora cu cele ale subiecților normali. În urma analizelor făcute, a constatat că percepția vizuală a indivizilor este puternic influențată de *personalitatea lor*. Astfel, în timp ce răspunsurile care se concentrează, în special, pe *culoare* sînt legate de *extratensivitate* (derivat din terminologia lui C.G. Jung, acest termen a fost introdus de H. Rorschach pentru a caracteriza tipul de individ a cărui viață este orientată mai ales către lumea exterioară și care este capabil să stabilească foarte ușor contacte sociale și afective), cele ce sînt bazate pe *mișcare*, pe *situațiile animate* și de *introversivitate*.

După ce a utilizat mai multe variante și a elaborat suportul teoretic pentru interpretarea "petelor" sale (care nu sînt, cum s-ar putea crede, rezultatul unui simplu hazard, ci al unei selecții efectuate cu grijă după numeroase studii și experiențe), Rorschach s-a oprit la actuala formă a testului, care constă din zece planșe - cinci negru-alb, două negru-alb-roșu, trei divers colorate. Planșele au formă dreptunghiulară și pe fiecare dintre ele este imprimată o imagine asemănătoare cu o pată de cerneală de formă neregulată, dar simetrică de-a lungul axului ce o străbate în plan vertical. Fiecare pată a fost concepută în conformitate cu un conținut simbolic dificil de observat la prima vedere, dar de natură să suscite reacții și răspunsuri semnificative referitoare la personalitatea celui investigat.

Planșele, numerotate de la I la X, sînt prezentate subiectului, în ordine, ca material-stimul. Durata unei investigații cu testul Rorschach este, în medie, între treizeci de minute și două ore (probă și anchetă). Cele



zece planșe au nu numai o *semnificație analitică*, ci și o *semnificație arhetipală*. După D. Anzieu și Mireille Monod semnificația analitică a planșelor este următoarea: I - *angoasa pierderii obiectului*; II - *scena primitivă, cuplul originar*; III - *situația oedipiană*; IV - *Supraeul patern*; V - *imaginea mamei falice*; VI - *bisexualitatea*; VII - *separarea de partenerul matern*; VIII - *mediul exterior, străin de familie*; IX - *pulsiunea morții*; X - *angoasa de divizare, de distrugere a ansamblului, cu păstrarea posibilității de reîntregire și reglare*.

Semnificația arhetipală a planșelor lui Rorschach - după McCully - următoarea: I - *autoritate feminină matriarhală*; II - *ideea nașterii, continuitatea vieții, elemente bisexuale, separarea originară om-animă*; III - *complexele personale, psihismul individual profund*; IV - *principiul masculin, puterea, virilitatea*; V - *psihismul personal primar, imaginea de sine*; VI - *funcționarea principiului masculin, învestirea energiei masculine*; VII - *arhetipul feminității, energia și funcționarea principiului feminin*; VIII - *disponibilitățile adaptative ale subiectului, natura lor, lumea exterioară mediului familial, străină*; IX - *transpersonalul, uniunea marilor categorii de opoziție, angoasa morții*; X - *arhetipul sursă, inconștientul, principiul inconștientului în accepție lărgită (sursa inconștientă, profund-simbolică, principiul marin, acvatic)*.

Protocoloalele la testul Rorschach se pretează atât la o analiză *cantitativă*, dar și *calitativă*, ultima modalitate de interpretare fiind, evident, mult mai importantă.

Sub aspect cantitativ sînt luate în considerare: numărul total al răspunsurilor - R; timpul total pentru răspunsuri - T; timpul pen-

tru fiecare răspuns - T/R. Din perspectivă calitativă, interpretarea va urmări: localizarea răspunsurilor, dacă acestea se referă la toată planșa, sînt globale (G), sau numai la detalii (D); factorul determinant al răspunsului - forma (F), culoarea (C), mișcarea (K) și clar-obscurul, care poate fi difuz (Clob) sau detaliat (estompaj - E); conținutul sau registrul tematic al răspunsului - animal (A), uman (H), anatomic (Anat) etc.; banalitate (Ban) sau originalitate (Orig).

Testul Rorschach reprezintă mult mai mult decît un exercițiu de imaginație; cu ajutorul lui se poate realiza un diagnostic aprofundat al personalității din perspectivă intelectuală, afectivă și comportamentală.

Spre deosebire de testele de inteligență, ceea ce se surprinde cu acest test vizează mai puțin posibilitățile intelectuale ale individului și mai mult randamentul efectiv al inteligenței. Dintre dimensiunile afectivității, puse în lumină de răspunsurile la planșele testului, reținem impulsivitatea (agresivitatea), labilitatea emoțională, controlul asupra emoțiilor, anxietatea, angoasa nevrotică ș.a. Comportamentul este evaluat în funcție de mai mulți factori - realism, adaptare, contacte umane etc.

În ciuda dificultăților de interpretare și a timpului necesar pentru aceasta (de la cîteva ore pînă la o jumătate de zi pentru fiecare protocol), "testul petelor de cerneală" este unul dintre cele mai răspîndite teste de personalitate din lume. În plus, pentru a i se evidenția noi valențe a făcut și face obiectul unui număr extraordinar de mare de cercetări și lucrări. ■

Psiholog **Niculae Lăudatu**

Original sau conformist?

Știi cum să vă apărați opiniile sau preferați să vă raliați părerilor majorității? Iubiți provocarea sau preferați să treceți neobservat? Rezolvați testul de mai jos și veți afla, poate, răspunsul.

1. După părerea dv., ar trebui ca opiniile personale să fie:

- a. Apărate cu încăpăținare în orice împrejurare.
- b. Exprimate numai dacă reflectă părerile majorității.
- c. Exprimate, dar cu diplomație.

2. Vă este prezentat cineva. Ce faceți?

- a. Căutați să faceți o impresie bună.
- b. Încercați să atrageți atenția asupra dv.
- c. Nu întreprendeți nimic pentru a vă face simpatic.

3. Care dintre următoarele afirmații vă pare mai veridică?

- a. Un cuplu fericit are multe afinități.
- b. O femeie poate iubi doi bărbați în același timp.
- c. Un cuplu care își petrece separat concediul are probleme.

4. În apartamentul dv. este mare dezordine, iar niște prieteni sună la ușă. Ce faceți?

- a. Inventezi un pretext pentru a nu deschide.
- b. Vă cereți scuze, dar îi primiți.
- c. Nu vă simțiți deloc jenat.

5. Care dintre următoarele afirmații vi se potrivește?

- a. A-i face pe alții să ridă nu este specialitatea dv.
- b. Știi să-i faceți pe alții să ridă.
- c. Nu vă face plăcere să fiți tachinat.

6. Doctorul dv., despre care presupuneți că ar avea o viață de familie fericită, are o amantă. Care este părerea dv.?

- a. Îl stimați la fel de mult.
- b. Îl apreciați în continuare din punct de vedere profesional, dar își pierde stima dv. pe plan moral.
- c. Pentru dv. nu mai reprezintă nimic.

7. Vă aflați la o petrecere și vă distrați foarte bine. Partenerul vă propune să plecați. Un prieten se oferă să vă conducă acasă ceva mai târziu. Ce faceți?

- a. Insistați ca partenerul să rămână.
- b. Acceptați propunerea prietenului.
- c. Vă resemnați și plecați imediat.

8. O prietenă, cu o viață sentimentală tumultuoasă, se hotărăște să se căsătorească cu un

bărbat mai tânăr decât ea. Care este părerea dv.?

- a. Se iubesc foarte mult și vor fi, poate, fericiți.
- b. Ea l-a "vrăjit", profitând de naivitatea lui.
- c. Un cuplu de acest gen nu poate dura.

9. După părerea dv., viața ar putea fi comparată cu:

- a. Un tren care aleargă pe șine.
- b. O grădină în care în fiecare zi înflorește un trandafir.
- c. Un arbore supus succesiunii anotimpurilor.

10. Care este, după părerea dv., situația cea mai puțin gravă?

- a. El v-a înșelat o dată și prietenii dv. știu asta.
- b. El v-a înșelat de trei ori, dar nu a aflat nimeni.
- c. El nu v-a înșelat niciodată, dar toată lumea crede contrariul.

11. Fetita dv. de șase ani se joacă "de-a doctorul" cu un băiețel de vîrsta ei. Ce faceți?

- a. Îl certați pe băiat înainte de a discuta cu fiica dv.
- b. O certați pe fetiță, explicându-i că anumite lucruri nu se fac.
- c. Sînteți înțelegătoare deoarece știți că nu este vorba decât de un joc nevinovat.

12. Nu purtați niciodată îmbrăcăminte:

- a. Pe corp.
- b. Demodată.
- c. "Tinerească".

13. Ați primit o educație sexuală:

- a. Puțin refulată.
- b. Mai degrabă deschisă.
- c. Foarte rigidă și represivă.

14. Căsătoria între sexagenari este, după părerea dv.:

- a. Ceva ce vă face să rîdeți.
- b. Vă inspiră un sentiment de tandrețe.
- c. Vă pare anacronică și absurdă.

15. Prietenii vă invită la cinema, dar dv. ați dori să petreceți o seară liniștită, acasă. Ce faceți?

- a. Refuzați, spunînd că sînteți obosiți.
- b. Refuzați, pretextînd că sînteți ocupată.
- c. Acceptați, pentru a nu-i decepționa.

Calculați-vă punctajul cu ajutorul tabelului de mai jos:

Nr.	a	b	c	Nr.	a	b	c
1	5	1	3	9	1	5	3
2	1	3	5	10	2	0	5
3	1	5	2	11	0	2	5
4	1	3	5	12	1	2	5
5	2	5	0	13	2	4	1
6	5	2	0	14	3	5	1
7	2	5	1	15	5	2	1
8	5	1	2				

Dacă ați obținut:

60 de puncte și mai mult. Vă place să ieșiți din comun. Aveți o personalitate puternică și sînteți gata să luptați cu banalitatea și stereotipurile. Nonconformist(ă), alegeți în mod deliberat drumurile nebătute; părerea celorlalți nu vă preocupă. Rezultatul: un caracter deschis, capabil să înțeleagă și să justifice slăbiciunile celorlalți și gata mereu să accepte situațiile neobișnuite.

Între 45 și 60 de puncte. Refuzați conformismul și locurile comune. Personalitatea dv. nu se lasă influențată în mod excesiv. Sînteți "original" în măsura în care vă deosebiți de "banal". Totuși aveți tendința de a nu atrage prea mult atenția asupra dv. Acceptați

faptul că trăiți în societate, în contact cu ceilalți, și vă adaptați împrejurărilor folosind diplomația și adoptînd comportamente care reflectă voința majorității.

Între 25 și 44 de puncte. Vă potriviți comportamentul după al celorlalți, admirînd în același timp persoanele care se disting prin originalitate și cărora nu le prea pasă de alte păreri. Păreri care însă sînt foarte importante pentru dv. în asemenea măsură încît încercați să oferiți despre dv. numai imaginea așteptată. Aprobarea celor din jur, anumite reguli sociale vă sînt necesare. Nu vă lipsește personalitatea, dar vă complaceți în scheme rigide.

Mal puțin de 25 de puncte. Ați primit, probabil, o educație mai degrabă rigidă. Vă este teamă să deviați de la ceea ce considerați a fi "normalitate" deoarece vă lipsesc punctele de reper. Aveți nevoie de un stil de viață "standard". Nu numai că nu înțelegeți persoanele care gîndesc diferit și care atrag atenția prin originalitatea lor, dar le priviți cu ochi critic. Aveți grijă totuși să nu-i vorbiți de rău pe cei cărora, în realitate, doriți să le semănați. ■

Traducere și adaptare:
Lia Decei

Comportamentul de tip A și riscul unei boli cardiovasculare

(Urmare din pag. 25)

Scorul se obține făcînd suma tuturor valorilor acordate pentru fiecare pereche de afirmații.

Interpretarea rezultatelor chestionarului

Dacă ați obținut un scor de:

110 - 140 Tip A1

Dacă mai sînteți și fumător și aveți peste 40 de ani, există un înalt risc ca dumneavoastră să dezvoltați o tulburare cardiovasculară.

80 - 109 Tip A2

Sînteți predispus tulburărilor cardiovasculare, însă riscul e ceva mai mic decît la tipul A.

60 - 79 Tip AB

Mixaj de comportamente A și B. Deși mai sănătos decît cele anterioare, trebuie să

recunoașteți existența unei potențiale căderi în tipul A.

30 - 59 Tip B2

Sînteți în general relaxat și faceți față situațiilor stresante. Risc redus al unor tulburări cardiace.

0 - 29 Tip B1

Comportamentul dv. e foarte rar asociat cu tulburările cardiace.

Dacă punctajul vă așază într-una din primele trei categorii, nu ezitați să:

- reduceți sau renunțați la fumat
- consumați alimente cu conținut redus în colesterol
- vă odihniți și vă relaxați în mod corespunzător

- discutați cu cardiologul și cu psihologul, pentru a elabora un program profilactic sau terapeutic (după caz). ■



Spre sfârșitul anilor '50, apariția unui studiu datorat lui James Vicary trezește interesul unor oameni de afaceri, dar și multor psihologi. O nouă problemă apăruse pentru știință - a percepției subliminale - adică aceea a posibilității înregistrării de către creier a unor semnale fizice aflate sub pragul percepției (deci neconștientizate), ca și a posibilității de a influența, într-un fel oarecare, la fel de neconștientizat, comportamentul uman.

Acel studiu (de marketing) a fost făcut într-un cinematograful oarecare din New Jersey, având, ca punct de pornire, un experiment de tip psihologic: pe fondul unui film care-și urma cursul obișnuit, pe ecran, erau transmise, din când în când, prin intercalare, mesaje verbale cu o durată de prezentare mai rapidă decât aceea necesară pentru a le putea percepe și reține în mod conștient: "eat popcorn" sau "drink Coke". Întrucât vânzările de floricele și de Coca-Cola au crescut cu destule procente la cinematograful respectiv, s-a pledat pentru o legătură între acele mesaje subconștiente și creșterea vânzărilor în cauză. Fără a se mai examina și alți factori cu posibile implicații în creșterea vânzărilor în magazine, s-a pornit rapid (potrivit ritmului vieții în această țară) la un nou gen de afaceri. Este vorba despre influențarea deciziilor de moment ale cumpărătorilor potențiali prin mesaje de avertizare sau de tip reclamă de care aceștia nu aveau cunoștință. Iată câteva exemple.

Pe fondul unei muzici moderate, în magazine se transmiteau mesaje nediscriminabile, datorită bruiajului muzical sau al vitezei mari de prezentare, cum ar fi: "consumați x"... "y este nemaipomenit" etc. Sau pentru a descuraja furțile din magazine: "dacă furi, vei fi prins" ș.a.

O stație de radio din Seattle transmite prin eter, intercalând pe fondul unei muzici, mesaje auditive cu o prezentare foarte rapidă, având, ca destinație finală, lupta concurențială: "programele celor de la TV sînt plicticoase" etc.

Societatea Expando-Vision pune la punct un program de influențare (neconștientizată) a telespectatorilor, vizînd modificarea unor comportamente. Utilizînd mesaje vizuale în flashuri rapide, subliminal (1/30/s), încît recepția nu poate fi înțeleasă, seturi de mesaje sînt intercalate (de un computer la fiecare 2,5 minute) cu conținutul unor videoclipuri. Seturile de sugestii subconștiente vizează anumite obiective psi-

Percepția subliminală (I)

hoterapeutice: scăderea alcoolismului, a fumatului, a stresului zilnic, creșterea încrederii în sine. De exemplu, frazele subliminale: "sînt hotărît", "mînc mai puțin", "sînt svelt" etc. - reprezintă sfătuitoarea

necunoscut care sugerează individului supraponderal imaginile cîștigului mult dorit, ca pornind dintr-o motivație proprie.

Destui manageri de magazine, consilieri de marketing opinează că influențele subliminale sînt acelea care par a acționa, cu destulă eficiență, favorizînd un comportament dorit.

Toate aceste încercări aplicative nu puteau să nu atragă atenția (psihologiei teoretice și experimentale în primul rînd), printr-o abordare treptată a problemicii în cauză, aflată pe terenul experimental riguros al cercetărilor de profesie. Intervenția unei viziuni științifice a fost necesară din mai multe puncte de vedere:

- *Prea multe întrebări rezultate din întîmplări ca acelea de mai sus necesitau răspunsuri verificabile, valide.* Astfel, semnalele subliminale pot fi cu adevărat înregistrate de către creier fără ca individul să aibă cunoștință? Dacă acestea se întîmplă totuși, pot ele avea vreo influență concretă asupra comportamentului individului? Cît de mare și stabilă poate fi această influență? Poate ea acționa și împotriva convingerilor individului? Respectiv influențele comportamentale nu pot fi, în fapt, efectul altor factori din context, care nu au fost controlați?

- *Prea multe interese erau în joc referitor la această zonă, în parte necunoscută, a sensibilității umane care acționează aparent fără un agent concret și fără a lăsa vreo urmă.* Perioada în care a luat avînt problematica influențării subliminale era, întîmplător, aceeași cu perioada penetrării propagandei comuniste în SUA și cu reacțiile, chiar la nivel parlamentar, împotriva acesteia. Apar deci și întrebări cum ar fi: influențele subliminale pot fi minuite propagandistic, în interes politic? Dar în domeniul luării unor decizii de interes vital, național? Dar în domeniul militar?

Despre răspunsul pe care psihologia științifică l-a putut da una dintre aceste întrebări, vom reveni în numărul viitor al revistei.

(Va urma)

Dr. Ion Ciofu,
Institutul de Psihologie

PSIHOTESTE

Губіт оцятров

Cunoaște-te pe tine însuși!

Nosce te ipsum!

Lern dich selbst zu kennen!

Connais-tu toi même!

Know yourself!



SOCIETATEA
ȘTIINȚĂ & TEHNICĂ S.A.

A apărut volumul PSIHOTESTE

Sub îndemnul „Cunoaște-te pe tine însuși!”, volumul reunește peste 100 de probe de autocunoaștere a personalității sub raportul creativității, inteligenței, echilibrului emoțional, capacității de umanizare a relațiilor interpersonale etc.

Relații la telefoanele:
617 72 44; 617 58 33

DACIA 1325 LIBERTA

DACIA 1325 LIBERTA îmbunătățește gama de fabricație DACIA, oferind un confort sport; are un aspect plăcut, marcat de o aleasă suplețe.

Solicitat pe piețe de export, este livrat în același timp și pe piața românească.

FIȘA TEHNICĂ

Motor:

- Cilindree: 1 397 cm³
- Raport de compresie: 9:1
- Cutie de viteze: 5 trepte
- Putere: 62 CP
- Viteză maximă: 145 km/h
- Consum: regim 90 km/h = 6,4 l
regim urban = 9,4 l

PUBLICITATE



SOCIETATEA
ȘTIINȚĂ & TEHNICĂ S.A.

Societate cu capital de stat funcționând sub egida Ministerului Cercetării și Tehnologiei, înmatriculată în Registrul Comerțului cu nr. J/40/6775/1991.

Consiliul de administrație

Ioan Albescu, Gabriela Buliga, Constantin Petrescu

PSIHOLOGIA Anul IV Nr. 1 (17)

Revistă editată de Societatea „Știință & Tehnică” SA
în colaborare cu Asociația Psihologilor din România.
Președinte: prof. univ. dr. **Mihai Golu**

REDACTOR-ȘEF: **Adina Chelcea**

DTP: **Marius Buruianu**

CORECTURĂ: **Lia Decei**

DIFUZARE: **Cornel Daneliuc, Laurențiu Grosu**
(telefon: 617 72 44 sau 617 60 10, interior 1151)

ADRESA REDACȚIEI: Piața Presei Libere nr. 1,
București, cod 79781

TELEFON: 617 72 44 sau 617 60 10,
interior 1151 sau 1208. FAX: 617 58 33

CONSULTANȚI ȘTIINȚIFICI: prof. univ. dr.
Septimiu Chelcea, lector dr. **Irina Holdevici**,
dr. **Stroe Marcus**, dr. **Ion Mânzat**, dr. **Grigore**
Nicola, dr. **Aurora Perju-Liiceanu**, lector dr.
Mihaela Roco

TIPARUL: Tipografia INTERGRAPH

TELEFON: 769 35 68

Paginile evidențiate cu sigla MTS sînt realizate în
colaborare cu Ministerul Tineretului și Sportului.



35

ISSN 1220-689X

Preț: 200 lei

