UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ ȘTIINȚE SOCIALE

CONSORȚIU: Universitatea de Stat din Moldova (USM), Universitatea de Stat „Alecu Russo‖ din Bălți (USARB), Universitatea de Stat „Bogdan Petriceicu Hașdeu‖ din Cahul (USC)

Cu titlu de manuscris
C.Z.U: 159.944.4:159.922.63(043.3)

POPESCU MONICA-ANDREEA

SCHEMELE COGNITIVE ȘI MECANISMELE DE COPING LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

SPECIALITATEA 511.01 - PSIHOLOGIA GENERALĂ

Teză de doctor în psihologie

Autor: _____ **POPESCU Monica- Andreea**

Conducător științific: _____ **POTÂNG Angela, doctor în psihologie, conferențiar universitar**

CHIȘINĂU, 2025

© Popescu Monica-Andreea , 2025

CUPRINS

ADNOTARE.....5
ANNOTATION..... 6
АННОТАЦИ 7
LISTA ABREVIERILOR 8
LISTA TABELELOR, FIGURILOR.....9
INTRODUCERE.....12

CAPITOLUL 1. ABORDĂRI TEORETICE ALE SCHEMELOR COGNITIVE, ALE MECANISMELOR DE COPING ȘI STĂRII DE BINE PSIHOLOGICE LA VÂRSTA A TREIA

1.1 Specificul schemelor cognitive la vârstnici 22
1.2 Particularitățile mecanismelor de coping la vârsta a treia 32
1.3 Caracteristici ale stării de bine psihologice la vârstnici.....40
1.4 Concluzii la capitolul 1..... 47

CAPITOLUL 2. CERCETAREA PRIVIND SCHEMELE COGNITIVE DEZADAPTATIVE TIMPURII, MECANISMELE DE COPING ȘI STAREA DE BINE LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

2.1 Organizarea cercetării și descrierea metodelor experimentale.....49
2.2 Specificul schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping la diferite stadii ale vârstei a treia. 60
2.3 Manifestările dimensiunii afective în funcție de factorii cognitivi și comportamentali..... 92
2.4 Manifestările mecanismelor de coping și a stării de bine psihologice în funcție de schemele cognitive dezadaptative timpurii la vârstnici 102
2.5 Concluzii la capitolul 2..... 116

CAPITOLUL 3. INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ PRIVIND REMEDIEREA SCHEMELOR COGNITIVE DEZADAPTATIVE TIMPURII ȘI DEZVOLTAREA MECANISMELOR DE COPING ADAPTATIV

3.1 Metodologia implementării programului de intervenție psihologică.....120
3.2 Caracteristicile programului privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ.....124
3.3 Prezentarea și interpretarea rezultatelor privind programul de intervenție.....135
3.4 Concluzii la capitolul 3..... 141
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI.....143
BIBLIOGRAFIE.....149

ANEXE

Anexa 1- Instrumente de cercetare și interpretare cantitativă.....181
Anexa 2. Formulare de consimțământ informat 197
Anexa 3. „Scala de evaluare a programului de intervenție psihologică pentru vârstnici‖.....199
Anexa 4. Date statistice privind cercetarea nonexperimentală 201
Anexa 5. Date statistice privind valorile variabilelor în faza pretest.....279
Anexa 6. Date statistice privind valorile variabilelor în faza posttest 285
Anexa 7. Prezentarea ședințelor de intervenție psihologică..... 296
DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII.....316
CURRICULUM VITAE.....317

ADNOTARE

Popescu Monica-Andreea. Schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia.
Teză de doctor în psihologie, Chișinău, 2025

Structura tezei. Teza este formată din introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie cu 258 titluri și 7 anexe. Volumul tezei are 137 de pagini text de bază, 37 de tabele și 14 figuri. Rezultatele obținute în cadrul cercetării sunt publicate în 12 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: scheme cognitive dezadaptative timpurii, mecanisme de coping, stare de bine psihologică, vârsta a treia, program de intervenție psihologică.

Scopul lucrării constă în identificarea tipurilor de scheme cognitive dezadaptative timpurii, a mecanismelor de coping și a stării de bine la persoanele de vârsta a treia și implementarea unui program de intervenție psihologică în vederea schimbării schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, pentru creșterea nivelul stării de bine psihologice percepute.

Obiectivele cercetării: Analizarea literaturii de specialitate în domeniul psihologiei persoanelor de vârsta a treia în vederea delimitării aspectelor teoretice relevante pentru elaborarea și desfășurarea studiului experimental privind schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine; identificarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping care se întâlnesc la diferite stadii ale vârstei a treia; identificarea diferențelor la nivelul schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping, în funcție de aspectele demografice (gen, stadiul vârstei a treia, mediul de trai, statusul familial) și a nivelului stării de bine percepute; stabilirea relației dintre schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia; elaborarea profilurilor psihologice ale vârstnicilor privind schemele cognitive dezadaptative din prisma mecanismelor de coping și a stării de bine psihologice; elaborarea și aplicarea unui program de intervenție psihologică privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, în vederea îmbunătățirii stării de bine psihologice.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor cercetării constau în identificarea factorilor psihologici de ordin cognitiv și comportamental care determină resimțirea unei stări de bine și o îmbătrânire de calitate; elaborarea unui program psihologic de intervenție pentru vârstnici, bazat pe identificarea și înțelegerea originii schemelor cognitive dezadaptative timpurii, pe remedierea acestora și îmbunătățirea stilurilor de coping adaptativ.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante: Determinarea particularităților dimensiunilor comportamentale și afective ale vârstnicilor din perspectiva schemelor cognitive dezadaptative timpurii. Identificarea diferențelor demografice în privința manifestării cogniției și comportamentului la persoanele în vârstă. Crearea profilurilor psihologice bazate pe relația dintre mecanisme de coping și schemele cognitive dezadaptative timpurii. Implementarea unui program de intervenție psihologică pentru identificarea și educarea schemelor cognitive dezadaptative și a strategiilor de coping, prin care se va îmbunătăți și starea de bine psihologică a vârstnicilor.

Semnificația teoretică a lucrării este reprezentată de clarificarea cadrului teoretic privind conceptele de schemă cognitivă din perspectiva interrelației cu mecanismele de coping, evidențiind factorii psihologici care determină starea de bine psihologică și, respectiv, o îmbătrânire optimă. Cercetarea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping la vârstnici aduce o contribuție semnificativă asupra înțelegerii schimbărilor în maniera în care indivizii răspund la provocările vieții pe măsură ce îmbătrânesc. Aceasta oferă perspective teoretice privind modul în care experiențele anterioare și adaptările la schimbările de viață pot influența în timp dezvoltarea cognitivă și emoțională.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în faptul că rezultatele obținute servesc drept bază de bune practici pentru sănătatea mintală a vârstnicilor, prin validarea unui program de intervenție psihologică ce va acționa asupra schemelor cognitive dezadaptative și a copingului, astfel încât vârstnicii să reușească să își adapteze modul în care gândesc și se comportă pentru a beneficia de o îmbătrânire de calitate. De asemenea poate fi un punct de pornire în integrarea tehnologiilor avansate precum neuroimagistica, care aduce noutate în cercetarea schemelor cognitive la persoanele în etate, oferind perspective mai detaliate asupra schimbărilor în activitatea cerebrală legate de aceste scheme și a relațiilor dintre factorii psihologici și starea de bine.

Implementarea rezultatelor științifice. Rezultatele acestui studiu pot fi utilizate în procesul de formare continuă a specialiștilor care se ocupă de oferirea serviciilor medicale, sociale și comunitare și care au nevoie de suport teoretic, metodologic și practic, precum și de un context normativ instituțional care să-i încurajeze să adopte practici profesionale relevante și eficiente pentru această categorie a populației.

ANNOTATION

Popescu Monica-Andreea. Cognitive schemes and coping mechanisms in elderly people. PhD thesis in psychology, Chișinău, 2025

Thesis structure. The thesis consists of introduction, 3 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography with 258 titles and 7 appendices. The volume of the thesis has 137 pages of basic text, 37 tables and 14 figures. The results obtained during the research are published in 12 scientific works.

Keywords: early maladaptive cognitive schemes, coping mechanisms, psychological well-being, third age, psychological intervention program.

The aim of the paper is to identify the types of early maladaptive cognitive schemas, coping mechanisms and well-being in older people and to implement a psychological intervention program in order to change early maladaptive cognitive schemas and develop adaptive coping mechanisms, in order to increase the level of perceived psychological well-being.

Research objectives: Analyzing the specialized literature in the field of psychology of the elderly in order to delineate the relevant theoretical aspects for the development and conduct of the experimental study on early maladaptive cognitive schemes, coping mechanisms and well-being; identifying early maladaptive cognitive schemes and coping mechanisms that occur at different stages of the elderly; identifying differences in early maladaptive cognitive schemes and coping mechanisms, depending on demographic aspects (gender, stage of the elderly, living environment, family status) and the level of perceived well-being; establishing the relationship between early maladaptive cognitive schemes and coping mechanisms in the elderly; developing psychological profiles of the elderly regarding maladaptive cognitive schemes from the perspective of coping mechanisms and psychological well-being; developing and implementing a psychological intervention program to remediate early maladaptive cognitive schemas and develop adaptive coping mechanisms, in order to improve psychological well-being.

The novelty and scientific originality of the research results consist in identifying the cognitive and behavioral psychological factors that determine the feeling of well-being and successful aging; developing a psychological intervention program for the elderly, based on identifying and understanding the origin of early maladaptive cognitive schemas, on remediating them and improving adaptive coping styles.

The obtained results contribute to solving the important scientific problem: Determining the peculiarities of the behavioral and affective dimensions of the elderly from the perspective of early maladaptive cognitive schemes. Identifying demographic differences in cognition and behavior in older adults. Creating psychological profiles based on the relationship between coping mechanisms and early maladaptive cognitive schemas. Implementation of a psychological intervention program to identify and educate maladaptive cognitive schemes and coping strategies, which will also improve the psychological well-being of the elderly.

The theoretical significance of the paper is represented by the clarification of the theoretical framework regarding the concepts of cognitive schema from the perspective of the interrelationship with coping mechanisms, highlighting the psychological factors that determine psychological well-being and, respectively, optimal aging. Research on maladaptive cognitive schemas and coping mechanisms in the elderly makes a significant contribution to understanding changes in the way individuals respond to life's challenges as they age. This provides theoretical insights into how prior experiences and adaptations to life changes can influence cognitive and emotional development over time.

The applied value of the research lies in the fact that the results obtained serve as a basis for good practices for the mental health of the elderly, by validating a psychological intervention program that will act on maladaptive cognitive schemas and coping, so that the elderly manage to adapt the way they think and behave in order to benefit from successful aging. It can also be a starting point in the integration of advanced technologies such as neuroimaging, which brings novelty to the research of cognitive schemas in the elderly, providing more detailed insights into the changes in brain activity related to these schemas and the relationships between psychological factors and well-being.

Implementation of scientific results. The results of this study can be used in the process of continuous training of specialists who are in charge of providing medical, social and community services and who need theoretical, methodological and practical support, as well as an institutional normative context that encourages them to adopt relevant and effective professional practices for this population category.

АННОТАЦИЯ

Попеску Моника-Андрея. Когнитивные схемы и копинг-механизмы у лиц пожилого возраста

Диссертация на соискание ученой степени доктора психологии, Кишинев, 2025

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, 3 глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии из 258 источников и 7 приложений. Объем диссертации составляет 137 страниц основного текста, 37 таблиц и 14 рисунков. Результаты, полученные в ходе исследования, опубликованы в 12 научных работах.

Ключевые слова: ранние дезадаптивные когнитивные схемы, копинг-механизмы, психологическое благополучие, пожилой возраст, программа психологического вмешательства.

Цель работы заключается в выявлении типов ранних дезадаптивных когнитивных схем, копинг-механизмов и состояния благополучия у лиц пожилого возраста, а также в реализации программы психологического вмешательства с целью изменения ранних дезадаптивных когнитивных схем и развития адаптивных копинг-механизмов для повышения уровня субъективно переживаемого психологического благополучия.

Задачи исследования: Анализ специальной литературы в области психологии лиц пожилого возраста с целью выделения теоретических аспектов, релевантных для разработки и проведения экспериментального исследования по ранним дезадаптивным когнитивным схемам, копинг-механизмам и благополучию; выявление ранних дезадаптивных когнитивных схем и копинг-механизмов, встречающихся на различных стадиях пожилого возраста; выявление различий в уровне ранних дезадаптивных когнитивных схем и копинг-механизмов в зависимости от демографических характеристик (пол, стадия пожилого возраста, среда проживания, семейный статус) и уровня субъективного благополучия; установление взаимосвязи между ранними дезадаптивными когнитивными схемами и копинг-механизмами у лиц пожилого возраста; разработка психологических профилей пожилых людей в отношении дезадаптивных когнитивных схем с позиции копинг-механизмов и психологического благополучия; разработка и применение программы психологического вмешательства, направленной на коррекцию ранних дезадаптивных когнитивных схем и развитие адаптивных копинг-механизмов с целью улучшения психологического благополучия.

Научная новизна и оригинальность результатов исследования заключаются в выявлении когнитивных и поведенческих психологических факторов, определяющих переживание состояния благополучия и успешное старение; разработке психологической программы вмешательства для пожилых людей, основанной на выявлении и понимании происхождения ранних дезадаптивных когнитивных схем, их коррекции и улучшении стилей адаптивного копинга.

Полученные результаты, способствующие решению важной научной проблемы: определение особенностей поведенческих и аффективных измерений пожилых людей с точки зрения ранних дезадаптивных когнитивных схем; выявление демографических различий в проявлении когниций и поведения у пожилых лиц; создание психологических профилей, основанных на взаимосвязи копинг-механизмов и ранних дезадаптивных когнитивных схем; реализация программы психологического вмешательства для выявления и коррекции дезадаптивных когнитивных схем и копинг-стратегий, посредством которых возможно добиваться улучшения психологического благополучия пожилых людей.

Теоретическая значимость работы состоит в уточнении теоретических оснований относительно концептов когнитивной схемы с позиции взаимосвязи с копинг-механизмами, выявляя психологические факторы, определяющие психологическое благополучие и, соответственно, оптимальное старение. Исследование дезадаптивных когнитивных схем и копинг-механизмов у пожилых людей вносит значительный вклад в понимание изменений в способах реагирования индивидов на жизненные вызовы по мере старения. Это определяет теоретические перспективы относительно того, как прошлый опыт и адаптация к жизненным изменениям могут со временем влиять на когнитивное и эмоциональное развитие.

Практическая ценность исследования заключается в том, что полученные результаты служат основой для улучшения практик в области психического здоровья пожилых людей посредством апробации программ психологического вмешательства, воздействующих на дезадаптивные когнитивные схемы и копинг, с тем чтобы пожилые люди могли адаптировать свои способы мышления и поведения для достижения успешного старения. Помимо того, исследование может стать отправной точкой для интеграции передовых технологий, таких как нейровизуализация, вносящая новизну в изучение когнитивных схем у лиц пожилого возраста, предоставляя более детальные перспективы относительно изменений мозговой активности, связанных с этими схемами, и взаимосвязей между психологическими факторами и состоянием благополучия. **Внедрение научных результатов**. Результаты данного исследования могут быть использованы в процессе непрерывного профессионального обучения специалистов, оказывающих медицинские, социальные и коммунальные услуги и нуждающихся в теоретической, методологической и практической поддержке, а также в институциональном нормативном контексте, побуждающем их к применению релевантных и эффективных профессиональных практик для данной категории населения.

LISTA ABREVIERILOR

MMSE- Mini testul pentru examinarea stării mintale – *Mini Mental State Examination*

YSQ-S3 - Chestionarul schemelor cognitive Young- forma scurtă

SACS- Scala de abordare strategică a coping-ului

OMS- Organizația Mondială a Sănătății

UE- Uniunea Europeană

LISTA TABELELOR

NR. CRT.	NR. TABEL	DENUMIRE TABEL	PAGINA
1.	Tabelul 1.1.	Domeniile schemelor cognitive și schemele cognitive dezadaptative timpurii	27
2.	Tabelul 1.2.	Clarificări teoretice ale definirii termenului de schemă cognitivă în ordine cronologică	29
3.	Tabelul 1.3.	Clasificările copingului într-o abordare cronologică	36
4.	Tabelul 1.4	Modele teoretice ale copingului	37
5.	Tabelul 2.1.	Distribuția subiecților pe criteriul de gen	52
6.	Tabelul 2.2.	Distribuția subiecților pe criteriul mediul de trai	52
7.	Tabelul 2.3.	Distribuția subiecților pe criteriul stadiul vârstei a treia	52
8.	Tabelul 2.4.	Distribuția subiecților pe criteriul status familial	52
9.	Tabelul 2.5	Mediile și abaterile standard obținute în urma aplicării „Chestionarului schemelor cognitive Young- YSQ- S3‖ persoanelor de vârsta a treia	60
10.	Tabelul 2.6.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games- Howell pentru schema cognitivă de „separare și respingere‖	63
11.	Tabelul 2.7.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Tukey pentru schema cognitivă „autonomie și performanță deficitare‖	64
12.	Tabelul 2.8.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games- Howell pentru schema cognitivă de „limite deficitare‖	65
13.	Tabelul 2.9.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii	67
14.	Tabelul 2.10.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de mediul de trai	70
15.	Tabelul 2.11.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați în funcție de „statusul familial‖ prin aplicarea testelor statistice Tukey/ Games Howell la „schemele cognitive dezadaptative‖	71
16.	Tabelul 2.12.	Mediile și abaterile standard obținute în urma aplicării „Scalei de abordare strategică a coping-ului- SACS‖ persoanelor de vârsta a treia	74
17.	Tabelul 2.13.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune asertivă‖	75
	Tabelul 2.14.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „relaționare socială‖	
19.	Tabelul 2.15.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „căutarea suportului social‖	78
20.	Tabelul 2.16.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune indirectă‖	79
21.	Tabelul 2.17.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune antisocială‖	80
22.	Tabelul 2.18.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune agresivă‖	81

23.	Tabelul 2.19.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru mecanismele de coping	84
24.	Tabelul 2.20.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru mecanismele de coping în funcție de „mediul de proveniență‖	87
25.	Tabelul 2.21.	Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați în funcție de „statusul familial‖ prin aplicarea testelor Tukey/ Games Howell la variabila „mecanisme de coping‖	88
26.	Tabelul 2.22.	Coeficientul de corelație Pearson între schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping	90
27.	Tabelul 2.23.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „autonomie‖	92
28.	Tabelul 2.24.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „controlul asupra mediului‖	93
29.	Tabelul 2.25.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „dezvoltare personală‖	94
30.	Tabelul 2.26.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „relații pozitive cu alții‖	95
31.	Tabelul 2.27.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „scop în viață‖	96
32.	Tabelul 2.28.	Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „acceptarea de sine‖	97
33.	Tabelul 2.29.	Rezultatele statistice semnificative la Testul T pentru eșantioane independente pentru mecanismele de coping în funcție de dimensiunile stării de bine psihologice	98
34.	Tabelul 3.1.	Tabel comparativ privind manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și stării de bine percepute între grupul experimental și cel de control, în faza pretest	123
35.	Tabelul 3.2.	Structura programului de intervenție psihologică	130
36.	Tabelul 3.3.	Comparații ale mediilor variabilei psihologice obținute de grupul experimental înainte și după implementarea programului de intervenție psihologică	135
37.	Tabelul 3.4.	Comparații ale mediilor factorilor psihologici obținute de grupul experimental cu cel de control după finalizarea programului de intervenție	137

LISTA FIGURILOR

NR. CRT.	NR. FIGURĂ	DENUMIRE FIGURĂ	PAGINA
1.	Figura 2.1.	Distribuția procentuală a schemelor cognitive dezadaptative timpurii la persoanele de vârsta a treia	60
2.	Figura 2.2.	Manifestarea semnificativă a schemelor cognitive dezadaptative timpurii pe stadii ale vârstei a *treia [Contribuție proprie]*	62
3.	Figura 2.3.	Distribuția procentuală a schemelor cognitive în funcție de genul subiecților	66
4.	Figura 2.4.	Distribuția procentuală a schemelor cognitive în funcție de mediul de trai	68
5.	Figura 2.5.	Distribuția procentuală a mecanismelor de coping prezente la persoanele de vârsta a treia	72
6.	Figura 2.6.	Manifestarea semnificativă a mecanismelor de coping pe stadii ale vârstei a treia *[Contribuție proprie]*	75
7.	Figura 2.7.	Distribuția procentuală a mecanismelor de coping în funcție de genul subiecților	83
8.	Figura 2.8.	Distribuția procentuală a mecanismelor de coping în funcție de mediul de trai	86
9.	Figura 2.9.	Profilul psihologic format din schema cognitivă de „separare și respingere‖, mecanismele de coping și starea de bine psihologică	103
10.	Figura 2.10.	Profilul psihologic format din schema cognitivă de „autonomie și performanță deficitare‖, mecanismele de coping și starea de bine psihologică	105
11.	Figura 2.11.	Profilul psihologic format din schema cognitivă de „limite deficitare‖, mecanismele de coping și starea de bine psihologică	107
12.	Figura 2.12.	Profilul psihologic format din schema cognitivă de „hipervigilență și inhibiție‖, mecanismele de coping și starea de bine psihologică	109
13.	Figura 2.13.	Profilul psihologic format din schema cognitivă de „orientarea către ceilalți‖, mecanismele de coping și starea de bine psihologică	111
14.	Figura 2.14	Profilul psihologic general format din schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine psihologică	114

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei abordate

În țări din întreaga lume, îmbătrânirea populației reprezintă o tendință globală, care necesită o înțelegere aprofundată a factorilor ce susțin sănătatea mintală și emoțională a vârstnicilor. Segmentul populației cu cea mai rapidă creștere din lume este format din oamenii de peste 65 de ani. În aceste circumstanțe, cercetarea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping este esențială pentru a promova starea de bine psihologică a vârstnicilor și pentru a valorifica potențialul social al acestora. Vârsta a treia aduce schimbări semnificative în sănătatea fizică, psihică și socială. Dificultățile de adaptare la declinul fizic și cognitiv, precum și izolarea socială, pot afecta sănătatea mintală. Raportându-ne la caracteristicile psihologice ale vârstei a treia, schemele cognitive dezadaptative joacă un rol important în modul în care vârstnicii înțeleg și se adaptează schimbărilor care apar odată cu înaintarea în vârstă. Schemele sunt tipare de gândire iraționale și negative care influențează modul în care oamenii se gândesc la propria persoană și la mediul înconjurător. Aceste patternuri pot include sentimente de neajutorare, lipsă de sens în viață și pesimism, precum și gânduri care pot agrava simptomele de depresie și anxietate, ceea ce duce la o scădere semnificativă a stării de bine psihologice [60].

Pentru a gestiona stresul și provocările vieții, oamenii folosesc mecanismele de coping. care sunt vitale pentru sănătatea mintală și emoțională a persoanelor în vârstă. Copingul adaptativ care se manifestă prin reformularea pozitivă, căutarea sprijinului social și acceptarea schimbărilor corelează cu reducerea stresului și creșterea satisfacției generale [69]. Copingul dezadaptativ, cum ar fi evitarea, retragerea socială sau negarea, îi determină pe oameni să se izoleze, devenind depresivi și anxioși. Studiile arată că utilizarea predominantă a strategiilor dezadaptative crește probabilitatea ca persoanele în vârstă să sufere de tulburări psihice grave [193; 208]. Interacțiunea dintre schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping utilizate de către vârstnici are consecințe asupra persoanei care experimentează sentimente de neajutorare și lipsă de sens, fiind mai predispusă să folosească strategii de coping ineficiente, pecum evitarea activităților sociale sau ignorarea problemelor. Cele două aspecte psihologice influențează, de asemenea și nivelul stării de bine. De exemplu, în anul 1999, cercetătorii E. Diener și M. E. Suh au descoperit că optimismul și percepția deținerii controlui asupra propriei vieții au un impact asupra stării de bine subiective. Nivelurile mai mari de satisfacție și stare de bine sunt observate la vârstnicii care mențin o perspectivă optimistă și cred că au control asupra modului în care trăiesc [82].

Studierea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping este crucială în contextul îmbătrânirii globale, având un impact semnificativ asupra sănătății mintale și stării de bine. Identificarea și abordarea acestora contribuie la o îmbătrânire sănătoasă. „Îmbătrânirea activă‖, introdusă de OMS în anii ’90, promovează atât sănătatea fizică, cât și dimensiunile sociale, psihologice și spirituale ale vârstei a treia, prin accesul la serviciile de sănătate, activitate fizică și intelectuală, participare socială și un mediu stimulativ. În anul 2016, OMS a adoptat Strategia globală privind îmbătrânirea și sănătatea, care oferă un cadru de acțiune pentru provocările legate de îmbătrânirea populației și promovarea sănătății și participării active a seniorilor [106].

Prin intermediul unui alt program denumit „Îmbătrânire activă prin prevenirea eșecurilor: Prevenirea eșecurilor vizează pe toți‖ („Active ageing through preventing falls: Falls prevention is everyone’s business‖), se promovează îmbătrânirea ca un proces pozitiv și se încurajează adoptarea unui stil de viață activ, prin participarea socială și implicarea în comunitate pentru a menține sănătatea și bunăstarea vârstnicilor. OMS a stabilit un plan de acțiune care include sugestii și direcții pentru statele membre cu privire la promovarea sănătății și incluziunii în comunitate [34]. Strategia pentru sănătate și îmbătrânire activă a UE a fost creată pentru a încurajara oamenii să devină mai implicați în comunitate, să se angajeze în activități fizice și intelectuale și să garanteze accesul la servicii și programe adecvate de sănătate și de îngrijire [91]. În România și Europa de Est, îmbătrânirea populației a devenit o preocupare majoră, determinând numeroase instituții să se concentreze pe cercetarea sănătății mintale și a stării de bine la vârstnici, precum Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan‖.

La nivel național, cercetările asupra schemelor cognitive dezadaptative sunt relativ noi, dar se remarcă un interes crescut în înțelegerea modului în care aceste scheme contribuie la agravarea problemelor de sănătate mintală la vârstnici. Strategia Națională pentru Promovarea Îmbătrânirii Active (2015-2020) a reprezentat un pas important în recunoașterea nevoilor vârstnicilor și în dezvoltarea de politici care să sprijine atât sănătatea fizică, cât și pe cea mintală [30]. Strategia promovează participarea activă a vârstnicilor în comunitate și crearea unor servicii de sănătate mintală accesibile și adaptate nevoilor lor. În nivelul României, există mai multe programe și politici dedicate categoriei seniorilor, respectiv „Strategia națională de sănătate publică‖ care abordează o serie de aspecte privind îmbătrânirea activă și sănătatea și are ca obiectiv general promovarea unui stil de viață sănătos și prevenirea bolilor, îmbunătățirea accesului la servicii medicale și îngrijire adecvată și creșterea calității vieții [31].

Un alt program național este cel intitulat „Servicii comunitare la domiciliu pentru persoanele vârstnice dependente‖, prin care se oferă servicii de îngrijire la domiciliu pentru

cetățenii de peste 65 de ani care au nevoie de sprijin suplimentar pentru a-și menține independența și autonomia. Serviciile includ asistență la igienă personală, îngrijire medicală și socială, precum și consiliere și suport emoțional [25].

Schimbările demografice, precum scăderea natalității și creșterea speranței de viață, precum și schimbările sociale, cum sunt urbanizarea și migrarea, influențează structura populației și impun abordări inovative pentru gestionarea îmbătrânirii. Dificultățile vârstei a treia au fost studiate pentru a preveni marginalizarea, promovând o abordare integrată a serviciilor medicale, comunitare și sociale. În acest context, abordarea vârstnicului este pluridisciplinară, incluzând asistenți sociali, medici și psihologi. Lucrarea se aliniază cu „Programul național privind îmbătrânirea activă şi sănătoasă‖ din Republica Moldova (2023-2027), care vizează sănătatea, educația și sportul. Cercetările din domeniul psihologiei vârstnicilor din Republica Moldova au evidențiat un nivel scăzut de fericire și un sentiment crescut de singurătate [24]. Cercetarea propusă susține îmbunătățirea stării de bine prin intervenții pentru specialiști, concentrându-se pe factorii psihologici, precum schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping adaptativ.

Încadrarea temei în preocupările internaţionale, naţionale, zonale, ale colectivului de cercetare și în context inter- și transdisciplinar, prezentarea rezultatelor cercetărilor anterioare referitoare la tema aleasă

În pofida numeroaselor cercetări în domeniul gerontologiei, esenţa procesului de îmbătrânire rămâne o necunoscută pentru stadiul actual al mai multor domenii, inclusiv și cel al psihologiei. Din punct de vedere al încadrării temei prezentei cercetări în preocupările actuale aceasta reprezintă un domeniu de cercetare în plină dezvoltare, cu implicații asupra sănătății publice, psihogerontologiei, serviciilor sociale și politicilor publice. O mai bună înțelegere a modului în care vârstnicii se adaptează la schimbările cognitive și emoționale contribuie la îmbunătățirea calității vieții acestora și la implementarea unor strategii de intervenție eficace [**15**].

Pe plan internațional, cercetările asupra îmbătrânirii sănătoase și a factorilor care influențează starea de bine la vârstnici au luat amploare, având în vedere creșterea speranței de viață și îmbătrânirea populației. Aspectele privind schemele cognitive și impactul lor asupra stării de bine și a mecanismelor de coping sunt de interes global în vederea promovării unui stil de viață activ și menținerii sănătății mintale [**17**]. Organizația Mondială a Sănătății (OMS), în raportul său global asupra îmbătrânirii și sănătății din 2015, a evidențiat necesitatea urgentă a unor acțiuni de sănătate publică pentru a sprijini îmbătrânirea sănătoasă, subliniind importanța dezvoltării de strategii de sănătate mintală la vârstnici, din cauza faptului că declinul cognitiv și

problemele emoționale sunt provocări majore pentru o îmbătrânire sănătoasă. Schemele cognitive dezadaptative, precum pesimismul sau lipsa unui sens în viață, sunt asociate cu depresia și anxietatea la vârstnici [254].

În Europa, Cercetările Eurostat s-au concentrat pe dezvoltarea unor strategii integrate de sănătate și bunăstare pentru vârstnici, explorând rolul rețelelor sociale, al tehnologiilor digitale și al suportului comunitar în ameliorarea schemelor cognitive dezadaptative și în promovarea copingului adaptativ [92].

La nivel național, potrivit Institutului Național de Statistică, procentul populației de vârstnici (peste 65 de ani) este în continuă creștere, ceea ce impune o reconfigurare a politicilor publice și a serviciilor de asistență socială și medicală [8]. Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan‖ evidențiază impactul izolării sociale, al sărăciei și al accesului limitat la servicii de sănătate asupra stării de bine psihologice a vârstnicilor, în contextul stigmatizării îmbătrânirii în România [6; 7]. Studiile interdisciplinare relevă influența schemelor cognitive și a mecanismelor de coping asupra adaptării la provocările vârstei a treia și a satisfacției generale. Lazarus și Folkman (1984) au evidențiat rolul copingului emoțional în reglarea stresului [140; 141], iar Baltes și Baltes (1990) au asociat copingul adaptativ cu menținerea stării de bine [41]. Scheier și Carver (1992) au demonstrat legătura dintre optimism, scheme cognitive pozitive și coping eficient [212]. Wagnild și Young (1993) au subliniat importanța rezilienței cognitive și emoționale în menținerea stării de bine prin flexibilitate cognitivă și reevaluare pozitivă [246].

L. Carstensen în anul 1999 a dezvoltat „Teoria selectivității socio - emoționale‖ care susține că motivațiile oamenilor se schimbă odată cu vârsta, punând accent pe rolul emoțiilor pozitive și relațiilor apropiate. Pe măsură ce oamenii îmbătrânesc, schemele cognitive se ajustează pentru a se menține o stare emoțională pozitivă, iar mecanismele de coping sunt orientate mai mult către evitarea stresului și maximizarea stării de bine. Rezultatele cercetării au evidențiat faptul că oamenii în vârstă sunt mai predispuși să aleagă strategii de coping axate pe emoții, mai mult decât strategii axate pe problemă [63]. Influența suportului social asupra mecanismelor de coping și a stării de bine a fost studiată în cercetarea lui T. C. Antonucci în anul 2001, rezultatele sale dovedind faptul că vârstnicii care beneficiază de suport social din partea familiei și a prietenilor, au scheme cognitive reziliente și sunt mai capabili să folosească mecanisme de coping eficiente, ceea ce le îmbunătățește starea de bine. Suportul social este un factor protector împotriva stresului și are un rol important în menținerea stării de bine la vârstnici, oferind resurse pentru reevaluarea pozitivă a situațiilor dificile [36].

Pe măsură ce persoanele îmbătrânesc, apar amenințări la adresa sănătății, independenței personale și a stării de bine, însă există diferențe privind modalitățile în care indivizii acționează

față de aceste amenințări. Conform studiilor analizate, importanța mecanismelor de coping utilizate de către vârstnici constă în oferirea posibilității de a face față schimbărilor apărute odată cu înaintarea în vârstă, de a-și îmbunătăți sănătatea mintală și de a deveni mai rezilienți [190].

Ulterior în anul 2009 s-a implementat o cercetare privind rolul activităților de stimulare cognitivă asupra bunăstării psihologice. C. Hertzog, A. Kramer, R. S. Wilson și U. Lindenberger au constatat că vârstnicii care își mențin activitatea mintală, au o mai bună stare de bine și o mai mare capacitate de a face față stresului. Stimularea cognitivă contribuie la menținerea plasticității cognitive, oferind vârstnicilor mecanisme de coping mai eficiente și o stare generală de bine mai ridicată [116].

Schemele cognitive pozitive sunt importante pentru o îmbătrânire sănătoasă, facilitând adaptarea la schimbările vârstei, astfel terapia centrată pe schemele cognitive ajută vârstnicii să identifice și să-și modifice patternurile de gândire, îmbunătățind calitatea vieții. Studiul vârstei a treia necesită o abordare multidisciplinară, iar corectarea schemelor dezadaptative și utilizarea mecanismelor eficiente de coping sunt fundamentale pentru sănătatea mintală. Formarea specialiștilor în psihologie clinică, cu accent pe particularitățile vârstei a treia și intervențiile în crize, este esențială.

Scopul cercetării date rezidă în identificarea tipurilor de scheme cognitive dezadaptative timpurii, a mecanismelor de coping și a stării de bine la persoanele de vârsta a treia și implementarea unui program de intervenție psihologică în vederea schimbării schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, pentru creșterea nivelul stării de bine psihologice percepute.

Obiectivele stabilite în vederea realizării scopului au fost:

O 1: Analizarea literaturii de specialitate în domeniul psihologiei persoanelor de vârsta a treia în vederea delimitării aspectelor teoretice relevante pentru elaborarea și desfășurarea studiului experimental privind schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine.

O 2: Identificarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping care se întâlnesc la diferite stadii ale vârstei a treia.

O 3: Identificarea diferențelor la nivelul schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping, în funcție de aspectele demografice (gen, stadiul vârstei a treia, mediul de trai, statusul familial) și a nivelului stării de bine percepute.

O 4: Stabilirea relației dintre schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia.

O 5: Elaborarea profilurilor psihologice ale vârstnicilor privind schemele cognitive dezadaptative din prisma mecanismelor de coping și a stării de bine psihologice.

O 6: Elaborarea și aplicarea unui program de intervenție psihologică privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, în vederea îmbunătățirii stării de bine psihologice.

Ipoteze de cercetare stabilite în cadrul cercetării:

Ipoteza 1: Presupunem că există diferențe între schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping la persoanele vârstnice, în funcție de stadiul vârstei a treia, gen, mediul de trai, statusul familial și starea de bine psihologică.

Ipoteza 2: Presupunem că există o relație între schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia.

Ipoteza 3: Presupunem că există diferențe în utilizarea mecanismelor de coping în funcție de schemele cognitive dezadaptative timpurii ale vârstnicilor și nivelul stării de bine percepute.

Ipoteza 4: Presupunem că dacă vârstnicii vor participa la programul de intervenție psihologică privind schimbarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, vor obține o creștere a nivelului stării de bine psihologice.

Metodologia cercetării s-a fundamentat pe demersul studierii abordărilor teoretice și rezultatelor cercetărilor empirice privind factorii psihologici abordați în ramurile psihologiei, respectiv psihologia generală, psihologia personalității și cea a vârstelor. Cercetarea propriu- zisă implică metode teoretice (analiza și sinteza literaturii de specialitate; metoda ipotetico- deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor obținute în cercetare), metode empirice (chestionarul, scale de evaluare, experimente de constatare și de control, intervenții psihologice) și metode statistice descriptive și inferențiale.

Metodele empirice selectate pentru a măsura factorii psihologici au fost: „Mini testul pentru examinarea stării mintale – MMSE‖ (Mini Mental State Examination), creat de către M. Folstein [97], „Chestionarul schemelor cognitive Young- YSQ-S3‖ elaborat de către J. E. Young, Chestionarul multidimensional „Scala de abordare strategică a coping-ului- SACS‖, construit de către S. E. Hobfoll, C. L. Dunahoo, J. Monnier, M. R. Hulsizer şi R. Johnson și „Scala Ryff pentru starea de bine psihologică‖ elaborată de către C. D. Ryff. „Mini-Testul pentru Examinarea Stării Mintale (MMSE)‖ a fost ales ca instrument de screening rapid pentru identificarea modificărilor funcției cognitive, permițând excluderea participanților cu deficite de orientare, memorie, atenție, calcul și limbaj. Utilizarea „Chestionarului Schemelor Cognitive Young (YSQ-S3)‖ este fundamentată pe teoriile dezvoltării și schimbării personale, care susțin că modificarea schemelor cognitive dezadaptative facilitează schimbarea comportamentală și

dezvoltarea personală. Instrumentul a oferit baza evaluării și monitorizării progresului în cadrul intervenției psihologice. Conform teoriei conservării resurselor, dezvoltată de S. E. Hobfoll [118], indivizii dispun de resurse personale și sociale care protejează împotriva stresului și susțin reziliența. În acest context, „Scala de Abordare Strategică a Coping-ului (SACS)‖ a fost utilizată pentru a evalua utilizarea resurselor în fața stresului și adaptarea vârstnicilor la provocările vârstei. „Scala Ryff pentru starea de bine psihologică‖, elaborată de C. D. Ryff, a fost aleasă pentru abordarea comprehensivă a stării de bine, concentrându-se pe aspectele pozitive ale dezvoltării psihologice.

Instrumentele utilizate sunt standardizate, validate și aplicate în diverse contexte populaționale, consolidând astfel validitatea și fiabilitatea datelor obținute.

Noutatea și originalitatea științifică a rezultatelor cercetării constau în identificarea factorilor psihologici de ordin cognitiv și comportamental care determină resimțirea unei stări de bine și o îmbătrânire de calitate; elaborarea unui program psihologic de intervenție pentru vârstnici, bazat pe identificarea și înțelegerea originii schemelor cognitive dezadaptative timpurii, pe remedierea acestora și îmbunătățirea stilurilor de coping adaptativ.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice importante reprezintă determinarea particularităților dimensiunilor comportamentale și afective ale vârstnicilor din perspectiva schemelor cognitive dezadaptative timpurii; identificarea diferențelor demografice în privința manifestării cogniției și comportamentului la seniori; crearea profilurilor psihologice bazate pe relația dintre mecanismele de coping și manifestarea acestora în coroborare cu schemele cognitive dezadaptative; implementarea unui program de intervenție psihologică pentru identificarea și educarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a strategiilor de coping adaptativ, prin care se va îmbunătăți și starea de bine psihologică a vârstnicilor.

Semnificația teoretică a lucrării este reprezentată de clarificarea cadrului teoretic privind conceptele de schemă cognitivă din perspectiva interrelației cu mecanismele de coping, evidențiind factorii psihologici care determină starea de bine psihologică și, respectiv, o îmbătrânire optimă. Cercetarea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping la vârstnici aduce o contribuție semnificativă asupra înțelegerii schimbărilor în maniera în care indivizii răspund la provocările vieții pe măsură ce îmbătrânesc. Aceasta oferă perspective teoretice privind modul în care experiențele anterioare și adaptările la schimbările de viață pot influența în timp dezvoltarea cognitivă și emoțională.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în faptul că rezultatele obținute servesc drept bază de bune practici pentru sănătatea mintală a vârstnicilor, prin validarea unui program de

intervenție psihologică ce va acționa asupra schemelor cognitive dezadaptative și a copingului, astfel încât vârstnicii să reușească să își adapteze modul în care gândesc și se comportă pentru a beneficia de o îmbătrânire calitativă. De asemenea poate fi un punct de pornire în integrarea tehnologiilor avansate precum neuroimagistica, care aduce noutate în cercetarea schemelor cognitive la persoanele în etate, oferind perspective mai detaliate asupra schimbărilor în activitatea cerebrală legate de aceste scheme și a relațiilor dintre factorii psihologici și starea de bine.

Rezultatele cercetării sunt utile tuturor celor implicați în îngrijirea și sprijinirea vârstnicilor, contribuind la dezvoltarea unor intervenții și politici mai eficiente și la promovarea unei îmbătrâniri active și sănătoase, astfel: profesioniștii din domeniul sănătății- medici, asistenți medicali și alți specialiști pot folosi rezultatele cercetării pentru a înțelege mai bine impactul schemelor cognitive și a mecanismelor de coping asupra sănătății și bunăstării vârstnicilor.

Informațiile pot ghida dezvoltarea planurilor de tratament și intervenție pentru a sprijini sănătatea mintală și emoțională a persoanelor vârstnice. Asistenții sociali, consilierii și lucrătorii din domeniul îngrijirii vârstnicilor pot beneficia de înțelegerea aprofundată a psihicului acestora pentru a oferi programe de intervenție adaptate nevoilor individuale. Cercetătorii și academicienii din domeniile psihologiei, sociologiei și gerontologiei pot utiliza rezultatele cercetării pentru a avansa cunoștințele existente despre procesul de îmbătrânire și impactul acestuia asupra sănătății mintale și a bunăstării. Aceste informații pot servi drept bază pentru dezvoltarea și îmbunătățirea teoriilor și modelelor care explică adaptarea la îmbătrânire.

Psihogerontologia valorifică cercetările privind schemele cognitive dezadaptative timpurii pentru a îmbunătăți sănătatea mintală a vârstnicilor. Aceste scheme explică vulnerabilitățile psihologice asociate îmbătrânirii și fundamentează intervenții precum terapia centrată pe scheme și programe de coping adaptativ, menite să reducă riscul de depresie și anxietate. Rezultatele pot sprijini dezvoltarea de programe de prevenție, intervenții în instituții de îngrijire și politici publice care promovează sănătatea mintală și adaptarea eficientă la îmbătrânire.

Aprobarea rezultatelor: Rezultatele obținute în cadrul cercetării au fost prezentate, discutate și aprobate în cadrul ședințelor de evaluare a comisiei de îndrumare din cadrul Școlii Doctorale de Științe Sociale. De asemenea, rezultatele au fost prezentate în cadrul întâlnirilor profesionale naționale și internaționale precum sesiuni de informare a personalului din domeniul nonguvernamental – ONG-uri și guvernamental – cămine de vârstnici subordonate Primăriei Iași. De asemenea și în cadrul forurilor și evenimentelor științifice, respectiv conferințe științifice internaționale „Current Affairs and Perspectives in Psychological Research: International

conference of applied psychology‖, 2022, Materialele Conferinței științifice internaționale „The sixth international conference on adult education. Education for Peace and Sustainable Development‖, 2023, în lucrările conferințelor științifice cu participare internațională dintre care „Integrare prin cercetare și inovare: Științe sociale‖, 2021, „Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane‖, 2021, Conferința „Integrare prin cercetare și inovare: Științe ale educației‖, 2022- 2023, în cadrul Conferinței naționale Metodologii contemporane de cercetare şi evaluare.: Ştiinţe Sociale şi ale Educaţiei, 22-23 aprilie 2021, și prin publicații în reviste de specialitate, precum Studia Universitatis Moldavia și Journal of Romanian Literary Studies.

Sumarul compartimentelor tezei. Corpul lucrării este format din adnotare în limba română și engleză, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, 137 pagini text de bază, 258 surse bibliografice, 7 anexe. Textul lucrării conține și 37 de tabele și 14 figuri.

În introducere este argumentată actualitatea și importanța temei de cercetare determinată de deciziile la nivel mondial privind vârsta a treia și identificată astfel problema de cercetare. Ulterior sunt prezentate scopul, obiectivele, ipotezele și metodologia cercetării cu motivația alegerii acesteia, iar în final este descris sumarul compartimentelor tezei.

În capitolul 1 - **Abordări teoretice ale schemelor cognitive, ale mecanismelor de coping și starea de bine psihologică la vârsta a treia**, privind cei trei factori psihologici măsurați în rândul populației vârstnice, într-o abordare cronologică a maturizării acestor concepte. Au fost sintetizate definițiile și abordările teoretice ale termenilor de schemă, strategie de coping și stare de bine psihologică. De asemenea s-au analizat și expus cele mai relevante direcții de cercetare a constructelor psihologice în modalitate singulară și de interrelaționare a acestora.

În capitolul 2 – **Cercetarea privind mecanismele de coping ale persoanelor vârstnice din perspectiva schemelor cognitive dezadaptative timpurii**, este prezentat cadrul constatativ: metodologia cercetării și eșantionul de subiecți. Capitolul conține analiza datelor statistice cu referire la următoarele: diferențele în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping în funcție de datele demografice (gen, stadiul vârstei a treia, mediu de trai, status familial) și starea de bine psihologică, relația dintre schemele cognitive dezadaptative și strategiile de coping și crearea profilurilor psihologice bazate pe cele trei componente psihologice- scheme cognitive, coping și stare de bine percepută.

În capitolul 3 – **Intervenție psihologică privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ**, este descrisă metodologia studiului experimental formativ, sunt relatate obiectivele intervenției, tehnicile și

principiile aplicate în cadrul programului. Prin tehnicile utilizate în programul de intervenție, participanții au învățat să înlocuiască gândurile negative și distorsionate cu gânduri realiste și funcționale. Aceasta implică identificarea și evaluarea critică a gândurilor automate și dezvoltarea alternativelor pozitive și constructive. De asemenea, dezvoltarea mecanismelor de coping sănătoase a oferit participanților abilități practice și tehnici de coping pentru a face față stresului și dificultăților și a fost astfel determinată îmbunătățirea stării de bine psihologice.

Concluziile generale sintetizează rezultatele privind conceptualizarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii, a mecanismelor de coping și a stării de bine psihologice, precum și rezultatele cercetării. Au fost formulate recomandări pentru dezvoltarea programelor de formare dedicate profesioniștilor din domeniul îngrijirii vârstnicilor, în vederea îmbunătățirii competențelor de identificare și gestionare a schemelor cognitive și a mecanismelor de coping. De asemenea, se propune integrarea serviciilor de suport psihologic în programele existente și elaborarea de noi intervenții pentru promovarea sănătății mintale a seniorilor.

1. ABORDĂRI TEORETICE ALE SCHEMELOR COGNITIVE, ALE MECANISMELOR DE COPING ȘI STAREA DE BINE PSIHOLOGICĂ LA VÂRSTA A TREIA

1.1 Specificul schemelor cognitive la vârstnici

Analizând literatura de specialitate în vederea identificării definițiilor conceptului de „schemă cognitivă‖, am observat parcursul istoric al acestei noțiuni și utilizarea sa în diferite domenii de interes, atribuindu-i-se variate sensuri [**14; 16**]. În această ordine de idei, considerăm oportun a puncta aspectele definitorii gererale ale termenului, urmând a prezenta teoriile psihologice ale „schemelor cognitive‖, ceea ce ne va permite să aducem o claritate în identificarea și definirea direcțiilor de teoretizare a „schemelor cognitive disfuncționale timpurii‖. De asemenea ne propunem să trecem în revistă și teoriile schemelor cognitive specifice vârstei a treia și aspectele caracteristice ale acestora, fiind informații de interes pentru cercetarea de față.

Termenul de „schemă‖ a fost utilizat în domenii precum filosofie, arta retoricii, metafizică, biologie. În perioada Antichității, acest termen a fost utilizat de renumiți filosofi precum Plato (retorică, morală, geometrie), Aristotel (retorică, logică, ontologie), Leucip și Democritus (ontologie), epistemologie (Proclus) și fizică (Philo din Alexandria). Utilizarea largă a termenului de „schemă‖ în diferitele domenii a avut sensul de formă, aspect, reprezentare [210].

În perioada Medievală, în Grecia, termenul de „schemă‖ a fost folosit pentru a face referire la simboluri, figuri retorice, aspectul tangibil al obiectului sau al individului, iar în Modernism, termenului i-au fost atribuite conotații figurative în domenii precum biologia (G. Ploucguet), epistemica (C. Thomasius, J. G. Darjes, J. N. Tetens), fie a fost utilizat precum un cadru care descrie relația familială, numită „schemă părintească‖ (C. Wolff). În anul 1688, C. Thomasius consideră că individul are atât un rol activ cît și unul pasiv în formarea schemelor, procesul cogniției începând cu activarea celor șase simțuri și interacțiunea acestora cu obiectele din mediul înconjurător, astfel facilitându-se crearea schemelor. În literatura filosofică, termenul explică arta retoricii și a discursului [210].

În urma analizei utilizării în istorie a termenului, rezum că acesta are o tradiție longevivă, fiind folosit pentru a defini sau explica alte noțiuni sau idei. Deși are multiple conotații (formă, figură, exemplu, formă) și aplicații (logice, retorice, ontologice, biologice), înaintea scrierilor lui I. Kant din anul 1781, noțiunea de „schemă‖ nu a fost un concept de sine stătător. Acesta are o

istorie ce a început încă din Antichitate și este utilizat până în prezent pentru a aborda probleme actuale, precum relația dintre funcțiile cognitive, percepții și reacții comportamentale. Filosoful I. Kant a folosit termenul cu sensul de proces de selectare a informațiilor noi și clasificarea acestora pe categorii [210].

În continuare ne vom axa pe specificul schemelor cognitive și vom prezenta abordarea teoretică a acestui concept, teorii care au stat la baza prezentei lucrări, evidențiind particularitățile acestui construct psihologic pentru persoanele de peste 65 de ani.

Literatura științifică din domeniul psihologiei oferă primele conceptualizări ale termenului de către F. C. Barlett în anul 1932 și J. Piaget care a dezvoltat „Teoria dezvoltării cognitive‖ în anul 1948, urmați de către H. Markus care a dezvoltat noțiunea de „schemă de sine‖ în 1977, apoi D. E. Rumelhart a creat „Teoria schemelor cognitive‖ în anul 1980, iar W. F. Brewer și J. C. Treyens au abordat termenul în 1981 și R. Anderson în 1983 în cadrul „Modelului adaptării controlului asupra gândurilor raționale‖.

Psihologul geștaltist F. C. Bartlett a introdus „Teoria schemelor cognitive‖ în anul 1932, ulterior dezvoltată de către R. Anderson în anii ’70 și care a fost una dintre teoriile cognitive principale ale învățării. Psihologul britanic a avansat acest concept ca alternativă la teoriile tradiționale privind organizarea memoriei procedurale și a descris astfel modalitatea prin care informația nouă este achiziționată, procesată și organizată. El a identificat patru elemente definitorii ale schemelor, respectiv faptul că individul poate folosi o schemă, fără a fi conștient că o posedă, schema formată rămâne stabilă de-a lungul timpului și este utilizată pentru a organiza, prelucra și codifica fragmente de informații importante în structuri cu sens, schemele multiplicându-se de-a lungul timpului prin experiențele trăite. Ideea centrală a teoriei lui F.C. Barlett stipulează că ființele umane dețin cunoștințe generice sub forma unor structuri mintale inconștiente, denumite scheme, și că aceste structuri produc erori schematizate în amintire atunci când interacționează cu informațiile noi, ce urmează a fi stocate în memoria de lungă durată [245].

„Teoria dezvoltării cognitive‖ creată de către psihologul J. Piaget în anul 1948 susține că oamenii utilizează schemele pentru a înțelege lumea înconjurătoare. Schema reprezintă un pattern de învățare, de conectare a percepțiilor, ideilor și acțiunilor pentru a conferi sens lumii înconjurătoare. Teoria lui J. Piaget oferă o explicație privind dezvoltarea logicii la copil: atunci când experiența acestuia cu lumea înconjurătoare se potrivește cu ceea ce deja cunoaște, el se află în stare de echilibru, iar starea de dezechilibru, denumită „disonanță cognitivă‖ apare atunci când situația sau sarcina nu este înțeleasă de copil, din cauză că este incapabil să folosească schema deja existentă pentru a înțelege noua informație [111]. Pentru a facilita procesul de

cunoaștere există două modalități de ajustare a schemelor existente, respectiv *asimilarea* și *acomodarea*. Prin procesul de *asimilare*, noile informații sunt adăugate schemelor deja existente, iar prin *acomodare* o schemă nouă se dezvoltă pentru a îmbunătăți înțelegerea sarcinii [146].

Utilizarea conceptului în domeniul psihologiei cognitive s-a extins și în domeniul terapiei cognitive, psihologul american A. Beck, în anul 1967, a dezvoltat „Teoria cognitivă a depresieii, conform căreia schemele cognitive sunt credințe de bază ale individului. Persoanele depresive au scheme negative despre sine care le conduc să privească lumea dintr-un unghi pesimist, să se concentreze pe dovezile care le susțin credințele negative, formându-se astfel un cerc vicios [44].

În anul 1977, H. Markus a discutat despre „schema de sinei care reprezintă informațiile privind propria persoană derivate din experiențele trăite de către individ, fiind creată pe baza aspectelor care s-au repetat ca reacție la evenimentele la care persoana a participat. Ea au o funcție activă în înțelegerea propriilor emoții și intenții și poate fi utilizată ca bază pentru luarea deciziilor, predicțiile privind viitorul, inferențe și judecăți de valoare [161].

D. E. Rumelhart a dezvoltat în anul 1980 „Teoria schemelor cognitivei în care afirmă că toate cunoștințele sunt sortate și plasate în categorii în care informația are sens pentru individ, categorii denumite scheme și care se potrivesc cel mai bine noilor informații [178]. Schema conține maniera în care informațiile sunt folosite în procesul de reamintire. Rumelhart a postulat faptul că există o gramatică subiacentă a poveștilor și experiența individului ar ajuta la înțelegerea anumitor povești/ fraze.

Ca urmare a experimentului realizat de către W. F. Brewer și J. C. Treyens în 1981 care a avut ca scop analizarea efectului schemelor asupra memoriei privind locurile, s-a concluzionat că schemele de loc au un rol important, astfel oamenii își amintesc informații care sunt congruente cu amintirile privind caracteristicile unui anumit spațiu [250].

R. Anderson a creat în anul 1983 un model de gândire cunoscut drept „Modelul adaptării controlului asupra gândurilor raționalei, prin care a explicat modul în care schemele sunt utilizate pentru rezolvarea problemelor cotidiene și a celor matematice. Pentru aceasta el a introdus noțiunile de „schemă declarativăi și „schemă procedurălăi, studiile sale având originea în domeniul neuroștiinței și a inteligenței artificiale [241].

J. M. Mandler a discutat în lucrările sale [155, 156, 158] despre mai multe tipuri de scheme, respectiv: *imagistice/ perceptuale, conceptuale, narative, spațiale, procedurale, temporale și cauzale*. Primele două scheme sunt esențiale în procesul de dezvoltare cognitivă, în special în primele etape ale vieții și reprezintă moduri distincte prin care copiii (și adulții) organizează și interpretează informațiile din mediu, astfel: *schemele imagistice/ perceptuale* se bazează pe experiențele senzoriale și percepțiile directe, fiind modalități prin care oamenii, mai

ales copiii, organizează informațiile din mediul înconjurător prin intermediul simțurilor- cel tactil, al văzului și al auzului. Aceste scheme sunt primele care se dezvoltă la copii și se formează prin observarea caracteristicilor vizuale, tactile și spațiale ale obiectelor și sunt strâns legate de experiențele fizice și de manipulare a obiectelor. Spre deosebire de schemele imagistice, *schemele conceptuale* sunt abstracte și implică o înțelegere cognitivă profundă a relațiilor dintre obiecte și evenimente, fiind legate de cunoștințe generale și de funcții, nu doar de aspectul fizic. Schemele conceptuale includ idei mai complexe, precum cauzalitatea sau noțiuni referitoare la categorii de animale, obiecte sau acțiuni.

În anul 1977, J. M. Mandler și N. Johnson explorează modul în care structura narativă influențează procesele de întipărire și recuperare ale amintirilor, astfel sugerează că oamenii rețin poveștile prin intermediul *schemelor narative*—structuri mintale care organizează informația într-un mod coerent și logic. Aceste scheme sunt formate din elemente de bază, cum ar fi personaje, acțiuni și evenimente, acestea fiind organizate ierarhic [157]. *Schemele spațiale* se referă la modul în care indivizii își organizează și interpretează informațiile despre relațiile spațiale dintre obiecte și ajută la înțelegerea spațiului și a relațiilor fizice între obiectele dintr-un mediu, ele fiind importante în dezvoltarea capacității de a naviga și de a înțelege mediul fizic [156] *Schemele procedurale* sunt structuri cognitive care organizează informațiile legate de acțiuni și secvențe de evenimente și permit indivizilor să execute activități complexe prin planificarea și coordonarea etapelor, dezvoltându-se pe măsură ce copiii învață să îndeplinească sarcini și să anticipeze rezultatele acțiunilor lor [153]. *Schemele temporale* ajută la organizarea și înțelegerea evenimentelor în termeni de timp și secvențialitate și sunt esențiale pentru reprezentarea cronologică a evenimentelor și efectuarea raționamentelor despre trecut, prezent și viitor. *Schemele cauzale* implicate în înțelegerea relațiilor de cauzalitate, respectiv modul în care un eveniment sau o acțiune duce la un rezultat, sunt fundamentale pentru raționamentul logic și pentru anticiparea rezultatelor bazate pe experiențele anterioare [152; 155].

S. L. Bem în 1983 a dezvoltat „Teoria schemelor cognitive de gen‖, prin care postulează că mediul cultural în care se naște și trăiește individul creează o schemă cognitivă specifică genului biologic, schema de gen fiind explicată prin așteptările și regulile internalizate, care ghidează modul în care indivizii percep comportamentele, trăsăturile și activitățile asociate cu genul masculin și feminin. Teoria propune că încă din perioada copilăriei, oamenii încep să-și formeze filtre prin care percep și înțeleg lumea, scheme influențate de: *societatea și cultura în care trăiesc* și care sunt preluate din familie, mediul cultural, educație și din interacțiunile sociale; *procesul de socializare*- copiii sunt învățați să-și autocategorizeze comportamentele și interesele în funcție de ceea ce este considerat adecvat pentru genul lor; *procesarea*

informațiilor- schema de gen devine un filtru cognitiv prin care indivizii învață să atribuie comportamente și atribute fie genului masculin, fie celui feminin. Conform autoarei, există două categorii de indivizi: cei cu schemă de gen care organizează informația despre lumea din jur în funcție de gen și tind să acționeze și să gândească în conformitate cu aceste categorii rigide. A doua categorie este cea a persoanelor fără schemă de gen, care sunt mai puțin influențate de rolurile și normele de gen și nu își organizează comportamentele și deciziile pe baza categoriilor tradiționale. Teoria a fost inovatoare în sublinierea modului în care schemele de gen acționează ca filtre cognitive ce modelează percepțiile și comportamentele, influențând atât identitatea de gen personală, cât și relațiile interpersonale și sociale [45].

Conform cercetărilor realizate în 1984 de către S. T. Fiske și S. E. Taylor, există cinci tipuri de scheme: *scheme de rol* (așteptările și tiparele comportamentale asociate cu anumite roluri sociale), *scheme tip scenariu* (secvențe de acțiuni sau evenimente care sunt așteptate să aibă loc într-o anumită situație), *scheme de sine* (percepțiile și credințele despre propria persoană, precum trăsăturile personale și modul în care sunt autoevaluate), *scheme de persoane* (structurile mintale folosite pentru a organiza și interpreta informațiile despre alte persoane) și *scheme procedurale* (etapele specifice sau procedurile care trebuie urmate pentru a realiza anumite sarcini sau activități) [93]. Ei au descris aceste categorii de scheme în contextul cogniției sociale, subliniind rolul lor în economisirea resurselor cognitive și în eficiența cu care oamenii interpretează și interacționează cu persoanele din jurul lor.

Dintre aspectele discutate de către teoreticieni au fost și categoriile schemelor cognitive, astfel potrivit lui M. W. Baldwin, au fost identificate în anul 1992, patru categorii de scheme: *scheme personale* care fac referire la caracteristicile individului, *scheme sociale,* respectiv comportamentul manifestat în societate de către indivizi, *scheme de sine*, respectiv informații despre propria persoană și aspecte privind dorințele și proiecțiile de viitor și *scheme evenimențiale*, care se referă la comportamentele rutiniere care fac parte din scenariile comportamentale şi schemele narative [40].

În articolul său din 1998 [183], T. M. Pace explorează teoria schemelor din perspectiva psihoterapiei cognitive, punând accent pe influența structurilor cognitive asupra comportamentului uman. Schemele cognitive, așa cum sunt prezentate, reprezintă structuri fundamentale formate pe baza experiențelor anterioare, care organizează experiențele curente în modele subiective cu sens. Oamenii, prin intermediul acestor scheme, își construiesc realitatea psihologică în mod activ. Autorul oferă o privire de ansamblu asupra fundamentelor filosofice și teoretice și explorează relevanța acestora în psihoterapie, inclusiv în cadrul abordărilor cognitiv-comportamentale.

Modelele cognitive ale schemelor implică de asemenea și activarea emoțională a individului, astfel s-au dezvoltat și modele ale schemelor de emoții. Conform lui L. S. Greenberg, J. C. Watson și R. Goldman, în anul 1998, emoția reprezintă procesarea informației de către individul care experimentează o anumită situație și căreia îi atribuie un sens. Astfel schemele de emoții conțin sensul corect al evenimentului și nu pe cel presupus în mod rațional de către cogniție. Conform modelului terapiei centrate pe emoție, afectul permite activarea schemei cognitive corespunzătoare care la rândul ei determină comportamentul individului [107].

În anul 1967, A. T. Beck a susținut ideea conform căreia psihoterapeuții trebuie să urmărească manifestarea emoțiilor în vederea identificării schemelor cognitive dezadaptative [119]. Teoria lui A. T. Beck a fost preluată de către psihologul J. E. Young care a dezvoltat în anii 1990 și 1999 „Teoria schemelor cognitive dezadaptative timpurii" și care a stat la baza cercetării noastre. Conform acesteia, schemele dezadaptative se formează în urma experiențelor nefaste din perioada copilăriei și pot sta la baza problemelor sau tulburărilor de personalitate. Ele sunt reactivate la vârsta adultă în situații asemănătoare cu cele trăite în prima parte a vieții, individul considerând că sunt adevăruri date și care îi influențează procesarea experienței prezente, creând inconștient la vârsta adultă situațiile din copilărie care l-au rănit [122].

J. E. Young a identificat 18 scheme cognitive dezadaptative timpurii, organizate în cinci domenii reprezentative pentru nevoile emoționale neîndeplinite (atașament securizant, autonomie, competență și sentimentul identității, libertatea exprimării propriilor emoții și nevoi, spontaneitate, limite sănătoase și autocontrol).

Aceste 18 scheme cognitive divizate pe cele 5 domenii sunt prezentate în **Tabelul 1.1** [32].

Tabelul 1.1 Domeniile schemelor cognitive și schemele cognitive dezadaptative timpurii

Domeniile schemelor cognitive	Schemele cognitive dezadaptative timpurii
Domeniul I: Separare și respindere	1. Abandon/ Instabilitate 2. Neîncredere/ Abuz 3. Deprivare emoțională 4. Deficiență/ Rușine 5. Izolare socială/ Înstrăinare
Domeniul II: Autonomie și performanță deficitare	6. Dependență/ Incompetență 7. Vulnerabilitate la vătămare sau la boală 8. Interdependență/ Sine infantil 9. Eșec
Domeniul III: Limite deficitare	10. Sentiment de îndreptățire/ Grandomanie 11. Autocontrol redus/ Autodisciplină redusă
Domeniul IV: Orientarea către celălalt	12. Subjugare 13. Autosacrificiu 14. Nevoia de aprobare/ Nevoia de recunoaștere

Domeniul V:Hipervigilență și inhibiție	15. Negativism/ Pesimism 16. Inhibiție emoțională 17. Standarde nerealiste/ Hipercriticism 18. Pedepsirea

Un alt model cognitiv al schemelor de emoții este cel al lui R. L Leahy, care în anul 2002 a susținut faptul că fiecare individ este diferit în manifestarea emoțiilor negative și a realizat o categorizare a schemelor de emoții, astfel: *validarea de către ceilalți* prin care individul normalizează ceea ce simte; *înțelegerea propriilor emoții*; *vina*- rușinea privind emoțiile resimțite; *ușurința înțelegerii emoțiilor*; *valori ridicate*- rolul pe care îl au emoțiile în clarificarea aspectelor importante ale existenței individului; *lipsa controlului* asupra emoțiilor negative; *insensibilitatea*- inhibarea emoțiilor ca și mecanism de apărare față de sentimentul lipsei de control, de a fi copleșit; *nevoia de a fi rațional*; *durata emoției*; *consensul/ normalizarea*- recunoașterea faptului că emoțiile resimțite sunt trăite și de către alți indivizi; *acceptarea emoțiilor*; *reflectarea/ rumegarea* propriilor emoții; *exprimarea* sentimentelor ca o reflectare a acceptării a ceea ce simte persoana și *blamarea celorlalți* [198].

În anul 2007, L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, J. E. Young [197] definesc schemele cognitive ca structuri mintale fundamentale, care reprezintă credințe de bază despre sine, ceilalți și lume. Aceste scheme sunt rezultate din experiențele timpurii și devin „filtre‖ prin care sunt interpretate evenimentele. De asemenea, schemele sunt profund înrădăcinate și de cele mai multe ori rigide, influențând atât modul în care percepem realitatea, cât și reacțiile emoționale. Ele joacă un rol esențial în dezvoltarea și menținerea problemelor psihologice, cum ar fi depresia sau anxietatea.

De asemenea J. R. Renstch, I. Mot și A. Abbes au dezvoltat în anul 2009 conceptul de *schemă culturală* care susține identitatea culturală a individului și care presupune desfășurarea unui proces dinamic de readaptare pe parcursul existenței, în funcție de locul în care trăiește individul [195].

În anul 2012, G. Lockwood și P. Perris au introdus termenul de *scheme adaptative timpurii*, ca un răspuns la existența schemelor dezadaptative timpurii regăsite la J. E. Young, J. S. Klosko și M. E. Weishaar în anul 2003, ambele având originea în perioada copilăriei și coexistând de-a lungul vieții. Acestea constau în patternuri emoționale, cognitive, atenționale și de procesare a informației [149].

Pornind de la conceptul creat de G. Lockwood și P. Perris în 2012, J. P. Louis, A. M. Wood, G. Lockwood, M-H. Ringo Ho, E. Ferguson au creat „Chestionarul Schemelor adaptative Young‖ în anul 2018 prin care au stipulat existența a 14 astfel de tipuri de scheme: succes,

împlinire emoțională, empatie, sănătate primară și optimism, spontaneitate, autocompasiune, granițe sănătoase/ sine dezvoltat, apartenență la un grup, autodisciplină, așteptări realiste, existența țelurilor, interes pentru îngrijirea propriei persoane, atașament stabil, încredere în sine [151].

F. Nazari, A. Kakavand, M. Farahani definesc *schemele maladaptative timpurii* ca modele cognitive și emoționale disfuncționale formate în copilărie, în special în contextul relațiilor cu părinții. Aceste scheme apar în urma trăirii experiențelor negative, precum respingerea, neglijarea sau supraprotecția și influențează la rândul lor comportamentele și percepțiile individului pe termen lung. Schemele maladaptative sunt asociate cu stiluri de parenting inadecvate și pot contribui la dezvoltarea tulburărilor comportamentale la copii (agresivitate, hiperactivitate) și influențează autoregralrea emoțională [177].

În lucrarea din 2016, E. Rafaeli, H. Sened și G. Lazarus descriu schemele ca fiind tipare cognitive și emoționale care se formează în copilărie și devin profund înrădăcinate. Acestea influențează modul în care indivizii percep și răspund la mediul înconjurător și la relațiile interpersonale. Schemele sunt rezultatul unor nevoi emoționale nesatisfăcute și pot cauza comportamente disfuncționale și moduri de gândire negative, care persistă în viața adultă [192].

Din **Tabelul 1.2** reiese că termenul de „schemă‖ are o istorie intensă, fiind un construct psihologic format din informații abstracte și bine structurate, care fac referire la o varietate de situații particulare.

Tabelul 1.2. Clarificări teoretice ale definirii termenului de schemă cognitivă în ordine cronologică

Autorul	Definirea conceptului de schemă
Immanual Kant, 1781	Este un proces de selectare a informațiilor noi și de clasificare pe categorii.
Frederic Charles Bartlett, 1932	Reprezintă „o organizare activă a reacțiilor sau experiențelor din trecut, care se presupune că întotdeauna este activă‖ [apud 57, pp. 32]
Jean Piaget - Teoria dezvoltării cognitive , 1948	Este un model mintal al ideilor sau conceptelor înregistrate în memoria de lungă durată, iar învățarea are loc prin procesul de adaptare la schemele existente, respectiv prin asimilare sau acomodare.
Hazel Markus, 1977 [161]	Schemele de sine sunt „generalizări în cogniție despre propria persoană, rezultate din experiențe trecute și care organizează și ghidează procesarea informațiilor legate de sine, conținute în experiența socială a individului" [apud 113, pp.64]
Davin Rumelhart , 1980	Reprezintă un stereotip, o structură de informații pentru reprezentarea conceptelor stocate în memorie.
William F. Brewer și James C. Treyens , 1981	Sunt stereotipuri pentru diferite situații și influențează procesul de reamintire.

Richard Anderson , 1983	Reprezintă o informație generală stocată în memorie.
Jean Matter Mandler, 1984 [154]	Contribuie la procesarea informațiilor despre concepte, oameni, evenimente și propria persoană și sunt diferite din punct de vedere cultural, individual și situațional.
Susan T. Fiske, Shelley E. Taylor, 1991 [96]	Sunt cadre de interpretare a lumii sociale, influențează judecățile și evaluările individului, cu ajutorul cărora acesta se adaptează mediului în care trăiește.
Terry M. Pace, 1998 [183]	Stau la baza definirii sinelui, a comportamentului social, fiind utilizate în rezolvarea problemelor și înțelegerea celorlalte persoane.
Robert L. Leahy, 2022 [143]	O schemă emoțională este un exemplu de posibilități de a răspunde și de a simți față de o persoană sau un eveniment și care poate fi transferat în situații similare sau față de persoane asemănătoare.
Lawrence P. Riso, Pieter L. du Toit, Dan J. Stein, Jeffrey E. Young, 2007 [197]	Schemele cognitive sunt aspecte generalizate, de durată și rezistente la schimbare, influențând cogniția și afectul.
Farzaneh Nazari, Alireza Kakavand, Mashhadi Farahani, 2015 [112]	Schemele dezadaptive timpurii sunt patternuri formate din emoții, amintiri, senzații, cogniții născute în perioada copilăriei și care se reactivează la vârsta adultă în diferite grade de disfuncționalitate.
Eshkol Rafaeli, Haran Sened, Gal Lazarus, 2016 [192]	Schemele au un rol principal în procesarea cognitivă, fiind structuri mintale de bază, durabile, prin care oamenii își reprezintă lumea înconjurătoare, care se formează în copilărie și devin profund înrădăcinate.

Schemele influențează percepția asupra lumii și sunt utilizate pentru a organiza cunoștințele asupra trecutului, informațiile despre oameni, evenimente, locuri, în diferite categorii ,pentru o accesare facilă a informațiilor.

Schemele cognitive sunt necesare pentru ca individul să trăiască sentimentul consecvenței existenței sale, a controlului asupra sinelui și a lumii înconjurătoare, indiferent dacă schemele pe care le deține coincid cu realitatea sau nu, astfel o schemă cognitivă poate fi pozitivă sau negativă, adaptativă sau dezadaptativă. Teoriile schemelor au fost utilizate în decursul ultimilor 100 de ani în diferite cercetări vizând topicuri variate și au oferit informații de valoare domeniului psihologiei privind modul de funcționare a individului din punct de vedere cognitiv, emoțional și comportamental.

În ceea ce privește schemele cognitive dezadaptative la vârsta a treia, au existat puține cercetări empirice în urma cărora să rezulte teorii specifice persoanelor vârstnice. Autorii P. Antoine, C. Antoine și R. Poinsot în anul 2008 au creat „Inventarul cognitiv al distresului subiectiv‖, instrument care s-a dorit a măsura diferite dimensiuni ale distresului la persoanele depresive care au nevoie de psihoterapie [35]. Pentru aceasta psihologii au luat în considerare șapte scheme cognitive ale vârstnicilor, respectiv: *schema abandonului*- a rămâne fără familie și prieteni, fără vreun contact social, *schema dependenței*- a avea nevoie de ceilalți pentru luarea deciziilor de zi cu zi și pentru satisfacerea propriilor nevoi, *schema fricii pierderii controlui* – a

se manifesta agresiv verbal sau fizic, *schema vulnerabilității, schema pierderii individualității*- a se manifesta prin sentimentul de singurătate, de control asupra propriei vieți, *schema refuzului ajutorului*- a refuza sincer primirea ajutorului, deși manifestă comportamente din care rezultă nevoia de sprijin și *schema dezangajării*- dezinteres pentru implicarea în activități [93].

Populația în vârstă este supusă anumitor constrângeri, care le îngrădesc libertatea, mulți dintre aceștia fiind instituționalizați la decizia familiei din cauza unei situații de criză (afecțiune fizică/ psihiatrică) și care le face dificil traiul la domiciliu. Situația medicală și instituționalizarea reprezintă în sine o traumă, care declanșează teme cognitive ce privesc pierderea controlului asupra vieții actuale, a liberului arbitrul, generând *schema pierderii individualității*. De asemenea dizabilitatea fizică sau psihică solicită prezența suportului terțelor persoane pentru a-i îngriji, pentru mulți vârstnici situația de dependență față de o altă persoană nefiind acceptată- *schema refuzului de a fi ajutat* [186].

Dintre cele șapte scheme cognitive dezadaptative abordate de către P. Antoine [35], patru dintre acestea sunt scheme generale (abandon, dependență, frica de a-și pierde controlul, vulnerabilitate), iar trei sunt specifice vârstei a treia, respectiv pierderea individualității, refuzul de a fi ajutat, dezangajarea [213].

Finalmente, putem menționa câteva aspecte rezumative*:*

Termenul de „schemă‖ a fost utilizat încă din perioada Antichității și până în prezent în domenii precum filosofie, logică, matematică, lingvistică, retorică, biologie, metafizică, iar conceptualizarea sa în psihologie a început cu F.C. Barlett în anul 1932.

Pentru cercetarea noastră am elaborat o definiție de lucru în privința schemelor cognitive, respectiv ele reprezintă o colecție mintală de informații și credințe privind mediul de trai al individului și facilitează funcționarea rapidă a acestuia. Odată activată schema, creierul uman face presupuneri despre evenimentele și persoanele cu care interacționează individul și determină comportamentul ulterior în relație cu aspectele externe cu care se confruntă.

„Teoria dezvoltării cognitive‖ a lui J. Piaget a pus pe prim plan în domeniul psihologiei cognitive conceptul de „schemă‖ cu sensul de construct mintal care este influențat de noile informații primite din exterior și care pot fi adăugate sau asimilate schemelor deja existente. Informațiile ce nu pot fi integrate creează disonanță cognitivă, care potrivit definiției oferite de către L. Festinger în 1957, se manifestă printr-o tensiune resimțită atunci când individul se confruntă cu două idei sau informații care se exclud una pe cealaltă [124].

Dintre funcțiile schemelor cognitive enumăr: oferirea unui cadru prin care schemele se pot restructura odată ce întâlnesc noi informații, facilitarea procesului de reamintire prin structurarea informațiilor, reducerea timpului de procesare al informațiilor congruente cu schema

deja existentă, completarea informațiilor lipsă despre o situație lacunară, evaluarea unor situații pe baza caracterului de prototip al schemei, anticiparea și rapiditatea proiectării în viitor a propriilor acțiuni.

În continuare vom prezenta perspectiva istorică a teoriilor conceptului de „mecanism de coping‖, cu particularizarea în manifestarea factorului psihologic în rândul persoanelor de vârsta a treia.

1.2 Particularitățile mecanismelor de coping la vârsta a treia

Dacă în paragraful anterior am făcut referire la conceptul de „schemă cognitivă‖ ca dimensiune psihologică ce caracterizează vârsta a treia, în acest spațiu vom prezenta un alt factor important în dinamica individului la această vârstă, respectiv „mecanismele de coping‖, copingul fiind o noțiune cheie a teoriilor și cercetărilor în domeniul psihologiei. Pe baza studierii literaturii privind copingul [**12, 13**], menționez următoarele aspecte. În mod tradițional, termenul a fost utilizat ca reflectând o predispoziție de adaptare la factorii de stres în vederea reglării emoțiilor și redobândirea controlului asupra propriei existențe. Fondatorii cercetărilor asupra copingului au fost R. Lazarus și S. Folkman care în anul 1984 au oferit definiția conceptului- „eforturi cognitive și comportamentale de a gestiona cerințe specifice, externe și interne, care sunt evaluate ca depășind capacitățile individului‖ [apud 141].

Conform lui J. Suls, J. P. David și J. H. Harvey în 1996 [226], teoriile copingului și cercetările în domeniu pot fi grupate în trei mari etape. Prima este etapa psihanalitică – anii ’20 – ’60, oameni de știință marcanți ai perioadei fiind S. Freud, N. Haan, G. E. Vaillant, etapă în care copingul a fost privit ca o modalitate de a face față conflictelor de ordin sexual, agresiv sau extern individului. A doua etapă este cea a copingului tranzacțional- anii ’60, perioadă în care copingul a fost văzut ca un proces dinamic determinat de factori situaționali și cognitivi, personalități marcante în domeniu fiind R. Lazarus, R. Folkman, R. H. Moos și alții. În a treia etapă – anii ’80 psihologi precum J. Suls și B. Fletcher [225] au pus accent pe dimensiunea personalității în determinarea și acțiunea copingului.

În contextul cercetărilor asupra agenților stresori, au fost studiate manifestările mecanismelor de apărare și de coping în vederea autoreglării, adaptării și ajustării [66], având la bază teoriile asupra ego-ului. Teoria psihanalitică a lui S. Freud stipula existența pulsionară și inconștientă a mecanismelor de apărare ale eul-ul, având ca scop diminuarea sau anularea cauzei conflictului psihic determinat de pulsiunile sinelui și afectelor aferente [3]. Teoriile care au

urmat și-au dorit o reinterpretare a defenselor freudiene prin care inconștientul devine informațional și nu pulsional, iar mecanismele defensive sunt integrate în categoria mecanismelor de coping [49].

În anul 1977, inspirat de teoria psihanalitică, N. Haan a dezvoltat o nouă conceptualizare a termenului de coping și a identificat 10 astfel de procese egotice care implică cogniția și afectul și 10 mecanisme defensive pulsionale [108]. În cadrul teoriei sale, cele două concepte au fost clar delimitate- mecanismele de apărare erau considerate ca fiind procese primare ale gândirii care deformează realitatea și cauzează o funcționare rigidă și mecanismele de coping care declanșează procesele secundare de gândire prin care individul alege deliberat și își exprimă emoțiile în mod constructiv și eficient. Conform lui N. Haan, mecanismele de coping reprezintă strategiile pe care indivizii le folosesc pentru a face față solicitărilor de ordin emoțional și cognitiv, provocate de situații stresante. Aceste mecanisme pot fi adaptative sau dezadaptative, în funcție de modul în care contribuie la soluționarea problemelor și la menținerea echilibrului psihic. Autoarea a subliniat că nu toate formele de coping sunt la fel de utile, de exemplu *copingul eficient* presupune utilizarea unor strategii care să ajute la soluționarea problemelor sau la adaptarea la stres, în timp ce *copingul ineficient* precum evitarea constantă a problemelor poate agrava stresul pe termen lung. De asemenea a identificat și caracteristicile mecanismelor de coping. Acestea sunt conștiente și intenționale- alese în mod deliberat pentru a face față stresului și în comparație cu mecanismele de apărare care sunt inconștiente, coping-ul implică o evaluare rațională a situației și alegerea unei acțiuni adecvate și de asemenea au o funcție adaptativă la cerințele mediului și reducerea stresului. Strategiile eficiente de coping ajută la rezolvarea problemelor și la ameliorarea tensiunilor emoționale, integrând cogniția și afectul într-un mod echilibrat [129].

În anul 1994, G. E. Vaillant a creat o ierarhie a mecanismelor defensive ca procese psihologice inconștiente de a face față situațiilor/ stimulilor stresanți. Astfel autorul susține că există trei niveluri ale acestor mecanisme- *defense imature* precum disocierea, comportamentul pasiv-agresiv, proiecția; *defense intermediare* cum ar fi intelectualizarea și reprimarea și *defense mature*, respectiv umorul, anticiparea, sublimarea, altruismul, acestea fiind considerate mecanisme sănătoase de a face față dificultăților. Un mecanism poate deveni dezadaptativ dacă utilizarea lui în timp afectează negativ sănătatea fizică sau mintală a persoanei [235; 236; 238].

În „Teoria asupra stresului‖ dezvoltată de către R. S. Lazarus în anul 1966 [137; 140] și în 1978 împreună cu R. Launier [139], copingul a fost definit în termeni de cogniție și rezultat al evaluării situațiilor și evenimentelor trăite de către individ. Răspunsul de coping a fost privit ca un proces determinat contextual și nu ca factor al personalității. În urma evaluării evenimentului

ca fiind stresant, problematic, persoana selectează strategiile de coping disponibile și care pot fi *centrate pe problemă/ sarcină* sau *centrate pe emoție*, această divizare fiind una dintre cele mai uzitate în domeniul copingului [196]. Comportamentele prin care se urmărește eliminarea factorului stresor sau reducerea consecințelor reprezintă copingul centrat pe problemă, aici fiind încadrată ca exemplu planificarea rezolvării problemelor. De asemenea, comportamente precum distanțarea, autocontrolul, evitarea, fac parte din copingul centrat pe emoție care are drept scop prevenirea sau reducerea impactului emoțional cauzat de situația stresantă [141].

În anul 1981, A. G. Billings și R. H. Moos au adăugat o nouă categorie de coping, respectiv copingul evitant, care este un mecanism de gestionare a stresului prin care individul încearcă să evite confruntarea directă cu stresorul sau cu emoțiile negative care apar din cauza acestuia. În loc să abordeze sursa problemei sau să încerce să își gestioneze emoțiile în mod adaptativ, persoana adoptă strategii care îi permit să evite situația stresantă sau să minimizeze impactul conștientizării acesteia. A. G. Billings și R. H. Moos au investigat acest tip de coping și au observat că, deși poate reduce temporar disconfortul emoțional, copingul evitant tinde să fie ineficient pe termen lung. Specialiștii au identificat și alte două tipuri de coping opuse, respectiv copingul orientat spre problemă care implică abordarea activă și directă a sursei de stres, căutarea de soluții și modificarea situației stresante și copingul orientat spre emoții și care vizează gestionarea sentimentelor negative care rezultă din situații stresante, fără a evita confruntarea cu ele. În studiul lor, cercetătorii au evidențiat importanța resurselor sociale precum familia, prietenii sau grupurile de sprijin în modul în care indivizii fac față stresului. Ei au sugerat că persoanele care au acces la astfel de resurse sunt mai puțin susceptibile să adopte copingul evitant și mai predispuse să folosească mecanisme orientate spre problemă sau spre gestionarea emoțiilor [48].

O altă clasificare a copingului a fost realizată de către D. Roger, G. Jarvis și B. Najarian în anul 1993 și cuprinde două categorii de coping: cel *adaptativ* format din „copingul rațional‖, bazat pe acțiune și rezolvarea problemelor și „copingul detașat‖, care presupune strategii ce creează o distanță cognitivă între sine și factorul stresor. Cea de-a doua categorie este *mecanismul dezadaptativ* din care fac parte „copingul evitant‖ - efortul de a se sustrage situației stresante și „copingul emoțional‖- manipularea și distorsionarea afectului în privința unui eveniment/ situație [200].

La sfârșitul anilor 1980, C. S. Carver și M. F. Scheier au contribuit la dezvoltarea teoriei copingului dintr-o perspectivă motivațională și comportamentală, astfel au propus un model care evidențiază rolul autocontrolului și strategiilor de coping bazate pe planificare și control al emoțiilor, iar în 1989 au identificat și evaluat diferite strategii de coping, subliniind importanța

orientării pozitive și a autoreglării în reducerea stresului [65]. În anul 1997, C.S. Carver a identificat trei categorii de strategii de coping pe baza cărora a realizat și un instrument de măsurare a conceptului, numit inventarul Brief- COPE, des utilizat în domeniul sănătății. Aceste strategii sunt: *centrate pe emoție*- acceptarea, suportul social, umorul, religia și reformularea pozitivă, *centrate pe problemă*- suportul instrumental și planificarea și *strategii disfuncționale*- neimplicarea, negarea, autoblamarea, autodistragerea atenției, consumul de substanțe și ventilarea emoțiilor [64].

În anul 2001, pe baza strategiilor identificate cu ajutorul Chestionarului Brief - COPE, B. Meyer a realizat o clasificare a mecanismelor, respectiv *copingul dezadaptativ* și *copingul adaptativ*, explorând modul în care persoanele cu boli mintale severe utilizează diferite mecanisme de coping și cum acestea corelează cu simptomele, funcționarea generală și bunăstarea lor. *Copingul adaptativ* este asociat cu funcționarea psihologică optimă și cu un nivel ridicat de bunăstare, astfel persoanele care folosesc reevaluarea pozitivă și focalizarea pe soluție tind să aibă simptome mai reduse de depresie și anxietate și să funcționeze mai bine din punct de vedere social și ocupațional. Pe de altă parte, *copingul dezadaptativ*, în special evitarea, negarea și consumul de substanțe, este asociat cu simptome mai severe și cu o funcționare deficitară. Persoanele care apelează la astfel de strategii manifestă simptome de anxietate și depresie accentuate și au dificultăți în adaptarea socială.

Copingul adaptativ include: *centrarea pe soluție* prin care persoana se implică activ în rezolvarea problemei sau diminuarea consecințelor acesteia; *planificarea* -elaborarea de strategii concrete pentru a rezolva problema; *căutarea suportului social instrumental*- solicitarea ajutorului altora pentru a găsi soluții; *căutarea suportului social emoțional*- solicitarea sprijinului emoțional din partea celorlalți pentru a gestiona stresul; *acceptarea*- adaptarea la realitatea problemei, fără a încerca să o nege sau să o evite, *reevaluarea pozitivă*- reinterpretarea problemei într-un mod pozitiv, *umorul*, ca modalitate de a reduce stresul emoțional și *religia*- folosirea credințelor religioase pentru a face față stresului. În contextul acestui studiu, religiozitatea poate fi adaptativă sau maladaptativă, în funcție de modul în care este utilizată. Coping dezadaptativ presupune: *evitarea*- renunțarea la eforturile de a rezolva problema sau evitarea confruntării cu situația; *negarea*- refuzul de a accepta existența problemei; *autoculpabilizarea*- tendința de a-și atribui vina pentru problemele cu care se confruntă; *consumul de substanțe*- utilizarea alcoolului sau a drogurilor pentru a face față stresului și *dezangajarea mintală*- evitarea concentrării asupra problemei prin diverse distrageri, cum ar fi implicarea în alte activități [171].

În privința rolului copingului, în anul 2003, E. A. Skinner, K. Edge, J. Altman și H. Sherwood au concluzionat că există trei categorii de procese adaptative, respectiv managementul mediului înconjurător, a resurselor sociale și a opțiunilor/ soluțiilor posibile de rezolvare a unei sarcini/ probleme care ajută individul să aibă un trai optim [222].

Conform teoriei dezvoltate în 2007 de către J. Conner - Smith și C. Flachsbart, există două dimensiuni ale copingului, cel *adaptativ și cel dezadaptativ*. Formele adaptative presupun copingul direct prin care problema este rezolvată și din care fac parte: reglarea emoțiilor, autocontrolul, reevaluarea. *Copingul disfuncțional* presupune comportamentul de evitare, abandon, izolarea socială, inhibiția și reprimarea emoțiilor. De asemenea autorii au pornit de la premisa că personalitatea joacă un rol crucial în influențarea alegerii și eficacității strategiilor de coping, astfel au identificat că persoanele cu un scor ridicat la nevrotism au o tendință ridicată de a folosi copingul orientat spre emoții și cel evitant. Aceste persoane tind să fie mai reactive la stres și mai predispuse la emoții negative, cum ar fi anxietatea și depresia, ceea ce face ca strategiile de evitare și gestionare a emoțiilor să fie preferate în fața coping-ului orientat spre problemă. Persoanele extravertite vor apela la copingul orientat pe problemă, deoarece ele sunt mai active în gestionarea situațiilor stresante, au tendința de a căuta suport social, sunt orientate către soluții și se bazează adesea pe relațiile interpersonale și pe sprijinul emoțional al celor din jur pentru a face față stresului.

Trăsăturile de personalitate influențează în mod semnificativ modul în care oamenii fac față stresului, astfel unele trăsături de personalitate, precum nevrotismul, sunt asociate cu strategii de coping mai puțin eficiente, cum ar fi copingul evitant, în timp ce altele, cum ar fi conștiinciozitatea și extraversia, sunt asociate cu strategii de coping mai adaptative, cum ar fi copingul orientat spre problemă.

Studiul lui J. Conner - Smith și C. Flachsbart a subliniat importanța personalității în alegerea și eficacitatea strategiilor de coping, oferind o bază teoretică pentru dezvoltarea de intervenții psihologice personalizate, care să țină cont de trăsăturile individuale ale persoanelor atunci când se adresează strategiile de gestionare a stresului [76].

Tabelul 1.3. Clasificările copingului într-o abordare cronologică

Autorul/ autorii	Categoriile de coping
Norma HAAN, 1977 [108]	Coping eficient și coping ineficient Obiectivitate, intelectualitate, analiză logică, toleranța ambiguității, empatie, regresia ego-ului, concentrarea atenției, sublimare, substituție, suprimare
Andrew G. Billings și Rudolf H. Moos, 1981 [48]	Coping evitant - încercarea de a evita confruntarea directă cu Coping orientat pe problemă

	Coping orientat pe emoție
Richard S. Lazarus și Susan Folkman, 1984 [141]	Coping centrat pe problemă Coping centrat pe emoție
Derek Roger, Glyn Jarvis și Bahman Najarian, 1993 [200]	Stilul adaptativ: copingul rațional și copingul detașat Stilul dezadaptativ: copingul evitant și copingul emoțional
George E.Vaillant, 1994 [237]	Defense imature: agresivitate pasivă, rebeliune, disociere, proiecție (paranoia), fantezie autistă Defense intermediare: intelectualizare, reprimare, somatizare, raționalizare Defense mature: suprimare, altruism, umor, sublimare.
Charles S. Carver, 1997 [64]	Coping centrat pe emoție: acceptare, suport social, umor, religie, reformulare pozitivă Coping centrat pe problemă: suport instrumental, planificare Coping disfuncțional: neimplicare, negare, autoblamare, autodistragere a atenției, consum de substanțe, ventilarea emoțiilor.
Bjorg Meyer, 2001 [171]	Coping dezadaptativ: ventilarea emoțiilor, negare, consum de substanțe, dezangajare, autodistragere, autoblamare Coping adaptativ: reformulare pozitivă, planificare, căutarea suportului social
Ellen A. Skinner, Kathleen Edge, Jeffrey Altman și Hayley Sherwood, 2003 [221; 222]	Procese adaptative: managementul mediului înconjurător, a resurselor sociale și a opțiunilor/ soluțiilor posibile de rezolvare a unei sarcini/ probleme
Jennifer Conner-Smith și Celeste Flachsbart, 2007 [76]	Coping adaptativ: reglarea emoțiilor, autocontrol, reevaluare Coping dezadaptativ: evitare, abandon, izolare socială, inhibiție, reprimarea emoțiilor

În urma analizei literaturii în domeniu, am elaborat **Tabelul 1.3** care cuprinde o sinteză a modalităților de încadrare și definire a termenului de „coping‖ prezentat în ordine cronologică.

Analiza conceptului a fost realizată de-a lungul timpului de numeroși cercetători, rezultând modele ale copingului mai complexe decât cel al lui R.S. Lazarus și S. Folkman din anii 1980 și 1984 [133; 141] prezentate în **Tabelul 1.4.**

Tabelul 1.4. Modele teoretice ale copingului

Model al copingului	**Conținutul modelului**
Modelul tranzacțional **Richard S. Lazarus și Susan Folkman, 1984, 1987** [141; 142]	Susține că există o interacțiune între individ și situația stresantă care apare în urma interacțiunii cu mediul. Pentru a face față problemei, sunt parcurse două procese-evaluarea situației și identificarea soluțiilor.
Modelul sociologic **Leonard I. Pearlin și Carmi Schooler, 1978** [185]	Există un coping specific fiecărui rol social al individului (la serviciu, în familie, în grupul de prieteni) și care este determinat de cerințele acestor roluri.
Andrew G. Billing și Rudolf H. Moos, 1981 [48]	Au creat un cadru de explicare a copingului în situații de criză, încorporând și alte elemente, precum mediul (resurse sociale și economice), sistemul personal (resurse sociale și individuale), factori situaționali (evenimente de criză), tipuri de răspuns a individului și rezultate (sănătate optimă și stare de bine).

Modelul bio- psiho- social integrativ Rudolf H. Moos și Jeanne A. Schaefer, 1984 [173]	Au pus accent pe un cumul de factori care creează un cadru pentru a se depăși situațiile stresante în care se activează următoarele mecanisme de coping: resurse economice, sociale, individuale, experiența personală a individului care trece prin situația de criză, consecințele asupra sănătății și a stării de bine.
Modelul interactiv al copingului Norman S. Endler și James D.A. Parker, 1990 [90]	Au analizat relația dintre stres, anxietate, personalitate și coping, astfel au conluzionat că aspectele personalității se activează odată cu perceperea amenințării și cresc nivelul anxietății, necesitând astfel răspunsuri de coping.

Conform rezultatelor analizei instrumentelor de măsurare a conceptului realizată de către F. E. Garcia, C.G. Barraza- Pena, A. Wlodarczyk, M. Alvear- Carrasco și A. Reyes- Reyes în anul 2018, au fost create mai multe instrumente- „Modalități a scalelor de coping‖ realizat de către R. S. Lazarus și S. Folkman în 1984, „Măsurarea reglării stilurilor afective‖ a lui R. Larsen și Z. Prizmic în 2006, „Inventarul schemelor de coping- varianta revizuită‖ conceput de către P. Wong, G. Reker și E. Peacock în 2006, „Inventarul COPE‖ realizat de C.S. Carver, M. F. Scheier și J.K. Weintraub în anul 1989 și revizuit în forma sa scurtă în anul 1997- Brief - COPE [102].

În cadrul cercetării noastre vom utiliza „Scala strategică de abordare a coping-ului‖- SACS, instrument care vizează măsurarea conceptului ca și comportament, în context social. Această scală a fost concepută pe baza Modelului multiaxial al copingului al lui S. E. Hobfoll, C. L. Dunahoo, L. Monnier, M. R. Hulsizer și R. Johnson creat în anul 1993 și revizuit în 1998 care include direcții generale de coping și care are 3 axe, respectiv: coping prosocial- antisocial, activ- pasiv și direct-indirect. Din *dimensiunea activ- pasivă* fac parte „acțiunea asertivă‖ și „evitarea‖, categorie de coping care descrie comportamentele de rezolvare sau de ocolire a problemelor. *Dimensiunea prosocial- antisocială* descrie acțiunile de atingere a obiectivelor, ținând cont sau nu de binele celorlalți și cuprinde „relaționarea socială‖, „căutarea suportului social‖, „acțiunea prudentă‖, „acțiunea instinctivă‖, „acțiunea antisocială‖ și „acțiunea agresivă‖. Iar *dimensiunea direct- indirectă* descrie efortul de modelare a contextului în mod transparent sau voalat și cuprinde „acțiunea indirectă‖ [86].

Conform lui J. C. Cavanaugh și F. Blanchard - Fields, apar diferențe la nivelul strategiilor de coping determinate de vârsta indivizilor, cele utilizate de către vârstnici fiind diferite față de cele ale tinerilor sau adulților, în principal din motivul specificului factorilor stresori caracterizați de limitările acestei perioade a vieții, schimbări neprevăzute în context social, familial și personal [67]. Din nevoia de a crea un cadru teoretic al strategiilor de coping la vârsta a treia, au fost dezvoltate două modele, respectiv „Modelul de optimizare selectivă cu compensare‖ realizat

de către P. B. Baltes și M. M. Baltes în anul 1990 [41] și „Modelul proactivității preventive și corective‖ conceput de E. Kahana și B. Kahana în 2014 [125].

„Modelul optimizării selective cu compensare‖ a fost creat pentru o mai bună înțelegere a strategiilor folosite de către vârstnici pentru o îmbătrânire sănătoasă, pentru a maximiza aspectele pozitive și a diminua pierderile specifice acestei etape a vieții și este format din trei strategii, respectiv: selecție, optimizare și compensare. Strategia de *selecție* presupune că individul își setează și prioritizează obiectivele de viitor din prisma diminuării capacității fizice și/ sau psihice, strategie ce poate fi o „selecție bazată pe pierdere‖- abandonarea neintenționată a scopurilor din cauza incapacității individului sau o „selecție bazată pe alegeri‖- alegeri voluntare în funcție de propriile nevoi sau preferințe. Strategia de *optimizare* reprezintă procesul de dobândire sau îmbunătățire a resurselor sau abilităților necesare atingerii obiectivelor, iar strategia de *compensare* înseamnă folosirea mijloacelor alternative externe pentru rezolvarea sarcinii. Acest model este considerat a fi potrivit pentru explicarea strategiilor de coping abordate la vârsta a treia, deoarece ia în considerare schimbările din punct de vedere fizic și psihic, aspecte specifice la această vârstă. Conform lui A. M. Freund și P. B. Baltes modelul în cauză cuprinde strategii centrate pe problemă, deoarece toate cele trei categorii presupun acțiuni directe de atingere a scopurilor și de compensare a neajunsurilor [98].

Un alt model teoretic pentru persoanele de peste 65 de ani este „Modelul proactivității preventive și corective‖ în vederea unei îmbătrâniri de succes, prin care se consideră că vârstnicii se confruntă cu factori stresori specifici, dintre care bolile cronice, pierderi ale unor persoane dragi, pierderea rolului în societate, dar care pot fi depășiți cu ajutorul resurselor interne și externe. Conform teoriei, din resursele interne fac parte stima de sine, altruismul, optimismul și copingul, considerat a fi un comportament de adaptare proactiv care determină o îmbătrânire de succes și o stare de bine psihologică și care presupune promovarea stării de sănătate, întrajutorarea, planificarea și substituirea rolului [125]. Aceste aspecte vor fi luate în considerare în lucrarea noastră, în special la capitolul ce analizează manifestarea mecanismelor de coping la vârsta a treia în coroborare cu schemele cognitive, aspectele demografice și starea de bine psihologică.

1.3 Caracteristici ale stării de bine psihologice la vârstnici

Creșterea speranței de viață și a numărului persoanelor de peste 65 de ani determină importanța studierii fenomenului îmbătrânirii din punct de vedere psihologic în vederea identificării factorilor care determină o îmbătrânire de succes.

Conform lui J. F. Schroots abordarea teoretică și cercetările în domeniul psihologiei persoanelor de vârsta a treia își au originea după cel de-al doilea Război Mondial și sunt împărțite în trei categorii, respectiv- psihologia vârstnicului, psihologia vârstelor și psihologia îmbătrânirii, fiecare dintre acestea având obiecte de cercetare diferite. Prima s-a centrat pe studierea persoanelor vârstnice, cea de-a doua pe diferențele la nivelul cogniției între diferite stadii de vârstă și ultima categorie a psihologiei îmbătrânirii a studiat comportamentul seniorilor în comparație cu alte etape ale vieții [215].

Analizând cercetările asupra persoanelor de peste 65 de ani, se observă contribuții importante pentru literatura privind această vârstă, recunoscute pe scară largă de către specialiștii interesați de înțelegerea psihologiei îmbătrânirii, utilă pentru a promova bunăstarea seniorilor [**19**]. În privința factorilor psihologici vizați de lucrarea noastră, am clasificat tipurile de studii după variabile, astfel: într-o primă categorie sunt studiile care abordează separat specificul „schemelor cognitive‖, a „mecanismelor de coping‖ și „starea de bine psihologică‖ la seniori, iar cea de a doua categorie cuprinde cercetarea dinamicii acestor variabile.

Deoarece vârsta a treia este caracterizată de cele mai multe ori de o scădere a calității vieții prin degradarea sănătății individului- apariția bolilor cronice, a incapacității fizice de a se autoîngriji, pierderea rolului în societate prin pensionare, decesul unor persoane apropiate, Organizația Mondială a Sănătății propune în perioada 2021- 2030 un program prin care să se reducă consecințele neputinței fizice și sociale pentru îmbunătățirea stării de bine a vârstnicilor și a familiilor acestora [233].

Acest factor psihologic al *stării de bine* reprezintă o arie de interes pentru studii, fiind încă un aspect ce necesită cercetări și teoretizări. Ca o însumare a literaturii analizate, starea de bine se află în relație cu ariile în care individul funcționează optim, respectiv din punct de vedere cognitiv, emoțional, social, fizic și spiritual, existând diferențe interindividuale în ceea ce privește experimentarea bunăstării emoționale, în diferite contexte.

Conform unei prime încercări de a defini termenul de către N. Bradburn în anul 1996, starea de bine s-ar manifesta atunci când indivizii încearcă să facă față dificultăților și este asociată cu fericirea și eudemonismul [54].

Definiția formulată de N. Bradburn a fost criticată de către C. D. Ryff, deoarece a considerat necesară o identificare a elementelor de structură ale termenului în cauză. Ulterior, alți

cercetători precum E. Diener și E. Suh în 1997, au recunoscut existența a trei elemente componente ale stării de bine, respectiv satisfacția vieții, afectul pozitiv și afectul negativ. Termenul de afect se referă la o stare sau o emoție plăcută sau neplăcută, pe când termenul de satisfacție a vieții face referire la felul în care individul își evaluează cognitiv gradul de mulțumire privind propria viață [84].

În urma studierii literaturii de specialitate, am observat faptul că termeni precum stare de bine, fericire, satisfacția asupra vieții, sunt utilizați cu același sens, fiind interschimbabili. A. S. Waterman a divizat termenul de fericire în două componente- hedonismul/ plăcerea de moment și eudemonism/ bucuria de durată [249]. Hedonismul presupune maximizarea emoțiilor pozitive și minimizarea celor negative, pe când eudemonismul presupune căutarea unui rost în viață, autonomie, acceptare și vitalitate. Conform lui R. M. Ryan, V. Huta și B. Singer, fericirea se definește în termeni de ce poate fi și ce poate face individul pentru a-și asigura nevoile de bază și pentru a-și îndeplini scopurile [203; 207].

Pionerul cercetărilor din domeniul stării de bine a fost C. D. Ryff, care și-a concentrat munca pe clarificarea definiției termenului și înțelegerea structurii acestuia, punând accent pe funcționarea psihologică la nivel optim astfel încât individul să se dezvolte și să se realizeze. În ceea ce privește noțiunea de fericire, opinia lui C. D. Ryff a fost că aceasta este o stare de bine de moment, însă pentru a obține o stare de bine de lungă durată, individul trebuie să înțeleagă sensul vieții sale și ceea ce simte. Privind structura stării de bine, cercetătoarea a propus șase dimensiuni- acceptarea propriei persoane, cu limitele și defectele aferente, relații pozitive cu persoanele semnificative din viața individului, creștere personală continuă, pe tot parcursul vieții, deținerea unui scop în viață, prin identificarea și stabilirea unor obiective semnificative pentru individ, autonomia, manifestată în gândire și acțiune și managementul mediului, explicat prin funcționarea în anumite condiții, care să-i satisfacă nevoile individului și să-i fie respectate valorile [206; 207].

Teoria asupra stării de bine subiective formulată de către E. Diener în 1984, stipulează faptul că aceasta este o sumă de evaluări pe care le face individul asupra propriei existențe, evaluări de ordin cognitiv și emoțional și are două elemente componente- echilibrul afectiv (emoțiile pe care le simte individul și care pot fi pozitive, negative sau mixte) și satisfacția vieții (judecăți globale privind propria viață) [80].

Deși starea de bine subiectivă tinde să fie stabilă de-a lungul timpului și este corelată cu personalitatea individului, componentele sale emoționale sunt influențate de experiențele pe care le trăiește persoana. În anul 1998, C. Lee și M. Keyes au considerat necesar adăugarea unei noi componente, respectiv dimensiunea socială (integrarea socială, acceptarea socială, contribuția

socială, actualizarea socială și coerența socială), întrucât starea de bine este determinată și de evaluările privind funcționarea persoanei în societate [144].

În 2000, R. M. Ryan și E. L. Deci au dezvoltat „Teoria autodeterminării‖, care susține că individul autonom dorește să se dezvolte personal și să fie competent în rezolvarea dificultăților, înglobând termeni precum fericire și aspecte ce țin de hedonism și eudemonism. Această teorie se concentrează pe motivația umană și identifică trei nevoi psihologice de bază care sunt esențiale pentru creșterea și bunăstarea personală, respectiv: *autonomia*- nevoia individului de a simți că acțiunile și deciziile proprii sunt autodeterminate și nu impuse din exterior, acesta căutând libertatea de a face alegeri și de a avea control asupra vieții sale; *competența*- nevoia de a se simți eficient și capabil în interacțiunea cu mediul, de a dobândi noi abilități și de a depăși dificultățile cu succes și *relaționarea*- nevoia de a avea legături semnificative cu ceilalți, de a fi acceptat și de a se simți conectat social, aspecte esențiale pentru bunăstarea psihologică. În cadrul teoriei, R. M. Ryan și E. L Deci au integrat aspecte ce țin de hedonism- căutarea plăcerii și evitarea suferinței și eudemonism- atingerea unui sens mai profund și autoîmplinirea, susținând că satisfacerea nevoilor de bază duce la o formă de bunăstare psihologică autentică și durabilă, care transcende fericirea de moment (hedonism) și este legată de sensul și scopul vieții (eudemonism) [202].

În cadrul modelului P. E. R. M. A., dezvoltat în 2002 de către psihologul american M. E. P. Seligman, sunt prezentate elementele necesare pentru ca individul să se simtă împlinit, să aibă o stare de bine și să fie mulțumit de viața sa, respectiv: să trăiască emoții pozitive, să fie implicat în diferite activități, să aibă relații interpersonale, realizări și obiective de viitor [217].

M. Ghența a întreprins în anul 2002 o cercetare care abordează calitatea vieții persoanelor vârstnice în România, una dintre variabilele cercetării fiind și „*starea de bine*‖. Rezultatele au arătat faptul că starea de bine/ bunăstarea emoțională, corelează pozitiv cu satisfacția privind propria viață, cu o stimă de sine ridicată, acestea determinând și perceperea unei vieți de calitate . Dimensiunea studiată de cercetători (bunăstare emoțională/ stare de bine) este compusă din opt indicatori: cei *determinanți (*relațiile cu ceilalți, sănătatea fizică, mediul de trai și venitul), dintre aceștia influența cea mai mare asupra stării de bine având-o dimensiunea „*relațiile cu cei din jur".* Al doilea indicator este *experimentarea unor stări depresive sau anxioase.* Vârstnicii care beneficiază de serviciile de cazare ale unei case de bătrâni, au înregistrat într-o mai mică măsură astfel de stări, în comparație cu persoanele care beneficiază de îngrijiri la domiciliu. Al treilea indicator, *evaluarea stării de sănătate generală* se referă la percepţia persoanelor vârstnice dependente cu privire la starea de sănătate, iar în urma cercetării s-a constatat că mai bine de jumătate dintre subiecți considerau că viața nu le este afectată din cauza stării de sănătate. Al

patrulea indicator, *evaluarea capacității de concentrare* măsoară prezența dificultăților de concentrare/ memorie, iar în cadrul lotului studiat, mai mult de jumătate dintre subiecți nu experimentaseră aceste dificultăți. În privința ultimului indicator al stării de bine, respectiv *evaluarea generală a vieții persoanei,* mai bine de jumătate dintre subiecți consideră că viața lor are sens, fiind ajutați de către persoanele din jur [5].

În urma literaturii analizate, conceptul de „stare de bine‖ este un concept multidimensional, bazat pe subiectivitatea individului și care depinde de rolul acestuia în societate, de experiențele pe care le trăiește, de timp și loc. Tocmai din aceste motive, conceptul poate fi utilizat în numeroase cercetări, deoarece se asociază cu o diversitate privind momentele de timp, grupurile de indivizi, comunități și culturi, gen, vârstă, studii, profesie, nevoi și valori. Ca rezultat, starea de bine diferă de la o persoană la alta, dintr-un loc în altul și de la un moment de timp în altul.

În privința primei categorii de studii realizate asupra vârstnicilor în legătură cu variabila „*scheme cognitive",* am observat că există puține date empirice privind manifestarea acestora în rândul populației în etate.

Conform cercetărilor, schemele pot fi mai ușor schimbate în perioada copilăriei, iar pe măsură ce timpul trece, devin din ce în ce mai rigice și greu de modificat odată cu înaintarea spre bătrânețe [184]. La același rezultat au ajuns și specialiștii S. P. J. Van Alphenet, J. J. Derksen, J. Sadavoy și E. Rosowsky în anul 2012, considerând că schimbarea aspectelor patologice ale personalității nu este posibilă la vârsta a treia, din cauza rigidității tiparelor disfuncționale utilizate de-a lungul vieții sau din cauza declinului cognitiv și fizic [240].

S-a descoperit că odată cu apariția schimbărilor în viața individului și schemele cognitive dezadaptative devin mai active, acest lucru fiind explicat de faptul că ele sunt declanșate de factori specifici vârstei, respectiv pensionarea, pierderea partenerului și/ sau boli somatice [242; 243].

Într-un studiu efectuat în 2015, S. Obeid, F. Kazour și G. Kazour au constatat că persoanele vârstnice instituționalizate tind să manifeste activarea unor scheme cognitive precum deprivarea emoțională, abandonul, excluderea socială și neîncrederea, în comparație cu vârstnicii care locuiesc în propriile lor locuințe. Această tendință a fost corelată cu absența suportului emoțional din partea familiei și a comunității [179].

Conform altor studii realizate de M. J. H. Legra în 2017, activarea unei scheme cognitive depinde de context, de experiența profesională anterioară și de starea de sănătate a individului. De exemplu, schema cognitivă de tip abuz/neîncredere tinde să se manifeste la persoanele

vârstnice care ajung să depindă de un îngrijitor, spre deosebire de seniorii care își mențin sănătatea și independența [145].

Cu scopul de a îmbunătăți adaptarea la schimbările intervenite odată cu înaintarea în vârstă, a creșterii nivelului stării de bine, a unei îmbătrâniri sănătoase, în cadrul unor cercetări a fost aplicată terapia centrată pe schemele cognitive. Rezultatele cercetării lui A. C. Videler în 2014, au arătat că această formă de terapie scurtă aplicată vârstnicilor cu tulburări de personalitate și tulburări afective a produs îmbunătățiri semnificative în ceea ce privește distresul, prin reducerea frecvenței activării schemelor cognitive dezadaptative [242]. Același cercetăror în anul 2018 a dovedit că în urma participării la terapie psihologică, pacienții cu tulburări din clusterul C au manifestat mai puțin activarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii [243].

Pentru cel de-al doilea factor psihologic de interes pentru lucrarea de față- „*mecanisme de coping"*, cercetările au evidențiat faptul că vârstnicii folosesc preponderent strategii de coping centrate pe emoții și nu cele centrate pe problemă [199], deși conform „Modelului proactivității preventive și corective‖ copingul centrat pe problemă este o resursă internă corelată cu îmbătrânirea de succes [164].

Cercetările specialiștilor T. R. Prohaska, E. A. Leventhal, H. Leventhal și M. L. Keller au dovedit că vârstnicii tind să adopte comportamente preventive și în comparație cu tinerii, sunt mai predispuși să adere și la intervenții psihologice, din cauza faptului că sunt mai anxioși privind consecințele unor posibile afecțiuni [189].

Alte cercetări ale lui B. J. Felton și T. A. Revenson au arătat că vârstnicii care își percep starea de boală ca fiind gravă, vor restructura boala ca având aspecte pozitive, vor minimaliza gravitatea afecțiunii de care suferă și nu vor aborda strategiile de coping ce presupun exprimarea propriilor emoții sau căutarea informațiilor [95].

De asemenea, alte studii au luat în considerare faptul că persoanele care ajung la o vârstă înaintată suferă de mai multe afecțiuni, fapt ce influențează categoriile de strategii de coping adoptate. Experiența anterioară în a face față bolilor cronice poate duce la o mai bună gestionare a consecințelor afecțiunilor și la un coping emoțional redus. Strategiile instrumentale folosite în gestionarea unei boli cronice vor fi mai ușor aplicate de un vârstnic care a experimentat de-a lungul timpului beneficiile acestor strategii în abordarea altor afecțiuni de care a suferit [136].

În urma studiului realizat în România în anul 2010 pe populația vârstnicilor privind mecanismele de coping, A. Frunză a concluzionat că persoanele vârstnice se confruntă cu diferite forme de stres (starea de boală, diminuarea capacităţii funcţionale, relaționare dificilă, deces, griji financiare, interacțiuni sociale limitate) și odată cu înaintarea în vârstă, pentru a face față

acestor situații stresante, adoptă din ce în ce mai frecvent copingul centrat pe emoție. De asemenea, autoarea a mai identificat și folosirea de către seniori a încă trei categorii de strategii de coping, respectiv eforturile cognitive (folosite în situația în care vârstnicul simte că nu mai are nici un control asupra situației în care se află), activităţile sociale și fizice (folosite pentru a combate stresul zilnic) și acţiunile de informare (folosite pentru a găsi surse de informare despre afecțiunea de care suferă) [4].

Trebuie reținut că îmbătrânirea este în sine un proces al schimbărilor de ordin fizic, social și psihologic și astfel este impetuos necesar ca vârstnicii să dețină strategii adecvate pentru a minimiza consecințele emoționale, precum situațiile stresante și să reușească să se adapteze lor.

Nevoia de a prezice *efectul mecanismelor de coping asupra stării de bine* a vârstnicilor este bine fundamentată prin teoriile despre fenomenul îmbătrânirii. Literatura de specialitate subliniază importanța strategiilor atât la populația generală, cât și la populația vârstnică. Bătrânețea este un proces cu multe modificări în sine, ce nu presupun doar schimbări fizice, ci și psihologice și sociale (pensionarea, scăderea veniturilor, plecarea copiilor de acasă). În anul 2015, E. C. Schoenmakers, T. G van Tilburg, T. Fokkema au susținut importanța deținerii de către persoanele în vârstă a strategiilor adecvate pentru a minimiza consecințele emoționale ale situațiilor stresante și pentru a se adapta adecvat la acestea. Din acest motiv, studierea mecanismelor de coping poate fi o soluție pentru o îmbătrânire de succes [210].

L. Galiana, J. M. Tomás, I. Fernández și A. Oliver au concluzionat în urma cercetărilor că strategiile de coping centrate pe problemă prezic în sens pozitiv starea de bine psihologică, în timp ce strategiile centrate pe emoții, în sens negativ, ceea ce face impetuos necesară o clarificare a situațiilor în care individul utilizează copingul centrat pe emoție [101].

În privința analizării relației dintre *schemele cognitive dezadaptative* și *starea de bine psihologică*, s-au observat că scheme precum „standardele nerealiste‖, „autosacrificiul‖, „subjugarea‖, „deprivarea emoțională‖, „izolarea socială‖ și „eșecul‖ prezic starea de bine psihologică, ceea ce ar putea avea impact asupra stării de sănătate mintale a vârstnicilor [181].

Persoanele în etate ajung să considere necesară intervenția psihologică, din cauza incapacității de a mai face față evenimentelor vieții (boala cronică, dizabilitatea, pierderea partenerului) ce le afectează starea de bine psihologică și dorința de a investi în aspecte cu sens, dat fiind faptul că până la deces, anii de viață sunt mai puțini [134].

La nivel global, datorită creșterii numărului persoanelor vârstnice, promovarea stării de sănătate și a stării de bine a devenit o prioritate prin care se asigură o îmbătrânire sănătoasă a populației mondiale, existând o corelație între starea de bine și sănătatea fizică și mintală.

Fenomenul multidimensional al stării de bine la persoanele vârstnice implică sentimente de fericire, existența unui scop în viață, mulțumire, relații sociale satisfăcătoare și autonomie [131].

Cercetările realizate în rândul populației vârstnice au separat starea de bine hedonică, de starea de bine eudemonică, prima stare înregistrând creșteri odată cu vârsta (persoanele vârstnice manifestând creșteri ale sentimentelor pozitive și descreșteri ale sentimentelor negative), iar cea de-a doua stare (sentimentul unui scop în viață) înregistrând declin în privința urmăririi obiectivelor și a dezvoltării personale [202].

Intervențiile specializate, destinate persoanelor vârstnice, este de preferat să se adreseze unui număr cât mai mare de indivizi, acest aspect având implicații directe la nivelul specialiștilor care lucrează cu această categorie de persoane, specialiști care trebuiesc pregătiți să intervină pentru a instaura un echilibru între sănătatea fizică și mintală, starea de bine socială, spiritualitate și un mediu de trai propice [135]. Prin îmbunătățirea stării de bine, dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ și corectarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii, vârstnicii pot menține o viață activă și independentă mai mult timp, aspect ce contribuie la o îmbătrânire sănătoasă prin implicarea în activități sociale, menținerea unei rețele de suport, aspecte esențiale pentru prevenirea singurătății și izolării sociale. Un nivel ridicat al stării de bine și utilizarea mecanismelor de coping adecvate, permit persoanelor în vârstă să își dezvolte reziliența emoțională, astfel vor putea face față mai ușor provocărilor care apar odată cu înaintarea în vârstă.

1.4 Concluzii la capitolul 1

1. În domeniul psihologiei, am constatat că teoriile privind conceptul de *„schemă cognitivă”* specifică vârstei a treia sunt reduse numeric, deși există un interes crescând în privința cercetărilor în rândul persoanelor de peste 65 de ani, în cercetarea noastră axându-ne pe „Teoria schemelor cognitive dezadaptative timpurii‖ creată de către J. E. Young în anul 2003.

2. Definiția de lucru pentru termenul de *„schemă cognitivă dezadaptativă”* s-a centrat pe definițiile oferite de A. Beck și J. E Young, astfel această noțiune reprezintă credințele individului ce se formează în perioada copilăriei în interacțiune cu persoanele de atașament, patternuri utile pe parcursul vieții care conferă sentimentul consecvenței și al controlului asupra sinelui și al mediului înconjurător și care se reactivează în situații asemănătoare cu cele trăite ca și copil, în final creându-se fără voință situațiile dureroase din timpul copilăriei.

3. Teoriile referitoare la noțiunea de *„schemă cognitivă”* subliniază rolul esențial pe care tiparele de gândire îl au în modul în care indivizii interpretează și răspund la experiențele trăite zilnic. Aceste patternuri pot influența percepția asupra propriei persoane, relațiile interumane și capacitatea de a face față dificultăților. În situația schemelor cognitive dezadaptative, acestea pot duce la distorsiuni în gândire, comportamente disfuncționale și dificultăți de ordin emoțional, din acest motiv conștientizarea și diminuarea activării lor generează o funcționare psihologică sănătoasă și echilibrată.

4. În privința celui de-al doilea factor psihologic evaluat în cadrul lotului de persoane vârstnice, respectiv *„mecanism de coping”*, prezenta cercetare se va centra pe teoria lui S. E. Hobfoll, C. L. Dunahoo, L. Monnier, M. R. Hulsizer și R. Johnson care au creat „Modelul multiaxial al copingului‖ – varianta revizuită în anul 1998 [81] care face referire la specificitățile dimensiunii comportamentale activată odată cu schimbările apărute cu înaintarea în vârstă prin care se identifică diferențe individuale în abordarea rezolvării problemelor.

5. În urma analizării literaturii de specialitate, conceptul de *„coping”* a fost larg dezbătut și utilizat în cercetări multiple care au avut ca rezultat dezvoltarea noțiunii și identificarea a numeroase fațete ale termenului, în prezentarea terminologiei abordând pe cele mai relevante pentru cercetarea noastră. Cercetătorii au fost interesați de studierea copingului pe diferite loturi de subiecți caracterizate prin aspecte demografice variate din punct de vedere al genului, vârstei, nivelului de educație, mediu de trai, profesie, stare de sănătate, iar privind vârstnicii conceptul a trezit interes în coroborare cu alte două noțiuni, respectiv „îmbătrânirea de succes‖ și „starea de bine‖, cercetări ce vor fi prezentate în următorul subcapitol.

6. Definiția termenului de *„mecanism de coping”* care se pliază pe cercetarea de față este reprezentată de comportamentele adoptate de către persoanele vârstnice în vederea depășirii

problemelor cu care se confruntă și mai specific, acțiunile de adaptare la schimbările apărute odată cu înaintarea în vârstă.

7. Teoriile mecanismelor de coping evidențiază importanța capacității individului de a gestiona stresul și provocările vieții, aceste strategii adoptate pentru a face față dificultăților având un rol crucial în funcționarea optimă a individului. Mecanismele de coping adaptative contribuie la reducerea anxietății, depresiei și altor reacții negative, iar cele dezadaptative amplifică suferința și dificultățile de ordin personal și social. Capacitatea de a dezvolta și utiliza comportamente de rezolvare a problemelor și de adaptare la situațiile apărute și care creează stres este esențială pentru bunăstarea pe termen lung.

8. În privința termenului de „*stare de bine psihologică*‖ am creat o definiție care reflectă integrarea abordărilor propuse de alți specialiști precum C. D. Ryff, M. Seligman, respectiv acest concept reprezintă o condiție holistică de echilibru emoțional, social și mintal, caracterizată prin sentimentul de mulțumire și împlinire personală, însoțită de o funcționare optimă la nivel individual (control asupra deciziilor personale, autovalorizare, relații interpersonale semnificative, sens al vieții, reziliență emoțională, sentiment al echilibrului profesional, personal și social).

9. Conform teoriilor privind conceptul de „*stare de bine psihologică*‖, acesta ar rezulta din integrarea armonioasă a factorilor emoționali, cognitivi și sociali, care permit individului să trăiască o viață autentică și mulțumitoare. Bunăstarea psihologică implică starea generală de echilibru emoțional, satisfacție personală și funcționare optimă, manifestată prin relații pozitive cu ceilalți, identificarea unui sens în viață, capacitatea de a se adapta provocărilor și de a experimenta o creștere personală continuă.

2. CERCETAREA PRIVIND SCHEMELE COGNITIVE DEZADAPTATIVE TIMPURII, MECANISMELE DE COPING ȘI STAREA DE BINE LA PERSOANELE DE VÂRSTA A TREIA

2.1 Organizarea cercetării și descrierea metodelor experimentale

Scopul cercetării ne-a orientat spre identificarea tipurilor de scheme cognitive dezadaptative timpurii, a mecanismelor de coping și a stării de bine la persoanele de vârsta a treia și implementarea unui program de intervenție psihologică în vederea schimbării schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, pentru creșterea nivelul stării de bine psihologice percepute.

Dată fiind studierea literaturii de specialitate și a studiilor în domeniul psihologiei vârstelor, putem afirma faptul că este necesară realizarea unei cercetări empirice, ținând cont de numărul redus de studii în rândul persoanelor în etate. Cunoașterea manifestărilor schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping la seniori este esențială, deoarece ne permite să înțelegem mai bine modul în care procesul de îmbătrânire afectează gândirea, emoțiile și comportamentele persoanelor de peste 65 de ani. Analizarea schemelor cognitive la vârstnici poate ajuta la identificarea și abordarea gândurilor negative sau distorsionate, ceea ce poate contribui la îmbunătățirea sănătății mintale, prevenirea tulburărilor cognitive și a celor emoționale, precum depresia sau anxietatea. Prin identificarea și promovarea unor mecanisme de coping sănătoase, putem contribui la îmbunătățirea calității vieții persoanelor de vârsta a treia. Aceasta include dezvoltarea resurselor interne, precum reziliența și acceptarea, care pot ajuta la gestionarea mai eficientă a stresului și a schimbărilor apărute odată cu această perioadă a vieții-pensionarea, decesul partenerului de viață, probleme de sănătate, pierderea capacității de autoîngrijire.

De asemenea, în urma analizei studiilor realizate în domeniul psihologiei privind schemele cognitive [134; 181] și mecanismele de coping [160; 214] am observat că aceste dimensiuni influențează starea de bine psihologică, acesta fiind și motivul pentru care am inclus în cercetarea empirică și această variabilă, ca variabilă dependentă.

Obiectivele cercetării sunt următoarele:

O 1: Analizarea literaturii de specialitate în domeniul psihologiei persoanelor de vârsta a treia în vederea delimitării aspectelor teoretice relevante pentru elaborarea și desfășurarea studiului experimental privind schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine.

O 2: Identificarea schemelor cognitive și a mecanismelor de coping care se întâlnesc la diferite stadii ale vârstei a treia.

O 3: Identificarea diferențelor la nivelul schemelor cognitive și a mecanismelor de coping în funcție de aspectele demografice (gen, mediul de trai, statusul familial) și nivelul stării de bine percepute.

O 4: Stabilirea relației dintre schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia.

O 5: Elaborarea profilurilor psihologice ale vârstnicilor privind schemele cognitive dezadaptative din prisma mecanismelor de coping și a stării de bine psihologice.

O 6: Elaborarea și aplicarea unui program de intervenție psihologică privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, în vederea îmbunătățirii stării de bine psihologice.

În corespundere cu problema enunțată și scopul trasat, ne propunem următoarele **ipoteze ale cercetării***:*

Ipoteza 1: Presupunem că există diferențe între schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping la persoanele vârstnice, în funcție de stadiul vârstei a treia, gen, mediul de trai, statusul familial și starea de bine psihologică.

Ipoteza 2: Presupunem că există o relație între schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia.

Ipoteza 3: Presupunem că există diferențe în utilizarea mecanismelor de coping în funcție de schemele cognitive ale vârstnicilor și nivelul stării de bine percepute.

Ipoteza 4: Presupunem că dacă vârstnicii vor participa la programul de intervenție psihologică privind schimbarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, vor obține o creștere a nivelului stării de bine psihologice.

Cercetarea a presupus parcurgerea următoarelor **etape**, în perioada 2022-2023**:**

- ✓ *Prima etapă:* stabilirea variabilelor studiului, identificarea instrumentelor de cercetare și selectarea lotului de subiecți supus cercetării;
- ✓ *În a doua etapă* au fost aplicate instrumentele de cercetare și colectate datele, cu scopul identificării schemelor cognitive dezadaptative, a mecanismelor de coping la vârsta a treia și nivelul stării de bine percepute;
- ✓ *A treia etapă* a presupus analiza statistică a datelor, prelucrarea și interpretarea rezultatelor cercetării privind schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping la diferite etape ale vârstei a treia, în funcție de gen, statusul familial și mediul de proveniență și starea de bine psihologică;

- ✓ *Ultima etapă:* am recurs la elaborarea concluziilor pe baza profilurilor psihologice identificate, în scopul creării intervenției psihologice în rândul vârstnicilor.

Eșantionul cercetării

Eșantionul cercetării a fost compus inițial dintr-un număr de de 213 de persoane cu vârsta de peste 65 de ani, care locuiesc în județul Iași, respectiv la domiciliu și în Căminul de pensionari „Sf. Cuviaoasă Parascheva‖. Prin metoda randomizării am respectat diversitatea mediului de trai [10].

Cercetarea a examinat variabilele independente de ordin demografic care ar putea influența rezultatele și a oferit o explicație pentru unele dintre concluziile cercetării cu privire la mediul de trai. În plus, am selectat persoane de vârsta a treia, atât bărbați, cât și femei, în funcție de statutul lor familial: văduv/ ă, divorțat/ ă sau căsătorit/ ă. Acești subiecți au fost distribuiți statistic în trei stadii de vârstă conform clasificării realizate de către psihologii U. Șchiopu și E. Verza pe populația României: stadiul de trecere spre bătrânețe (între 65 și 75 de ani), stadiul bătrâneții medii (75 – 85 de ani), stadiul marii bătrâneți sau al longevivilor (peste 85 de ani) [28].

La identificarea subiecților au contribuit profesioniști din domeniul medical și social, iar subiecții au fost persoane în vârstă luate în evidență în cadrul a trei instituții: Centrul de Sănătate Mintală „Dr. Ghelerter‖ din Iași, Arhiepiscopia Moldovei și Bucovinei și Direcția de Asistență Comunitară din Iași. Au fost aleși subiecți dintr-o varietate de medii de viață, inclusiv persoane care locuiesc la domiciliu, membri ai „Clubului de pensionari Bârnova‖ de la Mănăstirea Bârnova, membri ai Clubului de pensionari de la Biserica „Sfinții Constantin și Elena‖, pacienți ai Centrului de Sănătate Mintală „Dr. Ghelerter‖ din Iași și beneficiari ai Căminului de pensionari „Sf. Cuvioasă Parascheva‖. Prin aceasta, am încercat să menținem reprezentativitatea mediului de trai pentru subiecții cercetării. Participanții au fost informați în prealabil că vor avea posibilitatea de a completa un set de chestionare de tip hârtie- creion și că vor participa la o cercetare pentru o lucrare de doctorat. Li s-a comunicat că aplicarea chestionarelor este anonimă și că doar vârsta, genul, mediul de trai și statusul familial sunt trecute pe foaie. De asemenea în această etapă subiecții și-au dat acordul scris privind implicarea ca subiect în cercetarea de față, prin completarea formularului „*Consimțământ informat pentru participarea la lucrarea de doctorat -Schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia",* document care se regăsește în anexa **A. 2.1.**

Într-o primă etapă, subiecților li s-a aplicat „Mini testul pentru examinarea stării mintale – MMSE‖ [97], iar din cauza afectării cognitive, au fost eliminați 28 de subiecți. În final au rămas pentru analiza statistică un număr de 174 de exemplare a protocoalelor de cercetare, deoarece 11 exemplare au fost eliminate în urma prelucrării și nevalidate din cauza informației

oferite incomplet de către subiecți, aceștia fie au omis răspunsurile la itemi, fie au refuzat finalizarea evaluării. În final eșantionul a fost format din 174 subiecți: 61,5 % femei și 38,5 % bărbați, 62,1 % locuiesc în centrul rezidențial pentru vârstnici și 37,9 % locuiesc la domiciliu, numărul acestora pe cele două criterii observându-se în **Tabelul 2.1 și Tabelul 2.2.**

Tabelul. 2.1. Distribuția subiecților pe criteriul de gen

	Genul subiecților	
	Masculin	**Feminin**
	67	107
Total	174	

Tabelul 2.2. Distribuția subiecților pe criteriul mediul de trai

	Mediu de trai	
	Domiciliu	**Centru rezidențial**
	66	108
Total	174	

Din punct de vedere al variabilei „status familial‖ (starea civilă), majoritatea vârstnicilor participanți la cercetare sunt divorțați – 50,6%, 39,1% - văduvi și 10,3% - căsătoriți. În privința variabilei „stadiul vârstei‖, am obținut următoarea distribuire: 44,8 % se încadrează în stadiul de trecere spre bătrânețe (65 – 75 de ani), 42,5 % în stadiul bătrâneții medii (75 – 85 de ani) și 12,6% în stadiul marii bătrâneți sau al longevivilor (peste 85 de ani).

Mărimea eșantionului format din 22 de subiecți cu vârsta de peste 85 de ani este reprezentativă prin caracteristicile populației investigate, având în vedere faptul că această categorie de vârstă este, în mod natural, subreprezentată în populația generală din cauza speranței de viață redusă. Astfel, identificarea și recrutarea unui număr semnificativ de participanți din acest segment este dificilă și limitată de realitatea demografică.

Distribuția numerică poate fi analizată în **Tabelul 2.3 și Tabelul 2.4.**

Tabelul 2.3. Distribuția subiecților pe criteriul stadiul vârstei a treia

	Stadiul de vârstă		
	Trecere spre bătrânețe (65 – 75 de ani)	**Bătrânețe medie (75 – 85 de ani)**	**Marea bătrânețe/ longeviv (peste 85 de ani)**
	78	74	22
Total	174		

Tabelul 2.4 Distribuția subiecților pe criteriul status familial

	Status familial		
	Căsătorit	**Divorțat**	**Văduv**
	18	88	68
Total	174		

Subgrupele în care au fost divizați subiecții din punct de vedere demografic sunt diferite în distribuția procentuală, însă datele statistice obținute sunt valide științific.

Colectarea datelor

În primul rând, toate cele 213 persoane au citit și semnat consimțământul informat de participare la cercetare intitulat „**Consimțământ informat pentru participarea la lucrarea de doctorat - Schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia",** formular care se regăsește în anexa **A 2.1.** Ulterior au fost selectați subiecții care îndeplineau criteriile demografice vizate și s-a aplicat un test cognitiv pentru a asigura capacitatea cognitivă necesară pentru a participa la cercetare. Pentru aceasta am utilizat „Mini testul pentru examinarea stării mintale – MMSE‖ (Mini Mental State Examination), creat de către M. Folstein și care se regăsește în anexa **A 1.1** [97]. Instrumentul este un test de screening pentru identificarea alterării funcțiilor cognitive la adulți și astfel se testează orientarea spațio-temporală, atenția, memoria instantanee și de scurtă durată, motricitatea, limbajul și capacitatea de a efectua operații concrete și abstracte. Subiecții cu deficit cognitiv, cei cu deficiențe severe de auz și cei cu sechele grave după un accident vascular cerebral au fost excluși din a participa la cercetare. Aceste criterii sunt necesare, deoarece persoanele în vârstă care suferă de aceste afecțiuni vor avea probleme în a înțelege și completa instrumentele vizate de cercetarea constatativă propusă de lucrarea prezentă.

Subiecții evaluați ca fiind apți să răspundă la chestionare și să participe la cercetarea formativă, au completat următoarele instrumente de cercetare: „*Chestionarul schemelor cognitive Young- YSQ-S3*‖, „*Scala de abordare strategică a coping-ului- SACS*‖ și „*Scala Ryff pentru starea de bine psihologică*‖.

În cadrul studiului implementat, s-au utilizat următoarele *tipuri de cercetări* [27]: o cercetare constatativă non- experimentală, deoarece este o cercetare preliminară în urma căreia subiecții, respectiv persoanele în etate, au fost evaluați în privința schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping. Este o cercetare non-experimentală, deoarece subiecții au fost repartizați în grupurile cercetării în urma aplicării chestionarelor și nu aleatoriu, iar variabilele dependente au fost măsurate și nu manipulate și fenomenele studiate așa cum sunt în realitate [38].

Deoarece fenomenul a fost investigat într-un singur moment pe un eșantion de 174 de persoane, iar variabilele cercetării sunt măsurate o singură dată, după care se procedează la analiza statistică a datelor, cercetarea este de tipul cercetării transversale. De asemenea este

comparativă pentru că se analizează diferențele transversale ale unor grupuri independente, pe criterii demografice (gen, mediu de trai, stadialitatea vârstei a treia și statusul familial).

De asemenea este și o cercetare transversală – corelațională- predictivă, prin identificarea modelelor de predicție pentru cele trei variabile dependente.

Problema cercetării a fost dezvoltată folosind o *metodologie de cercetare teoretică* care a inclus examinarea conceptelor fundamentale, a metodelor teoretice și a rezultatelor cercetărilor empirice în domeniile psihologiei sociale, psihologiei personalității și a sănătății cu privire la categoria vârstei a treia. Prin urmare, am utilizat sinteza, analiza, comparația, abstractizarea și generalizarea.

În acest sens, în cadrul experimentului de constatare am utilizat următoarele instrumente de cercetare [11].

Ca *metode de cercetare empirice*, am identificat și utilizat următoarele instrumente de evaluare/ măsurare: „Chestionarul schemelor cognitive Young- YSQ-S3‖ elaborat de către J. E. Young, „Scala de abordare strategică a coping-ului- SACS‖ contruit de S. E. Hobfoll, C. L. Dunahoo, J. Monnier, M. R. Hulsizer şi R. Johnson și „Scala Ryff pentru starea de bine psihologică‖ creată de C. D. Ryff, a căror descriere se regăsește în rândurile de mai jos.

Descrierea instrumentelor de măsură

În vederea măsurării variabilei „scheme cognitive dezadaptative timpurii‖, am utilizat ***„Chestionarul schemelor cognitive Young-- YSQ-S3”*** elaborat de către J. E. Young prin care se identifică 18 scheme cognitive disfuncționale, grupate în cinci domenii, respectiv: „separare și respingere‖, „autonomie și performanță deficitare‖, „limite deficitare‖, „orientarea către ceilalți‖, „hipervigilență și inhibiție‖ [32] și care este atașat în anexa **A 1.2**.

Primul domeniu, cel de „*separare și respingere*‖ presupune faptul că individul anticipează că persoanele semnificative din viața sa nu îi vor îndeplini nevoile de siguranță, înțelegere, empatie și grijă. Cuprinde subschemele de:

1. *Abandon / Instabilitate* – perceperea inconstanței sprijinului emoțional și a protecției.
2. *Neîncredere / Abuz* – anticiparea că ceilalți vor minți sau răni intenționat.
3. *Deprivare emoţională* – lipsa de îngrijire, de empatie și de protecție, cu anticiparea neîndeplinirii nevoilor de către ceilalți.
4. *Izolare socială / Înstrăinare* – sentimentul de a fi izolat și vitregit de apartenența la un grup social.

5. *Defect / Ruşine* – credința că individul are defecte de neacceptat, că este inferior celorlalți, fiind hipersensibil la critică.

Domeniul „*autonomie și performanță deficitare*‖ se referă la incapacitatea persoanei de a funcționa independent de figurile semnificative din viața sa, simțindu-se incapabilă să supraviețuiască fără ajutorul celorlalți. Este format din următoarele subscheme:

6. *Dependenţă / Incompetenţă* – sentimente de neputință, nevoie de ajutorul celorlalți pentru a face față responsabilităților zilnice.

7. *Vulnerabilitate la vătămare/ la boală* – frica exagerată de catastrofe iminente ce nu pot fi prevenite.

8. *Interdependență / Ego infantil* – apropiere emoțională excesivă de figurile de atașament, relație fuzională în care persoana se simte incapabilă de individualizare.

9. *Eşec* – convingerea că va greși inevitabil și că este are insuccese.

Domeniul „*limite deficitare*‖ presupune dificultăți în respectarea drepturilor celorlalți, în a stabili și atinge obiective personale. Este format din subschemele:

10. *Sentimentul de îndreptățire/ Grandomanie* – convingerea că persoana este superioară altor oameni, că nu trebuie să respecte regulile și limitele impuse.

11. *Autocontrol/ Autodisciplină redusă* – exprimare excesivă și fără control a emoțiilor sau impulsurilor cu scopul de a evita disconfortul personal cauzat de frustrare.

Domeniul „*orientarea către ceilalți*‖ se caracterizează prin focalizarea excesivă pe nevoile și dorințele celorlalți, în detrimentul propriilor nevoi.

Schemele componente ale acestui domeniu sunt:

12. *Subjugarea* – percepția că propriile nevoi nu sunt acceptate de către ceilalți. Individul compliant acumulează furie și are reacții dezadaptative prin care se defulează emoția.

13. *Autosacrificiul* – fixarea excesivă pe satisfacerea de bună voie a nevoilor celorlalți pentru a evita suferința acestora, în detrimentul propriilor nevoi.

14. *Nevoia de aprobare / recunoaştere* – căutarea exagerată a aprobării sau atenţiei celorlalţi, orientarea spre statut, poziție financiară superioară, prin care să obțină admirația celor din jurul său.

Domeniul „*hipervigilență și inhibiție*‖ reprezintă reprimarea excesivă a emoțiilor și impulsurilor, un comportament etic rigid, în defavoarea relaxării, a sentimentului de fericire și a sănătății.

Schemele celui de al cincilea domeniu sunt:

15. *Negativism/ Pesimism* – accent pe aspectele negative ale vieții, anticiparea pierderilor

16. *Inhibiţie emoţională* – reprimarea reacțiilor și a exprimării emoțiilor pentru a evita dezaprobarea din partea celorlalți.

17. *Standarde nerealiste/ Hipercriticism* (*US)*– urmărirea respectării standardelor foarte înalte, comportament sub forma perfecționismului și a regulilor rigide.

18. *Pedepsire (PU)*– comportamnet intolerant, neiertător, punitiv, din prisma convingerii că indivizii trebuie pedepsiți pentru greșelile pe care le fac.

Administrarea chestionarului YSQ-S3

În timp ce participanții la studiu au fost ajutați să citească itemii, aceștia au fost rugați să răspundă la întrebările din chestionar. Aplicarea chestionarului a fost efectuată în două întâlniri individuale, cu un timp de completare în medie de o oră jumătate. Respondenţii au evaluat fiecare item pe o scală Lickert de 6 puncte, unde: 1 = total neadevărat în ceea ce mă priveşte, 2 = de cele mai multe ori neadevărat în ceea ce mă priveşte, 3 = mai degrabă fals decât adevărat, 4 = mai degrabă adevărat decât fals, 5 = de cele mai multe ori adevărat în ce mă priveşte, 6 = mă descrie perfect. Rememorarea unor evenimente sau traume care au afectat emoțional procesul de aplicare a chestionarului a dus la un timp mai lung de a răspunde la întrebări. În unele cazuri, subiecții au refuzat să răspundă la anumiți itemi, au evitat răspunsurile sau au refuzat să continue aplicarea chestionarul din cauza dorinței de evitare a expunerii la schemele dezadaptative proprii sau la retrăirea emoțiilor prea intense.

Cotarea răspunsurilor YSQ- S3

Itemii sunt grupaţi în funcţie de subscheme, astfel pe foaia de cotare, după fiecare item, apare un cod de două litere indicând schema măsurată. De obicei, se reţin doar itemii cu scorurile cele mai mari (5 sau 6), aceste scoruri oferind informaţii despre convingerile sau schemele persoanei. Am recurs la scorarea pe domenii ale schemelor cognitive dezadaptative timpurii, realizând totalul scorurilor obținute de subiecți la subschemele incluse în fiecare dintre cele cinci domenii.

Pentru măsurarea variabilei „*mecanismele de coping*‖ am utilizat ***„Scala de abordare strategică a coping-ului- SACS”*** atașată în anexa **A 1.3** și care este un chestionar multidimensional, construit de către S. E. Hobfoll, C. L. Dunahoo, J. Monnier, M. R. Hulsizer şi R. Johnson pentru a identifica strategiile de coping comportamental în context social, pe care cineva le folosește după ce a trăit anumite evenimente sau situații negative.

Scala SACS măsoară frecvența utilizării anumitor strategii de coping comportamental, prin intermediul a 9 scale de evaluare.

Din *dimeniunea activ-pasivă* fac parte:

- *acțiunea asertivă*- situația este abordată în mod ferm, spontan, sincer și direct, fără a se retrage din fața problemelor, iar interesele sunt urmărite fără a dăuna celorlalți;
- *evitarea* – realizarea altor activități pentru a-și distrage atenția sau amânarea identificării soluțiilor posibile și implementarea acestora.

În *dimensiunea prosocial-antisocială* se încadrează:

- *relaționarea socială* - colaborarea cu alte persoane pentru rezolvarea problemelor, luând în considerare doar nevoile lor;
- *căutarea suportului social* – solicitarea ajutorului și sprijinului emoțional de la ceilalți și discutarea cu prietenii și familia despre implementarea anumitor acțiuni sau soluții;
- *acțiunea prudentă* – luarea măsurilor de precauție înainte de a acționa, evaluarea atentă a opțiunilor, pentru a se proteja de orice pericol;
- *acțiunea instinctivă* - reacționarea în funcție de impulsurile de moment și instinctiv, pentru a rezolva problemele;
- *acțiunea antisocială*- urmărirea propriilor interese, cu riscul de a face rău celorlalți;
- *acțiunea agresivă* – acționarea în mod decisiv și rapid pentru a-i lua pe ceilalți prin surprindere și pentru a prelua controlul.

Din *dimensiunea directă- indirectă* face parte:

- *acțiunea indirectă*- manipularea circumstanțelor pentru a-i face pe ceilalți să creadă că sunt în control, în timp ce problema este rezolvată într-un mod netransparent.

Administrarea chestionarului SACS

Aplicarea chestionarului s-a realizat într-o singură întâlnire, cu durata de 45 de minute- o oră. Subiecților cercetării li s-au citit itemii, iar ei au oferit răspunsuri pe o scală de la 1 la 5, în care 1= nu e deloc ceea ce aș face, 2= foarte rar aș face așa ceva, 3= uneori aș face așa ceva, 4= de multe ori aș face așa ceva, 5= categoric/ foarte mult e ceea ce aș face.

Cotarea răspunsurilor SACS

Scorul unei subscale se obține prin însumarea cotelor itemilor incluşi în scală (adunare simplă). Acesta poate varia, de exemplu de la 5 - strategia nu este folosită niciodată, la 25- strategia este folosită foarte des. Dintre itemii care compun o subscală, poate lipsi cel mult răspunsul la un item, scorul care lipsește fiind înlocuit cu media celorlalte scoruri.

Pentru măsurarea variabilei „*starea de bine psihologică*‖, a fost aplicată ***„Scala Ryff pentru starea de bine psihologică”*** ce poate fi consultată în anexa **A 1.4**. Fiind un concept dinamic, starea de bine include aspecte sociale, subiective și psihologice, precum și comportamentale referitoare la starea de sănătate. Cercetătoarea C. D. Ryff a recunoscut necesitatea unui instrument pentru măsurarea constructului stării de bine psihologice și a creat un

instrument pentru a măsura elementele dimensiunii psihologice pe baza literaturii în domeniul sănătății mintale, a auto-actualizării și funcționării optime [204; 205; 206].

Scala cuprinde 42 de itemi distribuiți în 6 subscale: *autonomie*- capacitatea de a funcționa independent, de autoreglare emoțională și comportamentală; *control asupra mediului*- capacitatea persoanei de a manipula mediul înconjurător conform propriilor nevoi; *dezvoltare personală*- tendința de implinire al propriului potențial, deschidere către nou și capacitatea de a învăţa din experiențele trăite , indiferent de valenţa afectivă a acestora; *relaţii pozitive cu alţii* - capacitatea de a dezvolta și menține relații bazate pe afecțiune și încredere reciprocă; *existența unui scop în viaţă*- capacitatea de a–și identifica și redefini sensul propriei vieți; *autoacceptarea*- capacitatea de realizare a potențialului, de a percepe viața ca pe un proces de creștere și schimbare continuă, cu provocări și oportunități.

Administrarea scalei Ryff

Aplicarea chestionarului s-a realizat într-o singură întâlnire, cu durata de 45 de minute- o oră. Subiecților cercetării li s-au citit cei 42 de itemi, iar ei au oferit răspunsuri pe o scală de la 1 la 6, în care 1= total dezacord, 2= dezacord parțial, 3= în mică măsură dezacord, 4= în mică măsură acord, 5= acord partial și 6= acord total.

Cotarea și interpretarea răspunsurilor Ryff

Scorul unei dimensiuni se obține prin însumarea scorurilor itemilor incluşi. *Scorul înalt* pentru dimensiunea „*Autonomie*‖ înseamnă că persoana este independentă, că poate rezista presiunii sociale în modul de a gândi și de a acționa conform așteptărilor celorlalți, poate controla propriul comportament și se evaluează pe sine în funcție de standarde personale. *Scorul scăzut* reprezintă preocupările privind așteptările și evaluările celorlalți, se bazează pe ceilalți în luarea deciziilor importante și își adaptează comportamentul și gândirea în funcție de presiunile sociale.

Scorul înalt pentru dimensiunea „*Controlul asupra mediului*‖ se regăsește la persoanele care controlează o varietate de activități externe complexe și trăiesc un sentiment de stăpânire asupra mediului. Aceștia aleg sau creează contexte care se potrivesc nevoilor și principiilor și folosesc eficient oportunitățile din jur. Subiecții care au obținut un *scor scăzut* la această dimensiune, întâmpină dificultăți în gestionarea sarcinilor zilnice; nu consideră că pot schimba sau îmbunătăți mediul înconjurător, nu sunt conștienți de oportunitățile din jur și nu au control asupra lumii exterioare.

Scorul înalt la dimensiunea „*Dezvoltare personală*‖ reprezintă sentimentul/ dorința de dezvoltare continuă. Persoana simte nevoia de a-și îmbunătăți abilitățile, este deschisă la noi experiențe și vede propriul potențial. De-a lungul timpului se schimbă în moduri care reflectă

mai multă cunoaștere și eficiență. Persoana care obține un *scor scăzut* are un sentiment de stagnare personală, îi lipsește dorința de dezvoltare de-a lungul timpului, se simte plictisită și dezinteresată de viață, incapabilă să dezvolte noi atitudini sau comportamente.

Scorul înalt la dimensiunea „*Relaţii pozitive cu alţi"* înseamnă că individul are relații calde, satisfăcătoare și de încredere cu ceilalți, este preocupat de bunăstarea celorlalți, are capacitatea de a simți empatia, afecțiunea și intimitatea și înțelege că relațiile cu ceilalți implică prietenie și încredere, iar celor care obțin un *scor scăzut* li se pare dificil să fie calzi, empatici și preocupați de oamenii din jurul lor, sunt izolați și frustrați în relațiile interumane, nu sunt dispuși să facă compromisuri pentru a menține relații apropiate cu alte persoane.

Scorul înalt al dimensiunii „*Scop în viaţă*‖ reprezintă că persoana își trasează obiective și are un sentiment de direcție, simte că există o însemnătate a vieții trăite, credințele sale dau vieții un sens și își dorește să trăiască. Subiectului care obține un *scor scăzut* îi lipsește sensul și direcția în viață, are puține obiective pentru viitor, nu identifică scopul existenței trecute și nu are nici o perspectivă care să îi confere o direcție de acțiune.

Scorul înalt la cea de-a șasea dimensiune- „*Autoacceptare"* reprezintă o atitudine pozitivă față de sine, recunoașterea și acceptarea tuturor caracteristicilor sale, precum și o opinie pozitivă cu privire la propriul trecut. Subiectul cu un *scor scăzut* se simte nemulțumit de sine, dezamăgit de trecutul său, tulburat de anumite caracteristici ale sale și își dorește altceva decât ceea ce trăiește în prezent.

Etapa de aplicare a instrumentelor de măsurare a variabilelor cercetării s-a caracterizat prin:

- Aplicarea s-a realizat individual, unu la unu cu subiectul, într-un spațiu compatibil cu situația evaluării, respectându-se principiul confidențialității și respectarea intimității informațiilor discutate;
- Durata de aplicare a instrumentelor: au avut loc 4 sau 5 întâlniri cu fiecare subiect în parte, astfel: la prima întâlnire le-am explicat subiecților scopul cercetării, au semnat acordul de participare și le-am aplicat „Mini testul pentru examinarea stării mintale – MMSE‖. „Chestionarul schemelor cognitive Young- YSQ-S3‖ a fost aplicat în a doua întâlnire și pentru unii subiecți a fost necesară și o întâlnire ulterioară pentru acest instrument, urmând ca „Scala de abordare strategică a coping-ului- SACS‖ și „Scala Ryff pentru starea de bine psihologică‖ să necesite încă două sesiuni. Fiecare întâlnire a avut o durată cuprinsă între 1 oră- 1 oră jumătate.

- Unii subiecți au cerut să discutăm rezultatele obținute la instrumentele de evaluare, astfel am întocmit un raport de evaluare, la cerere, fiind o activitate suplimentară cercetării în sine.
- Alți subiecți au răspuns incomplet sau au refuzat să vină la întâlnirile ulterioare, ca explicație fiind posibile blocaje apărute ca modalități de apărare, fiind abordate subiecte sensibile.

2.2 Specificul schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping la diferite stadii ale vârstei a treia

Rezultatete empirice obținute în urma aplicării instrumentelor de măsură relevă anumite particularități ale schemelor cognitive dezadaptative și ale mecanismelor de coping, astfel la instrumentul care măsoară schemele cognitive („Chestionarul schemelor cognitive Young- YSQ-S3‖) am obținut următoarele rezultate incluse în **Fig. 2.1** [**20**], pe cele două niveluri- prezența schemelor și absența acestora, rezultate ce se regăsesc și în anexa **A 4.1.**

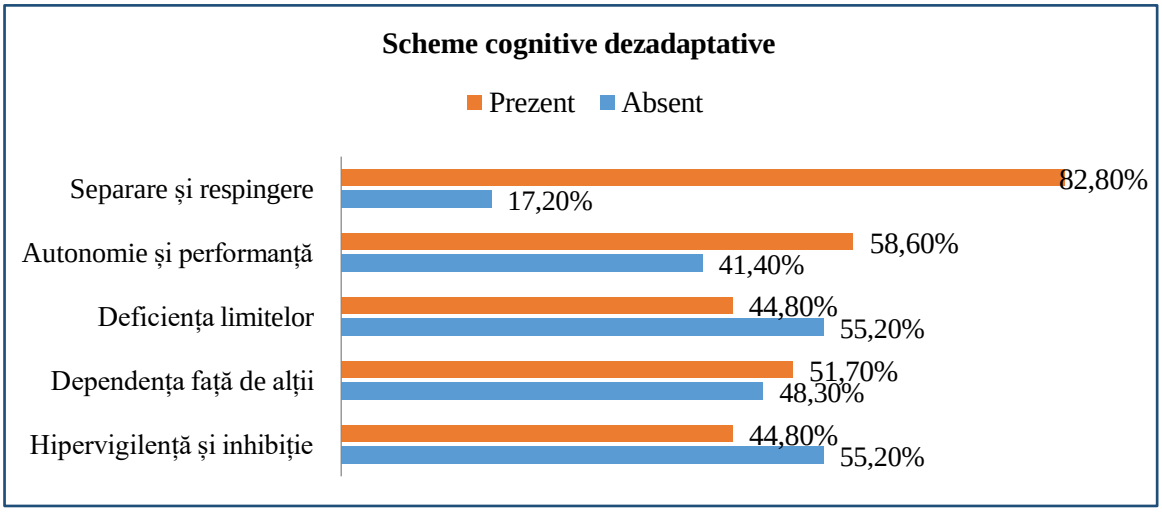


Fig. 2.1. Distribuția procentuală a schemelor cognitive dezadaptative timpurii la persoanele de vârsta a treia

În **Tabelul 2.5** sunt prezentate datele vizând valorile medii ale rezultatelor obținute în urma aplicării Chestionarului YSQ-S3, privind schemele dezadaptative.

Tabelul 2.5. Mediile și abaterile standard obținute în urma aplicării „Chestionarului schemelor cognitive Young- YSQ- S3" persoanelor de vârsta a treia

Schemele cognitive dezadaptative timpurii	Separare și respingere	Autonomie și performanță deficitare	Limite deficitare	Orientarea către ceilalți	Hipervigilență și inhibiție
Media	71.45	47.66	34.38	78.52	108.14
Abaterea standard	17.01	11.74	7.65	17.57	19.41

Rezultatele atât la nivel de medii cât și de procente relevă diferențele în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative, astfel ponderea cea mai mare o are absența schemei cognitive de „hipervigilență si inhibiție‖ (M= 108.14, σ= 19.41), care presupune o exprimare liberă a sentimentelor și emoțiilor, indiferent dacă acestea sunt impulsuri pozitive sau furie și agresivitate. Această schemă este absentă la un procent de 55,2 % din lotul de subiecți, adică acești vârstnici sunt optimiști și pun accent pe evenimentele plăcute ale vieții.

De asemenea, rezultatele au relevat și absența schemei cognitive dezadaptative de „limite deficitare‖, ceea ce înseamnă că majoritatea persoanelor de vârsta a treia la care s-a înregistrat această schemă absentă au capacitatea de a stabili limite interne sănătoase și respectă drepturilor celorlalte persoane. Această schemă a avut și cea mai mică pondere înregistrată (M= 34.38, σ= 7.65), ceea ce înseamnă că din lotul de subiecți un număr mic de persoane sunt responsabile faţă de scopurile pe termen lung pe care le stabilesc în mod realist.

O altă schemă cognitivă cu frecvență ridicată în manifestare este cea de „separare și respingere‖- 82,8%, schemă prin care vârstnicii consideră că nevoile de îngrijire și empatie din partea aprțînătorilor vor fi neglijate, aceasta fiind schema cognitivă dezadaptativă timpurie cu cea mai mare diferență procentuală între subiecții la care s-a înregistrat prezența și cei la care schema este absentă.

Alte scheme cognitive dezadaptative regăsite la vârstnici , dar cu ponderi medii, sunt cele de „autonomie și performanță deficitare‖ (M= 58.6, σ= 11.74) și „orientarea către ceilalți‖ (M= 78.52, σ= 17.57). Aceasta înseamnă că persoanele în vârstă consideră că nu sunt autonomi și performanţi în viața de zi cu zi şi se percep ca fiind incapabili să supraviețuiască și să funcționeze independent și se focalizează excesiv pe satisfacerea dorinţelor și nevoilor altora în detrimentul propriei persoane, cu scopul obţinerii dragostei şi aprobării celor din jur și căută excesiv aprobarea, recunoaşterea și atenţia celorlalți.

Rezultatele obținute în urma analizei statistice relevă faptul că nevoia individului de a simți consecvența evenimentelor cauzează activarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii. Aceste patternuri de gândire reprezintă aspectele cunoscute și care se află în controlul vârstnicului și care îi direcționează afectul, comportamentul și relațiile sociale, cu toate că astfel de scheme dezadaptative sunt generatoare de suferință și reactivate și reconfirmate de evenimentele nesănătoase și de relațiile disfuncționale.

Pentru a analiza dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește manifestarea **schemelor cognitive dezadaptative timpurii** la vârstnici **la diferite stadii ale vârstei subiecților**, am aplicat testul statistic One Way Anova pentru fiecare categorie de schemă

cognitivă, iar manifestarea acestor scheme pe categorii de vârstă este prezentată în **Fig. 2.2 [20]** și atașate în anexa **A 4.1.**

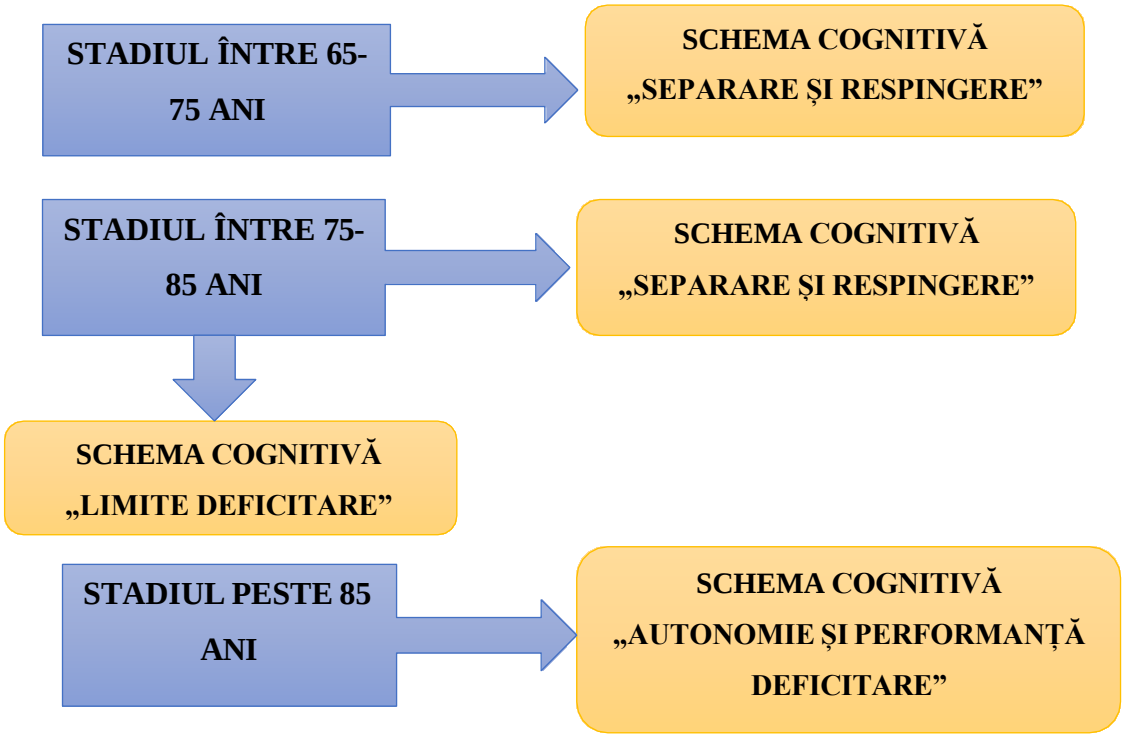


Fig. 2.2. Manifestarea semnificativă a schemelor cognitive dezadaptative timpurii pe stadii ale vârstei a treia *[Contribuție proprie]*

Prin aplicarea testului statistic Anova Unifactorial pentru **schema cognitivă de „*separare și respingere*”** s-a obținut un F = 6.816, p = 0,001**,** ceea ce reprezintă diferențe semnificative per ansamblu între cele 3 grupuri de vârstă. Pentru testul Levene s-a obținut un p= 0,000, astfel variațnele nu sunt omogene și am recurs la aplicarea testul statistic Games- Howell, pentru a compara grupurile două câte două.

Tabelul 2.6. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games- Howell pentru schema cognitivă de „separare și respingere”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	84,15	23,75	-1,44	0,901
Gr. II: 75-85 ani	85,59	16,65		
Gr. II: 75-85 ani	**85,59**	16,65	18,59	**0,010**
Gr.III: peste 85 ani	67	25,96		
Gr. III: peste 85 ani	67	25,96	-17,15	**0,024**
Gr. I: 65-75 ani	**84,15**	23,75		

Analizând datele obținute, care se pot observa în **Tabelul 2.6**, subiecții cu vârsta peste 85 de ani, manifestă semnificativ diferit *schema cognitivă de „separare și respingere”* în comparație cu celelalte două categorii de vârstnici. Cei între 65-75 de ani (p= 0,024) au media

semnificativ mai mare (M= 84,15, σ= 23,75), la fel ca și cei între 75- 85 ani (p= 0,010, M= 85,59, σ= 16,65), față de cei peste 85 de ani (M= 67, σ= 25,96). Între categoriile 65-75 de ani și 75-85 de ani, neexistând diferențe semnificative (p= 0,901). Explicația datelor statistice constă în faptul că vârstnicii între 65 și 85 de ani manifestă semnificativ schema cognitivă de „separare și respingere‖, în comparație cu persoanele peste 85 de ani. Din punct de vedere psihologic, vârstnicii cu vârsta între 65 și 85 de ani trăiesc un sentiment de insecuritate și devalorizare, lipsă de empatie și înțelegere din partea aparținătorilor. Acest aspect poate fi explicat prin „Teoria integrării dinamice‖ formulată de către G. Labouvie-Vief, D. Gruhn și J. Studer în anul 2010, prin care se stipulează faptul că bătrânii nu au capacitatea cognitivă de a înțelege motivele reale care stau la baza interacțiunii cu cei cunoscuți. Vârsta a treia este caracterizată de un declin cognitiv, astfel informațiile afective sunt procesate ineficient, iar interacțiunea limitată cu ceilalți poate fi percepută ca o formă de respingere, abandon sau izolare socială. [132]. Odată cu etapa marii bătrâneți, vârstnicii devin insensibili la critică, au mai puține așteptări de grijă și afecțiune din partea apropiaților, aspecte psihologice explicate prin „Teoria dezangajării‖ formulată de către E. Cumming și W. Henry în anul 1961 [77]. Această teorie este general aplicabilă tuturor culturilor prin care vârstnicul ajunge să se separe de ceilalți, îmbătrânirea fiind un proces inevitabil. Teoria dezvoltării personalității formulată de către psihologul C. Jung în anul 1971 susținea faptul că odată cu vârsta a treia individul se centrează pe propria persoană, se autodescoperă și acordă timp dezvoltării personale, focusul trecând de la exterior spre interiorul individului [120].

Pentru **schema cognitivă de „ *autonomie și performanță deficitare*”** am aplicat testul statistic Anova Unifactorial și am obținut un F = 11,59, p = 0,000**,** ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative per ansamblu între cele 3 grupuri de vârstă, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,847, astfel variațnele sunt omogene și în acest caz se aplică testul statistic Tukey, pentru a compara grupurile două câte două.

Tabelul 2.7. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Tukey pentru schema cognitivă „autonomie și performanță deficitare”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	47,03	16,25	-4,60	0,228
Gr. II: 75-85 ani	51,64	18,04		
Gr. II: 75-85 ani	51,64	18,04	-15,41	**0,001**
Gr.III: peste 85 ani	**67,05**	17,73		
Gr. III: peste 85 ani	**67,05**	17,73	20,01	**0,000**
Gr. I: 65-75 ani	47,03	16,25		

Inspectând vizual **Tabelul 2.7,** subiecții cu vârsta peste 85 de ani, diferă semnificativ în privința manifestării schemei cognitive de „*autonomie și performanță deficitare*‖ față de cei între 65- 75 de ani (p= 0,000), media subiecților peste 85 de ani fiind semnificativ mai mare (M= 67,05, σ= 17,73) față de media subiecților cu vârsta între 65- 75 ani (M= 47,03, σ= 16,25) și față de persoanele între 75- 85 ani (p= 0,001, M= 51,64, σ= 18,04). Între celelalte două categorii de vârstă nu există diferențe semnificative (p= 0,228). Aceste date statistice pot fi explicate prin faptul că vârstnicii între 65 și 85 de ani nu manifestă schema cognitivă de „autonomie și performanță deficitare.

Din punct de vedere psihologic, persoanele peste 85 de ani se simt incapabile să se descurce în îndeplinirea sarcinilor zilnice fără a greși, aspect susținut și de afecțiunile care apar odată cu înaintarea în vârstă. În perioada 60-70 de ani, cercetările au dovedit începerea declinului stimei de sine la individ [72; 211], schimbările neașteptate din această perioadă putând fi un factor predispozant (decesul aparținătorilor, momentul pensionării, pierderea sentimentului de control, sentimentul de singurătate și de izolare socială) [191].

Analizând dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește manifestarea **schemei cognitive de „*limite deficitare*”**, am aplicat Anova Unifactorial și s-a obținut un F= 4,509, p = 0,012 concluzionând că există diferențe semnificative între cele 3 grupuri de vârstă per ansamblu, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,001, ceea ce înseamnă că variațele nu sunt omogene și se aplică testul statistic Games- Howell.

Tabelul 2.8. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games- Howell pentru schema cognitivă de „limite deficitare”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	31,69	12,22	-3,57	0,160
Gr. II: 75-85 ani	35,27	11,72		
Gr. II: 75-85 ani	**35,27**	11,72	7,95	**0,002**
Gr.III: peste 85 ani	27,32	7,89		
Gr. III: peste 85 ani	27,32	7,89	-4,37	0,120
Gr. I: 65-75 ani	31,69	12,22		

Analizând datele obținute și menționate în **Tabelul 2.8**, apar diferențe semnificative între categoria de vârstă cuprinsă între 75-85 de ani și cea de peste 85 de ani, în sensul că media primei categorii este mai mare (M= 35.27, σ= 11,72), comparativ cu valoarea mediei de 27.32

(σ= 7,89). Astfel vârstnicii între 75 și 85 de ani manifestă semnificativ schema cognitivă de „*limite deficitare*‖, ceea ce nu se întâmplă în mod semnificativ la persoanele de peste 85 de ani.

Subiecții cu vârsta între 65 și 75 de ani, nu diferă semnificativ în privința manifestării schemei de „*limite deficitare*‖ față de cei între 75- 85 de ani (p= 0,160) și nici față de cei peste 85 de ani (p= 0,120).

În privința explicației psihologice, vârstnicii care manifestă schema cognitivă de „*limite deficitare*‖ sunt persoane care dirijează acțiunile celorlalți în avantajul propriu, se simt îndreptățiți să li se respecte drepturile și să li se satisfacă nevoile, consideră că sunt superori, fără a respecta principiul reciprocității [32]. Cei la care se activează această schemă se divid în vârstnicii cu „un sentiment de îndreptățire pur‖, care au avut părinți înțelegători și cei cu un „sentiment de îndreptățire narcisit‖, ca formă de supracompendare a deprivării emoționale. În situația vârstnicilor care trăiesc pierderi fie prin deces, fie prin interacțiuni limitate, narcisismul devide un comportament protectiv față de sentimente precum singurătatea. Conform cercetării lui H. Wada în 2000 [244] vulnerabilitatea psihologică apare în situația în care nivelul de narcisism scade, ducând finalmente la instalarea depresiei.

„Teoria investiției sociale‖ concepută de către B. Roberts și D. Wood în 2006 susține că odată cu înaintarea în vârstă, nivelul narcisismului și a sentimentului de îndreptățire scade, explicat prin creșterea nivelului de angajament în roluri sociale și familiale – în muncă, familie și societate [194]. Astfel se explică și prezența schemei dezadaptative de „*limite deficitare*‖ și cele două sentimente asociate- cel de îndreptățire pur și de îndreptățire narcisist, deoarece vârsta a treia este caracterizată de pierderea rolurilor sociale, familiale și profesionale.

În vederea analizei existenței diferențelor semnificative între stadiile vârstei a treia în vederea manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii, nu s-au înregistrat astfel de diferențe pentru „***orientarea către ceilalți***” (p = 0,115) și **„*hipervigilență și inhibiție*”** (p = 0,213).

În intenția de a analiza **obiectivul cu numărul 3**, vom continua demersul analizei statistice care este orientat spre identificarea diferențelor în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii, în funcție **de aspectele demografice** (genul subiecților, mediul de trai, statusul familial), rezultate ce se pot consulta în anexa **A 4.2.**

În continuare, în **Fig. 2.3** sunt prezentate datele privind manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii în funcție de **gen.**

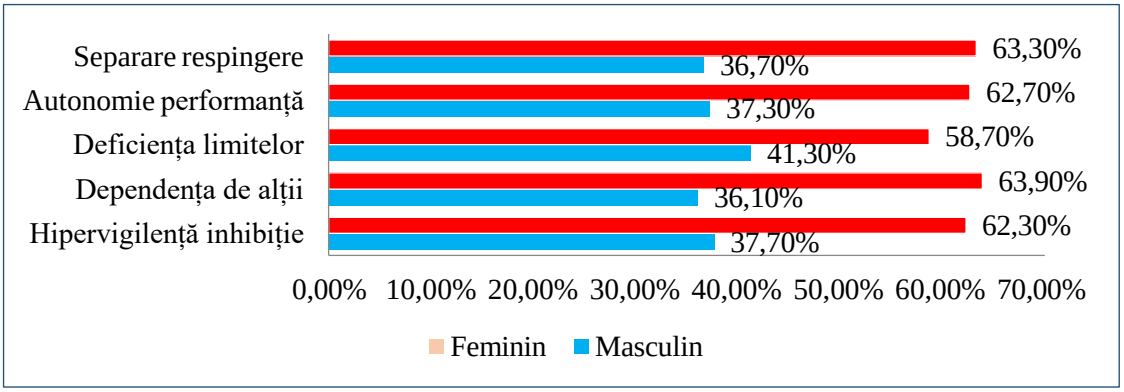


Fig. 2.3 Distribuția procentuală a schemelor cognitive în funcție de genul subiecților

Datele statistice procentuale, centrate pe stabilirea diferențelor dintre subiecții de gen masculin și cei de gen feminin, în privința manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii, sunt sistematizate în **Fig. 2.3**.

Tabelul 2.9 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	M		σ		Testul T	p
	M	F	M	F		
Separare și respingere	78,66	**85,07**	18,77	23,61	-1,880	0,**049**
Autonomie și performanță deficitare	49,85	52,56	17,39	18,76	-,970	0,342
Limite deficitare	**35,06**	31,16	10,95	12,09	2,195	**0,033**
Orientarea către ceilalți	71,01	**78,54**	22,19	23,91	-2,112	**0,039**
Hipervigilență și inhibiție	105,12	108,66	34,36	33,19	-,671	0,500

Datele statistice obținute în urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, centrate pe stabilirea diferențelor dintre subiecții de gen masculin și cei de gen feminin, în privința manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii, sunt sistematizate în **Tabelul 2.9**, care reflectă rezultatul comparațiilor dintre bărbați și femei.

Rezultatele la nivel de procente relevă diferențe per total în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative în funcție de gen, astfel toate cele cinci scheme se manifestă în procent mai mare la femei, decât la bărbați.

În privința manifestării schemelor, atât la femei cât și la bărbați, ponderea cea mai mare o are schema cognitivă de *„hipervigilență și inhibiție”* (M femei= 108,66, σ= 33,19; M bărbați= 105,12, σ= 34,36), iar ponderea cu valoarea cea mai mică este pentru schema *„limite deficitare*‖

(M femei= 31,16, σ= 12,09; M bărbați= 35,06, σ= 10,95). De asemenea o altă pondere ridicată este pentru „*separare și respingere*‖ (M femei= 85,07, σ= 23,61; M bărbați= 78,66, σ= 18,77), iar ponderi medii pentru ultimele două scheme cognitive, respectiv „*autonomie și performanță deficitare*‖ (M= femei 52,56, σ= 18,76; M bărbați= 49,85, σ= 17,39) și „*orientarea către ceilalți*‖ (M=78,54, σ= 23,91; M bărbați= 71,01, σ= 22,19).

În urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, apar diferențe semnificative între femei și bărbați la manifestarea a trei scheme cognitive dezadaptative, astfel:

- Pentru schema „*separare și respingere*‖ s-a obținut un t= -1,880, p = 0,049, media (M= 85,07, σ= 23,61) pentru femei fiind mai mare decât media pentru bărbați (M= 78,66, σ= 18,77), ceea ce înseamnă că această schemă se manifestă predominant la persoanele de vârsta a treia de gen feminin. Acestea trăiesc un sentiment al nesiguranței în relațiile interpersonale, al lipsei de apartenență sau au temerea de a fi abandonate de către ceilalți.
- Pentru schema „*limite deficitare*‖ s-a obținut un t= 2,195, p= 0,033, media (M= 35,06, σ= 10,95) la bărbați fiind mai mare decât media la femei (M= 31,16, σ= 12,09), astfel vârstnicii de gen masculin manifestă mai mult această schemă în comparație cu vârstnicii de gen feminin. Aceștia au de multe ori dificultăți în respectarea limitelor pe care diferitele situații sau indivizi le impun, se îndepărtează de la o disciplină necesară gestionării sarcinilor zilnice.
- Pentru schema „*orientarea către ceilalți*‖ s-a obținut un t= -2,112, p= 0,039, media la femei (M= 71,01, σ= 22,19) fiind mai mare decât media la bărbați (M= 78,54, σ= 23,91), ceea ce înseamnă că persoanele de vârsta a treia de gen feminin manifestă mai mult această schemă cognitivă. Aceasta înseamnă că ele își orientează comportamentul după nevoile și dorințele celorlalți, care sunt prioritare față de cele ale propriei persoane.

În privința celorlalte scheme cognitive dezadaptative nu s-au înregistrat diferențe semnificative în manifestarea lor la femei și la bărbați.

În urma analizării cercetărilor în domeniul schemelor cognitive dezadaptative și a diferențelor de gen, am identificat mai multe studii care susțin datele obținute de către noi, respectiv faptul că există diferențe între bărbați și femei în privința manifestării acestor scheme. Astfel conform lui R. C. Shorey, domeniile schemelor cognitive cel mai des întâlnire atât la bărbați, cât și la femei au fost „limite deficitare‖, „orientarea către ceilalți‖ și „hipervigilență și inhibiție‖, femeile înregistrând scoruri mai mari pentru „limite deficitare și „orientarea către ceilalți‖ [219].

În anul 1999, N. Freeman a susținut că femeile au scoruri mai ridicate la schemele cognitive dezadaptative din cauza faptului că se bazează pe afect sau pe relațiile interpersonale în rezolvarea problemelor, în comparație cu bărbații care iau decizii în mod rațional. Aceste

manifestări sunt explicate prin educația oferită copiilor, respectiv fetele sunt îndrumate să fie sensibile la nevoile celorlalți, iar băieții să își stăpânească emoțiile [188].

În cercetarea lui K. Wellburn, M. Coristine, P. Dagg, A. Pontefract și S. Jordan în 2002 asupra diferențelor de gen, s-a descoperit că femeile au scoruri mai ridicate pentru schemele cognitive de „separare și respingere‖, „autonomie și performanță deficitare‖ și „orientarea către ceilalți‖ [252]. Diferențele de gen pot fi explicate de stereotipuri prin care bărbații se așteaptă să fie autonomi, iar femeile să fie mai implicate în relațiile sociale [115]. De asemenea în anul 2007, A. E. Abele și B. Wojciszke au abordat subiectul rolului de gen, prin care rolul masculin se caracterizează prin interes pentru propria persoană, autoafirmare și protecția de sine și printr-un nivel scăzut al interesului față de ceilalți, în timp ce prin rolul feminin se acordă mai puțină atenție sinelui și autodezvoltării, prioritare având celelalte persoane [33]. Societatea este cea care trasează limitele rolului de gen și practicilor în creșterea copiilor, astfel apare această diferență în manifestarea schemelor cognitive între bărbați și femei, acestea trăind mai multe experiențe traumatice în perioada copilăriei în comparație cu bărbații, aspect care se află la baza formării schemelor cognitive dezadaptative [51]. Aceeași idee prin care există diferențe în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii în funcție de rolul de gen a fost susținută și de către K. Brenning, G. Bosmans, C. Braet și L. Theuwis în 2012 [56].

În continuare vom prezenta impactul variabilei **mediul de trai** asupra variabilei „scheme cognitive dezadaptative timpurii‖.

Datele statistice procentuale, centrate pe stabilirea diferențelor dintre subiecții care locuiesc la domiciliu și cei care stau în centrele rezidențiale, în privința manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii, sunt sistematizate în **Fig. 2.4**.

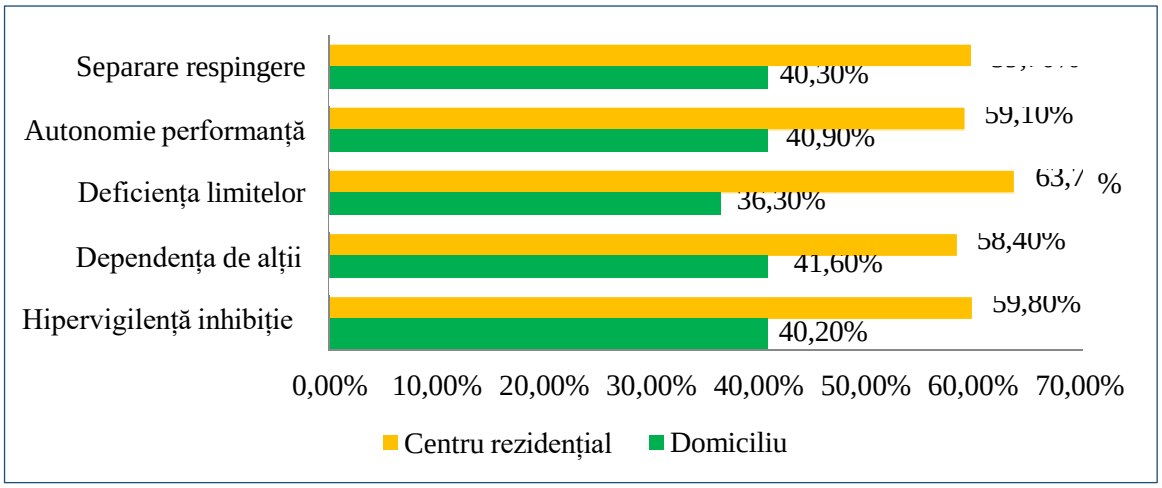


Fig. 2.4 Distribuția procentuală a schemelor cognitive în funcție de mediul de trai

Datele statistice obținute în urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, centrate pe stabilirea diferențelor dintre subiecții care trăiesc la domiciliu și cei din centrele de azil, în privința manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii, sunt sistematizate în **Tabelul 2.10**, care reflectă rezultatul comparațiilor dintre nivelurile variabilei „mediu de trai‖.

Tabelul 2.10 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de mediul de trai

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	M		σ		Testul T	p
	Domiciliu	Centru rezidențial	Domiciliu	Centru rezidențial		
Separare și respingere	**87,77**	79,44	22,88	20,99	2,405	**0,018**
Autonomie și performanță deficitare	**55,56**	49,05	18,07	17,99	2,311	**0,022**
Limite deficitare	31,26	33,52	11,95	11,66	-1,229	0,224
Orientarea către ceilalți	**82,94**	71,19	22,51	23,05	3,292	**0,001**
Hipervigilență și inhibiție	**113,73**	103,37	33,29	33,32	1,990	**0,049**

Rezultatele la nivel de procente relevă diferențe per total în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative în funcție de mediul de trai, astfel toate cele cinci scheme se manifestă în procent mai mare la vârstnicii care locuiesc la azil, față de cei de la domiciliu.

În urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, apar diferențe semnificative între cele două medii de trai la manifestarea a patru scheme cognitive dezadaptative, astfel:

- Pentru schema de *„**separare și respingere**”* s-a obținut un t= 2,405, p = 0,018, media pentru persoanele care locuiesc la domiciliu ((M= 87,77, σ= 22,88) fiind mai mare decât media pentru cei din azil (M= 79,44, σ= 20,99), ceea ce înseamnă că această schemă se manifestă predominant la persoanele de vârsta a treia care locuiesc **acasă.**
- Pentru schema de *„**autonomie și performanță deficitare**”* s-a obținut un t= 2,311, p= 0,022, media pentru persoanele care locuiesc **la domiciliu** ((M= 55,56, σ= 18,07) fiind mai mare decât media celor din azil (M= 49,05, σ= 17,99), astfel vârstnicii de la domiciliu manifestă mai mult această schemă în comparație cu cei din azil.
- Pentru schema de *„**orientarea către ceilalți**”* s-a obținut un t= 3,292, p= 0,001, media pentru persoanele care locuiesc la domiciliu ((M= 82,94, σ= 22,51) fiind mai mare decât media celor din azil (M= 71,19, σ= 23,05), ceea ce înseamnă că persoanele de vârsta a treia care trăiesc **acasă** manifestă mai mult această schemă cognitivă.
- Pentru schema de *„**hipervigilență și inhibiție**”* s-a obținut un t= 1,990, p= 0,049, media pentru persoanele care locuiesc la domiciliu ((M= 113,73, σ= 33,29) fiind mai mare decât media celor din azil (M= 103,37, σ= 33,32), ceea ce înseamnă că

persoanele de vârsta a treia care trăiesc **acasă** manifestă mai mult această schemă cognitivă.

În privința celorlalte scheme cognitive dezadaptative timpurii nu s-au înregistrat diferențe semnificative în manifestarea lor la vârstnicii care locuiesc la domiciliu și cei din centrele de azil.

Conform lui M. M. Balter, mediul în care trăiește individul reprezintă un factor determinant al afectelor negative sau al comportamentelor dezadaptative. În azilele pentru vârstnici este încurajat comportamentul pasiv și de respectare a regulilor și astfel se poate ajunge la un nivel scăzut al dinamicii, sentimentul pierderii controlului și creșterea dispoziției afective negative [42]. M. S. N. Su- Zu Tseng și R. H. Wang în 2001 au susținut că suportul social din partea personalului de îngrijire și vizitele primite din partea familiei prezic calitatea vieții seniorilor din centrele de azil [227].

Studiile realizate de către Y. Arrighi, T. Rapp și N. Sirven au descoperit că vârsta înaintată este asociată cu creșterea riscului de dizabilitate și dependența de alte persoane pentru a fi îngrijit [37]. La aceleași rezultate a ajuns și Y. Wu în anul 2022, respectiv aceștia au concluzionat că suportul din partea familiei, al vecinilor și/ sau al prietenilor contribuie la creșterea stării de bine, a stimei de sine și reduce sentimentul singurătății [255]. V. G. Cicirelli menționa în anul 2002 informații despre frica de moarte și anxietatea determinată de acest sentiment [74]. Conform „Teoriei atașamentului‖ a lui J. Bowlby, odată cu înaintarea în vârstă, cuplurile devin din ce în ce mai dependente de partener [52]. Bărbații vârstnici depind de ajutorul soțiilor în privința vieții de zi cu zi în gospodărie, iar femeile vârstnice de suportul financiar din partea soților [55].

Analiza factorială a continuat pentru identificarea diferențelor în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii în funcție de **statusul familial**, astfel am aplicat Anova Unifactorial, obținând următoarele rezultate sintetizate în **Tabelul 2.11.**

Tabelul 2.11. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați în funcție de „statusul familial" prin aplicarea testelor statistice Tukey/ Games Howell la „schemele cognitive dezadaptative"

SCHEME COGNITIVE DEZADAPTATIVE	STATUS FAMILIAL	M	σ	Diferența dintre medi	p
SEPARARE ȘI RESPINGERE	Gr. I: căsătorit	82,56	29,05	-3,342	0,825
	Gr. II: divorțat	85,90	19,26		
	Gr. II: divorțat	85,90	19,26	7,559	0,085
	Gr.III: văduv	78,34	22,92		

F= 2,290, p= 0,104	**Gr. III: văduv**	78,34	22,92	-4,217	0,748
	Gr. I: căsătorit	82,56	29,05		
AUTONOMIE ŞI PERFORMAŢĂ F= 8,77, p=0,000	**Gr. I: căsătorit**	57,67	18,26	11,633	0,053
	Gr. II: divorțat	46,03	17,98		
	Gr. II: divorțat	46,03	17,98	-10,951	**0,000**
	Gr.III: văduv	**56,99**	16,58		
	Gr. III: văduv	56,99	16,58	-,681	0,989
	Gr. I: căsătorit	57,67	18,26		
LIMITE DEFICITARE F= ,651, p= 0,523	**Gr. I: căsătorit**	29,67	12,13	-3,436	0,501
	Gr. II: divorțat	33,10	12,33		
	Gr. II: divorțat	33,10	12,33	,220	0,993
	Gr.III: văduv	32,88	11,01		
	Gr. III: văduv	32,88	11,01	3,216	0,561
	Gr. I: căsătorit	29,67	12,13		
ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI F= 4,546, p= 0,012	**Gr. I: căsătorit**	79,50	21,85	9,034	0,276
	Gr. II: divorțat	70,47	23,93		
	Gr. II: divorțat	70,47	23,93	-10,858	**0,011**
	Gr.III: văduv	**81,32**	22,09		
	Gr. III: văduv	81,32	22,09	1,824	0,947
	Gr. I: căsătorit	79,50	21,85		
HIPERVIGILENȚĂ ȘI INHIBIȚIE F= 1,421, p= 0,244	**Gr. I: căsătorit**	97,44	35,73	-8,510	0,590
	Gr. II: divorțat	105,95	35,50		
	Gr. II: divorțat	105,95	35,50	-5,693	0,545
	Gr.III: văduv	111,65	30,107		
	Gr. III: văduv	111,65	30,107	14,203	0,249
	Gr. I: căsătorit	97,44	35,73		

Prin aplicarea testului statistic Anova Unifactorial s-a obținut pentru schema cognitivă „***autonomie și performanță deficitare***" un F= 8,77, p= 0,000**,** ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative per ansamblu între cele trei grupuri de status familial, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,000, astfel variațele nu sunt omogene și am recurs la aplicarea testul statistic Games- Howell, pentru a compara grupurile două câte două.

Analizând datele obținute, subiecții văduvi, diferă semnificativ în privința manifestării schemei cognitive de „*autonomie și performanță deficitare*‖ față de cei divorțați (p= 0,000), media primei categorii fiind semnificativ mai mare (M= 56,99, σ= 16,58) față de media celeilalte categorii (M= 46,03, σ= 17,98).

De asemenea prin aplicarea testului statistic Anova Unifactorial s-a obținut pentru schema cognitivă de „***dependență față de ceilalți***" un F= 4,546, p= 0,012**,** ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative per ansamblu între cele trei grupuri de status familial, respectiv între grupul vârstnicilor văduvi și cei divorțați, media primilor fiind semnificativ mai mare (M= 81,32, σ= 22,09) în comparație cu cea de-a doua categorie (M= 70,47, σ= 23,93), ceea ce

înseamnă că persoanele văduve se prezintă ca neajutorate, incapabile să aibă grijă de propria persoană, își trăiesc viața având temerea că ceva rău urmează să se întâmple. Se lasă dominați de ceilalți cărora le prioritizează nevoile și emoțiile, considerând excesiv de important să le câștige aprobarea sau recunoașterea.

Conform lui F.M. Dattilio [79], fiecare partener aduce în relație propriile scheme cognitive, iar dacă acestea au conotații negative vor influența modul în care este procesat și interpretat comportamentul partenerului [71].

Studiul lui N. Yousefi, O. Etemadi, F. Bahrami și A. M. Zadah a identificat schemele cognitive dezadaptative care stau la baza divorțului, respectiv scheme din domeniul „separare și respingere‖ și „hipervigilență și inhibiție‖ [257], aspecte identificate și în alte cercetări [113]. Alt studiu a susținut faptul că prezența schemelor dezadaptative reduce intimitatea în relația de cuplu [224].

În continuare, vom prezenta datele privind **mecanismele de coping** pe baza răspunsurilor vârstnicilor la instrumentul multidimensional „Scala de abordare strategică a coping-ului-SACS‖ [**18; 22; 23**], construit pentru a identifica strategiile de coping comportamental în context social, pe cele două niveluri- prezența mecanismelor și absența acestora, rezultate care sunt prezentate în **Fig 2.5** care reflectă distribuția procentuală și atașate în anexa **A 4.3.**

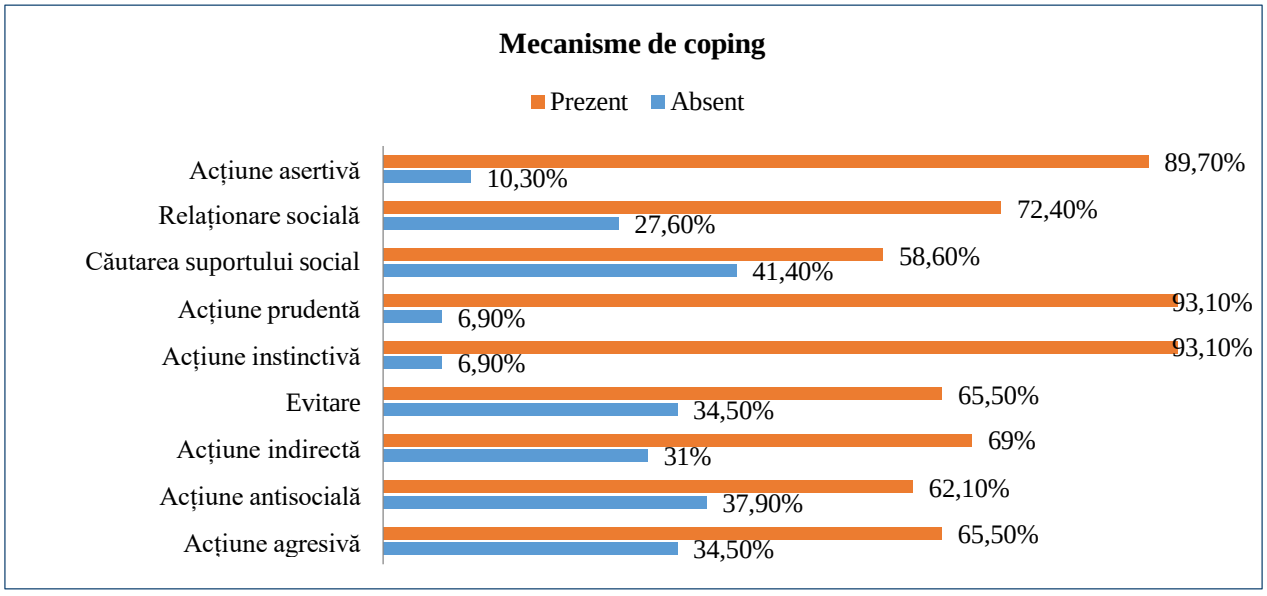


Fig. 2.5 Distribuția procentuală a mecanismelor de coping prezente la persoanele de vârsta a treia

În **Tabelul 2.12** sunt prezentate datele vizând valorile medii ale rezultatelor obținute în urma aplicării „Scalei de abordare strategică a coping-ului- SACS‖.

Tabelul 2.12 Mediile și abaterile standard obținute în urma aplicării „Scalei de abordare strategică a coping-ului- SACS" persoanelor de vârsta a treia

Mecanisme de coping	Media	Abaterea standard
Acțiune asertivă	32,69	5,72
Relaționare socială	17,48	5,23
Suport social	19,10	7,25
Acțiune prudentă	18,10	4,33
Acțiune instinctivă	22,07	4,29
Evitare	19,72	6,27
Acțiune indirectă	13,07	3,81
Acțiune antisocială	12,79	4,25
Acțiune agresivă	14,45	4,03

Datele din **Tabelul 2.12** arată că cel mai mult se manifestă mecanismul de coping „acțiune asertivă‖, ceea ce înseamnă că vârstnicii abordează situația în mod direct și spontan, urmărind propriul interes, însă nu în detrimental celorlalți și fără a se retrage din fața problemelor, acest mecanism fiind prezent la un procent de 89,7 % dintre persoanele la care s-a înregistrat stategia de coping menționată. Cel mai puțin se manifestă două mecanisme cu medii apropiate, respectiv „acțiune indirectă‖ (M= 13,07; σ= 3,81) și „acțiune antisocială‖ (M= 12,79; σ= 4,25). Din punct de vedere comportamental, vârstnicii la care instrumentul de măsurare SACS a identificat aceste mecanisme, manipulează situația pentru a-i face pe ceilalți să creadă că ei dețin controlul, în timp ce rezolvă problema, în mod netransparent și își urmăresc interesele, chiar dacă va fi în detrimentul celorlalți. Din aceeași dimensiune prosocial- antisocială face parte si mecanismul „ acțiune agresivă‖, prezent la un procent de 65,5% dintre persoanele la care s-a înregistrat acest comportament, explicat prin acțiuni decisive și rapide cu scopul de a-i surprinde pe ceilalți nepregătiți și de a prelua controlul.

Frecvențele procentuale cele mai ridicate se întâlnesc la mecanismele de coping „acțiune prudentă‖ (93,10%) și „acțiune instinctivă‖ (93,10%), ceea ce înseamnă că predomină vârstnicii care manifestă astfel de comportamente în comparație cu cei la care acest mecanism este absent. Aceasta înseamnă că seniorii obișnuiesc să își ia toate măsurile de precauție înainte de a acționa și își evaluează atent opțiunile, pentru a se proteja de orice pericol ce poate apărea. Ei se bazează pe intuiție și reacționează în funcție de impulsurile de moment pentru a rezolva problemele.

Rezultatele atât la nivel de medii cât și de procente relevă manifestări cu ponderi medii în privința dimensiunii prosociale- antisociale, respectiv a mecanismelor „relaționare socială‖ și „suport social‖, ceea ce înseamnă că persoanele se alătură celorlalți pentru a face față unei situații dificile sau pentru sprijin emotional, ajutându-se reciproc. Pentru rezolvarea problemelor se consultă cu membrii familiei și cu prietenii în vederea identificării soluțiilor posibile.

De asemenea, o pondere medie o are și mecanismul „evitare‖ (M= 19,72; σ= 6,27), ceea ce înseamnă că persoanele în vârstă obișnuiesc să se implice în alte activități pentru a amâna rezolvarea problemelor apărute și se întâlnește la un procent de 65,5 %.

In final, rezultatele ne determină să conchidem că pentru a face față agenților stresori specifici etapei de vârstă, vârstnicii manifestă într-un procent de 44,4% strategii de coping comportamental active - prosociale, considerate a se asocia cu stări emoționale pozitive, cu niveluri scăzute de anxietate și depresie, dintre care „acțiunea asertivă‖, „relaționarea socială‖, „căutarea suportului social‖, „acțiunea prudentă‖.

De asemenea, persoanele peste 65 de ani, manifestă într-o proporție de 56,6% strategii de coping pasive, indirecte și antisociale, asociate cu niveluri ridicate de furie, depresie și anxietate, respectiv „acțiune instinctivă‖, „acțiune antisocială‖, „acțiune agresivă‖, „evitare‖ și „acțiune indirectă‖.

Copingul este esențial pentru vârstnici deoarece le oferă instrumente și strategii pentru a face față schimbărilor și provocărilor asociate cu îmbătrânirea, îi ajută să gestioneze stresul, reducând riscul de depresie, anxietate și izolare socială. Din aceste motive este importantă studierea mecanismelor pe categorii de vârstă a treia, pentru a înțelege particularizarea acestora în funcție de procesul de îmbătrânire.

Astfel în continuare vom prezenta diferențele semnificative în manifestarea mecanismelor de coping la cele trei stadii ale vârstei a treia.

Pentru a analiza dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește manifestarea **mecanismelor de coping** la diferite **stadii ale vârstei subiecților**, am aplicat testul statistic One Way Anova pentru fiecare categorie de schemă cognitivă

Manifestarea copingului pe categorii de vârstă este prezentată în **Fig. 2.6** și pot fi consultate în anexa **A 4.3**

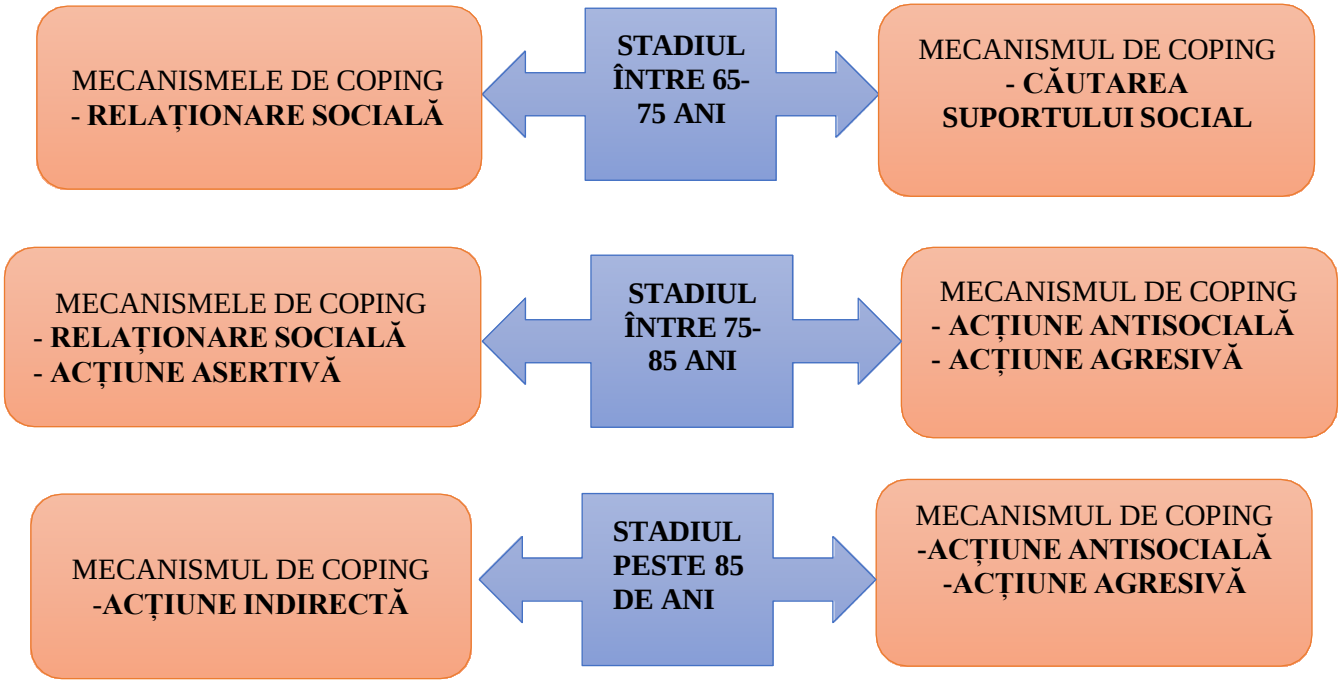


Fig. 2.6. Manifestarea semnificativă a mecanismelor de coping pe stadii ale vârstei a treia

[Contribuție proprie]

Analizând diferențele în manifestarea **mecanismului de coping „*acțiune asertivă*”**, în urma aplicării Anova Unifactorial, s-a obținut un F= 4,76, p = 0,010 ceea ce înseamnă că există diferențe semnificative între cele 3 grupuri de vârstă per ansamblu, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,324, ceea ce înseamnă că variațele nu sunt omogene și se aplică testul statistic Games- Howell.

Tabelul 2.13. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune asertivă”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	32,38	5,88	-1,49	0,230
Gr. II: 75-85 ani	33,88	5,42		
Gr. II: 75-85 ani	**33,88**	5,42	4,10	**0,008**
Gr.III: peste 85 ani	29,22	5,09		
Gr. III: peste 85 ani	29,22	5,09	-2,61	0,133
Gr. I: 65-75 ani	32,38	5,88		

Analizând datele obținute prezentate în **Tabelul 2.13**, subiecții cu vârsta peste 85 de ani, diferă semnificativ în privința manifestării mecanismului de coping „*acțiune asertivă*‖ față de cei

între 75-85 de ani (p= 0,008), cu o medie mai mică (M peste 85 ani= 29,77, σ= 5,09; M 75-85 ani= 33,88, σ= 5,42), date statistice explicate prin faptul că vârstnicii între 75-85 de ani manifestă semnificativ mecanismul de coping „acțiune asertivă‖ față de cei peste 85 de ani. Între celelalte grupe de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative în manifestarea strategiei.

Rezultatele obținute se explică prin faptul că seniorii se implică direct în rezolvarea problemelor, cu respectarea drepturilor celorlalți. Au o abordare constructivă în fața situațiilor neprevăzute, menținându-și echilibrul emoțional. Pe de altă parte, G. I. Swimmer și N. V. Ramanaiah susțineau ideea prin care comportamentul asertiv este o cale de mijloc între agresivitate și pasivitate, având componente din ambele dimensiuni [228].

Conform lui R. E. Alberti și M. L. Emmons, avantajele utilizării acestui mecanism de coping la vârstnici constau în prevenirea sentimentului de neajutorare și dezvoltarea capacităților personale, aspecte importante în această perioadă a vieții individului [123]. De asemenea rezultatele cercetării lui E. Dysvika, G. K. Natvigb, O. J. Eikelandc și T. C. Lindstrøm au dovedit importanța comunicării între personalul de îngrijire din centrele de azil și beneficiarii serviciilor. Prin comunicarea inițiată și feedback-ul oferit din partea persoanelor în vârstă și acceptat de către asistentele medicale, se creează un atașament între angajați și seniori și de asemenea procesul comunicării ajută la distragerea atenției, cu efect asupra reducerii durerii fizice la seniori [89].

Un alt mecanism de coping pentru care s-au înregistrat la Anova Unifactorial diferențe semnificative este cel de ***„relaționare socială”***, pentru care s-a obținut un F= 12,59, p = 0,000, astfel există diferențe semnificative între cele 3 grupuri de vârstă per ansamblu, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,000, ceea ce înseamnă că variațele nu sunt omogene și se aplică testul statistic Games- Howell.

Tabelul 2.14. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „relaționare socială”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medii	P
Gr. I: 65-75 ani	**19,08**	19,08	2,00	**0,046**
Gr. II: 75-85 ani	17,07	6,45		
Gr. II: 75-85 ani	**17,07**	6,45	3,84	**0,003**
Gr.III: peste 85 ani	13,23	3,85		
Gr. III: peste 85 ani	13,23	3,85	-5,84	**0,000**
Gr. I: 65-75 ani	**19,08**	19,08		

Prin analiza datelor prezentate în **Tabelul 2.14,** rezultă că subiecții cu vârsta peste 85 de ani diferă semnificativ în manifestarea mecanismului de coping „relaționare socială‖ față de cei

între 65-75 de ani (p= 0,000) și față de cei între 75-85 de ani (p= 0,003), cu o medie mai mică (M= 13,23, σ= 3,85) față de celelalte două categorii (M 65-75 ani = 19,08, σ= 3,19; M 75-85 ani= 17,07, σ= 6,45), date statistice explicate prin faptul că vârstnicii între 65- 85 de ani manifestă semnificativ mecanismul de coping „relaționare socială‖ față de cei peste 85 de ani, ceea ce înseamnă că aceștia reușesc să rezolve dificultățile apărute cu ajutorul celorlalți, fiind la rândul lor suport.

Persoanele în vârstă se confruntă cu o serie de provocări, cum sunt bolile și pierderile ireversibile în timpul procesului de îmbătrânire. Acest parcurs existențial funcționează împotriva voinței seniorilor și pentru cei care suferă de o boală acută este necesară păstrarea stării emoționale, imaginea de sine pozitivă, abilitățile și relațiile sociale [50].

Conform lui A. Duner și M. Nordstrom, în încercarea vârstnicilor de a diminua dependența de alte persoane, aceștia dezvoltă strategii de coping manifestate prin implicarea în diferite activități ce presupun parcurgerea unor etape: acceptarea propriei situații (medicale, sociale, familiale), căutarea suportului din partea altor persoane sau servicii care să le satisfacă nevoile și de asemenea să ofere la rândul lor ajutor celor din jur [87].

Cercetările lui J. Sze, A. Gyurak, M. S. Goodkind și R. W. Levenson au descoperit că adulții vârstnici empatizează cu indivizii care suferă de stres, ceea ce le determină comportamentul prosocial [229].

M. Barrerra, L. Chassin și F. Rogosch au pus accent pe beneficiile intrajutorării, astfel s-a ajuns la concluzia că oferirea ajutorului reduce nivelul de stres, previne îmbolnăvirile patologice și declinul cognitiv la vârstnici [43].

Această tendință de reciprocitate a fost susținută de teorii sau modele psihosociale care explică rolul suportului în privința stării de sănătate [172]. „Teoria autodeterminării‖ a lui E. Erikson susține că prin acordarea ajutorului sunt satisfăcute nevoile umane precum competența, autonomia și împărtășind din propria experiență se ajunge la integrarea sinelui la vârsta a treia [46; 239].

La aceleași rezultate au ajuns și S. L. Brown, R. M. Nesse, A. D. Vinokur și D. M. Smith care au susținut că oferirea suportului are o componentă a reciprocității și au observat că pentru vârstnici a primi ajutor este la fel de important ca și oferirea acestuia [58]. Un alt rol al ajutorului reciproc a fost evidențiat de „Teoria schimbului social‖ și așa cum a fost stipulat și de către J. Liang, N. M. Krause și J. M. Bennet în cercetarea lor și anume că resursele necesare pentru schimbul de ajutor între seniori și actorii sociali se bazează pe raportul dintre costuri și beneficii, astfel primind mai mult suport se ajunge la un dezechilibru de putere și pentru persoanele în

vârstă crește gradul de risc de a fi abuzați emoțional [99]. În final recirocitatea este cea care are ca rezultat creșterea stimei de sine și la o îmbătrânire de success [120].

În ceea ce privește **mecanismul de coping „*căutarea suportului social*”** și diferențele în manifestarea acestuia între cele trei stadii ale vârstei a treia, per ansamblu, la testul Anova Unifactorial s-a obținut un F= 4,57, p= 0,012 astfel există diferențe semnificative, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,025, ceea ce înseamnă că variațele nu sunt omogene și se aplică testul statistic Games- Howell.

În urma analizei datelor obținute care se pot observa în **Tabelul 2.15**, subiecții cu vârsta între 65 și 75 de ani, diferă semnificativ în privința manifestării mecanismului de coping „*căutarea suportului social*‖ față de cei peste 85 de ani (p= 0,025), media primei categorii fiind de 20.77 (σ= 6,39), comparativ cu valoarea de 16.18 (σ= 6,98), date statistice explicate prin faptul că vârstnicii între 65-75 de ani manifestă semnificativ mecanismul de coping „căutarea suportului social‖ față de cei peste 85 de ani. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative între subiecții cu vârsta de 75-85 de ani și categoriile 65-75 ani (p= 0,076) și peste 85 de ani (p= 0,481).

Tabelul 2.15. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „căutarea suportului social”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	20,77	6,39	2,55	0,076
Gr. II: 75-85 ani	18,22	7,83		
Gr. II: 75-85 ani	18,22	7,83	2,03	0,481
Gr.III: peste 85 ani	16,18	6,98		
Gr. III: peste 85 ani	16,18	6,98	-4,58	**0,025**
Gr. I: 65-75 ani	**20,77**	6,39		

Prin acest coping comportamental persoanele solicită informații, suport emoțional sau ajutor din partea cunoștințelor sau a familiei în cazul unui stres apărut, astfel încât să le fie mai ușoară depășirea situației apărute.

Conform lui A. Bowling, M. Farquar și P. Browne, persoanele de vârsta a treia folosesc mai des rețeaua de sprijin formal în comparație cu persoanele tinere [53], deși în prezent numărul de indivizi tineri care au nevoie de ajutor crește, la fel ca și procentul seniorilor care sunt activi și se bucură de o îmbătrânire de succes [220].

În cercetarea realizată de către L. Jiang, A. Drolet și H. S. Kim vârstnicii, în comparație cu tinerii, caută suport social, ceea ce înseamnă că aceștia preferă să petreacă timp cu prietenii, să simtă că fac parte dintr-un grup social [127; 165] prin care resimt și un confort emoțional [230].

Analizând diferențele obținute la testul Anova Unifactorial între stadiile vârstei a treia per ansamblu în privința manifestării **mecanismului de coping „*acțiune indirectă*”**, s-a obținut un F= 8,13, p = 0,000 concluzionând că există diferențe semnificative, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,015 ceea ce înseamnă că variațele sunt omogene și se aplică testul statistic Games – Howell.

Tabelul 2.16. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune indirectă”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	12,77	3,68	0,25	0,908
Gr. II: 75-85 ani	12,51	3,84		
Gr. II: 75-85 ani	12,51	3,84	-3,48	**0,000**
Gr.III: peste 85 ani	**16**	2,89		
Gr. III: peste 85 ani	**16**	2,89	3,23	**0,000**
Gr. I: 65-75 ani	12,77	3,68		

Inspectând vizual **Tabelul 2.16,** constatăm faptul că subiecții peste 85 de ani diferă semnificativ în privința manifestării mecanismului de coping „*acțiune indirectă*‖ față de cei cu vârsta între 65-75 de ani (p= 0,000) și față de cei între 75-85 de ani (p= 0,000), media vârstnicilor peste 85 de ani fiind de 16 (σ= 2,89) comparativ cu cei între 65-75 de ani (M= 12,77, σ= 3,68) și cei între 75-85 de ani (M= 12,51, σ= 3,84), date statistice interpretate prin faptul că vârstnicii peste 85 de ani manifestă semnificativ mecanismul de coping „acțiune indirectă‖, în comparație cu cei între 65-85 de ani. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative între subiecții cu vârsta de 65-75 de ani și cei de 75-85 de ani (p= 0,908).

Aceasta înseamnă că persoanele manipulează situația în favoarea propriilor interese, acționând în mod netransparent pentru a-și rezolva problema. Comportamentul manipulativ reprezintă o modalitate de a fi în control asupra celorlalți cu scopul de a atinge propriile obiective, având diferite forme de a acționa și comunica, toate reducându-se la influențarea comportamentului și procesului cognitiv al celorlalți [176]. O altă cercetare consideră că motivația egocentrică în comunicare și interacțiunile cu ceilalți se manifestă prin patternuri

manipulative de comportament, ceea ce are drept consecință afectarea negativă a personalității individului [176].

A. Duner și M. Nordstrom au dezvoltat „Teoria acțiunii sociale‖ în anul 2005, conform căreia individul își poate influența viața acționând în consens cu propriile interese. La persoanele de vârsta a treia, intențiile sunt descrise ca obiective de a avea o viață mai bună prin menținerea stării de sănătate optimă [87].

Analizând diferențele în manifestarea **mecanismului de coping „*acțiune antisocială*”**, s-a obținut la Anova Unifactorial un F= 6,35, p = 0,002, astfel există diferențe semnificative între cele 3 grupuri de vârstă, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,121, ceea ce înseamnă că variațele nu sunt omogene și se aplică testul statistic Games- Howell.

Tabelul 2.17. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune antisocială”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	11,69	3,95	-1,61	**0,044**
Gr. II: 75-85 ani	**13,31**	4,49		
Gr. II: 75-85 ani	13,31	4,49	-1,64	0,232
Gr.III: peste 85 ani	14,95	3,40		
Gr. III: peste 85 ani	**14,95**	3,40	3,26	**0,004**
Gr. I: 65-75 ani	11,69	3,95		

Analizând datele menționate în **Tabelul 2.17**, subiecții cu vârsta între 65-75 de ani, diferă semnificativ în privința manifestării mecanismului de coping „*acțiune antisocială*‖ față de cei între 75-85 de ani (p= 0,044) și cei peste 85 de ani (p= 0,004), media fiind mai mică (M= 11,69, σ= 3,95) decât a celorlalte două stadii (M 75-85 ani= 13,31, σ= 4,49; M peste 85 de ani= 14,95, σ= 3,40), date statistice explicate prin faptul că vârstnicii peste 75 de ani manifestă semnificativ mecanismul de coping „acțiune antisocială‖ față de cei între 65-75 de ani. Între celelalte grupe de vârstă nu s-au înregistrat diferențe semnificative în manifestarea strategiei.

Prin acest coping comportamental persoana acționează în propriul interes, neținând cont de opiniile celorlați sau de lezarea lor, obiectivul final fiind depășirea situației stresante. Abordarea egocentrică a rezolvării problemelor este specifică la vârsta a treia, atunci când se manifestă de cele mai multe ori anxietatea cronică [251].

În studiul realizat de către J. T. Cacioppo, H. Y. Chen și S. Cacioppo în anul 2017, s-a constatat faptul că vârsta a treia este marcată de sentimentul singurătății care corelează cu

autoconservarea și egocentrismul, aspecte psihologice care susțin manifestarea strategiei de coping „acțiune antisocială‖ [59]. Autorii L.C. Hawkley și J. T. Cacioppo în anul 2010, au considerat că singurătatea reprezintă o dimensiune emoțională subiectivă și negativă, care caracterizează modul în care individul își evaluează calitatea și cantitatea relațiilor sociale [114]. Conform lui M. Dambrun individul egocentric consideră că este mai important decât ceilalți, că propria condiție este superioară față de cea a altor persoane [78], astfel ajunge să își prioritizeze propriul interes, în detrimentul altora și fără a ține cont de consecințele propriilor acțiuni asupra persoanelor cu care interacționează.

În vederea analizei diferențelor în manifestarea **mecanismului de coping „*acțiune agresivă*”** în funcție de stadiile vârstei a treia, s-a obținut la testul statistic Anova Unifactorial un F= 4,87, p = 0,009, concluzionând că există diferențe semnificative între cele 3 grupuri de vârstă, iar pentru testul Levene s-a obținut de asemenea un p= 0,035, ceea ce înseamnă că variațele nu sunt omogene și se aplică testul statistic Games Howell.

Tabelul 2.18. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați pe stadii de vârstă prin aplicarea testului Games-Howell pentru mecanismul de coping „acțiune agresivă”

Stadii de vârstă	M	σ	Diferența dintre medi	p
Gr. I: 65-75 ani	13,46	3,92	-1,57	**0,046**
Gr. II: 75-85 ani	**15,04**	4,16		
Gr. II: 75-85 ani	15,04	4,16	-0,91	0,523
Gr.III: peste 85 ani	15,95	3,19		
Gr. III: peste 85 ani	**15,95**	3,19	2,49	**0,011**
Gr. I: 65-75 ani	13,46	3,92		

În urma analizei datelor obținute conform **Tabelului 2.18**, subiecții între 65- 75 de ani diferă semnificativ în privința manifestării mecanismului de coping „acțiune agresivă‖ față de cei cu vârsta între 75-85 de ani (p= 0,046) și față de cei peste 85 de ani (p= 0,011), media vârstnicilor între 65-75 de ani fiind de 13,46 (σ= 3,92) comparativ cu cei între 75-85 de ani (M= 15,04, σ= 4,16) și cei peste 85 de ani (M= 15,95, σ= 3,19), date statistice interpretare prin faptul că vârstnicii peste 75 de ani manifestă semnificativ mecanismul de coping „acțiune agresivă‖, în comparație cu cei între 65-75 de ani.

Nu s-au înregistrat diferențe semnificative între subiecții cu vârsta de 75-85 de ani și cei peste 85 (p= 0,523). Persoanele abordează problema rapid, cu scopul de a-i prinde pe ceilalți nepregătiți, astfel putând să-și satisfacă propriul interes. Sunt dominante în confruntare și își prioritizează obiectivele personale, indiferent de consecințele la nivel de relație cu interlocutorul.

Conform cercetărilor realizate în 2004 de către L.G. Liu și L. U. Evans, comportamentul agresiv variază de-a lungul vieții [147].

Alți cercetători au descoperit în 2016 că factorii medicali și mediul de trai reprezintă factori predispozanți pentru acțiuni agresive în rândul persoanelor vârstnice [133]. Numeroase cercetări au susținut că demența este o cauză a agresivității la seniori [88; 94; 148; 258], însă în studiul de față, fiind aplicat MMSE-ul, această categorie de subiecți a fost eliminată. La vârstnicii sănătoși, conform lui E. A Walker în 2000, agresivitatea are forme indirecte prin evitarea confruntării directe [247].

Pentru a analiza diferențele dintre **stadiile vârstei** privind manifestarea celorlalte **mecanisme de coping**, s-au obținut praguri de semnificație mai mari de 0,05, ceea ce înseamnă că nu există diferențe semnificative între grupele de vârstă, astfel: „***acțiune prudentă***‖, p = 0,289, „***acțiune instinctivă***‖, p = 0,056 și „***evitare***‖, p= 0,192.

Aceste rezultate susțin faptul că seniorii, indiferent de vârsta pe care o au, manifestă cele trei forme ale copingului. În privința „***acțiunii prudente”***, în studiul lui G. S. Bakshi și Z. Chen s-a analizat efectul îmbătrânirii asupra luării deciziilor din partea seniorilor, în comparație cu persoanele tinere [39]. Privind aspectele financiare și medicale, aceștia tind să evite sau să întârzie rezolvarea problemelor, în practică însemnând amânarea efectuării analizelor sau a intervențiilor medicale [73]. Vârstnicii se implică în comportamente mai puțin riscante pentru a reduce potențialele consecințe negative și pentru a-și menaja starea de bine [121].

Privind ***copingul instinctiv***, conform studiului lui R. Mata, L. Schooler și J. Rieskamp, atunci când persoanele îmbătrânesc și sunt în situația de a lua decizii, se bazează mai mult pe ceea ce simt și nu pe procesul deliberativ. Procesul afectiv utilizează instinctul și experiența acumulată de-a lungul timpului care presupun mai puțin efort în rezolvarea problemelor în comparație cu procesul cognitiv, ceea ce nu înseamnă și luarea unor decizii greșite [166].

În studiul lui L. Gagliese și R. Melzack, persoanele vârstnice tind să se angajeze în comportamente de „***evitare”***, iar cei mai longevivi sunt mai religioși și speră că ce va urma va fi mai bine [100]. De asemenea își găsesc ocupații în activități simple și care le aduc fericirea, putând astfel să se îndepărteze de situația stresantă [128].

În anul 2006, cercetătorul L. L. Carstensen a susținut că odată ce persoanele îmbătrânesc, trec de la un coping activ, la un coping inactiv, precum evitarea situațiilor care le-ar crea distres emoțional [61]. Astfel copingul evitant poate avea o funcție adaptativă în rândul persoanelor vârstnice, fiind asociat din nou cu un nivel de stres redus în rândul seniorilor cu dureri cronice [150].

Conform lui T. S. Charles, J. R. Piazza, G. Luong și D. M. Almeida în încercarea de a diminua tendința de control asupra situațiilor stresante, persoanele în vârstă tind să evite confruntarea cu factorii stresori cu scopul de a-și menține o stare de bine [70].

În cadrul rutinei zilnice și în încercarea de a avea o viață normală, de a fi independenți și în funcție de factorii stresori apăruți sau de problemele ce trebuiesc rezolvate, vârstnicii încearcă manifestarea mai multor strategii de coping [75], ceea ce se observă și în rezultatele obținute în urma analizei datelor în cercetarea prezentă.

Astfel la vârsta a treia seniorii abordează stresul și situațiile problematice prin „acțiune asertivă", „relaționare socială", „căutarea suportului social", „acțiune prudentă", „acțiune instinctivă", „evitare", „acțiune indirectă", „acțiune antisocială", „acțiune agresivă", având ca scheme cognitive pe cele de „separarea și respingere", „autonomie și performanță deficitare" și „orientarea către ceilalți".

În continuare, pentru a analiza a doua parte a **obiectivului cu numărul 3**, parcursul statistic urmărește identificarea diferențelor în manifestarea mecanismelor de coping în funcție de **genul** subiecților [**21**].

În **Fig. 2.7** sunt prezentate datele privind aceste specificități, atașate și în anexa **A 4.4.**

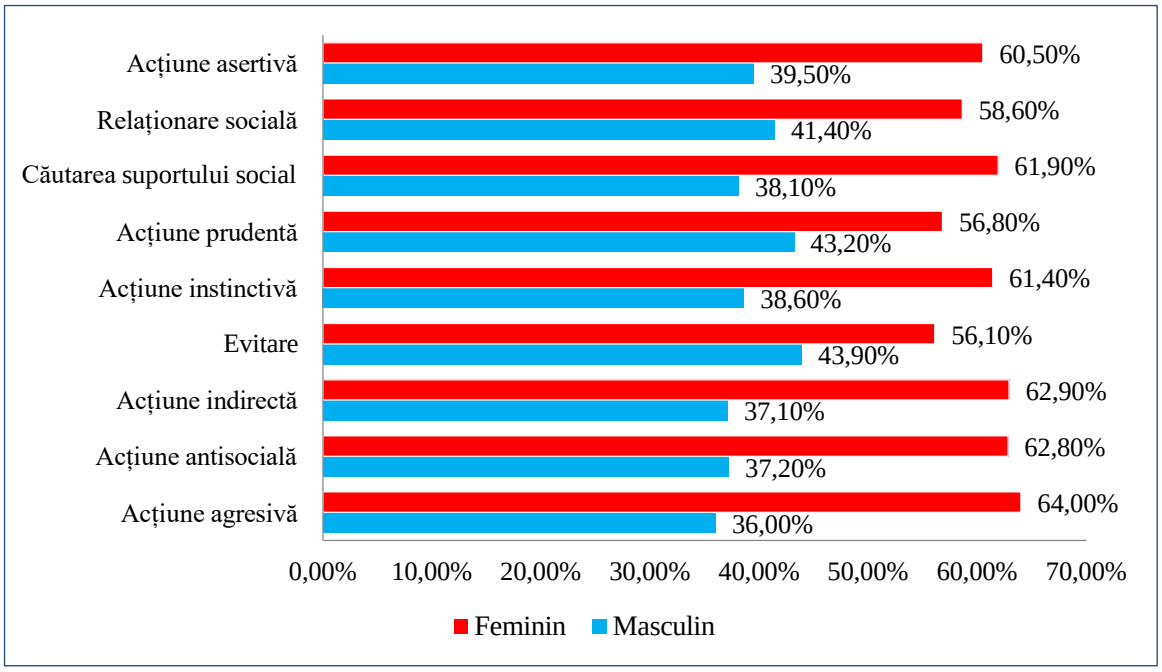


Fig. 2.7 Distribuția procentuală a mecanismelor de coping în funcție de genul subiecților

Datele statistice procentuale, centrate pe stabilirea diferențelor dintre subiecții de gen masculin și cei de gen feminin, în privința manifestării mecanismelor de coping, sunt sistematizate în **Fig. 2.7.**

Tabelul 2.19 Rezultatele la testul T pentru eșantioane independente pentru mecanismele de coping

Mecanisme de coping	M		σ		Testul T	p
	M	F	M	F		
Acțiune asertivă	33,57	32,14	6,57	5,07	1,608	0,132
Relaționare socială	**18,79**	16,66	5,36	5,01	2,611	**0,009**
Căutarea suportului social	18,88	19,24	8,38	6,49	-,320	0,763
Acțiune prudentă	**20,33**	16,71	3,85	4,04	5,912	**0,000**
Acțiune instinctivă	22,10	22,05	4,55	4,14	,084	0,932
Evitare	**22,46**	18,01	4,47	6,64	4,841	**0,000**
Acțiune indirectă	12,58	13,37	4,37	3,40	-1,335	0,210
Acțiune antisocială	12,36	13,07	4,38	4,17	-1,055	0,288
Acțiune agresivă	13,52	**15,03**	3,69	4,14	-2,494	0,**016**

Datele statistice obținute în urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, centrate pe stabilirea diferențelor dintre subiecții de gen masculin și cei de gen feminin în privința manifestării mecanismelor de coping, sunt sistematizate în **Tabelul 2.19**, care reflectă rezultatul comparațiilor dintre bărbați și femei. Rezultatele la nivel de procente relevă diferențe per total în privința mecanismelor de coping în funcție de gen, astfel toate cele nouă mecanisme se manifestă în procent mai mare la femei, față de bărbați.

Referitor la manifestarea copingului, atât la femei cât și la bărbați, ponderea cea mai mare o are copingul de „*acțiune asertivă”* (M femei= 32,14, σ= 5,07; M bărbați= 33,57, σ= 6,57), iar ponderea cu valoarea cea mai mică o au strategiile *„acțiune indirectă*‖ (M femei= 13,37, σ= 3,40; M bărbați= 12,58, σ= 4,37) și „*acțiune antisocială*‖ (M femei= 13,07, σ= 4,17; M bărbați= 12,36, σ= 4,38).

Analiza diferențelor constatate prin aplicarea Testului T pentru eșantioane independente, vizând manifestarea **mecanismele de coping la femei și la bărbați**, permite să deducem că acestea au fost semnificativ diferite în ceea ce privește categorile: *„relaționare socială”, „acțiune prudentă”, „evitare” și „acțiune agresivă”*, astfel:

- Pentru copingul „*relaționare socială*‖ s-a obținut un t= 2,611, p = 0,009, media pentru bărbați (M= 18,79, σ= 5,36) fiind mai mare decât media pentru femei (M= 16,66, σ= 5,01), ceea ce înseamnă că acest coping se manifestă predominant la persoanele de vârsta a treia de gen

masculin, astfel în situația în care se confruntă cu o problemă aceștia fac echipă cu alte persoane pentru a depăși obstacolul și pun accent pe suportul familiei și al prietenilor în confruntarea cu agenții stresori.

- Pentru copingul „*acțiune prudentă*‖ s-a obținut un t= 5,912, p= 0,000, media pentru bărbați (M= 20,33, σ= 3,85) fiind mai mare decât media pentru femei (M= 16,71, σ= 4,04), astfel acest mecanism se manifestă semnificativ mai mult la vârstnicii bărbați. Aceștia își iau măsuri de precauție înainte de a acționa, analizează toate datele problemei și chiar și nevoile celorlalți, pentru a evita eventuale pericole.

- Pentru mecanismul „*evitare*‖ s-a obținut un t= 4,841, p= 0,000, media pentru bărbați (M= 22,46, σ= 4,47) este semnificativ mai mare decât media la femei. (M= 18,01, σ= 6,64) rezultă că bărbații, semnificativ mai mult decât femeile, preferă să reducă efortul de a rezolva o sarcină pentru a se proteja de un eventual distres emoțional. Astfel de persoane speră că situația se va rezolva de la sine și până în acel moment se implică în alte activități pentru a-și distrage atenția de la eventuala problemă.

- Pentru mecanismul „*acțiune agresivă*‖ s-a obținut un t= -2,494, p= 0,016, media pentru femei (M= 15,03, σ= 4,14) fiind semnificativ mai mare decât media la bărbați (M= 13,52, σ=3,69), ceea ce înseamnă că persoanele de vârsta a treia de gen feminin manifestă semnificativ mai mult aceast mecanism de coping, în comparație cu vârstnicii de gen masculin. În situația apariției unei probleme, vârstnicele iau o decizie rapidă cu scopul de a fi cele care controlează situația și astfel evită starea de vulnerabilitate în fața eventualei dominări din partea terțelor persoane.

Diferențele în manifestarea strategiilor de coping, în procente mai ridicate pentru femei, pot fi explicate prin faptul că de-a lungul vieții acestea se confruntă cu situații dificile mai des decât bărbații [167] atât în mediul familial, cât și în societate [180] și percep aceste situații ca fiind mult mai stresante [190], ceea ce le determină să dezvolte strategii de coping diferite.

Deși se consideră că bărbații nu pun accent pe sprijinul social, cercetările au dovedit contrariul, ei fiind interesați de crearea și consolidarea relațiilor sociale, prin care caută în mod activ sprijin din partea familiei sau a prietenilor, inclusiv suport emoțional din partea femeilor [169]. Rolul suportului social pentru bărbați constă în consolidarea sentimentului de control asupra situației, depășirea situațiilor stresante, reprezentând pentru aceștia o strategie de coping adaptativ [223].

De asemenea, expectanțele privind rolul bărbatului de a fi puternic, de a rezolva singur problemele și de a fi independent, au cauzat activarea la aceștia a strategiilor de coping dezadaptativ, precum consumul de alcool [152]. În urma cercetării realizate de către H. Ben-Zur și M. Zeidner în anul 1996, s-a ajuns la concluzia că femeile au fost mult mai active în strategiile

de coping folosite în comparație cu bărbații, care au manifestat coping bazat pe emoții, aceste rezultate fiind înregistrate după perioada Războiul din Golf [47].

Conform lui A. Heslop și M. Gorman, starea de vulnerabilitate caracterizează starea generală a individului, având ca dimensiuni definitorii neputința, neajutorarea, nesiguranța, imposibilitatea de planificare în vederea rezolvării problemelor apărute [117]. Ca răspuns la riscul perceput, femeile pot adopta strategii de coping în vederea protejării propriei persoane astfel încât să evite situația de a fi o victimă și pentru a minimiza sentimentul insecurității [68].

Mecanismele de coping în rândul persoanelor în vârstă implică adesea o combinație de strategii sociale, emoționale, fizice și spirituale care îi ajută să facă față provocărilor vieții și să mențină un sentiment de bunăstare și rezistență pe măsură ce îmbătrânesc.

În continuare, analiza statistică urmărește identificarea diferențelor în funcție de **mediul de trai** în manifestarea mecanismelor de coping, astfel în în **Fig. 2.8** sunt prezentate datele privind aceste specificități și care se regăsesc în anexa **A 4.4.**

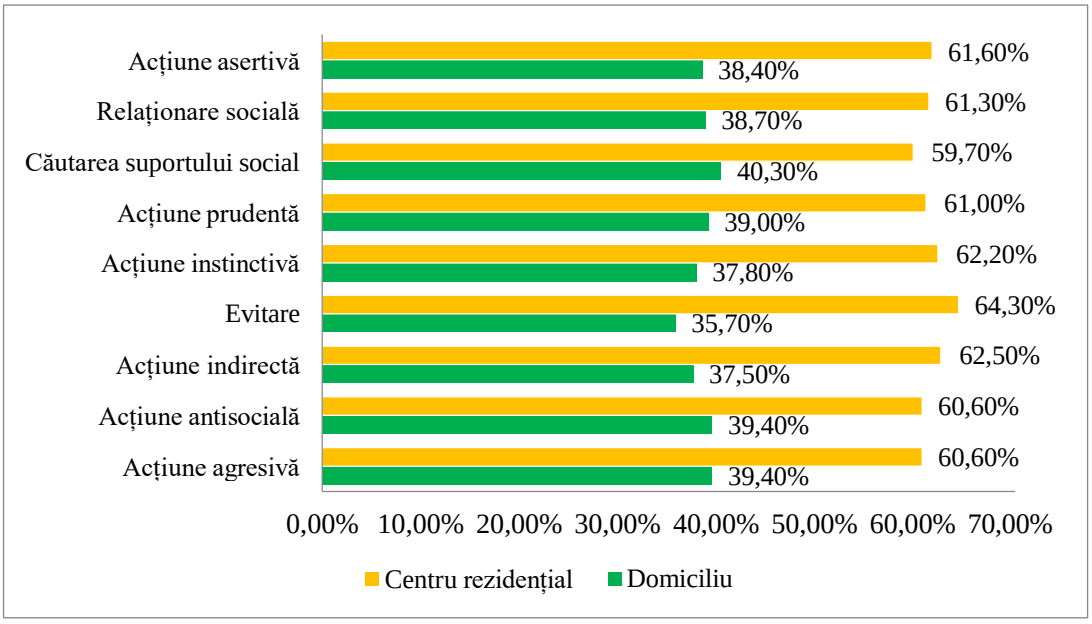


Fig. 2.8 Distribuția procentuală a mecanismelor de coping în funcție de mediul de trai

Datele statistice procentuale, centrate pe stabilirea diferențelor între subiecții care locuiesc la domiciliu și cei din centrele rezidențiale pentru persoanele în vârstă, în privința manifestării mecanismelor de coping, sunt sistematizate în **Fig. 2.8.**

Datele statistice obținute în urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, centrate pe stabilirea diferențelor între subiecții care locuiesc la domiciliu și cei din centrele de azil în privința manifestării mecanismelor de coping, sunt sistematizate în **Tabelul 2.20**.

Tabelul 2.20 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru mecanismele de coping în funcție de „mediul de proveniență”

Mecanisme de coping	M		σ		Testul T	p
	Domiciliu	Centru rezidențial	Domiciliu	Centru rezidențial		
Acțiune asertivă	33,09	32,44	4,06	6,53	,722	0,471
Relaționare socială	17,82	17,28	3,12	6,19	,659	0,511
Căutarea suportului social	20,27	18,39	5,45	8,10	1,670	0,097
Acțiune prudentă	18,64	17,78	2,58	5,10	1,269	0,206
Acțiune instinctivă	22	22,11	3,46	4,74	-,165	0,869
Evitare	18,55	20,44	5,09	6,82	-1,952	0,053
Acțiune indirectă	12,91	13,17	3,08	4,21	-,431	0,667
Acțiune antisocială	13,27	12,5	3,07	4,83	1,163	0,247
Acțiune agresivă	15	14,11	3,18	4,45	1,414	0,159

Rezultatele la nivel de procente relevă diferențe per total în privința mecanismelor de coping, astfel toate cele nouă mecanisme se manifestă în procent mai mare la persoanele care trăiesc în centrele rezidențiale, față de cei care locuiesc la domiciliu.

Analiza diferențelor constatate prin aplicarea Testului T pentru eșantioane independente, vizând manifestarea **mecanismele de coping** în funcție de mediul de trai, permite să deducem că acestea nu au fost semnificativ diferite pentru nici unul dintre cele nouă mecanisme. Cercetările în domeniul mecanismelor de coping la vârstnici pun accent pe dinamica mecanismelor de coping în raport cu pierderile suferite pe care le trăiesc persoanele vârstnice indiferent de mediul de trai.

Astfel vârstnicii care s-au obișnuit cu pierderile suferite manifestă următoarele strategii-se implică în activități plăcute, au obiective de viitor, se centrează pe rezolvarea problemelor, iar cei care încă nu au acceptat pierderea sunt optimiști și amână acțiunile pe mai târziu [231].

Factorii stresori de lungă durată resimțiți de către vârstnici îi determină să interpreteze evenimentele ca fiind mai amenințătoare și să se simtă nepregătiți pentru a le trăi, astfel manifestă ca mecanisme de coping „evitarea‖ și „descărcarea emoțională‖ [174].

Următoarea analiză factorială prin aplicarea testului statistic Anova Unifactorial face referire la manifestarea mecanismelor de coping în funcție de variabila **status familial**, rezultate sintetizate în **Tabelul 2.21** și atașate în anexa **A 4.4.**

Tabelul 2.21. Comparațiile multiple între grupurile de subiecți clasificați în funcție de „statusul familial" prin aplicarea testelor Tukey/ Games Howell la variabila „mecanisme de coping"

MECANISME DE COPING	STATUS FAMILIAL	M	σ	Diferența dintre medi	p
ACȚIUNE ASERTIVĂ F= 1,910, p= 0,151	**Gr. I: căsătorit**	35	3,029	2,864	0,129
	Gr. II: divorțat	32,14	6,990		
	Gr. II: divorțat	32,14	6,990	-,658	0,755
	Gr.III: văduv	32,79	4,116		
	Gr. III: văduv	32,79	4,116	-2,206	0,312
	Gr. I: căsătorit	35	3,029		
RELAȚIONARE SOCIALĂ F= 1,297, p=0,276	**Gr. I: căsătorit**	17,33	3,181	-,758	0,841
	Gr. II: divorțat	18,09	5,751		
	Gr. II: divorțat	18,09	5,751	1,356	0,844
	Gr.III: văduv	16,74	4,928		
	Gr. III: văduv	16,74	4,928	-,598	0,903
	Gr. I: căsătorit	17,33	3,181		
CĂUTARE SUPORT SOCIAL F= ,080, p= 0,923	**Gr. I: căsătorit**	19	4,678	-,318	0,984
	Gr. II: divorțat	19,32	8,149		
	Gr. II: divorțat	19,32	8,149	,465	0,918
	Gr.III: văduv	18,85	6,641		
	Gr. III: văduv	18,85	6,641	-,147	0,997
	Gr. I: căsătorit	19	4,678		
ACȚIUNE PRUDENTĂ F= 2,902, p=0,058	**Gr. I: căsătorit**	16,33	,229	-1,508	0,365
	Gr. II: divorțat	17,84	,527		
	Gr. II: divorțat	17,84	,527	-1,071	0,693
	Gr.III: văduv	18,91	,470		
	Gr. III: văduv	18,91	,470	2,578	0,063
	Gr. I: căsătorit	16,33	,229		
ACȚIUNE INSTINCTIVĂ F= 6,461, p= 0,002	**Gr. I: căsătorit**	19,67	1,749	-1,947	**0,009**
	Gr. II: divorțat	**21,61**	4,557		
	Gr. II: divorțat	21,61	4,557	-1,680	**0,043**
	Gr.III: văduv	**23,29**	4,067		
	Gr. III: văduv	**23,29**	4,067	3,627	**0,000**
	Gr. I: căsătorit	19,67	1,749		
EVITARE F= 1,660, p= 0,193	**Gr. I: căsătorit**	17,33	5,402	-2,939	0,167
	Gr. II: divorțat	20,27	5,807		
	Gr. II: divorțat	20,27	5,807	,626	0,810
	Gr.III: văduv	19,65	6,971		
	Gr. III: văduv	19,65	6,971	2,314	0,345
	Gr. I: căsătorit	17,33	5,402		
ACȚIUNE	**Gr. I: căsătorit**	11,67	1,283	,133	0,967

INDIRECTĂ F= 27,951, p= 0,000	**Gr. II: divorțat**	11,53	4,199		
	Gr. II: divorțat	11,53	4,199	-3,892	**0,000**
	Gr.III: văduv	**15,43**	2,242		
	Gr. III: văduv	**15,43**	2,242	3,760	**0,000**
	Gr. I: căsătorit	11,67	1,283		
ACȚIUNE ANTISOCIALĂ F= 11,218, p= 0,000	**Gr. I: căsătorit**	12,67	3,498	1,201	0,428
	Gr. II: divorțat	11,47	4,469		
	Gr. II: divorțat	11,47	4,469	-3,078	**0,000**
	Gr.III: văduv	**14,54**	3,513		
	Gr. III: văduv	14,54	3,513	1,877	0,126
	Gr. I: căsătorit	12,67	3,498		
ACȚIUNE AGRESIVĂ F= 8,854, p= 0,000	**Gr. I: căsătorit**	**17**	3,662	3,659	**0,002**
	Gr. II: divorțat	13,34	4,363		
	Gr. II: divorțat	13,34	4,363	-1,865	**0,007**
	Gr.III: văduv	**15,21**	3,155		
	Gr. III: văduv	15,21	3,155	-1,794	0,160
	Gr. I: căsătorit	17	3,662		

În privința diferențelor în manifestarea mecanismelor de coping la vârsta a treia în funcție de statusul familial, am aplicat testul statistic Anova Unifactorial și am obținut următoarele rezultate semnificative:

- Pentru mecanismul de coping „***acțiune instinctivă***‖, **subiecții divorțați** diferă semnificativ față de cei căsătoriți (p= 0,009), media primei categorii fiind semnificativ mai mare (M= 19,67, σ= 1,749) față de media celeilalte categorii (M= 21,61, σ= 4,557), ceea ce înseamnă că acest mecanism se manifestă predominant mai mult la vârstnicii divorțați. De asemenea apar diferențe semnificative între vârstnicii văduvi și cei divorțați (p= 0,043) și cei căsătoriți (p= 0,000), respectiv media primei categorii (M văduvi= 23,29, σ= 4,067) fiind semnificativ mai mare decât media celorlalte două categorii (M divorțați = 21,61, σ= 4,557, M căsătoriți= 19,67, σ= 1,749). Aceste rezultate se explică prin manifestarea mecanismului predominant la **vârstnicii văduvi**.

- Pentru mecanismul de coping „***acțiune indirectă***‖, subiecții văduvi diferă semnificativ față de cei divorțați (p= 0,000) și cei căsătoriți (p= 0,000), media primei categorii fiind semnificativ mai mare (M văduvi= 15,43, σ= 2,242) față de media celorlalte categorii (M divorțați= 11,53, σ= 4,199, M căsătoriți= 11,67, σ= 1,283), ceea ce înseamnă că acest mecanism se manifestă predominant la **vârstnicii văduvi**.

- Pentru mecanismul de coping „***acțiune antisocială***‖, subiecții văduvi diferă semnificativ față de cei divorțați (p= 0,000), media primei categorii fiind semnificativ mai mare (M văduvi= 14,54, σ= 3,513) față de media celeilalte categorii (M divorțați= 11,47, σ= 4,469), ceea ce înseamnă că acest mecanism se manifestă predominant la **vârstnicii văduvi.**

- Pentru mecanismul de coping „***acțiune agresivă***‖, subiecții divorțați diferă semnificativ față de cei căsătoriți (p= 0,002) și cei văduvi (p= 0,007), media primei categorii fiind semnificativ mai mică (M divorțați= 13,34, σ= 4,363) față de media celorlalte categorii (M căsătoriți= 17, σ= 3,662, M văduvi= 15,21, σ= 3,155), ceea ce înseamnă că **vârstnicii căsătoriți și cei văduvi** manifestă predominant mai mult mecanismul de coping „acțiune agresivă‖ în comparație cu cei divorțați.

Rezultatele indică faptul că persoanele văduve apelează la mecanisme de coping majoritar antisociale, persoanele divorțate pun accent pe latura instinctivă în rezolvarea problemelor, iar cei căsătoriți pe acțiunea agresivă. Statutul de văduv reprezintă o situație de vulnerabilitate în sine care afectează rețeaua de sprijin, iar această stare are impact și asupra stării de sănănate a vârstnicilor [110]. Schimbările apărute odată cu decesul partenerului în obiectivele anterior stabilite, creează un sentiment al pierderii controlului, iar ca și reacții acestea pot fi de frică, rezistență sau negare [138]. Conform lui S. Rosenfield și D. Mouzon, în situația unui stres apărut, femeile văduve își exprimă tristețea, iar bărbații își externalizează emoțiile precum furia [201]. Această emoție reprezintă o reacție dezadaptativă care pune în pericol relațiile interpersonale și consecința este lipsa suportului din partea celorlalți [126].

În vederea analizei **ipotezei a doua** a prezentei cercetări, am aplicat Coeficientul de corelație Pearson pentru determinarea specificului corelației dintre schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping**,** datele fiind sintetizate în **Tabelul 2.22** și atașate în anexa **A 4.5.**

Pe baza inspectării vizuale a **Tabelului 2.22**, în urma aplicării Coeficientului de corelație Pearson, putem constata prezența corelațiilor la nivelul schemelor cognitive și mecanismelor de coping.

Tabelul 2.22. Coeficientul de corelație Pearson între schemele cognitive dezadaptative timpurii și mecanismele de coping

	SCHEMELE COGNITIVE DEZADAPTATIVE TIMPURII				
MECANISME DE COPING	**Separare și respingere**	**Autonomie și performanță deficitare**	**Limite deficitare**	**Orientarea către ceilalți**	**Hipervigilență și inhibiție**
Acțiune asertivă	p=0,880 r=,012	p=0,267 r=,085	p= 0,000 r= ,361	p= 0,004 r= ,214	p= 0,420 r=,061
Relaționare socială	p=0,132 r=-,115	p=0,233 r=-,091	p= 0,000 r= ,278	p= 0,000 r= ,347	p= 0,000 r= ,387
Căutarea suportului social	p=0,325 r=-,075	p=0,395 r=,065	p= 0,000 r= ,357	p= 0,000 r= ,349	p= 0,000 r= ,351

Acțiune prudentă	p=0,982 r=,002	p= 0,000 r= ,367	p= 0,000 r= ,269	p= 0,022 r= ,174	p= 0,002 r= ,233
Acțiune instinctivă	p=0,568 r=-,044	p=0,602 r=-,040	p= 0,000 r= ,453	p=0,932 r=-,007	p= 0,001 r= ,261
Evitare	p=0,955 r=,004	p= 0,018 r= -,179	p=0,883 r=-,011	p=0,227 r=-,092	p=0,463 r=,056
Acțiune indirectă	p=0,064 r=-,141	p= 0,001 r= ,248	p= 0,014 r= ,187	p=0,328 r=,075	p= 0,820 r=-,017
Acțiune antisocială	p=0,175 r= -,103	p= 0,032 r=,163	p= 0,000 r= ,487	p= 0,000 r= ,236	p= 0,000 r= ,323
Acțiune agresivă	p= 0,011 r= ,192	p= 0,042 r= ,154	p= 0,000 r= ,300	p=0,644 r=-,035	p=0,582 r=-,042

Astfel s-a obținut ca rezultate:

- Schema cognitivă de „*separare și respingere*‖ corelează pozitiv cu mecanismul de coping „*acțiune agresivă*‖ (p= 0,011, r= ,192)
- Schema cognitivă de „*autonomie și performanță deficitare*‖ corelează pozitiv cu mecanismele „*acțiune prudentă*‖ (p= 0,000, r= ,367), „*acțiune indirectă*‖ (p= 0,001, r= ,248), „*acțiune antisocială*‖ (p= 0,032, r=,163) și cu „*acțiune agresivă*‖ (p= 0,042, r= ,154) și negativ cu mecanismul de „*evitare*‖ (p= 0,018, r= -,179).
- Schema cognitivă de „*deficiență a limitelor*‖ corelează pozitiv cu următoarele mecanisme de coping: „*acțiune asertivă*‖ (p= 0,000, r= ,361), „*relaționare socială*‖ (p= 0,000, r= ,278), „*căutarea suportului social*‖ (p= 0,000, r= ,357), „*acțiune prudentă*‖ (p= 0,000, r= ,269), „*acțiune instinctivă*‖ (p= 0,000, r= ,453), „*acțiune indirectă*‖ (p= 0,014, r= ,187), „*acțiune antisocială*‖ (p= 0,000, r= ,487), „*acțiune agresivă*‖ (p= 0,000, r= ,300).
- Schema cognitivă de „*dependență față de alții*‖ corelează pozitiv cu următoarele mecanisme de coping: „*acțiune asertivă*‖ (p= 0,004, r= ,214), „*relaționare socială*‖ (p= 0,000, r= ,347), „*căutarea suportului social*‖ (p= 0,000, r= ,349), „*acțiune prudentă*‖ (p= 0,022, r= ,174), „*acțiune antisocială*‖ (p= 0,000, r= ,487), „*acțiune indirectă*‖ (p= 0,000, r= ,300).
- Schema cognitivă de „*hipervigilență și inhibiție*‖ corelează pozitiv cu mecanismele de coping- „*relaționare socială*‖ (p= 0,000, r= ,387), „*căutarea suportului social*‖ (p= 0,000, r= ,351), „*acțiune prudentă*‖ (p= 0,022, r= ,233), „*acțiune instinctivă*‖ (p= 0,001, r= ,261) și *„acțiune antisocială*‖ (p= 0,000, r= ,323).

După J. E. Young, J. S. Klosko și M. E. Weishaar, individul dezvoltă mecanisme de coping dezadaptative cu scopul de se adapta schemelor cognitive timpurii și a compensa o nevoie nesatisfăcută, respectiv există mecanismele de supracompensare, evitare și de capitulare. Prin *supracompensare* persoana contraatacă și se comportă opus schemei, de regulă excesiv și neproductiv. Prin *evitare* emoțiile specifice unei scheme sunt reprimate și sunt ocolite situațiile

în care indivizii se simt vulnerabili. *Capitularea* în fața schemei cognitive presupune repetarea tiparelor din copilărie, intrarea în relații cu persoane care să le confirme schema cognitivă, iar reacțiile emoționale sunt disproporționale [32]. Conform lui C. E. Wang, M. Halvorsen și M. Eisemann, evenimentele traumatice mobilizează individul pentru a face schimbări pozitive în relațiile interpersonale, creșterea încrederii în resursele personale și dezvoltarea noilor mecanisme de coping [248]. Cu toate acestea persoanelor le este dificil să parcurgă această etapă de creștere, ținând cont de faptul că schemele cognitive dezadaptative timpurii le afectează starea de bine psihologică și amplifică afectul și cogniția conectate cu evenimentul traumatizant [218].

În anul 2007, J. P. Prince a analizat relația dintre mecanismele de coping și schemele cognitive dezadaptative în contextul tulburării de stres posttraumatic, astfel a ajuns la concluzia că schemele de „deficiență a limitelor‖, „orientarea către ceilalți‖, „subjugare‖ și „eșec‖ și mecanismele de coping de „raționalizare‖, „proiecție‖ și „scindare‖ descriu stresul posttraumatic [187].

2.3 Manifestările dimensiunii afective în funcție de factorii cognitivi și comportamentali

Pentru evaluarea dimensiunii emoționale am utilizat *„Scala Ryff pentru starea de bine psihologică”* și am analizat diferențele în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping în funcție de starea de bine psihologică.

Astfel am aplicat Testul T pentru eșantioane independente și am împărțit rezultatele dimensiunilor la variabila „stare de bine psihologică‖ în două niveluri- „nivel scăzut‖ și „nivel ridicat‖ și astfel am comparat cele 2 niveluri cu fiecare dimensiune a variabilei **„scheme cognitive dezadaptative timpurii”** și am obinut următoarele rezultate menționate în **Tabelul 2.23** și atașate în anexa **A 4.6.**

Tabelul 2.23 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „autonomie”

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	Media		σ		Testul T	p
	Nivel scăzut autonomie	Nivel ridicat autonomie	Nivel scăzut	Nivel ridicat		
Separare și respingere	84,46	82,30	23,32	21,89	,424	0,674
Autonomie și performanță deficitare	50,92	51,61	21,40	17,77	-,151	0,881
Limite deficitare	20,33	**34,63**	6,98	11,20	-6,059	**0,000**
Orientarea către ceilalți	84,17	74,28	25,42	22,96	1,792	0,084
Hipervigilență și inhibiție	108,83	107,05	33,76	33,67	,240	0,812

În urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente am obținut diferențe semnificative între nivelul scăzut și cel ridicat al „***autonomiei”*** în manifestarea schemei cognitive dezadaptative de „***limite deficitare***‖, cu un t= -6,059, p= 0,000, media subiecților cu nivelul ridicat al autonomiei (M= 34,63, σ= 11,20) fiind semnificativ mai mare decât media celor cu nivel scăzut al dimensiunii (M= 20,33, σ= 6,98). Aceasta înseamnă că vârstnicii care sunt independenți în modul de a se comporta și de a rezolva probleme manifestă o încălcare a drepturilor celorlalte persoane, depășind granițele stabilite de către aceștia.

În **Tabelul 2.24** se pot observa rezultatele statistice în privința diferențelor între cele două niveluri ale dimensiunii „***control asupra mediului***‖ în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative.

Tabelul 2.24 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „controlul asupra mediului”

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	Media		σ		Testul T	p
	Nivel scăzut „control asupra mediului”	Nivel ridicat „control asupra mediului”	Nivel scăzut „control asupra mediului”	Nivel ridicat „control asupra mediului”		
Separare și respingere	94,33	81,73	6,286	22,546	1,926	0,056
Autonomie și performanță deficitare	**74,17**	49,84	8,674	17,651	4,723	**0,000**
Limite deficitare	39,67	32,14	13,200	11,558	1,921	0,078
Orientarea către ceilalți	59,25	**76,86**	6,384	23,849	-2,545	**0,012**
Hipervigilență și inhibiție	**133,08**	105,39	11,477	33,921	2,810	**0,006**

Astfel s-au înregistrat diferențe semnificative pentru:

- Schema cognitivă de „***autonomie și performanță deficitare***‖ pentru care s-a obținut un t= 4,723, p= 0,000, media nivelului scăzut al dimensiunii „control asupra mediului‖ (M= 74,17, σ= 8,674) fiind semnificativ mai mare decât media nivelului ridicat (M= 49,84, σ= 17,651).
- Schema cognitivă de „***orientarea către ceilalți***‖, cu un t=-2,545, p= 0,012, media nivelului ridicat al dimensiunii „control asupra mediului‖ (M=76,86, σ= 23,849) fiind semnificativ mai mare decât media nivelului scăzut (M=59,25, σ= 6,384), ceea ce înseamnă că vârstnicii care utilizează cu succes factorii externi întâlniți în mediu, depind de cele mai multe ori de cei din jur pentru a-și rezolva problemele.

- Schema cognitivă de „***hipervigilență și inhibiție***‖, cu un t= 2,810, p= 0,006, media nivelului scăzut al dimensiunii „control asupra mediului‖ (M= 133,08, σ= 11,477) fiind semnificativ mai mare decât media nivelului ridicat (M= 105,39, σ= 33,921), ceea ce înseamnă că vârstnicii care nu se simt în control asupra factorilor exteriori manifestă mai mult schema cognitivă de „hipervigilență și inhibiție‖.

Rezultatele indică faptul că vârstnicii care nu se simt în control asupra mediului înconjurător și care au dificultăți în gestionarea resurselor, manifestă mai mult schema cognitivă de „autonomie și performanță deficitare‖, în sensul în care se simt incapabili să aibă succes în munca intreprinsă și neputincioși și își reprimă gândurile și sentimentele.

Pe de altă parte, seniorii care utilizează cu succes resursele exterioare, manifestă mai mult schema cognitivă de „orientarea către ceilalți‖, respectiv prioritizează nevoile celorlalți în detrimentrul propriilor nevoi.

Tabelul 2.25 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „dezvoltare personală”

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	Media		σ		Testul T	p
	Nivel scăzut „dezvoltare personală”	Nivel ridicat „dezvoltare personală”	Nivel scăzut „dezvoltare personală”	Nivel ridicat „dezvoltare personală”		
Separare și respingere	**90,14**	77,99	17,078	23,491	3,650	**0,000**
Autonomie și performanță deficitare	52,59	50,86	20,323	16,920	,606	0,546
Limite deficitare	32,83	32,56	11,113	12,238	,154	0,878
Orientarea către ceilalți	66,08	**81,49**	22,572	22,179	-4,400	**0,000**
Hipervigilență și inhibiție	101,64	110,76	36,607	31,290	-1,683	0,095

Privind diferențele între cele două niveluri ale dimensiunii „***dezvoltare personală***‖ în manifestarea schemelor cognitive și care se pot observa menționate în **Tabelul 2.25**, s-au înregistrat diferențe semnificative pentru:

- Schema cognitivă „***separare și respingere***‖, cu un t= 3,650, p= 0,000, media nivelului scăzut al dimensiunii „dezvoltare personală‖ (M= 90,14, σ= 17,078) fiind semnificativ mai mare decât media nivelului ridicat (M= 77,99, σ= 23,491).

- Schema cognitivă „***orientarea către ceilalți***‖, cu un t= -4,400, p= 0,000, media nivelului ridicat al dimensiunii „dezvoltare personală‖ (M=81,49, σ= 22,179) fiind semnificativ mai mare decât media nivelului scăzut (M= 66,08, σ= 22,179).

Vârstnicii care trăiesc un sentiment de stagnare personală și care nu au obiective pentru a-și îmbunătăți aspectele personale, manifestă mai mult schema cognitivă de „*separare și respingere*‖ și consideră că ceilalți nu le vor satisface nevoile de securitate, acceptare și respect, deoarece nu sunt demni de acestea.

De asemenea persoanele în vârstă care doresc să-și atingă potențialul maxim, manifestă mai mult schema cognitivă de „orientarea către ceilalți‖ și se vor focaliza pe satisfacerea dorințelor celorlalți pentru a obține aprobarea, recunoașterea și atenția din partea lor.

Tabelul 2.26 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „relații pozitive cu alții”

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	Media		σ		Testul T	p
	Nivel scăzut „relații positive cu alții”	Nivel ridicat „relații positive cu alții”	Nivel scăzut „relații positive cu alții”	Nivel ridicat „relații positive cu alții”		
Separare și respingere	**89,61**	79,44	18,068	22,990	2,874	**0,005**
Autonomie și performanță deficitare	**55,72**	49,63	21,904	16,086	2,058	**0,041**
Limite deficitare	27,11	**35,16**	10,595	11,484	-4,514	**0,000**
Orientarea către ceilalți	67,19	**79,45**	24,437	22,121	-3,274	**0,001**
Hipervigilență și inhibiție	92,41	**114**	31,924	32,267	-4,114	**0,000**

Între cele două niveluri ale dimensiunii „***relații pozitive cu ceilalți***‖ în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii, s-au înregistrat diferențe semnificative pentru toate cele cinci scheme scrise în **Tabelul 2.26**, astfel:

- S-au obținut medii mai mari pentru nivelurile ridicate ale dimensiunii „relații pozitive cu ceilalți‖ pentru schemele „***separare și respingere***‖ (M= 89,61, σ= 18,068) și pentru „***autonomie și performanță deficitare***‖ (M= 55,72, σ= 21,904) și pentru nivelurile scăzute ale schemelor „***limite deficitare***‖ (M= 35,16, σ= 11,484), „***orientarea către ceilalți***‖ (M= 79,45, σ= 22,121) și pentru „***hipervigilență și inhibiție***‖ (M= 114, σ= 32,267).

Aceasta înseamnă că pe de o parte, vârstnicii care nu sunt dispuși să aibă relații de prietenie cu ceilalți, sunt distanți și tăcuți și manifestă predominant schemele cognitive de „separare și respingere‖ și de „autonomie și performanță deficitare‖, adică trăiesc cu opinia că

ceilalți nu sunt dispuși să le acorde atenție și să-i ajute la nevoie și se simt inferiori în succesul pe care l-au avut în decursul vieții.

Pe de altă parte, persoanele de vârsta a treia care sunt sociabile, altruiste, manifestă schemele de „limite deficitare‖, „dependență față de ceilalți‖ și de „hipervigilență și inhibiție‖, respectiv trăiesc au dorinţa excesivă de menţinere a confortului, de evitarea a situaţiilor neplăcute, prioritizează satisfacerea nevoilor celorlalți pentru obținerea aprobării și își inhibă emoțiile negative pentru a evita un conflict.

Tabelul 2.27 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „scop în viață”

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	Media		σ		Testul T	p
	Nivel scăzut „scop în viață”	Nivel ridicat „scop în viață”	Nivel scăzut „scop în viață”	Nivel ridicat „scop în viață”		
Separare și respingere	**90,43**	77,07	17,601	23,233	4,116	**0,000**
Autonomie și performanță deficitare	50,04	52,56	18,848	17,831	-,887	0,376
Limite deficitare	29,78	**34,70**	11,757	11,441	-2,748	**0,007**
Orientarea către ceilalți	62,44	**84,96**	23,496	18,587	-7,048	**0,000**
Hipervigilență și inhibiție	98,19	**113,73**	35,540	30,736	-3,076	**0,002**

În **Tabelul 2.27,** se pot observa rezultatele care arată diferențe semnificative între cele două niveluri ale dimensiunii stării de bine „**scop în viață**‖, pentru următoarele scheme cognitive dezadaptative timpurii:

- „***separare și respingere***‖, cu un t= 4,116, p= 0,000, media nivelului scăzut fiind semnificativ mai mare (M= 90,43, σ=17,601) în comparație cu media nivelului ridicat (M= 77,07, σ= 23,233) al dimensiunii „scop în viață‖
- „***limite deficitare***‖, cu un t= -2, 748, p= 0,007, cu o medie mai mare a nivelului ridicat al dimensiunii „scop în viață‖ (M= 34,70, σ= 11,441) față de nivelul scăzut (M= 29,78, σ= 11,757)
- „***orientarea către ceilalți***‖, cu un t= -7,048, p= 0,000, cu o medie mai mare a nivelului ridicat al dimensiunii „scop în viață‖ (M= 84,96, σ= 18,587) față de nivelul scăzut (M= 62,44, σ= 23,496)
- „***hipervigilență și inhibiție***‖, cu un t= -3,076, p= 0,002, cu o medie mai mare a nivelului ridicat al dimensiunii „scop în viață‖ (M= 113,73, σ= 30,736) față de nivelul scăzut (M= 98,19, σ= 35,540).

Rezultatele indică faptul că seniorii care nu au obiective și privesc viitorul fără speranță manifestă schema de „separare și respingere‖, prin care se simt izolați, abandonați, inferiori și fără valoare, iar cei care trăiesc sentimentul de direcție și sens și își setează scopuri, manifestă schemele de „limite deficitare‖, „orientarea către ceilalți‖ și de „hipervigilență și inhibiție‖, respectiv își controlează insuficient emoţiile şi impulsurile, au convingerea că sunt superiori celorlalți, față de care simt nevoia de a le veni în ajutor, astfel primind aprobarea din partea lor și consideră că trebuie să atingă anumite standarde de comportament şi performanţă foarte ridicate, pentru a nu fi criticați.

Tabelul 2.28 Rezultatele la Testul T pentru eșantioane independente pentru schemele cognitive dezadaptative timpurii în funcție de dimensiunea stării de bine psihologice „acceptarea de sine”

Scheme cognitive dezadaptative timpurii	Media		σ		Testul T	p
	Nivel scăzut „scop în viață”	Nivel ridicat „scop în viață”	Nivel scăzut „scop în viață”	Nivel ridicat „scop în viață”		
Separare și respingere	**96,63**	77,25	12,205	22,628	5,621	**0,000**
Autonomie și performanță deficitare	**56,81**	49,50	21,065	16,706	2,395	**0,018**
Limite deficitare	32,02	32,90	13,479	11,132	-,441	0,660
Orientarea către ceilalți	76,25	75,41	26,550	22,330	,210	0,834
Hipervigilență și inhibiție	**131,54**	98,06	27,954	30,931	6,547	**0,000**

În urma aplicării Testului T pentru eșantioane independente, s-au obținut rezultate semnificative și medii mai mari pentru nivelurile scăzute ale dimensiunii „**acceptarea de sine**‖, la următoarele scheme cognitive: „***separare și respingere***‖ (t= 5,621, p= 0,000, M nivel scăzut= 96,63, σ= 12,205), „***autonomie și performanță deficitare***‖ (t= 2,395, p= 0,018, M nivel scăzut= 56,81, σ= 21,065) și pentru „***hipervigilență și inhibiție***‖ (t= 6,547, p= 0,000, M nivel scăzut= 131,54, σ= 27,954), rezultate menționate în **Tabelul 2.28.** Aceste rezultate indică faptul că vârstnicii care se simt nemulțumiți de propria persoană și au regrete privind trecutul lor, vor manifesta cele trei scheme cognitive dezadaptative timpurii prin care sunt sensibili la critică, se compară cu ceilalţi, nu se simt în siguranţă în prezenţa altor persoane și trăiesc sentimentul de ruşine legat de propriul defect. În viața de zi cu zi consideră că sunt incapabili să facă ceva bine, având certitudinea că vor greși și aspectele negative ale vieţii sunt exagerat conturate și maximizate.

Conform lui F. Nazari, A. Kakavand, F. M. Mashhadi, starea de bine psihologică este imfluențată printre altele și de schemele cognitive dezadaptative timpurii [177], care, conform lui A.T. Beck se formează în perioada copilăriei și devin inactive pe parcursul vieții, însă se reactivează atunci când individul trăiește evenimente stresante, neașteptate [44], așa cum se întâmplă și cu persoanele în vârstă, vârsta a treia fiind o perioadă caracterizată de numeroase schimbări care nu se află în controlul individului.

Din cercetarea lui J. Urbańska și A. Słysz, schemele cognitive de „standarde nerealiste/ hipervigilență/ inhibiție‖ și „autocontrol deficitar/ limite deficitare‖ cauzează scăderea nivelului stării de bine [234]. De asemenea, alte cercetări au descoperit că „standardele nerealiste‖, „auto-sacrificiul‖, „subjugarea‖, „deprivarea emoțională‖, „izolarea socială‖ și „eșecul‖ prezic starea de bine și sensul în viață, care la rândul lor afectează sănătatea psihică a individului [181].

În momentul activării schemelor cognitive dezadaptative timpurii, indivizii experimentează emoții intense negative care le-ar cauza scăderea nivelului stării de bine psihologice [256]. Pe de altă parte, schemele cognitive pozitive se află în relație cu nivelurile ridicate ale stării de bine și mediază relația cu reziliența [159].

Un alt factor care corelează cu starea de bine și ajută la adaptarea la evenimentele stresante, este reglarea emoțională [130; 170], care se manifestă prin reinterpretarea evenimentelor, exprimarea emoțiilor și interpretarea sentimentelor [105]. Unul dintre instrumentele reglării emoționale este funcția cognitivă prin care individul reacționează la evenimentele negative [175; 253].

În continuare vom analiza diferențele în manifestarea **mecanismelor de coping** în funcție de starea de bine psihologică. Astfel am aplicat Testul T pentru eșantioane independente și am împărțit rezultatele dimensiunilor la variabila „stare de bine psihologică‖ în două niveluri- „nivel scăzut‖ și „nivel ridicat‖ și am comparat cele 2 niveluri cu fiecare dimensiune a variabilei „mecanisme de coping‖ și am obinut următoarele rezultate, pe care le-am sintetizat în **Tabelul 2.29** și care se pot consulta în anexa **A 4.7.**

Tabelul 2.29. Rezultatele statistice semnificative la Testul T pentru eșantioane independente pentru mecanismele de coping în funcție de dimensiunile stării de bine psihologice

Mecanisme de coping	Starea de bine psihologică	Media nivel scăzut	Media nivel ridicat	σ nivel scăzut	σ nivel ridicat	Testul T	p
Acțiune asertivă	**Autonomie**	23,75	**34,12**	5,076	4,372	-9,463	0,000
	Control mediu	**36**	32,44	2,089	5,832	2,097	0,037
	Acceptare de sine	28,5	**34,29**	5,604	4,920	-6,668	0,000

Relaționare socială	**Relații pozitive cu alții**	12,67	**19,65**	5,730	3,164	-10,323	0,000
Căutarea suportului social	**Dezvoltare personală**	16,73	**20,56**	8,796	5,705	-3,483	0,001
	Relații pozitive cu alții	11,44	**22,55**	3,780	5,622	-13,222	0,000
	Scop în viață	17,08	**20,53**	8,227	6,138	-3,164	0,002
	Acceptare de sine	17,13	**19,86**	7,964	6,854	-2,245	0,026
Acțiune prudentă	**Control mediu**	15	**18,33**	3,133	4,334	-3,449	0,004
	Relații pozitive cu alții	17	**18,6**	5,013	3,920	-2,077	0,041
	Acceptare de sine	**19,88**	17,43	3,694	4,388	3,701	0,000
Acțiune instinctivă	**Autonomie**	17,5	**22,8**	3,648	3,932	-6,537	0,000
	Dezvoltare personală	20,73	**22,89**	3,917	4,326	-3,394	0,001
	Control mediu	**27,50**	21,67	2,611	4,122	7,110	0,000
	Scop în viață	20,92	**22,88**	4,586	3,898	-3,044	0,003
Evitare	**Autonomie**	**24,25**	19	1,824	6,434	3,963	0,000
	Acceptare de sine	**22,88**	18,52	6,031	5,965	4,288	0,000
Acțiune indirectă	**Autonomie**	10,75	**13,44**	3,179	3,787	-3,742	0,001
	Relații pozitive cu alții	**14,33**	12,5	2,733	4,098	2,999	0,003
	Acceptare de sine	**14**	12,71	2,989	4,041	2,004	0,047
Acțiune antisocială	**Autonomie**	8,25	**13,52**	3,492	3,913	-6,211	0,000
	Dezvoltare personală	10,64	**14,11**	4,037	3,846	-5,675	0,000
	Control mediu	**15,5**	12,59	1,567	4,328	2,311	0,022
	Scop în viață	10,75	**14,24**	4,195	3,689	-5,797	0,000
Acțiune agresivă	**Autonomie**	10,5	**15,08**	3,022	3,817	-6,627	0,000
	Control mediu	**19**	14,11	3,133	3,893	4,246	0,000
	Relații pozitive cu alții	**16,56**	13,5	3,780	3,791	4,929	0,000
	Acceptare de sine	13,38	**14,86**	3,272	4,229	-2,190	0,030

Inspectând vizual **Tabelul 2.29** se pot observa diferențele semnificative în manifestarea mecanismelor de coping între cele două niveluri ale dimensiunilor stării de bine psihologice, rezultatele nesemnificative regăsindu-se în anexa **A 4.7.** Astfel mecanismul de coping „**acțiune asertivă**‖ este manifestat predominant de către vârstnicii care la dimensiunea „***autonomie***‖ (t= -9,463, p= 0,000) au o medie mai mare la nivelul ridicat (M= 34,12, σ= 4,372), în comparație cu cei cu nivel scăzut (M= 23,75, σ= 5,076), la dimensiunea „***control asupra mediului***‖ (t= 2,097, p= 0,037) au o medie a nivelului scăzut (M= 36, σ=2,089) mai mare decât media nivelului ridicat (M= 32,44, σ= 5,832), iar la dimensiunea „***acceptarea de sine***‖ (t= -6,668, p= 0,000) au media nivelului ridicat (M= 34,29, σ= 4,920) mai mare decât media nivelului scăzut (M= 34,29, σ= 4,920). Rezultatele oferă informații despre vârstnicii care abordează problemele care apar în mod direct, ferm, fără a-și urmări interesul în detrimentul celorlalți și sunt conștienți de propriile

defecte și calități, pe care le acceptă în aceeași măsură, însă întâmpină dificultăți în gestionarea potențialelor resurse pe care le-ar putea utiliza în vederea atingerii obiectivelor.

Mecanismul „**relaționare socială**‖ este prezent la vârstnicii care la dimensiunea „***relații pozitive cu alții***‖ (t= -10,323, p= 0,000) au media nivelului ridicat (M= 19,65, σ= 3,164) mai mare decât media nivelului scăzut (M= 12,67, σ= 5,730), ceea ce înseamnă că seniorii au relații calde și armonioase cu cei din jur și se alătură acestora pentru a face față dificultăților zilnice.

Mecanismul „**căutarea suportului social**‖ se regăsește predominant la persoanele vârstnice care la patru dimensiuni ale stării de bine psihologice au înregistrat medii mai mari la nivelurile ridicate, în comparație cu mediile la nivelurile scăzute, astfel: dimensiunea „***dezvoltare personală***‖ (t= -3,482, p= 0,001) are media nivelului ridicat de M= 20,56, σ= 5,705, iar media nivelului scăzut de M= 16,73, σ= 8,796, dimensiunea „***relații pozitive cu ceilalți***‖ are media nivelului ridicat de M= 22,55, σ= 5,622, iar media nivelului scăzut de M= 11,44, σ= 3,780, dimensiunea „***scop în viață***‖ are media nivelului ridicat de M= 20,53, σ= 6,138, iar media nivelului scăzut de M= 17,08, σ= 8,227, iar la dimensiunea „***acceptarea de sine***‖ media nivelului ridicat este de M= 19,86, σ= 6,854, iar media nivelului scăzut este de M= 17,13, σ= 7,964.

Rezultatele indică faptul că persoanele de vârsta a treia care tind să se sfătuiască cu cei apropiați pentru a identifica soluții sau pentru echilibru emoțional, sunt indivizi care au relații armonioase cu ceilalți, se autoevaluează corect, astfel își doresc să își îmbunătățească abilitățile pe care le au și își stabilesc obiective de viitor, considerând că mereu există lucruri noi de realizat și de învățat.

Mecanismul „**acțiune prudentă**‖ se manifestă predominant la persoanele de vârsta a treia care au obținut medii mai mari la nivelurile ridicate ale dimensiunilor „***control asupra mediului***‖ (t=-3,449, p= 0,004, M nivel ridicat= 18,33, M nivel scăzut= 15) și „***relații pozitive cu alții***‖ (t=-2,077, p= 0,041, M nivel ridicat= 18,33, M nivel scăzut= 15) și la nivelul scăzut al dimensiunii „***acceptarea de sine***‖ (t= 3,701, p= 0,000, M nivel scăzut= 19,88, M nivel ridicat= 17,43).

Vârstnicii care sunt prudenți în acțiune, care își iau toate măsurile de siguranță sunt și cei care sunt nemulțumiți și nu au încredere în propria persoană, astfel se bazează în soluționarea situațiilor dificile pe relațiile cu ceilalți pe care le consideră a fi armonioase și sincere și de asemenea sunt în control asupra aspectelor exterioare, în vederea evitării unui posibil eșec.

Mecanismul de coping **„acțiune instinctivă”** se întâlnește la vârstnicii cu media mai mare la nivelul ridicat al dimensiunilor „***autonomie***‖ (t= -6,537, p= 0,000, M nivel ridicat= 22,8, M nivel scăzut= 17,5), „***dezvoltare personală***‖ (t= -3, 394, p= 0,001, M nivel ridicat= 22,89, M nivel scăzut= 20,73) și „***scop în viață***‖ (t= -3,044, p= 0,003, M nivel ridicat= 22,88, M nivel scăzut= 20,92). Persoanele în etate care se încred în instinctul lor și acționează cu rapiditate

atunci când trebuie să ia o decizie, sunt și independenți și autodeterminați, au un sentiment de direcție și își pot proiecta viitorul, dorind mereu să aducă îmbunătățiri propriei persoane.

Mecanismul de coping „**evitare**‖ se manifestă la vârstnicii la care mediile nivelului scăzut al dimensiunilor stării de bine psihologice este mai mare decât media nivelului ridicat, respectiv pentru ***„autonomie***‖ (t= 3,963, p= 0,000, M nivel scăzut = 24,25, M nivel ridicat = 19) și pentru „***acceptarea de sine***‖ (t= 4,288, p= 0,000, M nivel scăzut= 22,88, M nivel ridicat= 18,52). Astfel persoanele în etate care se angajează în alte activități pentru a uita de problemă, se bazează pe judecățile altora pentru a lua decizii importante deoarece sunt nemulțumiți de propria persoană și de ceea ce au întreprins până în prezent.

Mecanismul **„acțiune indirectă”** se manifestă predominant la nivelurile scăzute ale dimensiunilor „***relații pozitive cu alții***‖ (t= 2,999, p= 0,003) și „***acceptare de sine***‖ (t= 2,004, p= 0,047) ale căror medii (M nivel scăzut „relații pozitive cu alții‖= 14,33, σ= 2,733, M nivel scăzut „acceptare de sine‖= 14, σ= 2,989) sunt mai mari decât mediile nivelurilor ridicate ale dimensiunilor menționate (M nivel ridicat „relații pozitive cu alții‖= 12,5, σ= 4,098, M nivel ridicat „acceptare de sine‖= 12,71, σ= 4,041) și de asemenea la nivelul ridicat al dimensiunii „***autonomie***‖ (M nivel ridicat 13,44, σ= 3,787, M nivel scăzut= 10,75, σ= 3,179). Vârstnicii care acționează indirect, fără ca ceilalți să cunoască ceea ce își doresc să facă, tocmai pentru a-i suprinde pe aceștia, sunt indivizii care sunt neîncrezători în capacitățile lor, au puține relații de încredere cu ceilalți și le este dificil să trăiască în armonie cu alte persoane, astfel sunt singuratici în acțiune, având standarde personale de evaluare.

Mecanismul de coping „**acțiune antisocială**‖ se întâlnește la persoanele în vârstă cu nivel ridicat la dimensiunile „***autonomie***‖ (t= -6,211, p= 0,000) și „***dezvoltare personală***‖ (t= -5,675, p= 0,000), deoarece mediile acestor niveluri (M nivel ridicat „autonomie‖= 13,52, σ= 3,913, M nivel ridicat „dezvoltare personală‖= 14,11, σ= 3,846) sunt mai mari decât mediile nivelurilor scăzute (M nivel scăzut „autonomie‖= 8,25, σ= 3,492, M nivel ridicat „dezvoltare personală‖= 10,64, σ= 4,037) pentru cele două dimensiuni. De asemenea și la persoanele cu nivelul scăzut a dimensiunii „***control asupra mediului***‖ (t= 2,311, p= 0,022), care are media (M= 15,5, σ= 1,567) mai mare decât media nivelului ridicat (M= 12,59, σ= 4,328). Rezultatele indică faptul că vârstnicii independenți și siguri pe propriile calități, pe care își doresc să le îmbunătățească în mod continuu și care au dificultăți în utilizarea resurselor mediului înconjurător, sunt persoanele care își urmăresc interesele în detrimentul celorlalți.

Mecanismul de coping „**acțiune agresivă**‖ se regăsește la vârstnicii care au medii mai mari la nivelul ridicat pentru dimensiunea „***autonomie***‖ (t= -6,627, p= 0,000, M nivel ridicat= 15,08, σ= 3,817) și „***acceptare de sine***‖ (t=-2, 190, p= 0,000, M= 14,86, σ= 4,229) și la nivelul

scăzut al dimensiunilor „***control asupra mediului***‖ (t= 4,246, p= 0,000, M nivel scăzut= 19, σ= 3,133) și „***relații pozitive cu ceilalți***‖ (t=4,929, p= 0,000, M nivel scăzut= 16,56, σ= 3,780). Aceste persoane care acționează decisiv pentru a prelua controlul și a-și atinge obiectivele, sunt independente, încrezătoare în propria persoană și nu sunt dispuși să facă compromisuri pentru a menține relații apropiate cu alte persoane, nefiind conștienți de oportunitățile din jurul lor.

„Teoria salutogenezei‖ creată de către A. Antonovsky explică maniera în care vârstnicii se adaptează situațiilor stresante și care presupune înțelegerea naturii problemei apărute, mobilizarea resurselor, aplicarea informațiilor descoperite anterior în circumstanțe asemănătoare, valorificarea resurselor din mediul înconjurător și apelarea la relațiile cu persoanele apropiate [216].

Alte aspecte importante de care trebuie ținut cont în explicarea manierei în care individul se adaptează și abordează agenții stresori sunt, conform lui N. Garnefski, V. Kraaij, P. Spinhoven, emoțiile – factor psihologic care influențează calitatea vieții. Procesul de reglare a emoțiilor stă la baza comportamentului de adaptare și evitare a comportamentelor distructive [103; 104].

În privința relației dintre mecanismele de coping și starea de bine, cercetările au descoperit că mecanismele de coping de negociere (flexibilitatea în ajustarea preferințelor în funcție de opțiunile valabile) și acomodare (flexibilitatea în alegere pentru atingerea scopurilor) ale individului corelează cu niveluri ridicate ale stării de bine subiective, iar izolarea, sentimentul de neputință și capitularea, cu nivelurile scăzute ale conceptului [85].

H. Tovel și S. Carmel în anul 2014 au descoperit că există o relație între strategiile de coping folosite de către vârstnici și starea de bine [232], copingul centrat pe problemă corelând pozitiv cu starea de bine, iar cel centrat pe emoție corelând negativ [101; 168].

2.4 Manifestările mecanismelor de coping și a stării de bine psihologice în funcție de schemele cognitive la vârstnici

Scopul realizării unor profiluri psihologice pentru vârstnici a fost de a analiza fenomenul îmbătrânirii luând în considerare mai multe dimensiuni concomitent. Studiind fenomenul psihologic, am observat că există puține cercetări care au vizat în demersul lor dimensiunile multiple ale procesului de îmbătrânire și interacțiunea dintre acești factori psihologici [162; 209].

Astfel pentru a răspunde la **obiectivul numărul cinci**, demersul analizei statistice vizează crearea profilurilor psihologice ale vârstnicilor cu scheme cognitive dezadaptative timpurii, în

coroborare cu mecanismele de coping [**23**] și starea de bine psihologică. Pentru aceasta, am aplicat Testul T pentru eșantioane independente și am împărțit rezultatele dimensiunilor variabilelor „mecanisme de coping‖ și „stare de bine psihologică‖ în două niveluri- „mecanism absent‖- „mecanism prezent‖ și „nivel scăzut‖ și „nivel ridicat‖ al stării de bine și astfel am comparat cele 2 niveluri cu fiecare dimensiune a variabilei „scheme cognitive dezadaptative timpurii‖ și am obinut următoarele profiluri.

Au fost indetificate cinci astfel de profiluri psihologice ale persoanelor în etate, reprezentate în figurile de mai jos și care pot fi consultate și în anexa **A 4.8.**

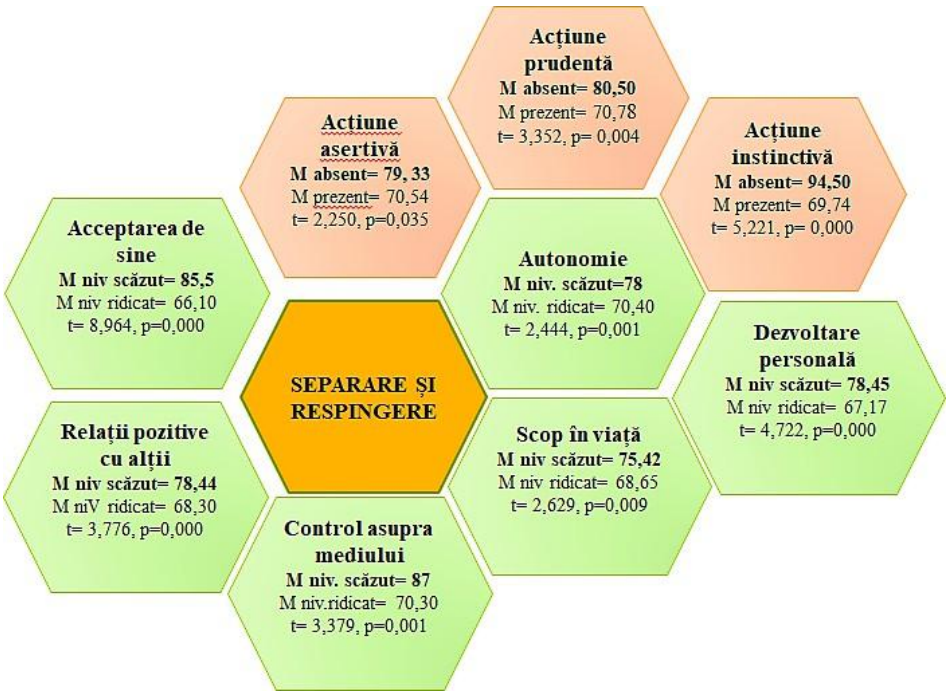


Fig. 2.9 Profilul psihologic format din schema cognitivă de „separare și respingere", mecanismele de coping și starea de bine psihologică

Primul profil psihologic prezentat în **Fig. 2.9** este compus din schema cognitivă dezadaptativă timpurie de „*separare și respingere*‖ și din absența a trei mecanisme de coping și din nivelurile scăzute a șase dimensiuni a stării de bine psihologice. Acest prim profil oferă o viziune asupra funcționării vârstnicilor la care se manifestă schema cognitivă menționată, respectiv ce mecanisme de coping se activează odată cu instalarea schemei și impactul asupra principalelor dimensiuni ale stării de bine.

Domeniul schemei cognitive de „**separare și respingere**‖ este format din cinci subscheme dezadaptative timpurii, respectiv *„abandon/ instabilitate", „neîncredere/ abuz", „deprivare emoțională", „deficiență/ rușine" și „izolare socială/ înstrăinare"*. Astfel, din punct de vedere cognitiv, acești vârstnici au credințe de bază despre sine și despre lumea

înconjurătoare prin care interpretează experiențele și interacțiunile cu ceilalți indivizi. Acestea gravitează în jurul ideii că nevoile lor emoționale nu vor fi satisfăcute de către ceilalți, astfel tind să se simtă singuri și vulnerabili din punct de vedere emoțional, chiar și atunci când sunt în prezența cuiva.

De asemenea există o rețea de scheme cognitive interconectate legate de nevoile emoționale, relații și valoarea de sine, astfel acești seniori se vor implica în situații în care nevoile le vor fi nesatisfăcute, întărind sentimentul de privare și inadecvare.

Tot aceste persoane manifestă și anumite distorsiuni cognitive care determină consolidarea domeniului de schemă cognitivă de „separare și respingere‖, respectiv- *gândirea de tip dihotomic*, respectiv credința potrivit căreia dacă cineva nu îi satisface toate nevoile emoționale, acea persoană este incapabilă să ofere orice altfel de suport; *suprageneralizarea*, prin care sunt formulate concluzii generale cu privire la sine și ceilalți, pe baza unor dovezi limitate, cum ar fi presupunerea că, deoarece o persoană nu a reușit să-i satisfacă nevoile emoționale, toți ceilalți vor proceda la fel; *judecata afectivă*- confundarea sentimentelor cu fapte, dacă se simt neiubiți, consideră că ceilalți nu îi vor iubi și *desconsiderarea pozitivului*, prin care vârstnicii se focusează pe aspectele negative din relațiile pe care le au cu cei din jurul lor și le ignoră pe cele pozitive, astfel își consolidează credința că nevoile emoționale vor fi ignorate de către persoanele cunoscute.

Din punct de vedere a mecanismelor de coping, s-au înregistrat diferențe semnificative, în sensul în care vârstnicii la care lipsesc mecanismele de „acțiune asertivă‖, „acțiune prudentă‖ și „acțiune asertivă‖, vor manifesta schema cognitivă de „separare și respingere‖. Ei vor avea dificultăți în a lua decizii în mod ferm și spontan și se vor retrage din fața problemelor.

Aceasta se explică prin manifestarea schemei de „deficiență/ rușine‖ prin care vârstnicii consideră că sunt inferiori și inapți în anumite privințe relevante. Vor putea avea așteptări nerealiste ca ceilalți să le îndeplinească toate nevoile, ca o formă de supracompensare a schemei de „deprivare emoțională‖, prin care vârstnicul anticipează că dorința lui de a fi sprijinit nu va fi îndeplinită, acesta fiind în final deprivat de îngrijire, de empatie sau de protecție. De asemenea vârstnicii vor fi hipervigilenți și suspicioși, o modalitate de capitulare în fața schemei de „neîncredere/ abuz‖, prin care trăiesc senzația că vor ieși oricând în dezavantaj în comparație cu ceilalți. Pe de altă parte, persoanele în etate pot fi excesiv de încrezători în sine și nu își vor lua măsuri de precauție înainte de a acționa, fiind o reacție de coping de supracompensare a schemei de „neîncredere/ abuz‖.

În privința stării de bine evaluate, subiecții cu nivel scăzut la șase dimensiuni ale conceptului, respectiv „autonomie‖, „control scăzut asupra mediului‖, „dezvoltare personală‖,

„relații pozitive cu alții‖, „scop în viață‖ și „acceptarea de sine‖, manifestă schema cognitivă de „separare și respingere‖. Acești vârstnici tind să se conformeze așteptărilor sociale, cu scopul de a se integra (supracompensarea schemei „izolare socială/ înstrăinare‖) și sunt preocupați de opiniile celorlalți în privința propriei persoane (capitularea schemei „deficiență/ rușine‖).

Sunt dezinteresați să-și dezvolte noi abilități sau comportamente, se simt nemulțumiți de propria persoană și nu au perspective de viitor. Au puține relații de încredere și prietenie cu ceilalți (evitarea schemelor de „abandon/ instabilitate‖, „deprivare emoțională‖), sunt izolați social și nu contribuie la crearea și menținerea relațiilor interumane (evitarea schemei de „neîncredere/ abuz‖).

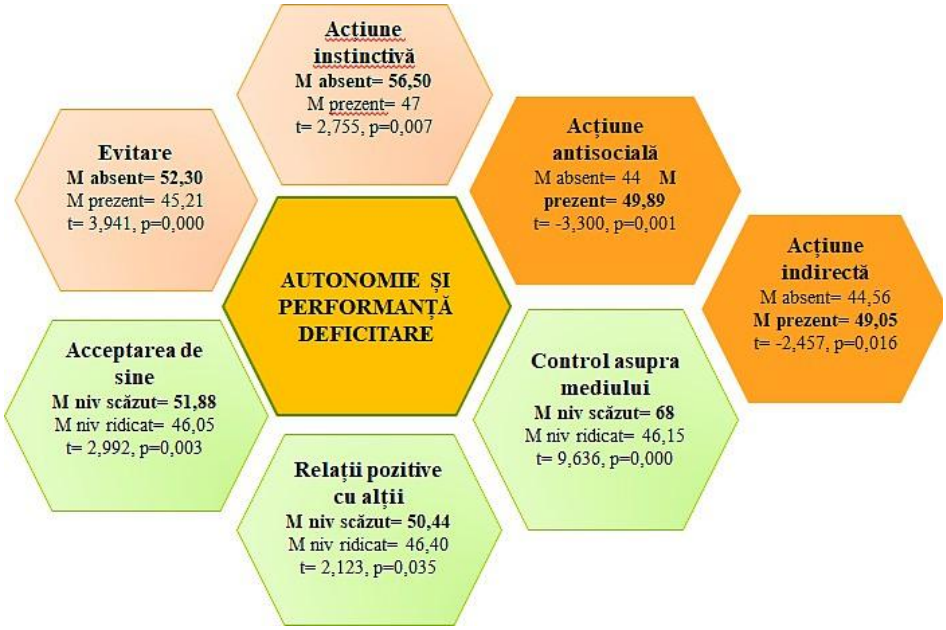


Fig. 2.10 Profilul psihologic format din schema cognitivă de „autonomie și performanță deficitare", mecanismele de coping și starea de bine psihologică

Cel de-al doilea profil psihologic prezentat în **Fig. 2.10** este al vârstnicilor la care este activă schema cognitivă de „autonomie și performanță deficitare‖ și la care se activează două mecanisme de coping și alte două mecanisme sunt absente și care predispun la manifestarea a trei dimeniuni cu niveluri scăzute ale stării de bine psihologice.

În privința domeniului schemei cognitive de „**autonomie și performanță deficitare**‖, aceasta se referă la așteptările pe care le are persoana de la sine și de la mediul înconjurător și care interferează cu capacitatea acesteia de a funcționa independent și cuprinde patru subscheme

dezadaptative timpurii, respectiv *„ dependență/ incompetență”, „vulnerabilitate la vătămare sau la boală”, „interdependență/ sine infantil” și „eșec”*.

Deseori această schemă rezultă dintr-un concept negativ în privința propriei persoane caracterizat printr-o stimă de sine scăzută, vârstnicii considerând că au numeroase defecte și că sunt incapabili să obțină succes în ceea ce și-ar propune și astfel se autosabotează și sunt neîncrezători în a întreprinde acțiuni. Ei se angajează într-un proces de autocritică și de gândire perfecționistă, cu standarde foarte înalte pentru sine, blamându-se că nu le respectă și astfel li se consolidează credința conform căreia sunt inutili și incapabili.

Tendința spre perfecționism poate fi paralizantă și astfel seniorii ajung să nu-și mai asume riscuri pentru a-și urmări obiectivele, dintr-o frică de eșec sau critică. Din punct de vedere al stilului atribuțional, aceste persoane fac în principal atribuiri interne pentru eșecurile avute, identificând incompetența și lipsa de abilități sau cunoștințe ca și cauze ale insuccesului personal, ceea ce creează sentimentul de neputință și dezamăgire cu privire la capacitatea de a se dezvolta personal.

Din punctul de vedere al mecanismelor de coping, s-au înregistrat diferențe semnificative, în sensul în care vârstnicii la care lipsesc mecanismele de „acțiune instinctivă‖, „evitare‖, „acțiune indirectă‖ și „acțiune antisocială‖, vor manifesta schema cognitivă de „autonomie și performanță deficitare‖.

Prin absența mecanismului de coping „acțiune instinctivă‖, ei se îngrijorează de faptul că ceva rău poate apărea în orice moment și cer asigurări repetate celorlalți că sunt în siguranță, având dificultăți în a se baza pe propriul instinct în rezolvarea problemelor, deoarece nu pot previziona sau preveni răul care se poate abate asupra lor (capitularea schemei cognitive „vulnerabilitate la vătămare sau la boală‖).

Pe de altă parte, absența mecanismului de „evitare‖ presupune că vârstnicii se implică în rezolvarea problemelor în mod excesiv de independent, fără a se sustrage dificultăților apărute (supracompensarea schemei cognitive „dependență/ incompetență‖).

Lipsa mecanismului de „acțiune indirectă‖ se manifestă prin sabotarea eforturilor în muncă prin implicarea în sarcini sub nivelul capacității lor de a întreprinde o acțiune (capitularea schemei cognitive „eșec‖), iar absența mecanismului „acțiune antisocială‖ se observă prin comportamente de imitare a persoanelor semnificative, fără a dezvolta o identitate aparte și rămân în relație de interdependență cu acestea (capitularea schemei cognitive „interdependență/ sine infantil‖).

În privința dimensiunilor stării de bine psihologice, s-au înregistrat niveluri scăzute pentru „relații pozitive cu alții‖, „control asupra mediului‖ și „acceptarea de sine‖. Aceasta

înseamnă că vârstnicii au puține relații de încredere cu ceilalți, li se pare dificil să mențină relații de prietenie, astfel manifestă o autonomie exagerată (supracompensarea schemei cognitive „dependență/ incompetență‖).

Prin nivelul scăzut al dimensiunii „control asupra mediului‖, seniorii întâmpină dificultăți în rezolvarea problemelor zilnice, procastinează în sarcinile de muncă sau cele noi și dificile (evitarea schemei cognitive „eșec‖) sau se îngrijorează constant că o catastrofă se va abate asupra lor (evitarea schemei cognitive „vulnerabilitate la vătămare sau la boală‖).

Prin nivelul scăzut al ultimei dimensiuni „acceptarea de sine‖, persoanele de vârsta a treia se simt nemulțumite de anumite caracteristici personale și de ceea ce au trăit în trecut, astfel își compară dezavantajos rezultatele muncii cu cele ale celorlalți, într-o manieră distorsionată.

Al treilea profil psihologic este pentru schema cognitivă dezadaptativă de „limite deficitare‖, așa cum se poate observa din **Fig. 2.11.**

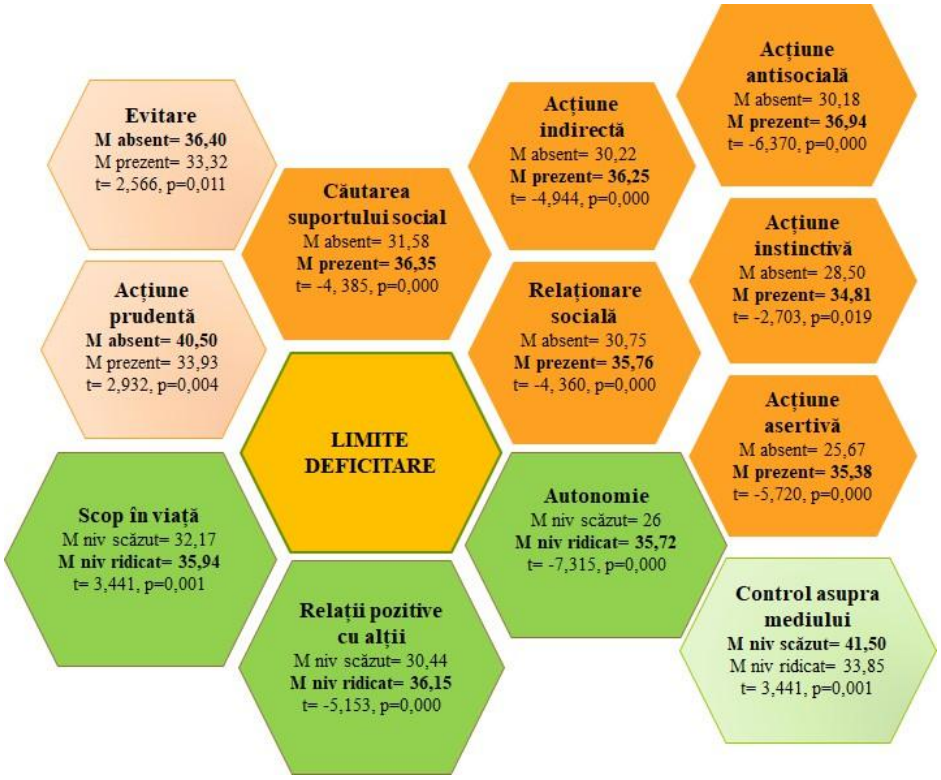


Fig. 2.11 Profilul psihologic format din schema cognitivă de „limite deficitare”, mecanismele de coping și starea de bine psihologică

Așa cum se observă în figura de mai sus, profilul vârstnicilor care au activată schema cognitivă dezadaptativă de „limite deficitare‖ implică și prezența a șase mecanisme de coping și

două mecanisme absente și patru dimensiuni ale stării de bine psihologice, dintre care trei cu niveluri ridicate și unul cu nivel scăzut.

Domeniul schemei cognitive denumit „limite deficitare‖ cuprinde două subscheme cognitive dezadaptative timpurii, respectiv *„sentimentul de îndreptățire/ grandomanie” și „autocontrol redus/ autodisciplină redusă”* și se manifestă prin dificultăți în a coopera și a respecta drepturile persoanelor cu care interacționează, deoarece au convingerea că sunt superiori celorlalți și că nu sunt obligați să respecte legile reciprocității.

De asemenea își stabilesc obiective nerealiste și își asumă angajamente pe care nu și le onorează, au un nivel scăzut al toleranței la frustrare și o incapacitate în a-și controla emoțiile și impulsurile.

Vârstnicii care prezintă schema de „limite deficitare‖, manifestă mecanismele de coping „acțiune asertivă‖, „relaționare socială‖, „căutarea suportului social‖, „acțiune instinctivă‖, „acțiune indirectă‖, „acțiune antisocială‖ și au absente mecanismele de „acțiune prudentă‖ și „evitare‖. Aceasta înseamnă că situația este abordată în mod ferm, spontan și direct și fac eforturi intense, pentru a duce spre finalizare o sarcină (supracompensarea schemei cognitive „autocontrol redus/ autodisciplină redusă‖).

Vârstnicii pot prioritiza propriile nevoi și dorințe, prin care să-și urmărească interesele și pot manipula situația pentru a rezolva problemele, astfel în privința relației cu ceilalți ei s-ar putea lupta să formeze conexiuni autentice. Seniorii apelează la celorlalți pentru ajutor, simțindu-se îndreptățiți să beneficieaze de un tratament special datorită importanței percepute privind propria persoană. De asemenea pot fi atenți în mod exagerat la nevoile persoanelor semnificative din viața lor (supracompensarea schemei cognitive „sentiment de îndreptățire/ grandomanie‖).

Persoanele de vârsta a treia reacționează în funcție de instinct, având dificultăți în controlul emoțiilor și stăpânirea impulsurilor, în stabilirea unor scopuri realiste și în a se disciplina în vederea atingerii obiectivelor. În ceea ce privește starea de bine psihologică, vârstnicii cu schema cognitivă de „limite deficitare‖ manifestă patru dimensiuni, respectiv „autonomie‖, „relații pozitive‖ și „scop în viață‖ cu nivel ridicat și „control asupra mediului‖ cu nivel scăzut.

Aceștia sunt autodeterminați și independenți, sunt capabili să reziste presiunii sociale. Au stabilite obiective de viitor, simt că viața are însemnătate și sunt mulțumiți de ei înșiși. Au dificultăți în gestionarea responsabilităților, astfel se bazează pe relațiile cu ceilalți, pe care le mențin în vederea rezolvării problemelor personale.

Urmează prezentarea celui de-al patrulea profil psihologic în **Fig. 2.12**, creat pentru persoanele de vârsta a treia care au activă schema cognitivă dezadaptativă de „hipervigilență și inhibiție‖.

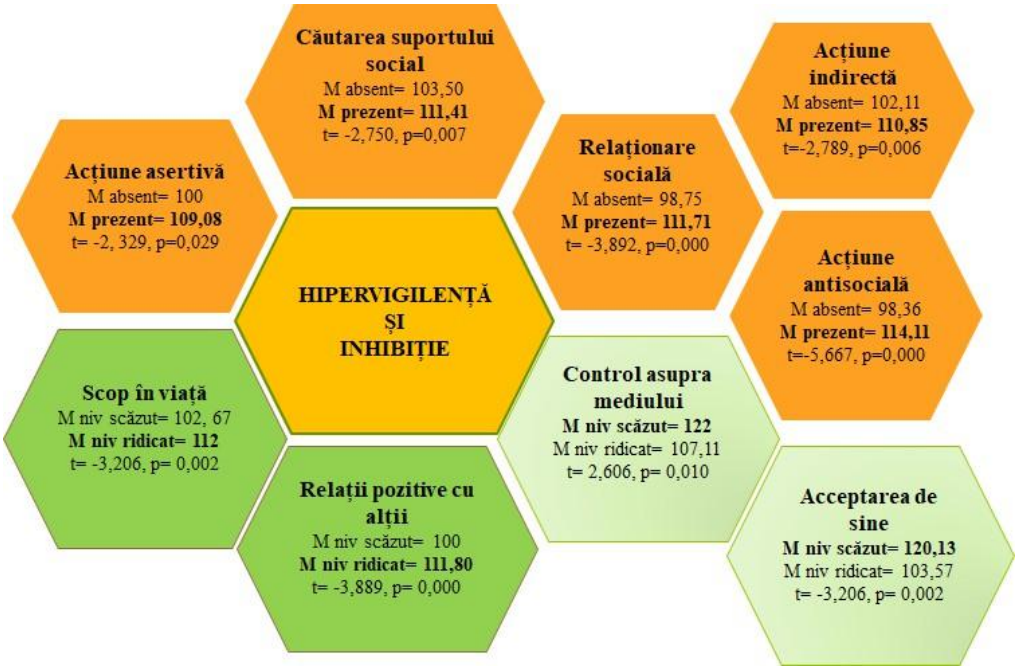


Fig. 2.12 Profilul psihologic format din schema cognitivă de „hipervigilență și inhibiție”, mecanismele de coping și starea de bine psihologică

Profilul prezentat in **Fig. 2.12** este format din schema cognitivă dezadaptativă de „**hipervigilență și inhibiție**‖, din cinci mecanisme de coping prezente, din două dimensiuni a stării de bine psihologice cu nivel scăzut și alte două dimensiuni cu nivel ridicat a stării de bine percepute.

Domeniul schemei de „hipervigilență și inhibiție‖ include cinci subscheme, respectiv *„negativism/ pesimism”, „inhibiție emoțională”, „standarde nerealiste/ hipercriticism” și „pedepsire”.*

Vârstnicii cu aceste scheme cognitive își suprimă în mod excesiv emoțiile și alegerile spontane, având expectanțe interioare rigide privind performanța. Se focusează pe aspectele negative ale vieții, anticipează că lucrurile se vor înrăutăți și vor pierde bunăstarea din punct de vedere financiar, a sănătății sau relaționării.

Aceste persoane își inhibă exprimarea verbală spontană pentru a evita dezaprobarea și sentimentul de rușine și consideră că indivizii ar trebui pedepsiți pentru greșelile pe care le fac.

Se pot abține de la a se afirma sau de la a-și exprima opiniile divergente, temându-se de consecințele afirmării autonomiei lor. Această inhibiție poate duce la resentimente și neputință, deoarece se pot simți prinși în roluri sau relații în care propriile nevoi sunt în mod constant neglijate. Sunt intoleranți față de propria persoană și față de ceilalți, având standarde nerealiste sub forma perfecționismului sau a regulilor rigide.

Acești vârstnici prezintă cinci mecanisme de coping- „acțiune asertivă‖, „relaționare socială‖, „căutarea suportului social‖, „acțiune indirectă‖ și „acțiune agresivă‖.

Ei abordează situația în mod ferm, fără a se retrage din fața problemelor, prețuiesc rațiunea și ordinea, comportându-se într-un mod foarte controlat (capitularea schemei cognitive „inhibiție emoțională‖). Solicită ajutor și sprijin și se alătură altor persoane pentru a face față unor situații problematice și se comportă excesiv de indulgent cu ceilalți (supracompensarea schemei cognitive ‖pedepsire‖).

Deoarece minimizează aspectele pozitive și se pregătesc pentru ce este mai rău, persoanele de vârsta a treia manipulează situația în folosul propriu și își urmăresc interesele (capitularea schemei cognitive „negativism/ pesimism‖).

Din punct de vedere al stării de bine, vârstnicii care înregistrează niveluri scăzute la dimensiunile de „control asupra mediului‖ și „acceptarea de sine‖ și nivel ridicat pentru „relații pozitive cu alții‖ și „scop în viață‖ au schema cognitivă de „hiperigilență și inhibiție‖.

Vârstnicii au dificultăți în gestionarea responsabilităților, le lipsește controlul asupra lumii exterioare și astfel reușesc să evite situațiile de evaluare, prin care scapă de frica de sancțiune (evitarea schemei cognitive „pedeapsă‖).

În ceea ce privește îndeplinirea obiectivelor, persoanele de vârsta a treia au un sentiment de direcție stabilindu-și standarde înalte și își doresc să aibă performanțe ridicate, ceea ce poate cauza și sentimentul de nemulțumire față de propria persoană, fiind dezamăgiți de ceea ce au întreprins până în prezent. (capitularea schemei cognitive „standarde nerealiste/ hipercriticism‖).

Ultimul profil este al persoanelor care manifestă schema cognitivă de „orientarea către ceilalți‖ și este reprezentat în **Fig. 2.13.**

Cel de-al cincilea profil psihologic este format din schema cognitivă dezadaptativă de „**orientarea către ceilalți**‖, din șase mecanisme de coping prezente și din patru dimensiuni ale stării de bine psihologice, cu nivel ridicat în manifestare.

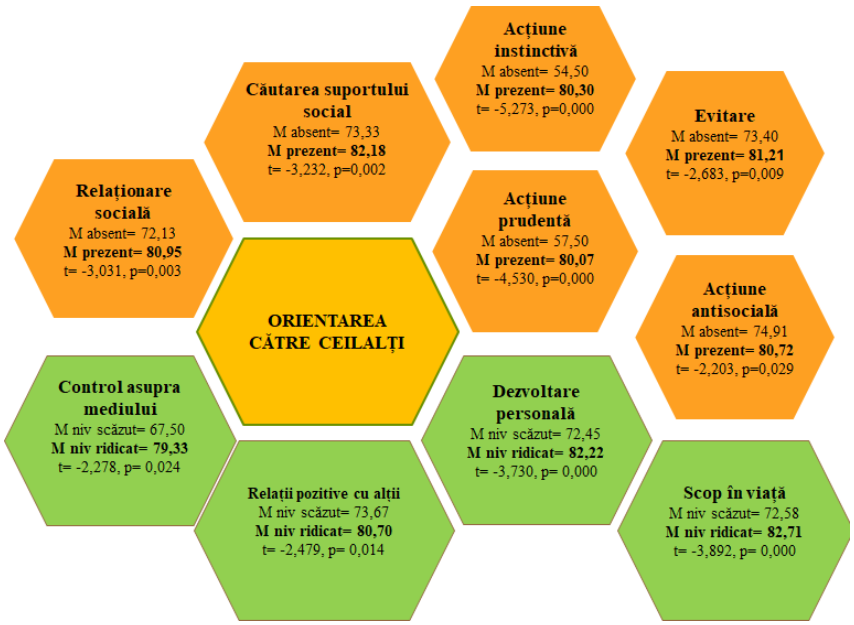


Fig. 2.13 Profilul psihologic format din schema cognitivă de „orientarea către ceilalți", mecanismele de coping și starea de bine psihologică

Domeniul schemei de „dependență de alții‖ este format din trei subscheme, respectiv- *„subjugarea", „autosacrificiu" și „nevoia de aprobare/ de recunoaștere"* și implică o convingere fundamentală că individul nu poate funcționa independent sau nu poate lua decizii fără sprijinul sau aprobarea constantă a celorlalți. Vârstnicii cu această schemă se pot simți neputincioși sau incompetenți pe cont propriu și pot acorda prioritate menținerii relațiilor, chiar și a celor nesănătoase, pentru a evita sentimentele de abandon sau respingere. Prin cedarea excesivă a controlului în favoarea celorlalți, persoanele în vârstă se pot simți constrânse și astfel să-și suprime nevoile și emoțiile, ceea ce va cauza în timp acumularea furiei. De asemenea acestea pun accent pe nevoile celorlalți, deoarece doresc să evite cauzarea suferinței altor persoane.

În privința mecanismelor de coping, vârstnicii utilizează „relaționarea socială‖, „căutarea suportului social‖, „acțiunea prudentă‖, „acțiunea instinctivă‖, „evitarea‖ și „acțiunea antisocială‖. În situația apariției unei dificultăți, aceste persoane în etate cer ajutorul persoanelor de sprijin și se alătură acestora pentru a face față problemei împreună, lăsându-i pe aceștia să controleze situația (capitularea schemei cognitive „subjugare‖). Ei își iau măsuri de siguranță

pentru a se proteja în fața unui posibil pericol și evaluează riscurile, evitând situațiile care ar implica un conflict cu o terță persoană (evitarea schemei cognitive de „subjugare‖). În dorința de a impresiona și a atrage atenția, acești seniori reacționează în funcție de impulsurile de moment și de instinct (capitularea schemei cognitive „nevoie de aprobare/ de recunoaștere), iar uneori evită să rezolve problemele care apar și care implică a oferi sau a primi (evitarea schemei cognitive „autosacrificiu‖). Din cauza percepției că propriile nevoi nu sunt importante pentru ceilalți și fiind complianți cu acest aspect, se ajunge la acumularea furiei care determină comportamente dezadaptative – comportament pasiv- agresiv, izbucniri necontrolate de furie pentru că ceilalți nu își arată aprecierea și astfel decid să își prioritizeze nevoile (supracompensarea schemei cognitive „autosacrificiu‖).

În privința stării de bine psihologice, persoanele de vârsta a treia cu nivelurile ridicate la dimensiunile „control asupra mediului‖, „dezvoltare personală‖, „relații pozitive cu alții‖ și „scop în viață‖, manifestă schema cognitivă de „dependență de alții‖. Acești vârstnici folosesc eficient resursele din mediul înconjurător pentru a crea contexte favorabile atingerii obiectivelor, pe care și le stabilesc și care le conferă sentimentul unui sens în viață. Se văd pe sine în dezvoltare, sunt deschiși noilor experiențe și se orientează excesiv spre statut, realizări, cu scopul de a câștiga aprobarea și admirația celorlalți. Au relații calde și de încredere, sunt capabili de empatie și afecțiune, uneori manifestând o atenție excesivă pe îndeplinirea de bună voie a nevoilor altor persoane.

Scopul final pentru care am identificat cele cinci profiluri psihologice bazate pe schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine psihologică a fost de a realiza o conceptualizare a cazuisticii care are impact asupra intervenției psihologice ulterioare, intrucât face conexiunea cu procedurile psihologice și obiectivele demersului intervenției. De asemenea, prin identificarea mecanismelor de coping dezvoltate în perioada copilăriei pentru a gestiona schemele cognitive dezadaptative și care sunt categorizate în trei stiluri, respectiv capitulare, evitare și supracompensare, vârstnicii înțeleg modul în care experiențele trăite au determinat crearea anumitor patternuri de a face față schemelor care se activează pe parcursul vieții.

Capitularea în fața schemei cognitive dezadaptative înseamnă că vârstnicii o acceptă ca fiind adevărată, simt durerea aferentă acesteia, repetă tiparele asociate și se comportă astfel încât o confirmă și retrăiesc experiențele din copilărie. *Evitarea* schemei cognitive dezadaptative presupune evitarea situațiilor care ar activa-o și a celor în care se simt vulnerabili, își blochează gândurile și își organizează existența ca și cum schema nu ar exista. *Supracompensarea* schemei include o luptă cu gândurile, emoțiile, comportamentele și indivizii acționează opus schemei

cognitive, considerând că aceasta este varianta optimă. Ei vor acționa opus a ceea ce au trăit în copilărie, contraatacând astfel în momentul în care schema se activează în mod excesiv sau neproductiv, evitând sentimentul de neajutorare și de vulnerabilitate trăit începând din perioada copilăriei.

Din prezentarea profilurilor psihologice, se poate observa o utilizare combinată a celor trei categorii a stilurilor de coping, acestea fiind în sine independente de schemele cognitive și nu specifice, activându-se și în alte situații de viață care implică distres emoțional. Importanța identificării stilurilor de coping este explicată prin faptul că deși mecanismele pot părea aparent sănătoase, ele pot fi și dezadaptative, ca răspuns la activarea schemelor cognitive timpurii. Astfel programul psihologic pe care îl vom prezenta în capitolul următor și prin care ne-am propus să lucrăm asupra celor trei dimensiuni psihologice fie în mod direct, respectiv asupra „schemelor cognitive dezadaptative timpurii‖ și a „mecanismelor de coping‖, fie indirect asupra „stării de bine psihologice‖, va avea o etapă pre și post testare pe baza instrumentelor standardizate a factorului cognitiv și al celui emoțional, iar în privința dimensiunii comportamentale, programul își va propune dezvoltarea mecanismelor de coping adaptative pe care le-am considerat a fi oportune în vederea adaptării sănătoase a individului la schemele cognitive dezadaptative existente și creșterii nivelului stării de bine psihologice. Acest aspect este susținut de existența celor cinci profiluri prin care s-a explicat faptul că un mecanism aparent adaptativ identificat pe baza „Scalei de abordare strategică a copingului- SACS‖, se încadrează în una din cele trei răspunsuri- fie de capitulare, evitare sau supracompensare în fața schemei. Astfel am considerat nenecesar să evaluăm aceleași mecanisme de coping pre și post intervenție psihologică, ci să ne centrăm abordarea pe dezvoltarea abilităților de a face față situațiilor problematice și care sunt benefice indiferent de schemele cognitive dezadaptative active la participanții la intervenție, respectiv pe abilități de respirație și relaxare progresivă, redefinirea dovezilor care susțin schemele cognitive dezadaptative, abilități de prevenire a conflictelor, de rezolvare a problemelor și identificare a soluțiilor, comunicare asertivă și ascultare activă, reglare emoțională, postura de martor, stabilirea obiectivelor realiste, gândire optimistă și abilități de reformulare a gândirii negative, identificarea și menținerea rețelelor de sprijin, abilități de viață independentă și de autoîngrijire.

În final pe baza rezultatelor anterior prezentate, am creat un profil general format din schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și dimensiunile stării de bine, care să susțină modalitatea în care am conceput programul de intervenție psihologică.

Astfel, dat fiind faptul că fiecărui individ i se pot activa una sau mai multe scheme cognitive dezadaptative, în funcție de experiențele timpurii și de asemenea, pentru că la

programul de intervenție vor participa zece vârstnici cu diferite scheme active în variantă unică sau multiplă, ne vom raporta la mecanismele de coping specifice acestor scheme privite în ansamblul lor și le vom putea încadra ca fiind de capitulare, de evitare și de supracompensare. Conform **Fig. 2.14**, vom avea un profil în care predominant sunt prezente următoarele- *„acțiunea antisocială", „relații pozitive cu alții", „căutarea suportului social" și „acțiunea indirectă‖* și absente mecanismele de *„acțiune instinctivă", „acțiune prudentă" și de „evitare".* În privința dimensiunilor stării de bine psihologice, predominant se întâlnesc „*sentimentul de gestionare a situațiilor din mediul înconjurător‖* și „*acceptarea de sine‖* la un nivel ridicat, iar la un nivel scăzut dimensiunile „*relații pozitive cu ceilalți‖* și „*scop în viață‖*, aspect ce poate fi explicat prin complexitatea psihologică și dinamica dezvoltării umane la vârsta înaintată.

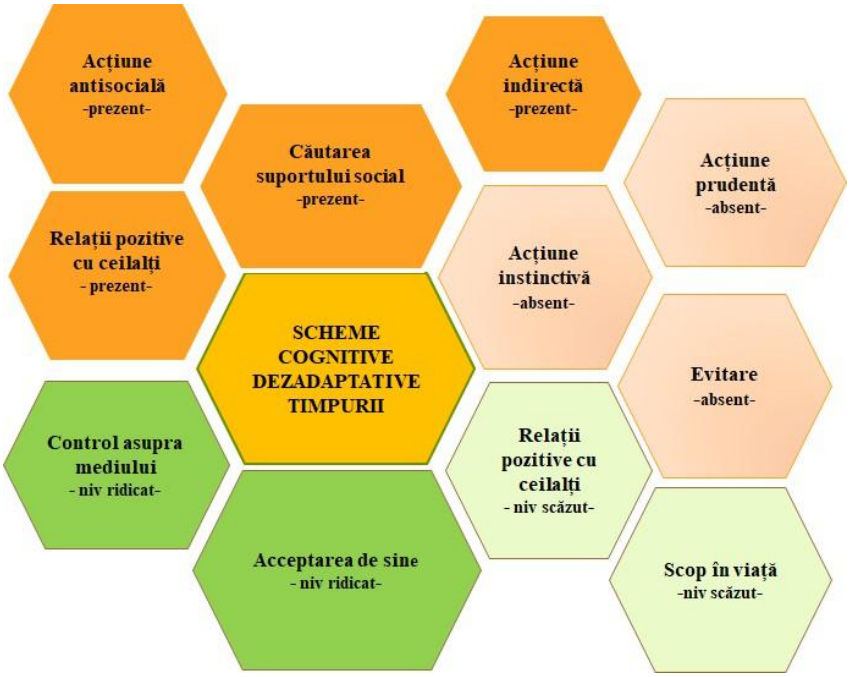


Fig. 2.14 Profilul psihologic general format din schemele cognitive dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine psihologică

Putem afirma că vârstnicii cu relații interpersonale calde și de încredere manifestă o capacitate ridicată de coping social. Ei tind să utilizeze strategii de coping bazate pe relaționare socială și căutarea sprijinului din partea celorlalți. Având o atitudine deschisă și empatică, acești indivizi nu se retrag în fața stresului, ci se apropie de ceilalți, căutând sprijin emoțional și sfaturi. Acești vârstnici înțeleg importanța reciprocității, ceea ce îi face să fie proactivi în oferirea și primirea de ajutor, contribuind la stabilitatea lor emoțională și la o bună gestionare a provocărilor vieții. În cazul lor, relațiile sociale funcționează ca o strategie principală de coping. Având un

scop clar în viață și un sentiment de direcție, ei adoptă de obicei strategii de coping active și își stabilesc obiective clare, preferând acțiuni care să contribuie la atingerea scopurilor lor. Ei nu evită situațiile stresante, ci mai degrabă încearcă să le abordeze frontal, utilizând acțiunea prudentă, dar și acțiunea antisocială atunci când este necesar, având tendința să acționeze egoist, concentrându-se pe propriile interese, chiar dacă acest lucru dăunează celor din jur.

Un scor scăzut al acceptării propriei persoane înseamnă că vârstnicii tind să manifeste dificultăți în ceea ce privește gestionarea emoțiilor și auto-percepția. Nemulțumirea față de sine și regretul față de viața trecută pot accentua utilizarea unor mecanisme de coping ineficiente, cum ar fi evitarea sau retragerea din situații stresante. Acești indivizi pot fi predispuși să evite confruntarea cu problemele sau să nu ia inițiativă în gestionarea lor, ceea ce poate agrava stările de nemulțumire și de insatisfacție. Dificultatea în gestionarea mediului cauzează un sentiment de a fi copleșit de circumstanțele exterioare și de complexitatea vieții de zi cu zi. Astfel o percepție scăzută a controlului predispune la adoptarea mecanismelor de coping pasive, precum acțiunea indirectă. Ei nu se simt capabili să influențeze sau să modifice aspectele negative ale mediului, ceea ce le creează un sentiment de neputință și de vulnerabilitate.

În mod frecvent, acești vârstnici manifestă o lipsă de inițiativă în a-și îmbunătăți situația și pot deveni dependenți de ceilalți pentru rezolvarea problemelor de zi cu zi. Sentimentul de lipsă de control contribuie la o frustrare cronică și poate amplifica problemele emoționale existente, precum anxietatea sau depresia. În loc să ia măsuri directe și să își asume controlul, aceștia pot manifesta o tendință de a aștepta ca lucrurile să se rezolve de la sine, fără să încerce să le influențeze.

Profilul psihologic al vârstnicilor sugerează o diversitate în manifestarea mecanismele de coping, influențată de modul în care își percep relațiile sociale, scopurile în viață, imaginea de sine și capacitatea de a gestiona mediul înconjurător. Aceasta subliniază importanța unei abordări integrate în sprijinirea vârstnicilor, care să țină cont atât de aspectele pozitive ale vieții lor, cât și de vulnerabilitățile care le pot afecta starea de bine psihologică.

2.5 Concluzii la capitolul 2

Cercetarea constatativă a fost orientată spre identificarea tipurilor de scheme cognitive dezadaptative timpurii, a mecanismelor de coping și a dimensiunilor stării de bine la persoanele de peste 65 de ani. De asemenea, cercetarea a inclus și analiza relației dintre cele trei dimensiuni psihologice- cogniția, comportamentul și emoția, pe baza acestor rezultate fiind create cinci profiluri psihologice individuale și un profil general. Astfel prelucrarea și analiza rezultatelor statistice obținute în cadrul demersului constatativ nonexperimental ne-a permis să deducem următoarele aspecte generalizatoare:

1. Deoarece scopul prezentei lucrări a constat în identificarea specificităților celor trei componente psihologice- cognitivă, comportamentală și emoțională la persoanele de peste 65 de ani, analiza statistică s-a centrat pe identificarea manifestării factorilor psihologici „scheme cognitive dezadaptative timpurii‖ și „mecanisme de coping‖ în cele trei stadii ale vârstei a treia, rezultate ce se regăsesc și în publicații de specialitate. Astfel rezultatele obținute pun în evidență manifestarea la vârstnici, în general, a trei scheme cognitive, respectiv de „*separare și respingere*‖, „*autonomie și performanță deficitare*‖ și „*orientarea către ceilalți* Din punct de vedere al activării acestor scheme la persoanele în etate în funcție de cele trei **stadii ale vârstei,** la persoanele între 65 și 85 de ani sunt activate schemele „*orientarea către ceilalți*‖ și „*separare și respingere*‖, iar la cei peste 85 de ani, schemele de „*orientarea către ceilalți*‖, „*autonomie și respingere*‖ și „*limite deficitare*‖. În privința **genului** subiecților, femeile manifestă prodominant scheme cognitive dezadaptative, din punct de vedere al **mediului de trai**, schemele cognitive dezadaptative se activează mai mult la persoanele care locuiesc în centrele rezidențiale față de cei care locuiesc la domiciliu, iar în funcție de **statusul familial**, seniorii văduvi activează predominant mai mult două scheme cognitive, respectiv „*autonomia și performanța deficitare*‖ și „*orientarea către ceilalți*‖.

2. În privința mecanismelor de coping, datele statistice au dovedit că vârstnicii manifestă toate cele nouă mecanisme, respectiv: „*acțiune asertivă", „relaționare socială", „căutarea suportului social", „acțiune prudentă", „acțiune instinctivă", „evitare", „acțiune indirectă", „acțiune antisocial" și „acțiune agresivă".* Ulterior am analizat existența diferențelor în manifestarea stilurilor de coping în funcție de **stadiul vârstei a treia** și a rezultat că seniorii între 65 și 75 de ani utilizează „*relaționarea socială*‖ și „*căutarea suportului social*‖, cei între 75 și 85 de ani folosesc copingul „*acțiune asertivă*‖, „*acțiune antisocială*‖, „*relaționare socială*‖ și „*acțiune agresivă*‖ și peste 85 de ani apar mecanismele de „*acțiune indirectă*‖, „*acțiune antisocială*‖ și „*acțiune agresivă*‖. În funcție de **genul subiecților**, cele nouă mecanisme de coping sunt folosite mai mult de femei, rezultate ce sunt prezentate în articole de specialitate, iar în privința variabilei

mediu de trai nu apar diferențe. Pentru variabila **status familial**, rezultatele indică faptul că persoanele văduve apelează la mecanisme de coping majoritar antisociale, „*acțiune instinctivă”, „indirectă”* și „*agresivă*‖, persoanele divorțate pun accent pe „*latura instinctivă*‖ în rezolvarea problemelor, iar cei căsătoriți pe „*acțiunea agresivă*‖.

Aceste două concluzii fac referire la atingerea obiectivelor doi și trei ale prezentei cercetări, prin care ne-am propus identificarea factorilor psihologici de ordin cognitiv și comportamental și de asemenea diferențele ce apar în manifestarea acestor doi factori și aspectele demografice.

3. Schemele cognitive dezadaptative cauzează dificultăți în reglarea emoțională, astfel prin identificarea mecanismelor de coping asociate cu aceste scheme, indivizii pot învăța modalități eficiente de gestionare a emoțiilor, diminuând suferința și îmbunătățind starea de bine generală. În urma analizei diferențelor în manifestarea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping în funcție de starea de bine psihologică, s-au obținut următoarele rezultate:

- schema cognitivă de „*separare și respingere*‖ este manifestată la persoanele care nu pun accent pe „*dezvoltarea personală*‖, nu au „*relații pozitive cu ceilalți*‖ și de asemenea nu își mai stabilesc un „*scop în viață*‖;

– schema cognitivă de „*autonomie și performanță deficitare*‖ se regăsește la vârstnicii cu dificultăți în „*controlul asupra mediului*‖, care nu apelează la „*relațiile pozitive cu ceilalți*‖ și care nu se „*acceptă pe sine”* și cu toate acestea nedorindu-și să investească în „*dezvoltarea personală*‖;

- schema cognitivă de „*limite deficitare*‖ se activează la persoanele „*autonome”,* cu *„relații pozitive cu alții”* și care au stabilit un*„scop în viață”*

- schema cognitivă de „*dependență față de ceilalți*‖ se manifestă la vârstnicii care au *„control asupra mediului”,* care își stabilesc un *„scop în viață”* și astfel se implică în activități de *„dezvoltare personală”* și pun accent pe a avea *„relații pozitive cu alții”*

- schema cognitivă de „*hipervigilență și inhibiție*‖ se activează la persoanele vârstnice care au*„relații pozitive cu alții”* și stabilit un *„scop în viață”*, însă cu dificultăți în *„controlul asupra mediului”*.

Analiza statistică a urmărit și observarea diferențelor semnificative în manifestarea mecanismelor de coping în funcție de cele două niveluri ale dimensiunilor stării de bine psihologice și astfel s-au obținut următoarele rezultate:

- mecanismul „*acțiune asertivă*‖ se manifestă la vârstnicii „*autonomi*‖ și care se „*acceptă de sine*‖ , însă întâmpină dificultăți în a „*controla mediul*‖

- mecanismul „*relaționare socială*‖ este utilizat de către seniorii care au „*relații pozitive cu alții*‖
- mecanismul „*căutarea suportului social*‖ este prezent la persoanele în etate care doresc să se „*dezvolte personal*‖, au „*relații pozitive cu alții*‖, un „*scop în viață*‖ și se „*acceptă*‖.
- Mecanismul „*acțiune prudentă*‖ se întâlnește la vârstnicii care simt că au un „*control asupra mediului*‖ și „*relații pozitive cu alții*‖ și la cei care nu se „*acceptă pe sine*‖
- Mecanismul „*acțiune instinctivă*‖ se manifestă la subiecții „*autonomi*‖, care pun accent pe „*dezvoltarea personală*‖ și își stabilesc „*scopuri în viață*‖ și de asemenea la vârstnicii care simt că nu au un „*control asupra mediului*‖
- Mecanismul „*evitare*‖ este utilizat de către persoanele în vârstă cu dificultăți în a fi „*autonomi*‖ și în a se „*accepta pe sine*‖.
- Mecanismul „*acțiune indirectă*‖ se întâlnește în rezolvarea problemelor la vârstnicii „*autonomi*‖ și la cei care nu au „*relații pozitive cu altii*‖ și nu se „*acceptă"*
- Mecanismul „*acțiune antisocială*‖ este folosit de persoanele în etate care sunt „*autonomi*‖, se implică în acțiuni de „*dezvoltare personală*‖ și au stabilite „*scopuri în viață*‖ , însă nu reușesc să dețină un „*control asupra mediului*‖
- Mecanismul „*acțiune agresivă*‖ se întâlnește la vârstnicii „*autonomie*‖ și care se „*acceptă pe sine*‖, însă resimt un „*control scăzut asupra mediului*‖ și mai puține „*relații pozitive cu alții*‖ .

Concluzia a treia subliniază atingerea celui de-al treilea obiectiv al cercetării, respectiv identificarea diferențelor în manifestarea „schemelor cognitive dezadaptative timpurii‖ și a „mecanismelor de coping‖ în funcție de dimensiunea emoțională reprezentată de „starea de bine psihologică‖.

4. Înțelegerea corelației dintre schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping este esențială pentru formarea fundamentului intervențiilor psihologice personalizate, care vizează promovarea sănătății mintale și a bunăstării individului, prevenirea recăderilor, îmbunătățirea conștientizării de sine, îmbunătățirea reglării emoționale și dezvoltarea strategiilor de coping. Astfel vârstnicii cu schema cognitivă dezadaptativă de „*separare și respingere*‖ manifestă mecanismul de „*acțiune agresivă*‖, cei cu schema cognitivă de „*autonomie și performanță deficitare*‖ apelează la mecanismele de *„acțiune prudentă", „acțiune indirectă", „acțiune antisocială", „acțiune agresivă"* și nu *„evită"*implicarea în diferite sarcini. Persoanele cu schema cognitivă dezadaptativă de *„limite deficitare"* manifestă următoarele mecanisme de coping- *„acțiune asertivă", „relaționare socială", „căutarea suportului social", „acțiune*

prudentă”, „acțiune instinctivă”, „acțiune indirectă”, „acțiune antisocială” și *„acțiune agresivă”*. Vârstnicii cu schema cognitivă de*„orientarea către ceilalți”* apelează la cinci strategii de coping, respectiv *„acțiune asertivă”, „relaționare socială”, „căutarea suportului social”, „acțiune prudentă”* și *„acțiune antisocială”*. Iar persoanele în vârstă cu schema de *„hipervigilență și inhibiție”*, au ca mecanism de coping cel de *„relaționare socială”, „căutarea suportului social”, „acțiune prudentă”, „acțiune instinctivă”* și *„acțiune agresivă”.*

Această concluzie se află în coroborare cu obiectivul numărul patru, prin care ne-am propus stabilirea relației dintre factorul cognitiv și cel comportamental, la persoanele de vârsta a treia, iar rezultatele sunt prezentate în articol de specialitate.

5. De asemenea, precum a fost menționat în articole din domeniul psihologiei, explorarea relației dintre schemele dezadaptative timpurii, mecanismele de coping și starea de bine percepute, poate crește conștientizarea de sine. Pe de o parte vârstnicii obțin o perspectivă asupra modului în care gândurile, emoțiile și comportamentele lor le influențează bunăstarea, conferindu-le încredere că pot face schimbări și astfel să preia controlul asupra sănătății lor mintale. Pe de altă parte, identificarea profilurilor psihologice formate din cele trei dimensiuni psihologice, creează baza pentru intervenții psihologice eficiente care vizează promovarea sănătății mintale și a bunăstării seniorilor, fiind atins astfel și obiectivul cu numărul cinci.

6. Particularitățile manifestării schemelor cognitive, a mecanismelor de coping și a stării de bine percepute la persoanele de vârsta a treia impun crearea și implementarea unui program de intervenție psihologică, elaborată cu *scopul de a modifica schemele cognitive dezadaptative, de a îmbunătăți mecanismele de coping în vederea creșterii stării de bine psihologice percepute*. Vizând atât modelele cognitive dezadaptative, cât și strategiile de coping care întrețin schemele, intervenția ajută vârstnicii să experimenteze o îmbunătățire de durată a bunăstării lor emoționale, iar prin elaborarea și aplicarea acestui program am atins obiectivul cu numărul șase.

3. INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ PRIVIND REMEDIEREA SCHEMELOR COGNITIVE DEZADAPTATIVE TIMPURII ȘI DEZVOLTAREA MECANISMELOR DE COPING ADAPTATIV

3.1 Metodologia implementării programului de intervenție psihologică

În contextul îmbătrânirii demografice, numeroase provocări și dificultăți pot apărea în viața vârstnicilor, inclusiv probleme de sănătate mintală și emoțională, izolare socială, scăderea calității vieții și adaptarea la schimbările de roluri și funcții în societate. Intervenția psihologică pentru persoanele în vârstă devine din ce în ce mai necesară pentru a oferi suport și resurse adecvate pentru a aborda aceste provocări și a îmbunătăți calitatea vieții acestui segment al populației. Este importantă dezvoltarea și implementarea programelor de intervenție psihologică adaptate nevoilor și caracteristicilor vârstnicilor, care să promoveze sănătatea mintală și emoțională, autonomia și adaptabilitatea în fața schimbărilor și dificultăților vieții.

Calitatea redusă a vieții persoanelor în vârstă cauzată de activarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii este multifațetată și are ca rezultat sentimentul de nemulțumire, izolarea socială, exacerbarea provocărilor legate de vârstă și o percepție distorsionată asupra realității. Abordarea acestor scheme cognitive este importantă pentru restabilirea sensului existenței, conexiunii sociale și trăirea sentimentului de împlinire, îmbunătățind în cele din urmă starea de bine psihologică și calitatea vieții. Credințele negative stipulate de schemele dezadaptative pot influența fiecare fațetă a vieții vârstnicilor, creând un sentiment general de nemulțumire și deconectare de lumea din jurul lor. Aceste scheme cognitive dezadaptative timpurii pot duce la un sentiment diminuat al valorii de sine, ei nemaiavând capacitatea de a se simți împliniți prin experiențele zilnice. Necesitatea unei intervenții psihologice se explică prin faptul că oferă în primul rând un cadru de înțelegere și de schimbare a credințelor negative dezvoltate pe parcursul vieții, ajutând seniorii să recunoască și să restructureze patternurile disfuncționale de gândire. De asemenea, intervenția va determina îmbunătățirea mecanismelor de coping necesare pentru a face față acestei perioade de vârstă caracterizată prin declin fizic, pierderea celor dragi și neliniști existențiale. Aceste strategii vor ajuta la creșterea capacității de a se confrunta cu agenții stresori având un nivel mai ridicat de reziliență. Intervenția psihologică asupra schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping adaptative este potrivită pentru populația în vârstă datorită abordării holistice, care se adresează modelelor cognitive și comportamentale și dinamicii emoționale și relaționale. Prin țintirea cauzelor fundamentale ale distresului, ne

așteptăm ca programul psihologic să aducă îmbunătățiri semnificative asupra calității vieții persoanelor în etate, stimulând sentimentul de scop, sens și împlinire în ultimii ani de viață.

În urma analizei rezultatelor cercetării descrise în Capitolul 2 privind specificul schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping la diferite stadii ale vârstei a treia, am identificat schemele cognitive dezadaptative și strategiile de coping ce se manifestă la bătrânețe, relațiile cu variabilele demografice și cu starea de bine percepută. Vectorul de impact pentru demersul formativ a fost identificarea manifestării factorilor cognitivi și comportamentali în cele trei etape ale bătrâneții, corelațiile dintre schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping și cele cinci profiluri psihologice individuale și profilul general, formate din trei dimensiuni psihologice, respectiv cea cognitivă, comportamentală și emoțională, reprezentată de starea de bine psihologică.

Obiectivul stabilit privind intervenția psihologică a fost: *Elaborarea și aplicarea unui program de intervenție psihologică privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, în vederea îmbunătățirii stării de bine psihologice.*

De asemenea **Ipoteza 4** face referire la programul psihologic, respectiv *se presupune că dacă vârstnicii vor participa la programul de intervenție psihologică privind schimbarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, vor obține o creștere a nivelului stării de bine psihologice.*

Intervenția psihologică prin care a fost atins obiectivul cercetării a inclus următoarele **etape**:

A. Identificarea și analiza schemelor cognitive dezadaptative timpurii și nivelul stării de bine rpercepute la persoanele de vârsta a treia care fac parte din grupul experimental și din grupul de control, în faza pretest.

B. Implementarea programului de intervenție psihologică în grupul experimental asupra manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping.

C. Compararea scorurilor la dimensiunile cognitivă și emoțională obținute înainte și după implementarea programului de intervenție la vârstnicii din grupul experimental.

D. Compararea scorurilor obținute de subiecții în etate care fac parte din grupul experimental după implementarea programului de intervenție cu scorurile obținute de către persoanele în etate din grupul de control.

E. Elaborarea informațiilor și recomandărilor pentru specialiștii care lucrează cu persoanele vârstnice, pentru a avea o înțelegere holistică asupra schemelor dezadaptative timpurii, a

mecanismelor de adaptare și a stării de bine percepută de seniori, cu scopul de a oferi sprijin eficient și a promova sănătatea mintală și emoțională a vârstnicilor în vederea creșterii calității vieții.

Eșantionul

Studiul a fost realizat pe un lot de 20 de subiecți cu vârsta peste 65 de ani, persoane în etate care locuiesc în Căminul de pensionari „Sf. Cuvioasă Parascheva‖ și la domiciliu. Suficiența eșantionului este explicată prin caracteristicile participanților care provin dintr-un context specific – centrul rezidențial pentru vârstnici și din comunitatea locală, accesul fiind limitat de factorii de sănătate și de capacitatea acestora de a participa printr-un angajament ridicat și o implicare activă la intervenția psihologică pe o perioadă de 3 luni. De asemenea, reprezentativitatea lotului se raportează și la procentul populației vârstnice din totalul populației, fiind limitată numeric și având caracteristici specifice, justificarea lotului fiind susținută și de disponibilitatea și eligibilitatea persoanelor.

Eșantionul de 20 de persoane este adecvat scopului acestui program de intervenție psihologică, oferind un cadru valid pentru testarea și optimizarea metodei utilizate, urmând ca rezultatele obținute să servească drept fundament pentru dezvoltări ulterioare.

Eșantionul de cercetare a fost format din subiecți care manifestă cel puțin o schemă cognitivă dezadaptativă, iar pentru aceasta le-a fost aplicat în faza de pretestare instrumentul „*Chestionarul schemelor cognitive Young- YSQ-S3*‖. Acesta a constituit criteriul de bază în selectarea șidivizarea subiecților în două grupuri: grupul de control (GC) și grupul experimental (GE). Fiecare grup a fost format din 10 subiecți care au cel puțin o schemă cognitivă dezadaptativă activă. De asemenea le-a fost aplicat și instrumentul „*Scala Ryff pentru starea de bine psihologică*‖, pentru a măsura dimensiunile factorului „starea de bine percepută‖. Participanții au fost informați despre scopul demersului programului de intervenție psihologică și pentru aceasta și-au oferit consimțământul de participare prin completarea formularului *„Consimțământ informat pentru participarea la programul de intervenție psihologică”* care se regăsește în anexa **A 2.2**. În faza pretest ne-am asigurat de omogenitatea grupurilor privind constructele psihologice implicate în cercetare.

Programul de intervenție s-a desfășurat astfel: frecvența a fost de o ședință pe săptămână, în perioada 15.01.2024- 10.04.2024, timp de 3 luni, în Căminul de pensionari „Sf. Cuvioasă Parascheva‖ sau la domiciliul subiecților. Forma de organizare a ședințelor a fost atât individuală, cât și de grup, iar după anumite întrevederi subiecții au primit teme pentru acasă. A fost realizat un număr de 2 ședințe individuale, 7 ședințe de grup de intervenție psihologică și o

ultimă ședință de grup, care a fost dedicată evaluării eficienței programului de intervenție psihologică. Durata unei ședințe de intervenție a fost de 1 oră pentru sesiunile individuale, deoarece impactul emoțional era consumator de energie și o durată mai mare ar fi fost prea solicitantă pentru subiecți, existând riscul ca aceștia să abandoneze participarea la intervenție. Sesiunile de grup au avut ca durată medie 2 până la 3 ore.

Tabelul 3.1. Tabel comparativ privind manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și stării de bine percepute între grupul experimental și cel de control, în faza pretest.

Variabilele cercetării **Scheme cognitive dezadaptative timpurii**	**Grupurile cercetării**	**m**	**σ**	**t**	**p**
1	2	3	4	5	6
Separare și respingere	Grup de control	75,70	17,12	,122	,905
	Grup experimental	74,90	11,78		
Autonomie și performanță deficitare	Grup de control	51,70	14,26	,992	,335
	Grup experimental	45,90	11,76		
Limite deficitare	Grup de control	34,50	7,45	,081	,936
	Grup experimental	34,20	9,02		
Orientarea către ceilalți	Grup de control	87,10	17,18	1,937	,069
	Grup experimental	72,60	16,29		
Hipervigilență și inhibiție	Grup de control	108,40	19,05	,633	,535
	Grup experimental	102,90	19,81		

Variabilele cercetării **Starea de bine psihologică**	**Grupurile cercetării**	**m**	**σ**	**t**	**p**
1	2	3	4	5	6
Autonomie	Grup de control	26,80	3,73	-1,825	,089
	Grup experimental	31,20	6,64		
Control asupra mediului	Grup de control	29,80	5,30	,048	,963
	Grup experimental	29,70	3,97		
Dezvoltare personală	Grup de control	28,90	7,89	,374	,713
	Grup experimental	27,60	7,66		
Relații pozitive cu alții	Grup de control	26,40	9,16	,240	,814
	Grup experimental	25,60	5,21		
Scop în viață	Grup de control	27,90	8,69	-,218	,830
	Grup experimental	28,60	5,21		
Auto-acceptare	Grup de control	34,30	4,54	-,114	,911
	Grup experimental	34,50	3,17		

Omogenitatea celor două grupuri - experimental și de control, în faza pretest este demonstrată de statisticile inferențiale privind diferențele dintre medii în cazul eșantioanelor independente, în ceea ce privește schemele cognitive dezadaptative și dimensiunile stării de bine percepute, iar diferența dintre medii este nesemnificativă. Astfel rezultatele care se regăsesc în

anexele **A 5.1** și **A 5.2** au permis realizarea **experimentului formativ** ce a constat într-un program de intervenție cu grupul experimental de vârstnici.

Aspectele psihologice ale subiecților din grupul experimental în faza pretest

Vârstnicii participanți la grupul experimental manifestă cel puțin una dintre cele cinci scheme cognitive dezadaptative timpurii, respectiv *„separare și respingere", „autonomie și performanță deficitare", „limite deficitare", „orientarea către ceilalți" sau „hipervigilență și inhibiție"*, în final având un lot de subiecți care au active schemele menționate. Astfel persoanele în vârstă au interiorizat auto-percepții negative precum sentimentul lipsei de valoare, al incompetenței, cu impact asupra stimei de sine și a calității vieții. Convingerile negative despre îmbătrânire sau declinul fizic au contribuit la sentimente de deznădejde sau resemnare, împiedicând capacitatea individului de a se adapta la schimbările privind sănătatea, diminuând motivația pentru auto-îngrijire.

De asemenea, schemele dezadaptative au cauzat și retragerea din activitățile sociale, neîncrederea în ceilalți sau dificultăți în a forma conexiuni semnificative. Această izolare socială a intensificat sentimentele de singurătate și a exacerbat sentimentul de deconectare de la viața socială, scăzând și mai mult nivelul stării de bine percepute de individul în etate. Mecanisme de coping dezadaptative se manifestă ca răspuns la activarea schemelor cognitive, exacerbând suferința psihologică, astfel persoanele în vârstă recurg la evitare, negare și unii la abuzul de substanțe ca modalități de a face față factorilor de stres sau provocărilor. Există riscul ca aceste mecanisme de coping dezadaptative să genereze tulburări emoționale, ducând la anxietate crescută, depresie sau sentimente de neputință. Astfel este important să se ofere sprijin psihologic și resurse adecvate acestei categorii a populației, prin abordarea problemelor de ordin cognitiv și comportamental, astfel determinând un nivel ridicat al stării de bine psihologie și o mai bună calitate a vieții.

3.2 Caracteristicile programului privind remedierea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ

Programul de intervenție a fost conceput pentru a fi adaptabil și personalizabil în funcție de nevoile și preferințele individuale ale vârstnicilor participanți, astfel plus valoarea adusă acestui program a fost luarea în considerare a diversității nevoilor și contextelor de viață ale acestora, pentru a oferi suport și intervenție adecvată. Au fost incluse elemente și tehnici din diverse domenii ale psihologiei, inclusiv terapia cognitiv-comportamentală, terapia schemelor cognitive, terapia de grup și intervenția psihosocială, această abordare multidisciplinară

permițând intervenția complexă pentru nevoile psihologice ale vârstnicilor. De asemenea a presupus componente axate pe dezvoltarea abilităților de viață și adaptare, precum rezolvarea problemelor, comunicarea eficientă, gestionarea stresului și creșterea rezilienței. Prin aceasta, subiecții au învățat strategii practice pentru a face față cu succes provocărilor de zi cu zi și a-și îmbunătăți calitatea vieții.

Programul cuprinde atât intervenții de grup, cât și sesiuni individuale de consiliere și intervenție psihologică. Întâlnirile de grup oferă oportunități de suport social și interacțiune, în timp ce sesiunile individuale permit explorarea aprofundată a problemelor și a preocupărilor personale.

Contribuția personală în conceperea intervenției a presupus selectarea metodelor de consiliere, învățare și implementare pentru programul destinat vârstnicilor, care a ținut cont de nevoile și caracteristicile specifice acestei populații și a presupus:

a) Demonstrații practice și exerciții aplicative de învățate care să permită exersarea și integrarea lor în viața de zi cu zi- *exerciții de respirație, tehnici de relaxare musculară, gestionarea emoțiilor, comunicarea asertivă, rezolvarea problemelor și jocuri de rol*.

b) Grupuri de suport și de învățare în care vârstnicii să poată împărtăși experiențe, să ofere sprijin reciproc și să învețe unii de la alții. Prin participarea la întâlnirile de suport se promovează sentimentul de apartenență, se reduce izolarea socială și se oferă o sursă de sprijin proactiv și emoțional.

c) Sesiuni de feedback și de îndrumare personalizată pentru a sprijini vârstnicii în învățarea și aplicarea noilor abilități și strategii. Feedback-ul pozitiv și constructiv consolidează încrederea în sine și motivația pentru schimbare și creștere personală.

d) Crearea și aplicarea exercițiilor în vederea dezvoltării anumitor mecanisme de coping (*exerciții de rezolvare a problemelor, de dezvoltare a abilităților de comunicare asertivă*) și de asemenea identificarea subiectelor de interes pentru un stil de viață sănătos, prezentate în cadrul sesiunii de psihoeducație.

e) Formatul programului organizat mixt, din sesiuni individuale și sesiuni de grup, prin care vârstnicului i se oferă atât posibilitatea de a-și normaliza situația prin exemplele de viață ale celorlalți participanți și crearea rețelei de suport, cât și timp dedicat doar propriei experiențe de viață.

f) Abordarea lucrului în echipă interdisciplinară, prin implicarea asistentului medical în sesiunea dedicată vieții sănătoase, acesta oferind informații privind importanța igienei și măsurarea periodică a semnelor vitale.

Țelurile urmărite în elaborarea și implementarea activităților din cadrul programului de intervenție fac referire la:

- Cunoașterea informațiilor despre schemele cognitive dezadaptative timpurii și aspectele de ordin emoțional și comportamental declanșate odată cu activarea patternurilor cognitive.
- Dezvoltarea abilităților de a face față dificultăților specifice vârstei a treia (rezolvarea problemelor, medierea conflictelor, comunicarea asertivă, gestionarea emoțiilor).
- Creșterea nivelului de conștientizare a importanței unui stil de viață sănătos (igienă mintală, emoțională, fizică).
- Îmbunătățirea stării de bine psihologice pentru ca vârstnicii să beneficieze în final de o creștere a calității vieții.

Etapizarea activităților în programul de training au avut următoarea structură:

a) **Partea introductivă**: prezentarea programului de intervenție, scopul urmărit și obținerea consimțământului de participare din partea subiecților, cu menționarea respectării confidențialității de nume și imagine.

b) **Intervenția asupra schemelor cognitive dezadaptative timpurii**

c) **Dezvoltarea mecanismelor de coping**

d) **Psihoeducație**

e) **Evaluarea programului de intervenție**

Fiecare întâlnire a presupus următorii pași: prezentarea obiectivului sesiunii, desfășurarea efectivă a activităților, oferirea feedback-ului din partea psihologului și a celorlalți participanți (pentru sesiunile de grup) și teme pentru acasă.

Planificarea programului de intervenție, structura și conținutul activităților au avut ca fundament aspectele teoretice prezentate în Capitolul 1 privind schemele cognitive dezadaptative, mecanismele de coping- dimensiunile celor două concepte și manifestarea lor, precum și rezultatele obținute în cadrul cercetării, prezentate în Capitolul 2 privind prezența lor la diferite stadii ale vârstei a treia, relația dintre cei doi factori și starea de bine percepută. Programul conceput s-a centrat pe ameliorarea dimensiunii cognitive- schemele dezadaptative timpurii și îmbunătățirea celei comportamentale, prin mecanismele de coping manifestate de către persoanele vârstnice, cu impact asupra bunăstării resimțite.

Fundamentarea teoretică a programului de intervenție psihologică privind îmbunătățirea schemelor cognitive dezadaptative și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, presupune următoarele teorii științifice.

Teoria relațiilor de obiect a fost dezvoltată inițial de psihanalistul britanic D. Winnicott, iar ulterior a fost extinsă și elaborată de către alți psihanaliști precum M. Klein, M. Mahler și J. Bowlby și examinează modul în care relațiile timpurii influențează dezvoltarea afectivă a individului. Conform acestei teorii, individul își formează o reprezentare internă sau o imagine a figurilor de atașament, cunoscute sub numele de "obiecte interne". Aceste reprezentări interne se formează în funcție de calitatea și consistența interacțiunilor cu persoanele apropiate și pot influența ulterior modul în care individul percepe și relaționează cu ceilalți. De asemenea explorează modul în care indivizii atribuie semnificație și interpretare emoțională comportamentului și comunicării cu cei din jur. Schemele cognitive dezvoltate în timpul relațiilor timpurii de atașament pot influența modul în care indivizii percep și răspund la emoțiile proprii și la ale celorlalți. Experiențele timpurii de separare și reunire pot afecta capacitatea individului de a dezvolta un sentiment de integritate și coerență a sinelui, cu impact semnificativ asupra dezvoltării ulterioare a individului, influențând relațiile interpersonale, funcționarea emoțională și comportamentală și sănătatea mintală [109].

Teoria atașamentului formulată de J. Bowlby [52] explorează modul în care relațiile timpurii cu figurile de atașament, în special cu părinții sau îngrijitorii primari, influențează dezvoltarea individului. Astfel este subliniată importanța figurilor de atașament în oferirea de siguranță, sprijin emoțional și ghidare în viața copilului, iar calitatea și consistența relației cu figurile de atașament în primii ani ai vieții pot influența dezvoltarea emoțională și socială a individului pe termen lung. Teoria sugerează că experiențele timpurii de atașament contribuie la formarea unor modele interne, care presupun reprezentări cognitive ale relațiilor interpersonale și ale propriei valori personale. Aceste modele interne de atașament pot influența modul în care individul percepe și interacționează cu ceilalți pe tot parcursul vieții.

Teoria atașamentului ajută terapeuții să înțeleagă impactul traumelor și experiențelor negative de atașament asupra dezvoltării emoționale și cognitive a individului. Înțelegerea contextului atașamentului poate ghida selecția și implementarea intervențiilor psihologice adecvate pentru tratarea traumelor și schimbarea schemelor cognitive dezadaptative.

Teoria selectivității socio-emoționale, propusă în anul 1999 de către L. L. Carstensen, D. M. Isaacowitz și S. T. Charles [62], este o perspectivă importantă în domeniul psihologiei îmbătrânirii, care explorează modul în care relațiile și suportul social se schimbă pe măsură ce oamenii îmbătrânesc. Aceasta subliniază că modul în care oamenii își organizează prioritățile sociale este influențat de percepția timpului rămas.

Astfel pe măsură ce îmbătrânesc și devin conștienți de timpul limitat, vârstnicii sunt mai înclinați să utilizeze timpul și energia în relațiile care le oferă cele mai mari beneficii emoționale

și sociale. Persoanele în vârstă sunt mai susceptibile să-și folosească resursele sociale cât mai bine posibil, concentrându-se mai mult pe relațiile cu prietenii lor apropiați și mai puțin pe oamenii mai puțin semnificativi sau cu potențial negativ.

Integrarea acestei perspective în practica psihologică și în dezvoltarea programelor de sprijin poate contribui la promovarea unei bătrâneți sănătoase și satisfăcătoare.

Teoria optimizării selective cu compensație a fost dezvoltată de către P. Baltes și M. Baltes și subliniază importanța utilizării eficiente a resurselor personale și sociale pentru a face față provocărilor și schimbărilor asociate procesului îmbătrânirii. Persoanele în vârstă pot să își prioritizeze și să-și concentreze resursele asupra activităților și relațiilor care le aduc cel mai mare beneficiu și satisfacție.

Această teorie susține că, pe măsură ce înaintează în vârstă, oamenii devin mai selectivi în ceea ce privește utilizarea resurselor, concentrându-se pe activitățile și relațiile pe care le consideră mai valoroase și importante. În funcție de schimbările apărute privind capacitățile și prioritățile stabilite pe măsură ce persoanele îmbătrânesc, acestea sunt capabile să adopte abordări de optimizare și adaptare a resurselor. Teoria sugerează că persoanele în vârstă pot compensa deficiențele și pierderile asociate îmbătrânirii prin utilizarea eficientă a resurselor disponibile și prin adaptarea activităților și obiectivelor lor în funcție de acestea. Ele pot căuta soluții creative și alternative pentru a face față provocărilor și pentru a-și menține funcționarea și bunăstarea. Utilizând resursele disponibile în mod eficient și adaptându-și obiectivele și activitățile în funcție de acestea, persoanele în vârstă pot să-și mențină un nivel ridicat de satisfacție și să trăiască o bătrânețe împlinită și satisfăcătoare [163].

În privința elaborării programului de intervenție psihologică pentru vârstnici, **metodologia** a presupus respectarea anumitor principii, respectiv:

a) **Evaluarea nevoilor și caracteristicilor lotului de subiecți**: înainte de a începe dezvoltarea intervenției am identificat profilurilor psihologice, nevoile și contextul socio-medical al populației vizate de intervenția psihologică.

b) **Clarificarea obiectivelor și a scopului intervenției**: am definit clar obiectivele și scopul intervenției, aspecte esențiale pentru ghidarea procesului de dezvoltare și implementare.

c) **Selectarea unei abordări teoretice**- abordările teoretice sau cadrul conceptual adecvat pentru problema vizată de planul de intervenție psihologică și populația țintă oferă un fundament solid pentru dezvoltarea intervenției.

d) **Planificarea și proiectarea intervenției**. Proiectarea detaliată a intervenției a implicat elaborarea conținutului, a structurii și a metodelor specifice utilizate ulterior în cadrul

programului. Aceasta a inclus stabilirea sesiunilor sau întâlnirilor- de grup și individuale, a materialelor de lucru și a activităților practice (teme pentru acasă, joc de rol).

e) **Evidențierea mecanismelor de schimbare**- am identificat și înțeles mecanismele de schimbare care stau la baza intervenției și care sunt importante pentru asigurarea eficacității. Acestea au inclus procesele cognitive prin schemele cognitive dezadaptative timpurii, comportamentale- mecanisme de coping și emoționale prin starea de bine psihologică, care sunt susceptibile să producă schimbări pozitive în cadrul populației țintă.

f) **Evaluarea continuă și adaptarea**. Este important să fie evaluate continuu efectele și impactul intervenției și să se ajusteze programul în funcție de feedback-ul primit și de evoluția nevoilor și caracteristicilor populației țintă.

g) **Testarea și ajustarea intervenției**: Înainte de implementarea pe scară largă, s-a testat intervenția într-un mediu controlat și au fost evaluate eficacitatea și acceptabilitatea acesteia.

Programul de intervenție psihologică elaborat în cadrul acestei cercetări se încadrează în categoria **intervențiilor psihologice integrative**, deoarece îmbracă o gamă largă de tehnici și abordări terapeutice, selectând și combinând elementele care sunt cele mai potrivite pentru nevoile specifice fiecărui subiect. Amprenta personală a constat în integrarea elementelor din mai multe școli terapeutice, precum terapia cognitiv- comportamentală, terapia schemelor cognitive, terapia umanistă, terapia experiențială, intervenția psihosocială, prin care programul își propune să ofere o abordare comprehensivă și personalizată pentru tratarea problemelor de sănătate mintală și emoțională.

Scopul programului de intervenție psihologică implementat a constat în creșterea nivelului stării de bine psihologice percepute prin modificarea/ inactivarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dezvoltarea mecanismelor de coping adaptative.

Obiectivele generale ale programului de intervenție care vizează seniorii:

- ✓ Să identifice schemele cognitive dezadaptative timpurii;
- ✓ Să înțeleagă originile schemelor cognitive din copilărie și adolescență;
- ✓ Să înțeleagă intelectual implicarea emoțională a activării și desfășurării schemelor cognitive;
- ✓ Să recunoască și să-și eticheteze emoțiile cu acuratețe, făcând distincție între diferite sentimente, pentru a răspunde la emoții într-un mod adaptabil;
- ✓ Să diminueze manifestarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii;
- ✓ Să recunoască stilurile dezadaptative de coping- de capitulare, evitare și supracompensare;
- ✓ Să conștientizeze procesul prin care mecanismele de coping dezadaptative cauzează

perpetuarea schemelor cognitive dezadaptative;

- ✓ Să dezvolte abilitățile de înlocuire a reacțiilor dezadaptative de coping cu stiluri adaptative;
- ✓ Să reconfigureze provocările ca oportunități de creștere, să cultive o mentalitate pozitivă și să dezvolte un sentiment de auto-eficacitate în a face față provocărilor vârstei.

Structura programului de intervenție psihologică

Programul a avut un număr de 10 ședințe, ședințele de grup desfășurându-se în cadrul Căminului de pensionari „Sf. Cuvioasă Parascheva‖, cu excepția ședințelor cu numărul 2 și 3 care au fost ședințe individuale și care au fost desfășurate fie la domiciliul vârstnicilor, fie la centrul rezidențial.

În **Tabelul 3.2** este prezentată structura programului de intervenție psihologică.

Tabelul 3.2. Structura programului de intervenție psihologică

Numărul, data și durata ședinței	**Obiectivele intervenției**	**Rezultatele așteptate**
1 22.01.2024 1 h și 30 minute	O1: Stabilirea unei relații de încredere între psiholog și vârstnic. O2: Identificarea schemelor cognitive dezadaptative inițiale și educarea privind aceste noțiuni.	1. *Stabilirea unei relații terapeutice de încredere*: vârstnicul începe să dezvolte o relație de încredere și colaborare cu psihologul, aspect esențial pentru progresul în intervenție și pentru lucrul cu aspectele sensibile ale vieții și experiențele trăite. 2. *Creșterea motivației și angajamentului pentru intervenție:* participarea la prima ședință poate ajuta vârstnicul să-și clarifice motivele și obiectivele pentru intervenția psihologică și să se angajeze în procesul de schimbare și creștere personală. 3. *Înțelegerea și conștientizarea schemelor cognitive dezadaptative*: vârstnicul obține o înțelegere clară a modului în care gândurile și credințele despre sine, ceilalți și lumea înconjurătoare au fost influențate de experiențele trecute și de schemele cognitive dezadaptative. 4. *Identificarea schemelor cognitive dezadaptative*: vârstnicul identifică și începe să recunoască anumite modele de gândire și comportamente care sunt asociate cu schemele cognitive dezadaptative, reușind astfel să le exploreze în continuare în timpul intervenției.
2	O1: Continuarea explorării schemelor	1. *Conștientizarea și înțelegerea schemelor*

31.01.2024 01.02.2024 02.02.2024 03.02.2024 05.02.2024 2 h (cu pauză de 15 minute)	cognitive dezadaptative și a modului în care acestea afectează gândirea și comportamentul vârstnicului. O2: Identificarea și aplicarea unor strategii de gestionare a schemelor cognitive dezadaptative.	*cognitive*: vârstnicul are o mai mare înțelegere a modului în care gândurile și credințele sale îi influențează emoțiile și comportamentele și cum acestea sunt interconectate cu schemele cognitive dezadaptative. 2. *Identificarea și gestionarea eficientă a gândurilor negative*: vârstnicul începe să utilizeze și să aplice mai eficient tehnici de gestionare a gândurilor și emoțiilor negative în viața de zi cu zi, pe baza strategiilor discutate și practicate în timpul ședinței. 3. *Îmbunătățirea abilităților de restructurare cognitivă*: vârstnicul începe să fie capabil să identifice și să conteste mai eficient gândurile și credințele negative, să le înlocuiască cu alternative mai realiste și să dezvolte o perspectivă mai echilibrată și pozitivă asupra existenței sale. 4. *Scăderea nivelului de disconfort emoțional*: vârstnicul observă o scădere a nivelului de anxietate, stres sau tristețe pe măsură ce începe să aplice strategiile de gestionare a schemelor cognitive dezadaptative în viața de zi cu zi. 5. *Creșterea motivației și a angajamentului pentru intervenția psihologică*: experimentarea progreselor în gestionarea schemelor cognitive dezadaptative încurajează vârstnicul să fie mai motivat și mai implicat în continuarea programului și în aplicarea tehnicilor învățate.
3 07.02.2024 08.02.2024 09.02.2024 10.02.2024 12.02.2024 1 h	O1: Reducerea nivelul de stres și anxietate și îmbunătățirea stării de bine generale. O2: Conștientizarea modului în care tensiunea musculară este conectată cu emoțiile resimțite. O3: Reducerea tensiunii musculare și eliberarea disconfortului asociat cu durerea fizică.	1. *Recunoașterea stării de tensiune* 2. *Relaxarea grupelor musculare principale într-o manieră generală*.
4 21.02.2024 1 h și 30 de minute	O1: Îmbunătățirea relațiilor interpersonale ale vârstnicilor, prin facilitarea unei comunicări mai deschise, sincere și respectuoase. O2: Gestionarea mai eficientă a situațiilor conflictuale și reducerea nivelul de stres asociat cu interacțiunile sociale tensionate.	1. *Comunicarea eficientă a gândurilor:* vârstnicii își exprimă mai eficient opiniile și negociază soluțiile în situații dificile. 2. *Coordonarea limbajului verbal cu cel nonverbal:* adaptarea limbajului nonverbal și tonul vocii pentru a comunica mai eficient și pentru a-și exprima în mod corespunzător intențiile și sentimentele.
5 28.02.2024 2 h (cu pauză de 15 minute)	O1: Recunoașterea și identificarea corectă a problemelor și dificultăților cu care vârstnicii se confruntă în diferite aspecte ale vieții lor, inclusiv în relații, sănătate, finanțe sau activități zilnice. O2: Analizarea și înțelegea cauzelor și factorilor care stau la baza problemelor. O3: Învățarea utilizării diverselor strategii și tehnici pentru a găsi soluții	1. *Gestionarea problemelor de zi cu zi:* persoanele în vârstă își vor dezvolta și consolida abilitățile de rezolvare a problemelor.

	eficiente și constructive pentru problemele apărute. O4: Dobândirea încrederii în abilitatea de a lua decizii . O5: Creșterea capacității de a alege informat și de a lua măsuri în vederea rezolvării problemelor. O6: Dezvoltarea abilităților și resurselor interne pentru a face față și a se adapta la schimbările și provocările vieții. O7: Creșterea nivelului de autonomie și independență în gestionarea problemelor și în luarea deciziilor care îi afectează pe vârstnici.	
6 06.03.2024 2 h (cu pauză de 15 minute)	O1: Dezvoltarea abilităților de interacțiune cu ceilalți și de a gestiona eficient conflictele.	1. Vârstnicii se vor simți în control pentru a implementa în viața de zi cu zi informațiile aflate și abilitățile dezvoltate, pentru a depăși obstacolele.
7 13.03.2024 2 h (cu pauză de 15 minute)	O1: Creșterea capacității de a observa și înțelege mai bine gândurile, emoțiile și senzațiile din corp. O2: Dezvoltarea rezilienței și adaptabilității în fața schimbărilor și provocărilor vieții. O3: Reglarea eficientă a emoțiilor și creșterea capacității de a face față reacțiilor emoționale intense sau negative.	1. *Creșterea nivelului de conștientizare a momentului prezent*: vârstnicii învață să adopte postura de martor a ceea ce experimentează (eveniment, gând, emoție, comportament).
8 20.03.2024 1 h și 30 de minute	O1: Recunoașterea și valorificarea resurselor interne și abilităților personale pentru a face față provocărilor și dificultăților apărute. O2: Dezvoltarea capacității de a se adapta la schimbările specifice vârstei a treia. O3: Cultivarea perspectivei pozitive și o atitudine optimistă față de viață. O4: Promovarea relațiilor sociale sănătoase și de sprijin, care să ofere persoanelor în vârstă susținere emoțională și practică în situații dificile.	1. Seniorii își vor îmbunătăți capacitatea de a se adapta la schimbările și provocările vieții 2. Se va menține o stare de bine psihologică pe măsură ce persoanele îmbătrânesc.
9 27.03.2024 1 h și 30 de minute	O1: Încurajarea vârstnicilor să își mențină sau să își îmbunătățească mobilitatea și funcția fizică prin exerciții regulate adaptate nevoilor și capacităților lor. O2: Promovarea autoîngrijirii și a independenței vârstnicilor în gestionarea propriilor nevoi de sănătate și de îngrijire personală, astfel încât să fie autonomi.	1. Îmbunătățirea capacității vârstnicilor de a se descurca mai eficient în gestionarea propriilor nevoi de sănătate și îngrijire personală. 2. Creșterea stimei de sine și a încrederii în capacitatea de a face față problemelor. 3. Îmbunătățirea calității vieții vârstnicilor, care experimentează o viață mai activă datorită capacității de a se îngriji eficient și de a face față provocărilor vieții de zi cu zi.
10	O1: Evaluarea programului de intervenție psihologică și a performanței	1. Un program de intervenție psihologică cu impact asupra stării de bine percepută la vârsta

10.04.2024 1 h și 15 minute	psihologului. O2: Evaluarea impactului intervenției psihologică asupra factorilor de ordin psihologic vizați de program, respectiv schemele cognitive dezadaptative timpurii și starea de bine psihologică.	a treia. 2. Îmbunătățirea stării de bine la persoanele de vârsta a treia care au participat la program.

În privința temelor abordate în cadrul fiecărei întâlniri și a activităților presupuse, acestea sunt prezentate în rândurile de mai jos, iar detaliile se regăsesc în anexa **A. 10.**

- **Prima ședință** are ca temă *crearea relației terapeutice, stabilirea obiectivelor intervenției și educarea privind schemele cognitive dezadaptative* și cuprinde următoarele activități: introducerea și stabilirea obiectivelor, evaluarea inițială, explorarea istoricului și a contextului, educația despre schemă, identificarea schemelor cognitive dezadaptative, planificarea intervenției, încheierea ședinței și oferirea temei pentru acasă. În cadrul acestei ședințe a fost utilizată o adaptare a „Fișei de conceptualizare a cazului centrată pe schemele cognitive‖ creată de către J. Young [32], iar tema pentru acasă a presupus completarea „Jurnalului schemelor cognitive‖, instrument realizat de către psihologul menționat, în anul 1993 [32], ambele instrumente regăsindu-se în anexa **A. 10**.

- **A doua ședință** (ședință inviduală) în care se continuă *procesul de explorare și de lucru asupra patternurilor de gândire*, oferă strategii și tehnici pentru a le gestiona și a le schimba și încadrează următoarele activități: recapitularea și stabilirea obiectivelor, revizuirea temei pentru acasă, explorarea gândurilor și credințelor, identificarea și explorarea schemelor cognitive dominante, dezvoltarea de strategii de gestionare, planificarea temei pentru acasă, încheierea ședinței. În vederea atingerii obiectivelor stabilite pentru această ședință se vor utiliza „Tehnica imageriei ghidate‖ și „Tehnica redefinirii dovezilor care susțin schema cognitivă‖, tehnici utilizate în terapia schemelor cognitive dezadaptative [32].

- **Ședința a treia** (ședință individuală) presupune *învățarea unei tehnici de respirație și de relaxare progresivă*, tehnică dezvoltată de medicul american E. Jacobson în anii 1920 [1] și cuprinde activitățile: recapitularea și stabilirea obiectivelor, revizuirea temei pentru acasă, prezentarea tehnicii de relaxare musculară progresivă și tema pentru acasă.

- **Ședința a patra** (ședință de grup) a avut ca subiect *dezvoltarea abilităților de prevenire a conflictelor*, prin exersarea *comunicării asertive* și a presupus: *recapitularea și stabilirea obiectivelor, revizuirea temei pentru acasă, managementul conflictului, exprimarea asertivă, aplicații practice, oferirea feedback-ului și tema pentru acasă.* Au fost create aplicații practice în cadrul acestei întâlniri pentru a fi atinse obiectivele stabilite.

- **Ședința a cincea** (ședință de grup) are ca subiect *dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor* și implică următoarele activități: *recapitularea și stabilirea obiectivelor, revizuirea temei pentru acasă, identificarea și definirea problemei, generarea potențialelor soluții, evaluarea și analizarea soluțiilor, selectarea celei mai bune soluții, dezvoltarea planului de acțiune, oferirea feedback-ului.* În cadrul acestei ședințe a fost utilizată ca metodă brainstormingul prin gândirea creativă, concept dezvoltat de către A. Osborn, în anul 1953 [182] și tehnica de rezolvare a problemelor, creată de către K. Dobson în anul 2001și care cuprinde următoarele etape: identificarea problemei, stabilirea scopurilor, emiterea soluțiilor posibile și a consecințelor soluției alese și evaluarea [83].

- **Ședința a șasea** este continuată *tema rezolvării de probleme* și vârstnicii sunt învățați *cum să implementeze soluțiile identificate*, astfel sunt parcurse următoarele activități*: recapitularea și stabilirea obiectivelor, implementarea soluției, evaluarea rezultatelor, învățarea din experiență, practica frecventă, oferirea feedback-ului.* Pentru atingerea obiectivelor acestei ședințe de intervenție psihologică, au fost utilizate conceptele de „aserțiune‖ și „mesaje- EU‖, în vederea rezolvării problemelor vârstnicilor conform lui M. Roco [26].

- **Ședința a șaptea** (ședință de grup) are ca *temă psihoeducația*, astfel au fost implementate următoarele activități: *recapitularea și stabilirea obiectivelor, revizuirea temei pentru acasă, introducere în reglarea emoțională, revizuirea emoțiilor, impactul emoțiilor negestionate,. evidențierea beneficiilor reglării emoționale, înțelegerea declanşatorilor, dezvoltarea conştientizării, gestionarea eşecurilor, oferirea de feedback şi tema pentru acasă*. În cadrul acestei întâlniri a fost introdus conceptul de „postură de martor‖, termen utilizat în terapia unificării, în vederea dezvoltării conștientizării de sine și a atenției, conform I. Mitrofan [9].

- **Ședința a opta** are ca subiect *dezvoltarea rezilienței vârstnicilor* în privința schimbărilor ce apar după vârsta de 65 de ani și implică îmbunătățirea capacității de a se adapta și de a face față adversităților, eșecurilor și provocărilor. Astfel au fost implementare următoarele activități: *recapitularea şi stabilirea obiectivelor, revizuirea temei pentru acasă, dezvoltarea conştientizării, stabilirea obiectivelor realiste, promovarea gândirii pozitive, cultivarea sprijinului social, oferirea unui mediu de susţinere, încurajarea abilităţilor de rezolvare a problemelor, implementarea strategiilor de coping, oferirea feedback-ului.*

- **Ședința a noua** are ca temă practicile de autoîngrijire și presupune următoarele activități: *recapitularea şi stabilirea obiectivelor, identificarea factorilor de stres, încurajarea autoîngrijirii, promovarea activităţii fizice, gestionarea medicamentelor, igienă personală, nutriţie şi hidratare şi monitorizarea sănătăţii.*

- Ședința a zecea a presupus evaluarea programului de intervenție prin aplicarea unei scale prin adaptarea instrumentului „Scala de evaluare a intervenției în terapia cognitivă – CTRS‖, realizată de către J. E. Young şi A. Beck în anul 1980 [2] și aplicarea instrumentelor de măsurare a factorilor psihologici asupra cărora s-a lucrat de-a lungul celor 9 ședințe și a avut loc la două săptămâni după finalizarea intervenției.

3.3 Prezentarea și interpretarea rezultatelor privind programul de intervenție

Programul de intervenție psihologică a fost elaborat și implementat cu scopul de a îmbunătăți starea de bine la vârsta a treia, ca răspuns la necesitatea de a crește nivelul calității vieții vârstnicilor care se confruntă cu provocări cauzate de schimbările survenite și care au impact asupra stării de sănătate, condiției fizice, sociale, familiale. Programul a fost fundamentat pe principiile de bază în intervenția de psihoterapie individuală și de grup, adaptate specificului vârstei a treia.

În urma retestării vârstnicilor care au beneficiat de intervenția psihologică, la etapa posttest, au fost obținute următoarele rezultate.

Tabelul 3.3. Comparații ale mediilor variabilei psihologice obținute de grupul experimental înainte și după implementarea programului de intervenție psihologică

Variabilele cercetării Scheme cognitive dezadaptative timpurii	**Grupurile cercetării**	**m**	**σ**	**t**	**p**
1	2	3	4	5	6
Separare și respingere	Etapa test / de constatare	74,90	11,78	2,785	**0,004**
	Etapa retest / de control	48,20	19,25		
Autonomie și performanță deficitare	Etapa test / de constatare	45,90	11,76	2,507	**0,033**
	Etapa retest / de control	34,20	13,99		
Limite deficitare	Etapa test / de constatare	34,20	9,02	,271	0,793
	Etapa retest / de control	32,90	12,18		
Orientarea către ceilalți	Etapa test / de constatare	72,60	16,29	3,934	**0,003**
	Etapa retest / de control	48,60	18,68		
Hipervigilență și inhibiție	Etapa test / de constatare	102,90	19,81	2,580	**0,030**
	Etapa retest / de control	79,60	20,38		

Variabilele cercetării Starea de bine psihologică	**Grupurile cercetării**	**m**	**σ**	**t**	**p**
1	2	3	4	5	6
Autonomie	Etapa test / de constatare	31,20	6,64	-4,163	**0,002**
	Etapa retest / de control	35,40	4,11		
Control asupra mediului	Etapa test / de constatare	29,70	3,97	-5,489	**0,000**
	Etapa retest / de control	34,20	3,79		

Dezvoltare personală	Etapa test / de constatare	27,60	7,66	-5,168	**0,001**
	Etapa retest / de control	35,90	4,67		
Relații pozitive cu alții	Etapa test / de constatare	25,60	5,21	-5,000	**0,001**
	Etapa retest / de control	35,60	2,91		
Scop în viață	Etapa test / de constatare	28,60	5,21	-5,064	**0,001**
	Etapa retest / de control	35,70	3,33		
Auto-acceptare	Etapa test / de constatare	34,50	3,17	-3,944	**0,003**
	Etapa retest / de control	39,10	1,52		

În urma inspectării vizuale a **Tabelului 3.3** se pot constata modificările semnificative înregistrate la dimensiunile factorului psihologic „*scheme cognitive dezadaptative timpurii*‖, respectiv pentru *„separare și respingere”, „autonomie și performanță deficitare”, „hipervigilență și inhibiție” și „orientarea către ceilalți”*. De asemenea nu au apărut diferențe semnificative în ceea ce privește schema cognitivă de „*limite deficitare*‖. Măsurările efectuate în cele două etape, respectiv cea de constatare și cea de control, au atestat schimbările privind cele patru scheme cognitive dezadaptative, astfel prin participarea vârstnicilor la programul de intervenție aceste patternuri cognitive nu s-au mai activat. Pe de altă parte, în ceea ce privește dimensiunile stării de bine percepută, între cele două momente ale măsurării s-au înregistrat diferențe semnificative pentru cele șase dimensiuni, respectiv pentru *„autonomie”, „mediu pozitiv”, „dezvoltare personală”, „relații pozitive cu alții”, „scop în viață” și „auto-acceptare”*, în sensul în care prin participarea la programul de intervenție vârstnicii și-au îmbunătățit nivelul stării de bine percepute.

De asemenea o altă modalitate de validare a programului de intervenție psihologică a fost compararea rezultatelor retestării dintre subiecții din grupul experimental cu cei din grupul de control la etapa posttest, după finalizarea sesiunilor de terapie.

Analizând datele din **Tabelul 3.4,** se pot observa diferențele semnificative atât pentru dimensiunile variabilei psihologice „*scheme cognitive dezadaptative timpurii*‖, cât și pentru „*starea de bine psihologică*‖, fapt care susține eficacitatea programului de intervenție de care au beneficiat vârstnicii.

Analiza varianței celor două variabile cercetate în ambele grupe – cea de control și cea experimentală, evidențiază impactul pozitiv al sesiunilor de intervenție psihologică la persoanele de peste 65 de ani în privința modificării patternurilor cognitive și îmbunătățirii stării de bine trăite de persoanele în vârstă.

Vârstnicii care au beneficiat de sesiunile de intervenție psihologică pe parcursul celor trei luni, au obținut rezultate favorabile în comparație cu cei din grupul de control, cărora nu le-a fost aplicată intervenția.

Tabelul 3.4. Comparații ale mediilor factorilor psihologici obținute de grupul experimental cu cel de control după finalizarea programului de intervenție

Variabilele cercetării Scheme cognitive dezadaptative timpurii	**Grupurile cercetării**	**m**	**σ**	**t**	**p**
1	2	3	4	5	6
Separare și respingere	Grupul de control	94	6,939	4,961	**0,000**
	Grupul experimental	48,20	19,25		
Autonomie și performanță deficitare	Grupul de control	78,80	13,93	7,143	**0,000**
	Grupul experimental	34,20	13,99		
Limite deficitare	Grupul de control	40,80	6,49	1,809	0,087
	Grupul experimental	32,90	12,18		
Orientarea către ceilalți	Grupul de control	96,20	7,74	7,444	**0,000**
	Grupul experimental	48,60	18,68		
Hipervigilență și inhibiție	Grupul de control	126,70	13,81	6,048	**0,000**
	Grupul experimental	79,60	20,38		

Variabilele cercetării Starea de bine psihologică	**Grupurile cercetării**	**m**	**σ**	**t**	**p**
1	2	3	4	5	6
Autonomie	Grupul de control	26,80	3,73	-4,893	**0,000**
	Grupul experimental	35,40	4,11		
Control asupra mediului	Grupul de control	29,80	5,30	-2,132	**0,049**
	Grupul experimental	34,20	3,79		
Dezvoltare personală	Grupul de control	28,90	7,89	-2,412	**0,029**
	Grupul experimental	35,90	4,67		
Relații pozitive cu alții	Grupul de control	26,40	9,16	-3,024	**0,007**
	Grupul experimental	35,60	2,91		
Scop în viață	Grupul de control	27,90	8,69	-2,648	**0,016**
	Grupul experimental	35,70	3,33		
Auto-acceptare	Grupul de control	18,50	4,67	-6,990	**0,000**
	Grupul experimental	34	5,22		

Diferențe semnificative între grupul de control și cel experimental au fost obținute la dimensiunea „*separare și respingere”* (t= 4,961, p= 0,000), ceea ce înseamnă că vârstnicii și-au redus temerile privind neîndeplinirea nevoilor de către ceilalți indivizi, au învățat să depășească stresul apărut odată cu anumite probleme și au învățat reciprocitatea în relație cu ceilalți, abilitățile de comunicare fiind o soluție pentru ameliorarea interacțiunii cu familia și prietenii.

Un alt efect pozitiv al programului de intervenție a fost înregistrat și pentru dimeniunea „*autonomie și performanță deficitare*‖ cu un t= 7,143, p= 0,000, reprezentând faptul că seniorii

care au beneficiat de intervenția terapeutică au devenit mai încrezători în propria persoană, în capacitatea lor de a face față responsabilităților zilnice și de asemenea prin tehnicile de relaxare, a scăzut nivelul fricii pentru o eventuală catastrofă care s-ar putea abate asupra lor.

Diferențe semnificative între grupul experimental și cel de control au fost obținute și la dimensiunea „*orientarea către ceilalți*‖ (t= 7,444, p= 0,000), persoanele de vârsta a treia implicate în programul de intervenție obținând un scor mai mic la această variabilă. Participanții au devenit mai preocupați de starea lor de bine, au prioritizat propriile nevoi, și-au orientat interesul asupra unor activități plăcute, precum cititul, plimbarea în parc, socializarea cu terțe persoane și au depășit stresul asociat cu frica de a fi respins. Abilitățile de comunicare i-au ajutat să își creeze sau să-și îmbunătățească relațiile, prin exprimarea asertivă a propriilor nevoi și emoții. Considerăm că această dimensiune a schemelor cognitive dezadaptative timpurii s-a diminuat grație sesiunii de dezvoltare a abilităților de comunicare asertivă, a tehnicii de relaxare și gestionare a emoțiilor și bineînțeles a sesiunilor centrate pe diminuarea manifestării patternurilor cognitive dezadaptative.

Pentru variabila „*hipervigilență și inhibiție*‖ diferența dintre grupul de control și cel experimental este de asemenea semnificativă (t= 6,048, p= 0,000). Astfel s-a determinat scăderea activării schemei cognitive menționate, ceea ce presupune că subiecții din grupul experimental au conștientizat importanța prioritizării propriilor emoții și alegeri, și-au dezvoltat abilitățile de exprimare în mod asertiv, au învățat relaxarea și și-au îmbunătățit relațiile cu ceilalți.

Rezultate semnificative la Testul T au fost obținute și la dimensiunile stării de bine resințite, ceea ce înseamnă că vârstnicii care au beneficiat de intervenția psihologică au înregistrat scoruri mai mari la cele șase dimensiuni a variabilei, astfel: pentru „*autonomie*‖ (t= -4,893, p= 0,000), „*control asupra mediului*‖ (t=-2,132, p= 0,049), „*dezvoltare personală*‖ (t=-2,412,p= 0,029), „*relații pozitive cu alții*‖ (t=-3,024,p= 0,007), „*scop în viață*‖ (t=-2,648,p= 0,016) și „*auto-acceptare*‖ (t=-6,990, p= 0,000). Așadar, programul de intervenție a ajutat la creșterea nivelului bunăstării psihologice- seniorii au învățat cum să-și regleze comportamentul și să se bazeze pe propria judecată în luarea deciziilor. De asemenea prin dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor au reușit să gestioneze sarcinile zilnice, simțindu-se capabili să facă schimbări la nevoie. Perspectiva asupra viitorului a devenit mai optimistă și astfel își doresc să se implice în diverse activități care să-i ajute să se dezvolte personal, și-au stabilit obiective pe termen scurt și de asemenea și-au dezvoltat relații apropiate cu ceilalți, oferindu-și suportul la nevoie, conștientizând importanța reciprocității. Au devenit încrezători în propria persoană prin dezvoltarea abilităților de comunicare, de gestionare a emoțiilor și de rezolvare a problemelor, având o atitudine pozitivă asupra propriei persoane.

Pentru evaluarea eficienței programului creat, cei 10 vârstnici care au beneficiat de intervenție, au completat la ultima întâlnire *„Scala de evaluare a programului de intervenție psihologică pentru vârstnici”* adaptată după instrumentul realizat de către J. E. Young și A. Beck în anul 1980, respectiv după „Scala de evaluare a intervenției în terapia cognitivă – CTRS‖ [2]. Instrumentul se regăsește în anexa **A 3** și a fost utilizat deoarece măsoară următoarele aspecte: planificarea ședinței, feedback-ul, comprehensiunea, eficiența interpersonală, colaborarea, ritmul de lucru și utilizarea eficientă a timpului, tema pentru acasă, abilitățile psihologului de a depăși problemele apărute în timpul întâlnirilor, performanța globală a specialistului și evaluarea globală a programului. Rezultatele obținute au fost următoarele:

1. În privința modalității în care au fost *planificate şedinţele*, 90% dintre vârstnici consideră că au lucrat alături de psiholog pentru planificarea întâlnirilor, identificarea corectă a problemelor, stabilirea obiectivelor intervenției și respectarea timpului alocat. Acest aspect susține faptul că psihologul a abordat intervenția psihologică consolidând modul adultului sănătos din perspectiva terapiei schemelor cognitive, prin care beneficiarul este parte a procesului și este responsabil pentru propria persoană. Psihologul s-a raportat la nivelul Adultului Sănătos în privința vârstnicului, care a fost invitat să reflecteze asupra propriei vieți și a modalităților în care aceasta poate fi îmbunătățită. Împreună cu psihologul au fost stabilite obiectivele de lucru în vederea ameliorării activării schemelor cognitive disfuncționale și a îmbunătățirii mecanismelor de coping adaptativ pentru satisfacerea nevoilor individului.

2. Vârstnicii s-au simțit liberi în exprimarea gândurilor și emoțiilor, considerând într-un procent de 80% că psihologul a fost deschis în primirea și înțelegerea corectă a feedback-ului din partea participanților.

3. Vârstnicii s-au simțit înțeleși de către psiholog, 90% dintre aceștia au considerat că mesajul transmis a fost corect recepționat de către specialist.

4. Toate persoanele peste 65 de ani au considerat faptul că psihologul a fost empatic, de încredere, sincer și a dovedit profesionalism, aspecte necesare pentru consilierea psihologică și de asemenea acesta a încurajat vârstnicii să se implice în terapie și toți s-au comportat ca o echipă.

5. Majoritatea participanților (90%) au considerat faptul că specialistul a dovedit un management bun al timpului și a gestionat corespunzător discuțiile care divagau de la subiectul întâlnirilor.

6. Toți participanții au evaluat temele pentru acasă ca fiind optim alese și potrivite pentru a pune în practică cele discutate în cadrul ședințelor de terapie.

De asemenea intervenția psihologului în privința problemelor apărute în cadrul terapiei, respectiv disputa dintre două persoane, întârzierea la o ședință de către un vârstnic și faptul că unui bătrân i-a sunat telefonul, a fost evaluată ca fiind promptă, iar acesta ca având abilitățile de gestionare a situațiilor problematice.

Toți cei zece vârstnici au considerat performanța globală a psihologului ca fiind excelentă, la fel ca și întreg programul de terapie la care au participat. Aceștia au menționat beneficiile obținute la nivel indiviual din punct de vedere al sănătății fizice- au învățat tehnici de relaxare care le-au diminuat durerile fizice, la nivel psihic- au învățat controlarea emoțiilor, lipsa judecății în exprimarea gândurilor și emoțiilor pe care au resimțit-o cu rol de chatarsis, au dobândit încredere în propria persoană și în viitor. De asemenea și-au dezvoltat capacitarea de a fi conștienți de propria experiență de viață și au învățat cum să-și identifice schemele cognitive dezadaptative atunci când acestea se activează. La nivel interuman și-au creat o rețea de sprijin în rândul celorlalți participanți care i-au ajutat să-și normalizeze existența prin împărtășirea experiențelor proprii.

În privința sugestiilor, participanții au menționat dorința ca programul de intervenție să continue și să fie formați și alți specialiști care se ocupă de lucrul direct cu vârstnicii, astfel încât să beneficieze și alte persoane de vârsta a treia de acest program.

Rezultatele obținute în urma participării la programul de intervenție psihologică subliniază beneficiile obținute de către vârstnicii care au participat la terapie și care au obținut schimbări privind cogniția, comportamentul și emoțiile resimțite, care au impact asupra calității vieții. Inspectând scorurile la scala de evaluare a intervenției, se observă că vârstnicii au fost mulțumiți de prestația psihologului și de activitățile implementate în cadrul sesiunilor.

În final, prezentăm beneficiile participării persoanelor de vârsta a treia la un program de interveție psihologică:

- ✓ Redresarea gândirii negative: inactivarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii permite vârstnicilor să înțeleagă originea formării tiparelor cognitive și să corecteze gândirea negativă. Aceasta poate contribui la creșterea nivelului stării de bine psihologice percepute.
- ✓ Îmbunătățirea mecanismelor de coping determină persoanele în etate să se adapteze mai ușor la schimbările și tranzițiile specifice vârstei a treia, precum pensionarea, pierderea partenerului sau a sănătății și independenței fizice. Devenind mai reziliențși dezvoltându-și abilități precum rezolvarea problemelor sau comunicarea asertivă, vor face față mai ușor

dificultăților întâmpinate și își vor accepta și exprima emoțiile într-un mod sănătos și constructiv.

- ✓ Oferirea suportului pentru regăsirea sensului existenței și a scopului, deoarece pe măsură ce înaintează în vârstă, unii seniori se pot confrunta cu întrebări despre rostul vieții lor. Astfel vârstnicii primesc ghidare și suport în explorarea acestor aspecte și în identificarea unor obiective, ceea ce poate contribui la o îmbunătățire a stării de bine și la trăirea sentimentului de împlinire.
- ✓ Dezvoltarea și îmbunătățirea relațiilor interpersonale- prin participarea la terapie sunt îmbunătățite abilitățile de comunicare și gestionare a conflictelor în relațiile cu partenerii, familia și prietenii, se facilitează conectarea cu alți vârstnici și crește sentimentul de apartenență și conexiune socială. Aceasta poate contribui la creșterea nivelului de optimism, dezvoltarea perspectivelor de viitor și reducerea sentimentului de singurătate.

3.4 Concluzii la capitolul 3

1. Crearea și implementarea programului de intervenție psihologică în rândul vârstnicilor din grupul experimental, structura și conținutul activităților s-au bazat pe teoriile privind schemele cognitive dezadaptative timpurii- originea lor, formele de manifestare, impactul lor asupra emoțiilor și comportamentelor și mecanismele de coping, considerate ca fiind răspuns la activarea patternurilor de gândire. De asemenea programul a avut ca punct de pornire și rezultatele din etapa cercetării nonexperimentale în care am obținut informații privind relația dintre cele trei componente- cognitivă, comportamentală și emoțională, respectiv între variabilele „scheme cognitive dezadaptative timpurii‖, „mecanisme de coping‖ și „starea de bine‖ și aspecte demografice, analizate în rândul populației vârstnice.

2. Analiza datelor prin compararea scorurilor la cele două variabile, respectiv- „schemele cognitive dezadaptative timpurii‖ și „starea de bine‖, în cele două momente- înainte și după participarea vârstnicilor la programul de intervenție, dovedesc modificări semnificative la dimensiunile celor două variabile. Astfel s-au înregistrat schimbări în privința a patru scheme cognitive, respectiv pentru *„separare și respingere”, „autonomie și performanță deficitare”, „orientarea către ceilalți” și „hipervigilență și inhibiție”* și a celor cinci dimensiuni a „stării de bine percepută‖- *„autonomie”, „mediu pozitiv”, „dezvoltare personală”, „relații pozitive cu alții”, „scop în viață” și „auto-acceptare”*. Nu s-au înregistrat modificări în privința schemei „*limite deficitare*‖. Măsurările în etapa retest/ de control efectuate pe grupul experimental, atestă diminuarea manifestărilor schemelor cognitive dezadaptative, cât și o îmbunătățire a nivelului stării de bine percepute de către participanți.

3. Vârstnicii care au beneficiat de intervenția psihologică pe parcursul celor 3 luni de terapie, au obținut rezultate mai bune față de vârstnicii din grupul de control, care nu au beneficiat de sesiunile de terapie individuală și de grup. Prin explorarea și confruntarea cu gândurile și credințele limitative, persoanele în vârstă și-au îmbunătățit perspectiva asupra vieții și și-au dezvoltat abilități sănătoase de a interpreta și de a face față experiențelor trăite. Continuarea terapiei oferă un cadru sigur și suportiv și poate consolida eforturile anterioare de a înlocui modelele de gândire negativă cu modele constructive și adaptative. În final, participarea la sesiunile de terapie ajută vârstnicii să-și mențină și să-și îmbunătățească starea de bine și poate servi și ca un instrument pentru promovarea unei abordări sănătoase și echilibrate a vieții, pe măsură ce îmbătrânesc.

4. Implementarea unui program de intervenție psihologică la adulții în vârstă, care a avut ca rezultate modificarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii și îmbunătățirea stării lor de bine, demonstrează că prin abordarea atentă și susținută a aspectelor cognitive, comportamentale și emoționale, vârstnicii au reușit să descopere resurse interne și să-și redefinească perspectivele asupra vieții. Prin abordarea holistică a nevoilor lor psihologice, acest program a demonstrat că schimbările pozitive în gândire și în percepția propriei vieți pot avea un impact semnificativ asupra calității generale a vieții. Într-o societate în care valorizăm tot mai mult conceptul de îmbătrânire activă și plină de sens, această intervenție servește ca un model de bună practică, subliniind importanța sprijinului psihologic adecvat pentru adulții în vârstă în eforturile lor de a-și menține și îmbunătăți bunăstarea și satisfacția vieții.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

În urma analizei teoretice a problematicii schemelor cognitive dezadaptative timpurii, a mecanismelor de coping și a rezultatelor obținute în cadrul cercetării, putem formula următoarele concluzii:

1. Studierea literaturii de specialitate privind factorii psihologici de ordin cognitiv, comportamental și emoțional, a contribuit la atingerea primului obiectiv, iar pe baza acestei analize au fost identificate sau create definițiile de lucru ale conceptelor „schemă cognitivă dezadaptativă‖, „mecanism de coping‖ și „stare de bine psihologică‖.

2. Schemele cognitive dezadaptative care se activează la vârsta a treia reprezintă structuri cognitive complexe și profunde care influențează atât comportamentul, cât și percepția asupra evenimentelor și afectul. Aceste scheme cognitive devin adesea mai puțin susceptibile la schimbare pe măsură ce persoanele îmbătrânesc, reflectând experiențele timpurii ale individului cu persoanele reprezentative din viața sa, respectiv cu figurile de atașament. Cu toate acestea, persoanele în vârstă sunt capabile să se adapteze la schimbări și să-și reevalueze ideile și perspectivele în funcție de experiențele și informațiile noi. Astfel s-a argumentat necesitatea dezvoltării unui program de intervenție psihologică care a avut la bază rezultatele cercetării prin care s-a observat modul în care schemele cognitive dezadaptative se activează la persoanele în vârstă, influențate fiind de genul indivizilor, mediu de trai și statusul familial, iar aspectele cognitive pot avea un impact și asupra mecanismelor de coping puse în practică pentru a face față acestor patternuri cognitive, care în final au influență asupra nivelului stării de bine rpercepute de către vârstnici. (Capitolul 1)

3. În funcție de cele trei etape ale vârstei a treia, au fost identificare schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping specifice fiecărei etape, astfel: persoanele cu vârsta cuprinsă *între 65 și 75 de ani*, manifestă predominant schemele de „*dependență față de alții*‖ și „*separare și respingere*‖ și mecanismele de coping „*relaționare socială*‖ și „*căutarea suportului social*‖, persoanele *între 75 și 85 de ani* manifestă schemele cognitive de „*dependență față de ceilalți*‖ și de „*separare și respingere*‖ și au ca strategii de coping „*acțiunea asertivă*‖, „*relaționarea socială", „acțiunea antisocială*‖ și *„acțiunea agresivă"*, iar vârstnicii *peste 85 de ani* au active schemele de „*dependență față de ceilalți", „autonomie și respingere"* și *„limite deficitare"* și mecanismele de coping *„acțiune indirectă", „acțiune antisocială"* și *„acțiune agresivă"*. (Capitolul 2)

4. Au fost create cinci profiluri psihologice specifice ale vârstnicilor și un profil general, compuse din trei dimensiuni importante pentru funcționarea optimă a individului, respectiv din „schemele cognitive dezadaptative timpurii‖- dimensiunea cognitivă, din „mecanismele de coping‖- dimensiunea comportamentală și din „starea de bine‖- dimensiunea emoțională. Identificarea dinamicii specifice vârstnicilor dintre schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping poate ajuta la evaluarea nevoilor specifice persoanelor în vârstă în ceea ce privește gestionarea stresului, adaptarea la schimbările vieții și menținerea bunăstării psihologice. (Capitolul 2)

5. Cunoașterea schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping ale vârstnicilor a contribuit la crearea programului de intervenție psihologică. Aceste informații au fost utilizate pentru a selecta și a implementa tehnici psihologice eficiente care au vizat schimbarea gândirii disfuncționale, dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, promovarea adaptabilității și a rezilienței la vârstnici, tehnici inspirate din terapia cognitiv-comportamentală, terapia schemelor cognitive, terapia de grup și intervenția psihosocială. Eficiența programului de intervenție psihologică a fost demonstrată prin două procedee de evaluare, respectiv prin comparații test-retest în grupul experimental și comparații între grupul experimental și cel de control. Rezultatele atestă caracterul de credibilitate, aplicabilitate și validitate a programului de intervenție psihologică pe populația vârstnică. Programul de intervenție psihologică dezvoltat cu scopul de a remedia schemele cognitive dezadaptative timpurii și de a consolida mecanismele de coping adaptativ, în vederea îmbunătățirii stării de bine psihologice la persoanele de vârsta a treia, poate fi utilizat de către profesioniștii din domeniul îngrijirii vârstnicilor (medici, asistenți sociali, consilieri, psihologi) din instituțiile medicale sau de integrare a vârstnicilor în comunitate. Specialiștii au ca responsabilitate îmbunătățirea politicilor și programelor destinate acestei categorii a populației, în vederea promovării sănătății mintale și a susținerii bunăstării psihologice (Capitolul 3).

Sintetizând aspectele teoretice și rezultatele empirice obținute în urma demersului științific, putem afirma că scopul și obiectivele stabilite inițial au fost îndeplinite, iar problema științifică enunțată și care presupune identificarea manifestării schemelor cognitive dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping la diferite stadii ale vârstei a treia, cu impact asupra stării de bine percepută, a fost soluționată.

În urma demersului teoretico- empiric și a rezultatelor obținute, putem formula următoarele **recomandări practice:**

Pentru *persoanele de vârsta a treia,* recomandările de *ordin psihologic* constau în:

1. Participarea la sesiuni de terapie de grup poate oferi vârstnicilor oportunități de a împărtăși experiențele trăite, de a învăța unii de la alții și de a primi suport și încurajare din partea celorlalți participanți.

2. Dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor și practicarea acestora pot ajuta vârstnicii să identifice soluții constructive pentru dificultățile și provocările cu care se confruntă în viața de zi cu zi.

Tot pentru aceeași categorie de persoane, recomandările de *ordin fizic* presupun:

3. Realizarea de exerciții fizice regulate care s-a demonstrat că au impact pozitiv asupra stării de bine a vârstnicilor, contribuind la îmbunătățirea sănătății fizice și emoționale. Recomandarea de a participa și facilitarea unui astfel de program de exerciții fizice adaptate condiției medicale și nevoilor individuale ale vârstnicilor poate fi benefică în promovarea bunăstării lor generale.

4. Educarea și consilierea vârstnicilor privind nutriția adecvată, somnul sănătos și gestionarea eficientă a stresului pot contribui la îmbunătățirea calității vieții și la promovarea unei îmbătrâniri sănătoase și active.

Recomandările de *ordin social* pentru persoanele în etate, presupun:

5. Susținerea și încurajarea vârstnicilor să-și mențină și să-și dezvolte relațiile sociale pozitive care contribuie în mod semnificativ la starea lor de bine emoțională și mintală. Acest aspect poate fi implementat prin organizarea de activități sociale și grupuri de suport prin care se oferă oportunități de conectare și interacțiune socială.

Recomandările de *ordin mintal/ intelectual* se referă la:

6. Oferirea de resurse și materiale de suport, cum ar fi cărți, broșuri sau materiale online, poate ajuta vârstnicii să își continue progresul și să-și mențină abilitățile și strategiile învățate și după finalizarea unui program de intervenție.

În ceea ce privesc recomandările pentru *specialiștii* care oferă asistență vârstnicilor, acestea constau în:

7. Instruirea profesioniștilor în identificarea și combaterea gândurilor automate negative sau în restructurarea cognitivă, pentru a putea susține vârstnicii să își schimbe schemele cognitive dezadaptative și să dezvolte perspective mai echilibrate și mai realiste asupra existenței lor.

8. Furnizarea de consiliere individuală și suport continuu din partea specialiștilor poate fi esențială pentru a ajuta vârstnicii să facă față provocărilor și dificultăților pe măsură ce acestea apar în timpul și după încheierea unui program de intervenție.

9. Specialiștii trebuie să conștientizeze că un rol esențial îl are dezvoltarea componentei umaniste, cu manifestarea respectului față de vârstnic și cunoașterea specificităților de ordin

cognitiv, comportamental și emoțional, nefiind suficientă o simplă executare a unei sarcini de serviciu.

Recomandările la *nivel familial* presupun:

10. Implicarea și sprijinul familiei și al persoanelor apropiate care joacă un rol crucial în promovarea stării de bine a vârstnicilor. Monitorizarea atentă a stării lor de sănătate și oferirea de sprijin emoțional și practic pot avea un impact pozitiv asupra bunăstării lor generale.

Sugestiile din punct de vedere al *politicilor* privind această categorie a populației:

11. Adoptarea lor la nivel național sau mondial este necesar să se bazeze pe aspectele psihologice caracteristice acestei etape de viață. Personalul care se ocupă de oferirea serviciilor medicale, sociale și comunitare are nevoie de suport teoretic, metodologic și practic, precum și de un context normativ instituțional care să-l încurajeze să adopte practici profesionale relevante și eficiente pentru această categorie a populației.

12. Crearea unei intervenții psihologice este necesar să se bazeze pe cercetările realizate în rândul populației îmbătrânite, în urma cărora să se identifice nevoile, factorii psihologici care determină un anumit tipar de gândire și care corelează cu un comportament neadecvat pentru satisfacerea nevoilor. Astfel cercetarea implementată în urma căreia a fost dezvoltat programul de intervenție psihologică validat, aduce o plus valoare prin identificarea dimensiunilor cognitive și a celor comportamentale și prin măsurarea stării de bine percepută. În final, intervenția psihologică a acționat asupra schemelor cognitive dezadaptative și a mecanismelor de coping, astfel încât vârstnicii au reușit să își adapteze modul în care gândesc și se comportă pentru a beneficia de o îmbătrânire activă și de calitate și de un nivel ridicat al stării de bine. Rezultatele obținute în urma cercetării și a intervenției psihologice reprezintă o contribuție în domeniul psihogerontologiei, domeniu aflat în proces de dezvoltare, dat fiind interesul la nivel mondial în ceea ce privește îmbătrânirea activă a populației de peste 65 de ani.

În urma conceperii și implementării programului de intervenție psihologică, facem recomandări și pentru îmbunătățirea acestuia:

1. Specialiștii care vor dori să pună în practică acest program, este indicat să fi participat anterior la sesiuni de dezvoltare individuală în vederea reducerii riscului de burnout profesional, din cauza faptului că majoritatea vârstnicilor și poveștile de viață ale acestora au o încărcătură emoțională puternică și identificarea cu aceștia poate depăși capacitatea specialistului de a se

păstra empatic și astfel să nu mai aibă capacitatea de a susține o intervenție psihologică de calitate și astfel să nu o finalizeze.

2. Să se țină cont de posibilitatea creșterii numărului de ședințe pentru anumite teme abordate, în vederea unei adaptări la un eventual ritm lent care se impune de anumiți vârstnici și de asemenea pentru evitarea suprastimulării.

3. Folosirea unui număr mai mare de exemple practice din viața vârstnicilor referitoare la strategii de coping sănătoase, aspect care ajută ulterior la implementarea acestora în viața cotidiană.

4. Integrarea tehnicii de meditație ghidată prin care se poate îmbunătăți capacitatea de autoreglare emoțională, reducerea stresului și creșterea stării de bine. Această tehnică este utilă și pentru reducerea anxietății și depresiei, frecvent întâlnite la vârstnici.

5. Implicarea familiei în procesul psihologic poate ajuta la consolidarea progresului obținut și la susținerea unui mediu emoțional sănătos.

6. După încheierea fazei de terapie este indicat să fie asigurată sustenabilitatea programului pe termen lung, menținerea unor întâlniri periodice - ședințe lunare sau grupuri de susținere, cu scopul de a preveni recăderile și să se consolideze progresele făcute.

Aceste recomandări au ca scop asigurarea unei abordări comprehensive și eficiente în sprijinul vârstnicilor, astfel încât să reușească să facă față mai bine schemelor cognitive dezadaptative prin folosirea unor mecanisme de coping optime și să își îmbunătățească starea de bine psihologică.

Studiul realizat prezintă și **limite**, respectiv:

1. Un număr relativ redus de persoane participante la cercetare, deși identificarea acestora a presupun mai multe medii în care aceștia trăiesc sau își petrec timpul liber.

2. Cercetarea nu a luat în considerare și alte probleme de sănătate mintală cu care subiecții s-ar fi putut confrunta la momentul participării la prezentul studiu și de asemenea nici evenimentele cu impact emoțional trăite de către vârstnici.

3. Instrumentele de măsurare au presupus un timp îndelungat de răspuns și un număr mare de întrebări, aspecte care au fost solicitante pentru unii vârstnici și care fie au impus încheierea evaluării și continuarea aplicării într-o altă întâlnire, fie refuzul acestora de a mai continua sau omiterea unor răspunsuri, situație care a determinat excluderea subiecților din cercetare.

Potențiale direcții viitoare privind schemele cognitive dezadaptative tipurii și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia, cu impact asupra stării de bine percepută:

Psihologii care organizează programe de intervenție pentru vârstnici pot lua în considerare o serie de direcții viitoare pentru a-și îmbunătăți eficiența și impactul acestor programe.

1. Integrarea tehnologiei în intervenții pentru vârstnicii care au dificultăți în a se deplasa, astfel oferirea suportului psihologic are loc prin intermediul platformei online- telepsihologie sau prin aplicația mobilă pentru sănătatea mintală și exerciții cognitive cu scopul de a preveni declinul cognitiv.

2. Intervenții integrate și colaborative, prin care psihologul lucrează alături de medic, asistent, fizioterapeut și alți specialiști pentru a aborda sănătatea fizică și mintală, într-un mod holistic.

3. Cercetări care să evalueze eficacitatea și impactul intervenției psihologice destinată vârstnicilor printr-un studiu longitudinal, pentru a urmări efectele pe termen lung ale intervenției psihologice și pentru a identifica factorii de succes și obstacolele în implementare.

Pentru cercetătorii care realizează studii în rândul acestei categorii de persoane, direcțiile ulterioare vizează:

1. Includerea factorului privind compoziția chimică a creierului, respectiv să fie analizați factorii de ordin hormonal și anume nivelul de cortizol și oxitocină care pot influența activarea schemelor cognivite dezadaptative timpurii și a mecanismelor de coping.

2. Utilizarea imagisticii prin rezonanță magnetică care permite vizualizarea structurii și funcționării creierului, în raport cu schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia. Studiile de imagistică prin rezonanță magnetică pot identifica regiunile creierului care sunt implicate în procesele cognitive specifice sau care prezintă modificări în timpul diferitelor afecțiuni de ordin cognitiv, ceea ce ar putea avea impact asupra explicării activării anumitor dimensiuni cognitive și comportamentale la vârstnici.

BIBLIOGRAFIE

1. DAFINOIU, I., VARGHA J-L. *Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici*. Iași: Polirom, 2005. 345 p. ISBN 973-681-777-6.
2. DAVID, D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale.* Iași: Poliron, 2006. 368 p. ISBN 978-973-46-6819-9.
3. FREUD, A. *Eul şi mecanismele de apărare*. Bucureşti: Fundaţia Generaţia, 2002. 176 p. ISBN 973-85683-0-7.
4. FRUNZĂ A. Factorii stresori și mecanismele de coping specifice vârstnicilor. În *Revista Medicală Română* [on-line], 2010, vol. 57, nr. 4 [citat 10 sept. 2021]. ISSN 1220-5478, eISSN 2069-606X. Disponibil: https://rmj.com.ro/articles/2010.4/RMR_Nr-4_2010_Art-8.pdf
5. GHENȚA, M. *Calitatea vieții persoanelor vârstnice dependente în România* [on-line]. București: Editura Universitară, 2020. [citat 10 sept. 2021]. Disponibil: https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/MMPS/RapoartesistudiiMMPS/DPSS/2020_PSCD4_0CALITATEA_VIEII_PERSOANELOR_VRSTNICE_DEPENDENTE_N_ROMNIA-CARTE.pdf
6. Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan‖, București. Al 10-lea Congres Național de Geriatrie și Gerontologie cu Participare Internațională „Capacitatea de Refacere și Fragilitatea Vârstniculuii‖ [on-line]. Disponibil: https://www.srgg.ro/pdf/13%20-%20Brosura%20Congres%202018.pdf
7. Institutul Național de Gerontologie și Geriatrie „Ana Aslan‖. Revista română de gerontologie și geriatrie [on-line]. Disponibil: https://rjgg.ro/ro/archive_2022-3.html
8. Institutul Național de Statistică. Comunicat de presă [on-line], 2024, nr. 83. Disponibil: https://insse.ro/cms/sites/default/files/com_presa/com_pdf/popdom1ian2024r_0.pdf
9. MITROFAN, I. *Orientarea experiență în psihoterapie. Dezvoltare personală, interpersonală, transpersonală*. București: SPER, 2000. 369 p. ISBN 973-99221-4-7.
10. PETRIŞOR, A. I. *Abordare şi metode de cercetare. Note de curs*. Bucureşti: Universitară „Ion Mincu‖, 2012. 117 p.
11. POPA, M. *Statistica pentru psihologie. Teorie si aplicații SPSS*. Iași: Polirom, 2008. 368 p. ISBN 978-973-46-1045-7.
12. **POPESCU, M. A**. Specificul strategiilor de coping la persoanele de vârsta a treia. In: *Metodologii contemporane de cercetare şi evaluare.: Ştiinţe Sociale şi ale Educaţiei*. Chişinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 22-23 aprilie 2021, pp. 171-175. ISBN 978-9975-159-16-6 https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/154575

13. **POPESCU, M. A.**, **POTÂNG, A.** Abordări teoretice ale mecanismelor de coping în psihologie. In: *Integrare prin cercetare și inovare.: Științe sociale*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 10-11 noiembrie 2021, pp. 3-5. ISBN 978-9975-158-55-8.
14. **POPESCU, M. A.** Natura psihologică a schemelor cognitive. In: *Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane*, Ed. 1. Chișinău: FPC „PRIMEX-Com‖ SRL, 3 decembrie 2021, pp. 88- 93. ISBN 978-9975-159-01-2. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/185178
15. **POPESCU, M. A.**, **POTÂNG, A.** Teoriile psihologice ale îmbătrânirii. In: *Studia Universitatis Moldaviae* (Seria Ştiinţe ale Educației), 2022, nr. 5 (155), pp. 115-119. ISSN 1857-2103. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.6619337
16. **POPESCU, M. A.** Particularitățile schemelor cognitive la vârtnici. In: *Integrare prin cercetare și inovare.: Științe ale educației*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 10-11 noiembrie 2022, SE, pp. 40-42. ISBN 978-9975-62-471-8. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/174590
17. **POPESCU, M. A**. Aspecte psihologice ale atitudinii și comportamentului persoanelor vârstnice față de serviciile medico- socio- comunitare In: *Current Affairs and Perspectives in Psychological Research: International conference of applied psychology*, Ed. 2. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 29-30 noiembrie 2022, pp. 115-119. DOI: https://doi.org/10.5281/zenodo.7354761
18. **POPESCU, M. A**. Well-being particularities and coping mechanisms among elderly population. In: *Journal of Educational Sciences*, 2023, nr. 2 (48), pp. 169-178. ISSN -. DOI: https://doi.org/10.35923/JES.2023.2.12
19. **POPESCU, M. A.**, **POTÂNG, A.** The impact of cognitive schemes on the well-being of the elderly. In*: Journal of Romanian Literary Studies*, 2023, nr. 33, pp. 118-122. ISSN 2248-3004.
20. **POPESCU, M. A**. Influenta stadiului vârstei a treia asupra schemelor cognitive la vârstnici. In: *Integrare prin cercetare și inovare.: Ştiinţe sociale*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 9-10 noiembrie 2023, SS, pp. 53-60. ISBN 978-9975-62-688-0. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/201171
21. **POPESCU, M. A.**. The influence of gender on coping mechanisms of the elderly. In: *Journal Of Romanian Literary Studies*, 2023, nr. 34, pp. 972-977. ISSN 2248-3004.
22. **POPESCU, M.A**. Well-being particularities and coping mechanisms among elderly population. In: *Materialele Conferinței științifice internationale „The sixth international*

conference on adult education. Education for Peace and Sustainable Development‖, Chișinău, 9-11 noiembrie 2023. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/194991

23. **POPESCU, M. A.** Manifestările mecanismelor de coping în funcție de schemele cognitive la vârstnici. In: *Journal Of Romanian Literary Studies.* Institutul de Studii Multiculturale ALPHA; Editura Arhipelag XXI, 2023, nr.35.
24. Programul național privind îmbătrânirea activă și sănătoasă pentru perioada 2023-2027 [on-line]. Disponibil: https://social.gov.md/wp-content/uploads/2022/05/concept_Program_IAS_mai_2022.pdf
25. Programul national „Servicii comunitare la domiciliu pentru persoanele vârstnice dependente" [on-line]. Disponibil: https://mmuncii.ro/j33/images/Documente/Legislatie/HG_435_2022.pdf
26. ROCO, M. *Creativitate şi inteligenţă emoţională*. Iaşi: Polirom, 2001. 248 p. ISBN 973-683-654-1
27. SAVA, F. A. *Psihologia validată științific. Ghid practic de cercetare în psihologie*. Iași: Polirom, 2013. 368 p. ISBN 978-973-46-2238-2.
28. SCHIOPU, U., VERZA, E. *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții*. București: Editura didactică și pedagogică, 1997. 508 p. ISBN 973-30-5798-3.
29. STOICA-CONSTANTIN, A. *Conflictul interpersonal. Prevenire, rezolvare și diminuarea conflictelor*. Iași: Poliron, 2004. 304 p. ISBN 978-973-46-7672-9.
30. Strategia naţională pentru promovarea îmbătrânirii active şi protecţia persoanelor vârstnice pentru perioada 2015 – 2020 [on-line]. Disponibil: https://epale.ec.europa.eu/ro/resource-centre/content/strategia-nationala-pentru-promovarea-imbatranirii-active-si-protectia
31. Strategia națională de sănătate 2023-2030 „Pentru sănătate împreună‖ [on-line]. Disponibil: https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf
32. YOUNG, J.E, KLOSKO, J. S., WIESHAAR, M.E. *Terapia centrată pe scheme cognitive. Manualul practicianului. Colecția psihologului expert*. Cluj Napoca: ASCR, 2015. 470 p. ISBN 9786068244921
33. ABELE, A. E., WOJCISZKE, B. Agency and communion from the perspective of self versus others. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 2007, vol. 93(5), pp. 751–763 [citat 27 ian. 2023]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/5863990_Agency_and_Communion_From_the_Perspective_of_Self_Versus_Others
34. Active ageing through preventing falls: ―Falls prevention is everyone's business‖ [on-line]. Disponibil: https://eupha.org/repository/sections/ipsp/Joint_Declaration_Sept_2015.pdf

35. ANTOINE, P., ANTOINE, C., POINSOT, R. Détresse du sujet âgé: identification des schémas cognitifs. In: *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* [on-line], 2007, vol. 5(4), pp. 305-314 [citat 01 apr. 2022]. ISSN 1950-6988. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/5800052_Elderly_distress_Cognitive_schemas_identificationn
36. ANTONUCCI, T. C. Social relations: An examination of social networks, social support, and sense of control. In: *Handbook of the psychology of aging* [on-line]. San Diego: Academic Press, J. E. Birren & K. W. Schaie eds., 2001, pp. 427-453 [citat 13 nov. 2023]. Disponibil: https://www.researchgate.net/profile/Toni-Antonucci-2/publication/232453360_Social_relations_An_examination_of_social_networks_social_support_and_sense_of_control/links/564cdd6308aefe619b0d9e94/Social-relations-An-examination-of-social-networks-social-support-and-sense-of-control.pdf
37. ARRIGHI, Y., RAPP, T., SIRVEN, N. The impact of economic conditions on the disablement process: a Markov transition approach using SHARE data. In: *Health Policy* [on-line], 2017, vol. 121(7), pp. 778-785 [citat 02 mai 2022]. ISSN 0168-8510, eISSN 1872-6054. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851017301239
38. AUSTIN, J. T., SCHERBAUM, C.A., MAHLMAN, R. A. History of Research Methods in Industrial and Organizational Psychology: Measurement, Design, Analysis. In: *Handbook of Research Methods in Industrial and Organizational Psychology* [on-line]. Malden, MA: Blackwell Publishing, 2004, vol. 3(33). [citat 10 sept. 2022]. ISBN 9780631222590, eISBN 9780470756669. Disponibil: https://download.e-bookshelf.de/download/0000/5791/91/L-G-0000579191-0015290133.pdf
39. BAKSHI, G. S., CHEN, Z. Baby boom, population aging, and capital markets. In: *Journal of Business* [on-line], 1994, vol. 67(2), pp. 165–202 [citat 21 ian. 2023]. ISSN 00219398, eISSN 15375374. Disponibil: https://hub.hku.hk/bitstream/10722/222293/1/Content.pdf
40. BALDWIN, M. W. Relational schemas and the processing of social information. In: *Psychological Bulletin* [on-line], 1992, vol. 112(3), pp. 461–484 [citat 24 feb. 2022]. ISSN 0033-2909, eISSN 1939-1455. Disponibil: https://www.selfesteemgames.mcgill.ca/research/baldwnpsybull.pdf
41. BALTES, P. B., BALTES, M. M. Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. In: *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press, 1990, pp. 1-34. ISBN 978-0521435826.

42. BALTES, P. B., CARSTENSEN, L.L. The process of successful ageing. In: *Ageing and Society* [on-line]. Cambridge University Press, 1996, vol. 16, pp. 397-422 [citat 01 feb. 2022]. ISSN 0144-686X, eISSN 1469-1779. Disponibil: https://is.muni.cz/el/fss/podzim2018/PSY104/um/starnuti_a_stari/process_of_successful_ageing.pdf
43. BARRERA, M., CHASSIN, L., ROGOSCH, F. Effects of social support and conflict on adolescent children of alcoholic and nonalcoholic fathers. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993, vol. 64(4), pp. 602–612. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315.
44. BECK, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976. 368 p. ISBN-10: 9781101659885, ISBN-13: 1101659882.
45. BEM, S. L. Gender Schema Theory and Its Implications for Child Development: Raising Gender-Aschematic Children in a Gender-Schematic Society. In: *Journal of Women in Culture and Society*. 1983, vol. 8(4), pp. 598–616. ISSN 0097-9740, eISSN 1545-6943.
46. BENGTSON, V.L., et.al. Theories about age and aging. 2nd ed. In: *China Journal of Social Work* [on-line]. New York: Springer Publishing Company, 2009, vol. 12(1), pp. 1-3. [citat 15 ian. 2023]. ISSN 1752-5098, eISSN 1752-5101. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/331906440_Handbook_of_theories_of_aging_3rd_ed
47. BEN-ZUR, H., ZEIDNER, M. Gender differences in coping reactions under community crisis and daily routine conditions. In: *Personality and Individual Differences* [on-line], 1996, vol. 20, pp. 331–34 [citat 08 oct. 2022]. ISSN 0191-8869, eISSN 1873-3549. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/223564909_Gender_differences_in_stress_and_coping_styleS
48. BILLINGS, A.G., MOOS, R. H. The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. In: *Journal of Behavioral Medicine* [on-line], 1981, vol. 4 (2), pp. 139–157 [citat 21 oct. 2022]. ISSN 0160-7715. Disponibil: https://www.academia.edu/10187593/The_role_of_coping_responses_and_social_resources_in_attenuating_the_stress_of_life_events
49. BLOCH, S. A systems approach to loss. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1991, vol. 25(4), pp. 471–480. ISSN 0004-8674, eISSN 1440-1614.
50. BLUM, S., BROW, M, SILVE, R.C. Coping. In: *Encyclopedia of human behavior* [on-line], 2012, pp. 596–601 [citat 03 aug. 2021]. ISBN 978-0-08-096180-4. Disponibil: https://books.google.ro/books?hl=en&lr=&id=yASuxMCuhKkC&oi=fnd&pg=PT218&dq=B

lum+S.,+Brow+M.,+Silver+R.+C.+Coping.+In+Encyclopedia+of+human+behavior.+Elsevier,+2012&ots=7nK12Xwt2p&sig=lAFZXdHZKZuYA1_77noZh7LjPak&redir_esc=y#v=onepage&q=Blum%20S.%2C%20Brow%20M.%2C%20Silver%20R.%20C.%20Coping.%20In%20Encyclopedia%20of%20human%20behavior.%20Elsevier%2C%202012&f=false

51. BOLEN, R. M. , SCANNAPIECO, M. Prevalence of child sexual abuse: A corrective meta-analysis. In: *Social Service Review*. 1990, vol. 73, pp. 281–313. ISSN 0037-7961, eISSN 1537-5404.
52. BOWLBY, J. .Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss [on-line]. Basic Books Eds., 1969. 436 p. [citat 12 sept. 2021]. ISBN 0-465-00543-8, ISBN-10: 046500539X, ISBN-13: 978-0465005390. Disponibil: https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/08/ATTACHMENT_AND_LOSS_VOLUME_I_ATTACHMENT.pdf
53. BOWLING, A., FARQUAR, M., BROWNE, P. Use of services in old age: Data from three surveys of elderly people. In: *Social Science and Medicine* [on-line], 1991, vol. 33, pp. 698-700 [citat 2 feb. 2023]. ISSN 0277-9536, eISSN 1873-5347. Disponibil: https://www.academia.edu/12014194/Use_of_services_in_old_age_data_from_three_surveys_of_elderly_people?ri_id=125673
54. BRADBURN, N. *The structure of psychological well-being* [on- line]. Chicago: Aldine Publishing Company, 1996 [citat 10 sept. 2021]. ISBN 978-0202250298. Disponibil: https://www.norc.org/PDFs/publications/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf
55. BRADLEY, J. M., CAFFERTY, T. P. Attachment among older adults: Current issues and directions for future research. In: *Attachment and Human Development*. 2001, vol. 3(2), pp. 200–221. ISBN 1461-6734.
56. BRENNING, K., et.al. Gender Differences in Cognitive Schema Vulnerability and Depressive Symptoms in Adolescents. In: *Behaviour Change* [on-line], 2012, vol. 29(3), pp. 164–182 [citat 03 sept. 2022]. ISSN 0813-4839, eISSN 2049-7768. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/236683859_Gender_Differences_in_Cognitive_Schema_Vulnerability_and_Depressive_Symptoms_in_Adolescents
57. BREWER, W.F., NAKAMURA, G. W. The nature and functions of schemas. Technical Report, no.325, University of Illinois [on-line], 1984, pp. 325 [citat 19 dec. 2022]. Disponibil https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED248491.pdf
58. BROWN, S. L., et.al. Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. In: *Psychological Science* [on-line], 2003, vol. 14(4), pp. 320–327 [citat 15 ian. 2023]. ISSN 09567976, eISSN 14679280. Disponibil:

https://www.researchgate.net/publication/10708396_Providing_Social_Support_May_Be_More_Beneficial_Than_Receiving_It_Results_From_a_Prospective_Study_of_Mortality

59. CACIOPPO, J. T., CHEN, H.Y., CACIOPPO, S. Reciprocal Influences Between Loneliness and Self-Centeredness: A Cross-Lagged Panel Analysis in a Population-Based Sample of African American, Hispanic, and Caucasian Adults. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2017, vol. 43(8), pp. 1125-1135. ISSN 01461672.
60. CARLUCCI, L., et. al. Co-rumination, anxiet, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. In: *Psychology Research and Behavior Management* [on-line], 2018, vol. 11, pp. 133-144 [citat 13 dec. 2023]. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5903493/
61. CARSTENSEN, L. L.The influence of a sense of time on human development. In: *Science* [on-line], 2006, vol. 312(5782), pp. 1913–1915 [citat 12 ian. 2023]. ISSN 0036-8075. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790864/
62. CARSTENSEN, L. L., ISAACOWITZ, D. M., CHARLES, S. T. Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. In: *American Psychologist* [on-line], 1999, vol. 54(3), pp. 165–181 [citat 12 ian. 2024]. ISSN: 0003-066X, eISSN: 1935-990X. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/13099435_Taking_time_seriously_A_theory_of_socioemotional_selectivity
63. CARSTENSEN, L. L., FUNG, H. H., CHARLES, S. T. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. In: *Motivation and Emotion* [on-line], 2003, vol. 27(2), pp. 103-123 [citat 20 nov. 2023]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/226836581_Socioemotional_Selectivity_Theory_and_the_Regulation_of_Emotion_in_the_Second_Half_of_Life
64. CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief. In: *International Journal of Behavioral Medicine* [on-line], 1997, vol. 4(1), pp. 92–100 [citat 14 oct. 2022]. ISSN 1070-5503. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/7515511_You_want_to_Measure_Coping_But_Your_Protocols_Too_Long_Consider_the_Brief_COPE
65. CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J.K. Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. In: *Journal of personality and social psychology* [on-line], 1989, vol. 56, nr. 2, pp. 267-283 [citat 7 oct. 2023]. ISSN 0022-3514. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/20228888_Assessing_Coping_Strategies_A_Theoretically_Based_Approach

66. CARVER, C. S., CONNOR-SMITH, J. Personality and coping. In: *Annual Review of Psychology* [on-line], 2010, vol. 61, pp. 679–704 [citat 27 nov. 2022]. ISSN 0066-4308, eISSN 1545-2085. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/26336302_Personality_and_Coping
67. CAVANAUGH, J. C., BLANCHARD-FIELDS, F. Adult development and aging. 6ª ed. [on-line]. USA: Cengage Learning, 2011 [citat 11 dec. 2022]. ISBN-10: 0-495-60174-8, ISBN-13: 978-0-495-60174-6. Disponibil: https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1169/1/8.%20Adult%20Development%20and%20Aging.pdf
68. CECCATO, V. Women's victimisation and safety in transit environments. In: *Crime Prevention and Community Safety* [on-line], 2017, vol. 19(3–4), pp.163-167 [citat 10 nov. 2022]. ISSN 1460-3780, eISSN 1743-4629. Disponibil: https://static.sys.kth.se/abe/safeplaces/publikationer/SI_Foreword_Womens%20victimisation_2017.pdf
69. CHANG, Y., LU, Y., ZHANG, X. Subjective Well-Being. In: *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* [on-line]. Springer, Cham, 2021 [citat 20 nov. 2023] Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/337184494_Subjective_Well-Being
70. CHARLES, S. T., et.al. Now you see it, now you don't: Age differences in affective reactivity to social tensions. In: *Psychology and Aging* [on-line], 2009, vol. 24(3), pp. 645–653 [citat 19 feb. 2023]. ISSN 0882-7974, eISSN 1939-1498. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742971/
71. CHATAO, Y., WHISMAN, M. A. Partner schemas and relationship functioning: a states of mind analysis. In: *Behavior Therapy*. 2009, vol. 40, pp. 50-56. ISSN 0005-7894, eISSN 1878-1888.
72. CHEN, Y., MA, X., PETHTEL, O. Age differences in trade-off decisions: older adults prefer choice deferral. In: *Psychology and Aging* [on-line], 2011, vol. 26(2), pp. 269-273 [citat 12 ian. 2023]. ISSN 0882-7974, eISSN 1939-1498. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889202/
73. CHEN, J., et.al. Does Inside Equal Outside? Relations between Older Adults' Implicit and Explicit Aging Attitudes and Self-Esteem. In: *Frontier in Psychology* [on-line], 2018, vol 9, pp. 2313 [citat 16 oct. 2022]. eISSN 1664-1078. Disponibil: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.02313/full
74. CICIRELLI, V. G. Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. In: *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* [on-

line], 2002, vol. 57(4), pp. 358–P366 [citat 12 oct. 2022]. ISSN 10795014, eISSN 17585368. Disponibil: https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/57/4/P358/593449

75. COHEN, C. L., HASAMMAL, S.K., BEGUN, N. General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. In: *Schizophrenia Research*. 2011, pp. 223-228, ISSN 0920-9964.
76. CONNOR-SMITH, J., FLACHSBART, C. Relations between personality and coping: A meta-analysis. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 2007, vol. 93, pp. 1080–1107 [citat 14 dec. 2022]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/5775303_Relations_Between_Personality_and_Coping_A_Meta-Analysis
77. CUMMING, E., HENRY, W. *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books, 1961. 267 p. ISBN-10: 0405118147, ISBN-13: 9780405118142
78. DAMBRUN, M., Self-centeredness and selflessness:happiness correlates and mediating psychological processes. In: *PeerJ* [on-line], 2017 [citat 3 feb. 2023]. ISSN 2167- 8359. Disponibil: https://pdfs.semanticscholar.org/5596/29f79662a5f9f978f9b2c1e45795483179ab.pdf
79. DATTILIO, F. M. The critical component of cognitive restructuring in couples therapy: A case study. In: *Australian and New Zeeland Journal of Family Therapy* [on-line], 2005, vol. 26, pp. 73-78 [citat 14 oct. 2022]. ISSN 0814-723X, eISSN 1467-8438. Disponibil: https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=eeae8db68e9f7d844a8bc998bf0d5acc2a14b875
80. DIENER, E. Subjective well-being. In: *Psychological Bulletin* [on-line], 1984, vol. 95(3), pp. 542–575 [citat 19 dec. 2022]. ISSN 0033-2909, eISSN 1939-1455. Disponibil: http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener_1984.pdf
81. DIENER, E.; SUH, E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. In: *Social Indicators Research* [on-line], 1997, vol. 40(1–2), pp. 189–216 [citat 10 sept. 2021]. ISSN 0303-8300. Disponibil: https://lemosandcrane.co.uk/resources/RISE%20Measuring%20quality%20of%20life.pdf
82. DIENER, E., SUH, M.E. Subjective well-being and age: An international analysis. In: *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Focus on Emotion and Adult Development* [on-line], 1998, pp. 304-324. Schaie, K.W. and Lawton, M.P., Eds., Springer, New York.
83. DOBSON, K. S, DOZOIS, D. J. A. *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: The Guilford Press, 2001. 526 p. ISBN 9781462547722

84. DOBSON, K. S., BLOCK, L. Historical and philosophical bases of cognitive behavioral theories. In: *Handbook of Cognitive behavioral Therapies* [on-line]. Londra: Guilford Press, 1988 [citat 14 sept. 2022]. ISBN-10: 1462538584, ISBN-13: 978-1462538584. Disponibil: https://ravannews.com/wp-content/uploads/HANDBOOK-of-Cognitive-Behavioral-Therapies.pdf
85. DOCKENDORFF DCT. Healthy ways of coping with losses related to the aging process. In: *Educational Gerontology*. 2014, vol. 40(5), pp. 363-84. ISSN 1521-0472.
86. DUNAHOO, C. L., et.al. There's more than rugged individualism in coping. Part 1: Even the Lone Ranger had Tonto. In: *Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal* [on- line], 1998, vol. 11(2), pp. 137–165 [citat 14 nov. 2022]. ISSN 1061-5806, eISSN 1477-2205. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/247496570_There's_more_than_rugged_individualism_in_coping_Part_1_Even_the_Lone_Ranger_had_Tonto
87. DUNER, A, NORDSTROM, M. Intentions and strategies among elderly people: Coping in everyday life. In: *Journal of Aging Studies*, Goteborg University [on-line], 2004, pp. 437-451 [citat 14 feb. 2023]. ISSN 0890-4065, eISSN 1879-193X. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890406505000289
88. DYER, C.B., et.al. The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect. In: *Journal of the American Geriatric Society*. 2000, vol. 48(2), pp. 205–208, ISSN 0002-8614, eISSN 1532-5415.
89. DYSVIKA, E., et.al. Coping with chronic pain. N. In: *International Journal of Nursing Studies* [on-line], 2005, pp. 297-305 [citat 14 dec. 2022]. ISSN 0020-7489. Disponibil: https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/coping_w_chronic_pain_sdarticle1.pdf
90. ENDLER, N. S., PARKER, J. D. A. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 1990, vol. 58, pp. 844–854 [citat 07 oct. 2022]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/20808460_Multidimensional_Assessment_of_Coping_A_Critical_Evaluation
91. European social partners' autonomous framework agreement on active ageing and an inter-generational approach [on-line]. Disponibil: https://www.businesseurope.eu/publications/european-social-partners-autonomous-framework-agreement-active-ageing-and-inter
92. EUROSTAT. *Ageing Europe — looking at the lives of older people in the EU* [on-line], 2020 [citat 02 dec. 2023] ISBN 978-92-p76-21520-2. Disponibil:

https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/11478057/KS-02-20-655-EN-N.pdf/9b09606c-d4e8-4c33-63d2-3b20d5c19c91?t=1604055531000

93. FANTINI-HAUWEL, C., DOVI, E., ANTOINE, P. Validation of the short-cognitive inventory of subjective distress (S-CISD). In*: International Psychogeriatrics* [on- line], 2015, vol. 27(2), pp. 261-266 [citat 12 oct. 2022]. ISSN 1041-6102, eISSN 1741-203X. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/264843297_Validation_of_the_short-cognitive_inventory_of_subjective_distress_S-CISD
94. FAUTH, E.B., et.al. Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregivers' stress appraisals: intra-individual stability and change over short-term observations. In: *Aging Mental Health*. 2006, vol. 10(6), pp. 563–573. ISSN 1364-6915.
95. FELTON, B. J., REVENSON, T. A. Age differences in coping with chronic illness. In: *Psychology and Aging* [on-line], 1987, vol. 2, nr. 2, pp. 164- 170 [citat 10 sept. 2021]. ISSN 0882-7974, eISSN 1939-1498. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/279007260_Age_Differences_in_Coping_with_Chronic_Illness
96. FISKE, S.T, TAYLOR, S. E. Social cognition. From brain to culture [on-line]. Londra: SAGE Publication Ltd, 2017 [citat 06 nov. 2022]. ISBN-10: 1446258157, ISBN-13: 978-1446258156. Disponibil: https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/79278_Fiske___Social_Cognition_Ch_5.pdf
97. FOLSTEIN, M. F, FOLSTEIN, S. E., MCHUGH, P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. In: *Journal of Psychiatric Research* [on-line], 1975, vol. 12 (3), pp. 189–198 [citat 17 sept. 2022]. ISSN 0022-3956. Disponibil: https://www.academia.edu/6585944/Mini_mental_state_A_practical_method_for_grading_the_cognitive_state_of_patients_for_the_clinician
98. FREUND, A. M., BALTES, P. B. Life management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. In: *Journal of Personal and Social Psychology* [on-line], 2002, vol. 82, pp. 642–662 [citat 4 oct. 2022]. ISSN 0022-3514. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/11370768_Life-management_strategies_of_selection_optimization_and_compensation_Measurement_by_self-report_and_construct_validity
99. FYRAND, L. Reciprocity: A Predictor of Mental Health and Continuity in Elderly People's Relationships? A Review. Hindawi Publishing Corporation. In: *Current Gerontology and Geriatrics Research* [on-line]. 2010 [citat 12 dec. 2022]. ISSN 1687-7063, eISSN 1687-

7071. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/46428036_Reciprocity_A_Predictor_of_Mental_Health_and_Continuity_in_Elderly_People's_Relationships_A_Review

100. GAGLIESE, L., MELZACK, R. Chronic pain in elderly people. In: *Pain*. Canada: McGill University, 1997, pp. 3-14. ISSN 0304-3959.

101. GALIANA, L., et.al. Predicting Well-Being Among the Elderly: The Role of Coping Strategies. In: *Frontiers in Psychology* [on-line], 2020, vol. 11 [citat 19 oct. 2022]. eISSN 1664-1078. Disponibil: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00616/full

102. GARCÍA, F.E., et. al. Psychometric properties of the Brief-COPE for the evaluation of coping strategies in the Chilean population. In: *Psicologia: Reflexao e Crítica* [on-line], 2018, pp. 31:22 [citat 10 nov. 2022]. ISSN 0102-7972, eISSN 1678-7153. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/326818678_Psychometric_properties_of_the_Brief-COPE_for_the_evaluation_of_coping_strategies_in_the_Chilean_population

103. GARNEFSKI, N., KRAAIJ, V., SPINHOVEN, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. In: *Personality and Individual Differences* [on-line], 2001; vol. 30 (8), pp. 1311-27 [citat 21 oct. 2022]. ISSN 0191-8869. Disponibil: https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/access/item%3A2857687/view

104. GARNEFSKI, N., et. al. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. In: *Journal of Adolescence* [on-line], 2002, vol. 25 (6), pp. 603-11 [citat 13 dec. 2022]. ISSN 01401971, eISSN 10959254. Disponibil: https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/access/item%3A2860478/view

105. GARNEFSKI, N., et. al. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. In: *Journal of Adolescence* [on-line], 2009, vol. 32(2), pp. 449-454 [citat 12 dec. 2022] . ISSN 01401971, eISSN 10959254. Disponibil: https://www.academia.edu/13973779/Brief_report_Cognitive_emotion_regulation_strategies_and_psychological_adjustment_in_adolescents_with_a_chronic_disease

106. Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health [on-line]. Disponibil: https://api.swiss-academies.ch/site/assets/files/15675/who-global_strategy_and_action_plan_on_ageing_and_health.pdf

107. GOLDMAN, R.N., GREENBERG, L.S., ANGUS, L. The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. In: *Psychotherapy Research* [on-line], 2006, vol. 16(5), pp. 537-549 [citat 20 oct. 2023]. ISSN 1050- 3307, e- ISSN 1468- 4381. Disponibil:

https://www.researchgate.net/publication/232763115_The_effects_of_adding_emotion-focused_interventions_to_the_therapeutic_relationship_in_the_treatment_of_depression

108. HAAN, N. *Coping and defending: Processes of self-environment organization*. New York: Academic Press [on-line], 1977, vol. 35, pp. 299-307, 360 p. [citat 07 sept. 2022]. ISBN 9781483263274. Disponibil: https://api.pageplace.de/preview/DT0400.9781483263274_A23867851/preview-9781483263274_A23867851.pdf

109. HA GU, B. The Self and (M)other: An Overview of Winnicottian Object Relations [on-line]. Columbia University, 2018 [citat 04 sept. 2022]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/328176000_The_Self_and_Mother_An_Overview_of_Winnicottian_Object_Relations

110. HANSSON, R. 0., CARPENTER, B. N. *Relationships in old age: Coping with the challenge of transition*. New York: Guilford Press, 1994. 180 p. ISBN-10: 0898621984, ISBN-13: 978-0898621983.

111. HARMON-JONES, E., MILLS, J. An Introduction to Cognitive Dissonance Theory and an Overview of Current Perspectives on the Theory. In: *Cognitive Dissonance: Reexamining a Pivotal Theory in Psychology (2)* [on-line]. Published by American Psychological Association, 2019 [citat 06 sept. 2022]. ISBN 978-1-4338-3010-5. Disponibil: https://www.apa.org/pubs/books/Cognitive-Dissonance-Intro-Sample.pdf

112. HASHEMIPOOR, F,, JAFARI, F., ZABIHI, R. Maladaptive schemas and psychological well-being in premenopausal and postmenopausal women. In: *Przegla. d Menopauzalny* [on-line]. 2019, vol. 18(1), pp. 33-38 [citat 18 nov. 2022]. ISSN 2299-0038. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528035/

113. HASSANI, M., FATHI, A.A.A., RASOULZADEH TABATABAII , S. K. Comparison between the EMSs and perceived parenting styles in couples with problem -focused and emotion -focused coping styles. In: *Journal of Behavioral Sciences*. 2012, vol. 6 (3), pp. 231-235. ISSN-1028-9097.

114. HAWKLEY, L. C., CACIOPPO, J. T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. In*: Annals of Behavioral Medicine*[on-line], 2010, vol. 40(2), pp. 218-227 [citat 02 feb. 2023]. ISSN 0883-6612. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/45283426_Loneliness_Matters_A_Theoretical_and_Empirical_Review_of_Consequences_and_Mechanisms

115. HENTSCHEL, T., HEILMAN, M. E., PEUS C. V. The Multiple Dimensions of Gender Stereotypes: A Current Look at Men's and Women's Characterizations of Others and

Themselves. In: *Frontiers in Psychology* [on-line], 2019, vol. 10 [citat 12 feb. 2023]. ISSN 1664-1078. Disponibil: https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2019.00011/full

116. HERTZOG, C., et. al. Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced?. In: *Psychological Science in the Public Interest* [on-line], 2009, vol. 9(1), pp. 1-65 [citat 08 oct. 2023] Disponibil: https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

117. HESLOP, A., GORMAN, M. Chronic poverty and older people in the developing world. In: *Chronic Poverty Research Centre Working Paper 10* [on-line], 2002 [citat 25 oct. 2022]. ISBN 1-904049-09-5. Disponibil: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08d22ed915d3cfd001832/10Heslop_Gorman.pdf

118. HOLMGREEN, L., et.al. Conservation of Resources Theory. In: *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice* [on-line], 2017, pp. 443-457 [citat 13 nov. 2022]. ISBN-10: 9781118993774, ISBN-13: 978-1118993774. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/313837879_Conservation_of_Resources_Theory

119. IDDON, J., GRANT, L. Behavioural and Cognitive Treatment Interventions in Depression: An analysis of the Evidence Base. In*: Open Journal of Depression* [on-line], 2013, vol. 2, pp. 11-15 [citat 13 nov. 2023]. Disponibil: https://www.scirp.org/pdf/OJD_2013051314485486.pdf

120. INAGAKI, T. K., et.al. The neurobiology of giving versus receiving support: The role of stress-related and social reward-related neural activity. In: *Psychosomatic Medicine* [on-line], 2016, vol. 78(4), pp. 443–453 [citat 13 dec. 2022]. ISSN 0033-3174, eISSN 1534-7796. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/294257677_The_Neurobiology_of_Giving_Versus_Receiving_Support_The_Role_of_Stress-Related_and_Social_Reward-Related_Neural_Activity

121. ISEN, A. M., NYGREN, T. E., ASHBY, F. G. Influence of positive affect on the subjective utility of gains and losses: it is just not worth the risk. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 1988, vol. 55(5), pp. 710–717 [citat 12 feb. 2023]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/19946440_Influence_of_Positive_Affect_on_the_Subjective_Utility_of_Gains_and_Losses_It_Is_Just_Not_Worth_the_Risk

122. JESINOSKI, M.S. *Young's Schema Theory: Exploring the direct and indirect links between negative childhood experiences and temperament to negative affectivity in adulthood*: tz. de disertație. Utah, SUA. Disponibil: https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1841&context=etd

123. JITARU, O., ANGHEL, I.O. Assertiveness in Self-Fulfillment and Professional Success. Interpersonal Dynamics in the Didactic Relation. In: *Psychology* [on-line], 2019, vol. 10, pp. 1235-1247 [citat 12 ian. 2023]. eISSN 2152-7199, ISSN 2152-7180. Disponibil: https://www.scirp.org/pdf/PSYCH_2019070113420329.pdf

124. JONES, R. A. Jung's "Psychology with the Psyche" and the Behavioral Sciences. In: *Behavioral Sciences* [on-line], 2013, vol. 3(3), pp. 408-417 [citat 18 dec. 2022]. ISSN 2076-328X. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4217588/pdf/behavsci-03-00408.pdf

125. KAHANA, E., KAHANA, B. Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. In: *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* [on-line], 1996. pp. 18–40, New York: Springer [citat 21 nov. 2022]. ISBN-10: 082619270X, ISBN-13: 978-0826192707. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/232522002_Conceptual_and_empirical_advances_in_understanding_aging_well_through_proactive_adaptation

126. KELTNER, D., ELLSWORTH, P. C., EDWARDS, K. Beyond simple pessimism: Effects of sadness and anger on social perception. In*: Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 1993, vol. 64, pp. 740–752 [citat 02 feb. 2023]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://www.academia.edu/29354292/Beyond_simple_pessimism_Effects_of_sadness_and_anger_on_social_perception

127. KIM, H. S., SHERMAN, D. K., TAYLOR, S. E. Culture and social support. In: *American Psychologist* [on-line], 2008, vol. 63, pp. 518-526 [citat 02 martie 2023]. ISSN: 0003-066X, eISSN: 1935-990X. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/23259187_Culture_and_Social_Support

128. KOTKAMP-MOTHES, N., et.al. Coping and psychological well-being in families of elderly cancer patients. In: *Critical review in Oncology Hematology*. Jena, 2005, pp. 213-229. ISSN 1040-8428, eISSN 1879-0461.

129. KRAMER, U. Coping and Defense Mechanisms: What's the Difference? – Second Act, Ph.D. [on- line]. . Institute of Psychotherapy, Department of Psychiatry-CHUV, University

of Lausanne, Switzerland, 2010 [citat 21 nov. 2022]. Disponibil: https://core.ac.uk/download/pdf/18139798.pdf

130. KRING, A.M., SLOAN, D.M. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment [on-line]. The Guilford Press, 2009 [citat 12 ian. 2023]. ISBN 9781606234501. Disponibil: https://stoptransingkids.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/12/emotion-regulation-and-psychopathology-book.pdf

131. KUNZMANN, U., LITTLE, T.D.,SMITH, J. Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin aging study. In: *Psychology and Aging* [on-line], 2000, vol. 15, nr.3, pp. 511-526 [citat 12 sept. 2021]. ISSN 0882-7974, eISSN 1939-1498. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/238313043_Is_age-related_stability_of_subjective_well-being_a_paradox_Cross-sectional_and_longitudinal_evidence_from_the_Berlin_Aging_Study

132. LABOUVIE-VIEF, G., GRÜHN, D., STUDER, J. Dynamic integration of emotion and cognition: Equilibrium regulation in development and aging. In: *The handbook of life-span development* [on-line], 2010, nr. 2. [citat 16 nov. 2022]. Disponibil: https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Gruehn/publication/286784728_Dynamic_integration_of_emotion_and_cognition_Equilibrium_regulation_in_development_and_aging/links/5763ff9108aedbc345e8f9b1/Dynamic-integration-of-emotion-and-cognition-Equilibrium-regulation-in-development-and-aging.pdf

133. LACHS, M.S, et.al. The Prevalence of Resident-to-Resident Elder Mistreatment in Nursing Homes. In: *Annals of Internal Medicine* [on-line], 2016, vol. 165(4), pp. 229-36 [citat 12 feb. 2023]. ISSN 0003-4819, eISSN 1539-3704. Disponibil: https://www.fmda.org/2016/resident%20to%20resident%20elder%20abuse%20acp.pdf

134. LAIDLAW, K., MCALPINE, S. Cognitive behaviour therapy: how is it different with older people? In: *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* [on-line], 2008, nr. 26., pp. 250-262 [citat 12 oct. 2022]. ISSN 0894-9085. Disponibil: https://www.unilus.ac.zm/lms/e-books/books/Basic_Sciences/Behavioural%20sciences%20and%20public%20health/COGNITIVE%20BEHAVIOUR%20THERAPY%20WITH%20OLDER%20PEOPLE%20-%20Ken%20Laidlaw.pdf

135. LAK, A., et.al. Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. In: *BMC Public Health* [on-line], 2020, nr. 20 [citat

12 sept. 2021]. ISSN 1471-2458. Disponibil: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-8136-8.pdf

136. LAU, B. W. K. Stres, coping and ageing. In: *The Hong Kong College of Psychiatrists* [on-line], 1994, nr. 4, pp. 39- 44 [citat 10 sept. 2021]. ISSN 1023-0130. Disponibil: https://www.easap.asia/index.php/find-issues/past-issue/item/507-v4n2-9402-p39-44

137. LAZARUS, R.S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966. 466 p.

138. LAZARUS, R.S. *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer, 1999. 320 p. ISBN-10: 0826112501, ISBN-13: 978-0826112507.

139. LAZARUS, R.S., LAUNIER, R. Stress-related transactions between person and environment. In: *Perspectives in interactional psychology*. L. A. Pervin & M. Lewis, eds., 1978, pp. 287–327. ISBN 0306311461.

140. LAZARUS, R.S., DELONGIS, A. Psychological stress and coping in aging. In: *American Psychologist* [on-line], 1983, vol. 38(3), pp. 245-54 [citat 12 dec. 2022]. ISSN: 0003-066X, eISSN: 1935-990X. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/16329062_Psychological_Stress_and_Coping_in_Aging

141. LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. *Stress, Appraisal, and Coping* [on- line]. New York: Springer, 1984, nr. 1, 456 p. [citat 13 nov. 2022]. ISBN 9780826141927, 0826141927. Disponibil: https://books.google.ro/books/about/Stress_Appraisal_and_Coping.html?id=i-ySQQuUpr8C&redir_esc=y

142. LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S. Transactional theory and research on emotions and coping. In: *European Journal of Personality*, 1987, nr. 1, 141–169. eISBN 10990984.

143. LEAHY, R.L. A model of emotional schemas. In: *Cognitive and Behavioral Practice* [on-line], 2022, vol. 9(3), pp. 177–190 [citat 22 sept. 2022]. ISSN 1077-7229, eISSN 1878-187X. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/223775018_A_model_of_emotional_schemas

144. LEE, C.; KEYES, M. Social well-being. In: *Social Psychology Quarterly* [on-line], 1998, vol. 61(2), pp. 121-140 [citat 01 sept. 2021]. ISSN 0190-2725, eISSN: 1939-8999. Disponibil: https://midus.wisc.edu/findings/pdfs/58.pdf

145. LEGRA, M. J. H., F. R. J. VERHEY, F.R.J, VAN ALPHEN, S.P.J. A first step toward integrating schema theory in geriatricpsychiatry: a Delphi study. In: *International Psychogeriatrics* [on-line], 2017, vol. 29(7), pp. 1069- 1076 [citat 25 iulie 2021]. ISSN 1041-

6102, eISSN 1741-203X. Disponibil:

https://www.researchgate.net/publication/315844726_A_first_step_toward_integrating_schema_theory_in_geriatric_psychiatry_a_Delphi_study

146. LEMIEUX, A. Post-Formal Thought in Gerontagogy or beyond Piaget. In: *Journal of Behavioral and Brain Science* [on-line], 2012, vol. 2, pp. 399-406 [citat 11 martie 2023]. .
ISSN 2160-5866, eSSN 2160-5874. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/276490530_Post-Formal_Thought_in_Gerontagogy_or_Beyond_Piaget

147. LIU, J. Concept Analysis: Aggression. In: *Issues in Mental Health Nursing* [on-line], 2004, vol. 25(7), pp. 693–714 [citat 02 feb. 2023]. ISSN 1096-4673. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1570125/pdf/nihms-12068.pdf

148. LIU, L. G, EVANS, L. Understanding agressive behavior across the life span. In: *Journal of Psychiatric Mental Health Nurings* [on-line], 2018, vol. 20(2), pp. 156–168 [citat 14 dec. 2022]. ISSN 1351-0126, eISSN 1365-2850. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3411865/

149. LOCKWOOD, G., PERRIS, P. A new look at core emotional needs. In: *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy,: Research and Practice*, Firts Edition [on-line]. Edited by Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Marjon Nadort, 2012, pp. 41–66 [citat 10 nov. 2022]. ISBN-10: 1119057299, ISBN-13: 978-1119057291. Disponibil: https://www.schematherapieopleidingen.nl/wp-content/uploads/2018/01/New-look-at-core-emotional-needs.pdf

150. LÓPEZ-LÓPEZ, A., et.al. The role of psychological variables in explaining depression in older people with chronic pain. In: *Aging and Mental Health* [on-line], 2008, vol. 12(6), pp. 735–745 [citat 13 feb. 2023]. ISSN 1364-6915. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/23487698_The_role_of_psychological_variables_in_explaining_depression_in_older_people_with_chronic_pain

151. LOUIS, J. P., et.al. Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young positive schema questionnaire (YPSQ) to Complement the Young schema questionnaire 3 Short Form(YSQ-S3). In: *Psychological Assessment* [on-line], 2017, vol. 30(9), pp. 1199–1213 [citat 14 oct. 2022]. ISSN 1040-3590, eISSN 1939-134X. Disponibil: https://core.ac.uk/reader/162667158?utm_source=linkout

152. LYNCH, L, LONG, M, MOORHEAD, A. Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions. In: *American journal of men's health* [on-line], 2018, vol. 12(1), pp. 138-149 [citat 17 ian. 2023]. ISSN: 15579883, eISSN: 15579891.

Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5734535/

153. MANDLER, J.M. Representation and Recall in Infancy. In: *Infant Memory. Advances in the Study of Communication and Affect*. Moscovitch, M. eds. 1984, vol. 9. E-ISBN 978-1- 4615-9364-5

154. MANDLER, J.M. *Stories, Scripts, and Scenes: Aspects of Schema Theory* [on-line]. New York and London, 1984. 144 p. [citat 21 oct. 2021]. ISBN 0-89859-446-4. Disponibil: https://books.google.ca/books?id=qaGYAgAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_book_other_versions_r&cad=2#v=onepage&q&f=false

155. MANDLER, J. M. How to build a baby: On the development of an accessible representational system. In: *Cognitive Development* [on-line], 1988, vol. 3, pp. 113-136 [citat 14 oct. 2023]. Disponibil: https://www.academia.edu/27870167/How_to_build_a_baby_On_the_development_of_an_accessible_representational_system

156. MANDLER, J. M. How to build a baby: II. Conceptual primitives. In: *Psychological Review* [on-line], 1992, vol. 99, nr. 4, pp. 587-604 [citat 14 oct. 2023]. Disponibil: https://www.researchgate.net/profile/Jean-Mandler/publication/21700619_How_to_build_a_baby_II_Conceptual_primitives/links/0deec524157b1f1d81000000/How-to-Build-a-Baby-II-Conceptual-Primitives.pdf

157. MANDLER, J. M., JOHNSON, N. S. Remembrance of things parsed: Story structure and recall. In: *Cognitive Psychology* [on-line], 1977, vol. 9(1), pp. 111–151 [citat 14 oct. 2023]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/242529824_Remembrance_of_things_parsed_Story_structure_and_recall

158. MANDLER, J. M., MCDONOUGH, L. Concept formation in infancy. In: *Cognitive Development* [on-line], 1993, vol. 8, pp. 291-318 [citat 14 oct. 2023]. Disponibil: https://www.academia.edu/16915758/Concept_formation_in_infancy

159. MANSI, H., et.al. Examining the Positive Cognitive Triad: A Link Between Resilience and Well-Being. In: *Psychological Reports*. 2019, vol. 122(3), pp. 776-788. ISSN 0033-
2941.

160. MARDIANA, I, SUSANTO, T, SUSUAMNINGRUM, L. A. Coping strategies and quality of life among older people with hypertension: a cross-sectional study. In: *Cogitare Enfermagem* [on-line], 2021, nr. 26 [citat 13 oct. 2022]. ISSN 1414-8536, eISSN 2176-9133. Disponibil: https://www.scielo.br/j/cenf/a/pMzDB9SrBQ34Gk86hZQP4Fc/?lang=en&format=pdf

161. MARKUS, H. Self-schemata and processing information about the self. In: *Journal of Personality and social Psychology* [on-line], 1977, vol. 35(2), pp. 63–78 [citat 02 dec. 2022].
ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/232572305_Self-schemata_and_processing_information_about_the_self

162. MAROTO-RODRIGUEZ, J., et.al. A Mediterranean lifestyle and frailty incidence in older adults: the Seniors-ENRICA-1 cohort. In: *Journals of Gerontology: Medical Sciences* [on-line], 2021, vol. 77(9), pp. 1845–1852. Disponibil: https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/77/9/1845/6382331?login=false

163. MARSISKE, M., et.al. Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. In: *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* [on-line] R. A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), 1995, pp. 35–79 [citat 16 ian. 2024]. ISBN 9781138876477. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/232535304_Selective_optimization_with_compensation_Life-span_perspectives_on_successful_human_development

164. MARTIN, P., et.al. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept?. In: *The Gerontologist* [on-line], 2014, vol. 55(1), pp. 14–25 [citat 14 iul. 2021]. ISSN 0016-9013. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/262529346_Defining_Successful_Aging_A_Tangible_or_Elusive_Concept

165. MASTER, S. L., et.al. A picture's worth partner photographs reduce experimentally induced pain. In: *Psychological Science* [on-line], 2009, 20(11), pp. 1316-1318. [citat 25 nov. 2022]. ISSN 0956-7976, eISSN 1467-9280. Disponibil: https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=5c1a766613fbf38633bc3a293035a9b2321d9f7f

166. MATA, R., SCHOOLER, L. J., RIESKAMP, J. The aging decision maker: Cognitive aging and the adaptive selection of decision strategies. In: *Psychology and Aging* [on-line], 2007, vol. 22(4), pp. 796–810 [citat 12 feb. 2023]. ISSN: 0882-7974, eISSN: 1939-1498. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/5671627_The_Aging_Decision_Maker_Cognitive_Aging_and_the_Adaptive_Selection_of_Decision_Strategies

167. MCDONOUGH, P., WALTERS, V. Gender and health: Reassessing patterns and explanations. In: *Social Science and Medicine* [on-line], 2001, vol.52(4), pp. 547–559 [citat

02 feb. 2023]. ISSN: 0277-9536, eISSN: 1873-5347. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953600001593?via%3Dihub

168. MCFADDEN, P., et.al. The Role of Coping in the Wellbeing and Work-Related Quality of Life of UK Health and Social Care Workers during COVID-19. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* [on-line], 2021, vol. 18(2), pp. 815 [citat 04 feb. 2022]. ISSN 1661-7827, eISSN: 1660-4601. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832874/

169. MCKENZIE, S.K., et.al. Masculinity, Social Connectedness, and Mental Health: Men's Diverse Patterns of Practice. In: *American Journal of Mens Health* [on-line], 2018, vol. 12(5), pp. 1247-1261 [citat 17 ian. 2023]. ISSN: 15579883, eISSN: 15579891. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6142169/

170. MENNIN, D.S, FRESCO, D.M. Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. In: *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). J. J. Gross (Ed.), The Guilford Press. 2009; pp. 469–490. ISBN 978-1-4625-4941-2.

171. MEYER, B. Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* [on-line], 2001, vol. 23(4), pp. 265–277 [citat 2 nov. 2022]. ISSN: 08822689, eISSN: 15733505. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/230777426_Coping_with_Severe_Mental_Illness_Relations_of_the_Brief_COPE_with_Symptoms_Functioning_and_Well-Being

172. MOMTAZ, Y. A., IBRAHIM, R., HAMID, T.A. The impact of giving support to others on older adults' perceived health status. In: *Psychogeriatrics* [on- line], 2014, vol. 14(1), pp. 31–37 [citat 22 nov. 2022]. ISSN: 1346-3500, eISSN: 1479-8301. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/259152093_The_impact_of_giving_support_to_others_on_older_adults'_perceived_health_status

173. MOOS, R. H., SCHAEFER, J. A. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In: *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. L. Goldberger & S. Breznitz, eds., New York: Free Press., 1993, pp. 234–257. ISBN-10 : 0029119502, ISBN-13 : 978-0029119501

174. MOOS, R.H., et.al. Older adults' coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial/ work stressors. In: *International Journal of Aging and Human Development* [on-line], 2006, vol. 62(1), pp. 39-59 [citat 21 nov. 2023].

ISSN: 1541-3535. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948895/pdf/nihms25120.pdf

175. MOYAL, N., HENIK, A., ANHOLT, G.E.. Cognitive strategies to regulate emotions-current evidence and future directions. In: *Frontiers in Psychology* [on-line], 2014, nr. 4 (1019) [citat 12 dec. 2022]. ISSN: 1664-1078. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887268/

176. MUDRAK, S. The influence of age, gender and creativity of profession on manipulation behavior of young people. In: *E3S Web of Conferences* [on-line], 2023 [citat 16 apr. 2023]. ISSN: 2267-1242. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/373654333_The_influence_of_age_gender_and_creativity_of_profession_on_manipulation_behavior_of_young_people

177. NAZARI, F, KAKAVAND, A, FARAHANI, M. The relationships between early maladaptive schemas and mothers parenting styles and children's external disorders. In: *Applied Psychology*. 2015, vol. 9, nr. 2(34), pp. 115–135. ISSN: 0021-9010, eISSN: 1939-1854.

178. NEJAD, A. I. *The Schema: A Structural or a Functional Pattern* [on- line]. Illinois: Center for The Study of Reading, 1980 [citat 16 sept. 2021]. Disponibil: https://core.ac.uk/download/pdf/4826011.pdf

179. OBEID, S., KAZOUR, F., KAZOUR, G. Living environment and activation of early maladaptive schemas specific to the elderly: Comparative study among 80 individuals. In: *L'Encéphale* [on-line], 2015, vol 41, nr. 1 [citat 25 iul. 2021]. ISSN: 0013-7006. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700615000044?via%3Dihub

180. OMAN, R., KING, A. The Effect of Life Events and Exercise Programme Format on the Adoption and Maintenance of Exercise Behavior. In*: Health Psychology* [on-line], 2000, 19, pp. 605–612 [citat 10 nov. 2022]. ISSN 0278-6133, eISSN 1930-7810. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/12200269_The_effect_of_life_events_and_exercise_program_format_on_the_adoption_and_maintenance_of_exercise_behavior

181. ORANG, S., HASHEMI RAZINI, H., ABDOLLAHI, M.H. Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Meaning of Life and Psychological Well-Being of the Elderly. In: *Iranian Journal of Ageing* [on-line], 2017, vol. 12 (3), pp. 326-345 [citat 23 nov. 2022]. ISSN 1735-806X. Disponibil: http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-1320-en.pdf

182. OSBORN, A. F. *Applied Imagination: Principles and Procedures of Creative Problem Solving*. New York: Charles Scribner's Sons, 1953. 417 p. ISBN 9780684104393

183. PACE, T.M. Schema Theory: A Framework for Research and Practice in Psychotherapy. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998, vol. 2(3), pp. 147- 163. ISSN 1938-887X.

184. PADESKY, C. A. Schema change processes in cognitive therapy. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy* [on-line], 1994, vol. 1, nr. 5, pp. 267- 278 [citat 03 sept. 2021]. ISSN: 1063-3995. Disponibil: https://sfile.f-static.com/image/users/260408/ftp/my_files/articles/schema_change_article_permissions.pdf?id=25163741

185. PEARLIN, L. I., SCHOOLER, C. The structure of coping. In: *Journal of Health and Social Behavior* [on-line], 1978, nr. 19, pp. 2–21 [citat 25 nov. 2022]. ISSN: 00221465. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/22492243_The_Structure_of_Coping

186. POON, C.Y., KNIGHT, B.G. Influence of sad mood and old age schema on older adults' attention to physical symptoms. In: *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* [on-line], 64B(1), pp. 41–4. [citat 07 nov. 2022]. ISSN 1079-5014, ISSN 1758-5368. Disponibil: https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/64B/1/41/617427

187. PRICE, J.P. Cognitive schemas, defense mechanism and post-traumatic stresssymptomatology. In: P*sychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2008, 80, pp. 343–353. ISSN: 1476-0835, eISSN: 2044-8341.

188. PRINCE, R.K. Early maladaptive schemas: The role of gender. In: *Theses Digitization Project.* 3714 Disponibil: https://scholarworks.lib.csusb.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4798&context=etd-project

189. PROHASKA, T. R., et.al. Health practices and illness cognition in young, middle-aged, and elderly adults. In: *Journal of Gerontology* [on-line], 1985, vol. 40(5), pp. 569–578 [citat 14 sept. 2021]. ISSN: 0022-1422. Disponibil: https://doi.org/10.1093/geronj/40.5.5699

190. PTACEK, J. T., SMITH, R. E., ZANAS, J. Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. In: *Journal of Personality*. 1992, vol. 60(4), pp. 747–770. ISSN 0022-3506, eISSN 1467-6494.

191. PÜLLÜM, E., AKYIL, R.Ç. Loneliness and social isolation among eldely people. In: *Meandros Medical And Dental Journal* [on-line], 2017, nr. 18, pp. 158 [citat 16 nov. 2022]. ISSN 2149-9063. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/321060851_Loneliness_and_Social_Isolation_among_Eldely_People

192. RAUT, N.B., et.al Study of loneliness, depression and coping mechanisms in elderly. In: *Journal of geriatric mental health* [on-line], 2014, vol. 1, pp. 20-27 [citat 10 nov. 2022]. ISSN: 23489995, e-ISSN: 23953322. Disponibil:

https://www.researchgate.net/publication/267325149_Study_of_loneliness_depression_and_coping_mechanisms_in_elderly

193. RAFAELI, E., et. al. The self in schema therapy. In: *The self in understanding and treating psychological disorders*. 2016, pp. 59-70, Cambridge University Press. ISBN-10: 1107079144, ISBN-13: 978-1107079144

194. REITZ, A. K. Self-esteem development and life events: A review and integrative process framework. In: *Social and Personality Psychology Compass* [on-line], 2022, vol. 16 (11) [citat 14 nov. 2023]. ISSN 1751-9004, eISSN 1751-9004. Disponibil: https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/spc3.12709

195. RENTSCH, J.R., MOT, I., ABBE, A. *Identifying the Core Content and Structure of a Schema for Cultural Understanding* [on-line]. Arlington, VA: United States Army Research Institute, 2009 [citat 25 nov. 2021] Disponibil: https://apps.dtic.mil/sti/pdfs/ADA501597.pdf

196. RIBEIRO, M. D. S, et. al. Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. In: *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [on-line], 2017, vol. 20, nr. 6, pp. 869-877 [citat 09 sept. 2021]. ISSN 1809-9823, e-ISSN 1981-2256. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/329167744_Coping_strategies_used_by_the_elderly_regarding_aging_and_death_an_integrative_review

197. RISO, L. P., et.al. *Cognitive schemas and core belief* [on-line]. 2007 [citat 16 dec. 2022]. ISBN-13: 978-1-59147-782-2, ISBN-10: 1-59147-782-4. Disponibil: http://www.amas.hk/pdf/shijianshenxue/5/1045)Cognitive%20schemas%20and%20core%20beliefs%20in%20psychological%20problems%20%20(Lawrence%20P.%20Riso,%20Pieter%20L.%20du%20Toit%20etc.).pdf

198. ROBERT, E., GREENBERG, L.S. Emotion-focused therapy. In: *Person-Centred Counselling and Psychotherapy* [on-line], 2016, pp. 212-222 [citat 03 ian. 2024] ISBN 9780335263547. Disponibil: https://strathprints.strath.ac.uk/61216/1/Elliott_Greenberg_McGraw_Hill_OUP_2017_Emotion_focused_therapy.pdf

199. RODRÍGUEZ, T. M., et. al. Coping strategies in older adults as a function of sociodemographic variables. In: *Escritos de Psicología* [on-line], 2015, nr. 8, pp. 207-216 [citat 16 sept. 2021]. ISSN 1989-3809. Disponibil: https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v8n3/informe4.pdf

200. ROGER, D., JARVIS, G., NAJARIAN, B. Detachment and Coping: The Construction and Validation of a New Scale for Measuring Coping Strategies. In:

Individual Differences [on-line], 1993, 15, pp. 619-626 [citat 12 oct. 2022]. ISSN 0191-8869. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/229404177_Detachment_and_coping_The_construction_and_validation_of_a_new_scale_for_measuring_coping_strategies

201. ROSENFIELD, S., MOUZON, D. Gender and mental health. In: *Handbook of the sociology of mental health* [on-line]. New York: Springer, 2013, pp. 277–296 [citat 20 nov. 2022]. ISBN-10: 9400742762, ISBN-13: 9789400742765. Disponibil: https://ro.scribd.com/document/550969628/Rosenfield-Mouzon-2013-Gender-and-Mental-Health

202. RYAN, R.M.; DECI, E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. In: *American Psychologist* [on-line], 2000, vol. 55, nr. 1, pp. 68-78 [citat 12 aug. 2021]. ISSN 0003-066X, eISSN 1935-990X. Disponibil https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf

203. RYAN, R.M.; HUTA, V. Wellness as healthy functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking (response to the Kashdan et al. and Waterman discussion). In: *The Journal of Positive Psychology* [on-line], 2009, vol. 4, nr. 3, pp. 202–204 [citat 10 sept. 2021]. ISSN 1743-9779. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/232843315_Wellness_as_healthy_functioning_or_wellness_as_happiness_The_importance_of_eudaimonic_thinking_response_to_the_Kashdan_et_al_and_Waterman_discussion

204. RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 1989, 57(6), pp. 1069–1081 [citat 14 oct. 2022]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/11/2-Happiness-is-everything-or-is-it.pdf

205. RYFF, C. D. Psychological well-being in adult life. In: *Current Directions in Psychological Science* [on-line], 1995, vol. 4, nr. 4, pp. 99-104 [citat 12 oct. 2022]. Disponibil: https://scottbarrykaufman.com/wp-content/uploads/2015/11/RISE-psychological-wellbeing-in-adulthood.pdf

206. RYFF, C.D., KEYES, C.L.M. The structure of Psychological well-being revisited. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 1995, vol. 69, nr. 4, pp. 719–727 [citat 10 sept. 2021]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.407.1311&rep=rep1&type=pdf

207. RYFF, C.D., SINGER, B. Know thyself what you are: a eudaimonia approach to psychological well-being. In: *Journal of Happiness Studies* [on-line], 2008, vol 9, pp. 13-39 [citat 12 sept. 2021]. ISSN 1389-4978. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/23545616_Know_Thyself_and_Become_What_You_Are_A_Eudaimonic_Approach_to_Psychological_Well-Being

208. SAADATI, H., et.al. Predicting depression among the elderly by stressful life events and coping strategies. In: *Journal of Family Medicine and Primary Care* [on-line], 2021, vol. 10, nr. 12, pp. 4542-4547 [citat 16 nov. 2021]. ISSN: 2249-4863. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/357792247_Predicting_depression_among_the_elderly_by_stressful_life_events_and_coping_strategies

209. SAADEH, M., et. al. The Role of Psychological and Social Well-being on Physical Function Trajectories in Older Adults. In: *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [on-line], 2020, vol. 75, nr. 8, pp. 1579-158 [citat 09 sept. 2022]. ISSN 1079-5006, eISSN 1758-535X. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7357580/

210. SAGLIA, L. *Kant's notion of a transcendental schema: the constitution of objective knowledge between epistemology and psychology*. tz.de doct în filosofie. Barcelona, 2018

211. ŠARE, S, et.al. Self-Esteem, Anxiety, and Depression in Older People in Nursing Homes. In: *Healthcare (Basel)* [on-line], 2021, vol. 9, nr. 8, pp. 1035 [citat 12 nov. 2022]. ISSN 2227-9032. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/353854465_Self-Esteem_Anxiety_and_Depression_in_Older_People_in_Nursing_Homes

212. SCHEIER, M. F., CARVER, C. S. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. In: *Cognitive Therapy and Research* [on-line], 1992, vol. 6, nr. 2, pp. 201-228 [citat 14 nov. 2023]. Disponibil: https://is.muni.cz/el/med/podzim2020/aVLMH011/105374407/Effects_of_optimism_on_psychological_and_physical_wellbeing.pdf?lang=cs

213. SCHMIDT, N. B., JOINER, T. E. Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004, nr. 26, pp. 65–72. ISSN 08822689, eISSN 15733505.

214. SCHOENMAKERS, E. C, VAN TILBURG, T. G., FOKKEMA, T. Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: how are they related? In*: European Journal of Ageing* [on-line], 2015, vol. 12, nr. 2, pp. 153-161 [citat 13 nov. 2022]. ISSN 1613-9380. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/273137480_Problem-focused_and_emotion-focused_coping_options_and_loneliness_How_are_they_related

215. SCHROOTS, J.J.F. Theoretical Developments in the Psychology of Aging. In: *The Gerontologist* [on-line], 1996, vol. 36, nr. 6, pp. 742–774 [citat 13 oct. 2021]. eISSN 0016-9013. Disponibil: https://academic.oup.com/gerontologist/article/36/6/742/567063

216. SEAH, B., WANG, W. Shape: a healthy aging community project designed based on the salutogenic theory. In: *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*. Cham: Springer [on-line], 2021, pp. 329-347. Haugan G., Eriksson M. (eds). [citat 15 nov. 2023]. ISBN-13: 978-3-030-63134-5. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585679/

217. SELIGMAN, M. E. P. Positive Psychology, Positive Prevention and Positive Therapy. In: *Handbook of Positive Psychology* [on-line], 2002, pp. 1-9 [citat 12 sept. 2021]. ISBN-10: 0195135334, ISBN-13: 978-0195135336. Disponibil: http://www-personal.umich.edu/~prestos/Downloads/DC/10-7_Seligman2002.pdf

218. SHING, E.Z., JAYAWICKREME, E., WAUGH, C.E. Contextual positive coping as a factor contributing to resilience after disasters. In: *Journal of Clinical Psychology* [on-line], 2016, nr. 72, pp. 1287–1306 [citat 21 nov. 2023]. ISSN 0021-9762, eISSN 1097-4679. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/305312823_Contextual_Positive_Coping_as_a_Factor_Contributing_to_Resilience_After_Disasters_Contextual_Positive_Coping

219. SHOREY, R. C., ANDERSON, S. E., STUART, G. L. Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. In: *Substance Use Misuse* [on-line], 2012, vol. 47, nr. 1, pp. 108-116 [citat 13 ian. 2023]. ISSN 1532-2491. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3382082/

220. SHRIVASTAVA, S.R.B.L.; SHRIVASTAVA, P.S.; RAMASAMY, J. Health-care of Elderly: Determinants, Needs and Services. In: *International Journal of Preventive Medicine* [on-line], 2013, nr. 4, pp. 1224–1225 [citat 12 dec. 2022]. eISSN 2582-7588. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/259250176_Health-care_of_Elderly_Determinants_Needs_and_Services

221. SKINNER, B. F. Intellectual self-management in old age. In: *American Psychology* [on-line], 1983, vol. 38, nr. 3, pp. 239-444 [citat 09 sept. 2021]. Disponibil http://www.appstate.edu/~steelekm/classes/psy5150/Documents/Skinner1983.pdf

222. SKINNER, E.A., et. al. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. In: *Psychological Bulletin* [on-line], 2003, nr. 129, pp. 216–269 [citat 13 dec. 2022]. ISSN 0033-2909, eISSN 1939-1455. Disponibil:

https://www.researchgate.net/publication/10803238_Searching_for_the_Structure_of_Coping_A_Review_and_Critique_of_Category_Systems_for_Classifying_Ways_of_Coping

223. SOUTHWICK, S. M., et.al. Why are some individuals more resilient than others: The role of social support. In: *World Psychiatry* [on-line], 2023, vol. 15, nr. 1, pp. 77–79 [citat 12 feb. 2023]. ISSN 1723-8617, eISSN 2051-5545. Disponibil: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eip.13371

224. STILES, O. E. *Early Maladaptive Schemas and Intimacy in Young Adults Romantic Relationship*. dct.tz. San Francisco, USA: Alliant International University. 2004

225. SULS, J., FLETCHER, B. The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: A meta-analysis. In: *Health Psychology*. 1985, vol. 4, nr. 3, pp. 249–288. ISSN 0278-6133, eISSN 1930-7810

226. SULS, J., DAVID, J. P., HARVEY, J. H. Personality and coping: Three generations of research. In: *Journal of Personality* [on-line], 1996, 64, pp. 711–735 [citat 13 nov. 2022]. ISSN 0022-3506, eISSN 1467-6494. Disponibil: https://www.academia.edu/70472118/Personality_and_Coping_Three_Generations_of_Research

227. SU-ZU TSENG, M.S.N., R.N., RUEY-HSIA WANG, M.S., R.N. Quality of life and related factors among elderly nursing home residents in southern Taiwan. In: *Public Health Nursing*. 2001, vol. 18, pp. 304–311. ISSN 0737-1209, eISSN 1525-1446.

228. SWIMMER, G. I., RAMANAIAH, N. V. Convergent and discriminant validity of selected assertiveness measures. In: *Journal of Personality and Social Psychology*. 1985, nr. 49, pp. 243-249. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315.

229. SZE, J. A., et.al. Greater emotional empathy and prosocial behavior in late life. In: *Emotion* [on-line], 2012, nr. 12, pp. 1129-1140 [citat 03 ian. 2023]. ISSN 1528-3542, eISSN 1931-1516. Disponibil: https://www.academia.edu/57278331/Greater_emotional_empathy_and_prosocial_behavior_in_late_life?uc-sb-sw=6731092

230. TAYLOR, S. E. Social support. In: *The Oxford handbook of health psychology* . New York: NY: Oxford University Press, 2011, pp. 189-214. ISBN-10: 0199365075, ISBN-13: 978-0199365074

231. THUMALA, D., et. al. Coping processes that foster accommodation to loss in old age. In: *Aging and Mental Health*. 2022, vol. 24(2), pp. 300-307. ISSN 1364-6915.

232. TOVEL, H., CARMEL, S. Maintaining successful aging: the role of coping patterns and

resources. In: *Journal of Happiness Studies* [on-line], 2014, vol. 15(2), pp. 255–270 [citat 12

sept. 2022]. ISSN 1389-4978. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/257589408_Maintaining_Successful_Aging_The_Role_of_Coping_Patterns_and_Resources

233. UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. Disponibil: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_28

234. URBAŃSKA, J., SŁYSZ, A. The role of early maladaptive schemas in the change in general mental health and well-being during the covid-19 coronavirus pandemic. In: *Journal of Evidence-Based Psychotherapies* [on-line], 2023, vol. 23, pp. 153-166 [citat 02 sept.
2023]. ISSN 2360 – 0853. Disponibil: http://jebp.psychotherapy.ro/wp-content/uploads/2023/04/08.pdf

235. VAILLANT, G. E. Natural history of male psychological health: V. The relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. In: *Archives of General Psychiatry* [on-line], 1976, vol. 33, pp. 535-545 [citat 27 aug. 2023]. Disponibil: http://45.79.0.65/Vaillant-1976-ArchGenPsych.pdf

236. VAILLANT, G. E. *Adaptation to life*. Harvard University Press, 1998. 416 p. ISBN 978-0674004146

237. VAILLANT, G. E. *Ego mechanisms of defense: A Guide for Clinicans and Researchers.* Washington, DC: American Psychiatric Pub., 1992. 320 p. ISBN-10: 0880484047, ISBN-13: 9780880484046.

238. VAILLANT, G. E. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. In: *Journal of Abnormal Psychology* [on-line], 1994, nr. 103(1), pp. 44–50 [citat 18 oct. 2022]. ISSN 0021843X, eISSN 1939843X. Disponibil: https://static1.squarespace.com/static/5e8cca3f54b123010e2d5787/t/5ea5f9c042897a7830463d3d/1587935681285/vaillant.-ego-mechanisms-of-defense.pdf

239. VALLERAND, R. J., PELLETIER, L. G., KOESTNER, R. Reflections on self-determination theory. In: *Canadian Psychology* [on-line], 2008, nr. 49(3), pp. 257 [citat 12 dec. 2022]. ISSN 0708-5591, eISSN 1878-7304. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/232531462_Reflections_on_Self-Determination_Theory

240. VAN ALPHEN, S. P. J., et.al. Features and challenges of personality disordersin late life. In: *Aging and Mental Health* [on-line], 2012, nr. 16 [citat 24 iul. 2021]. ISSN 1364-

6915. Disponibil: https://www.trimbos.nl/docs/e73f7b9b-2c8b-4f14-bfbb-7349e9b2705e.pdf

241. VAN MERRINBOER, J.J.G, PAAS, F.G.W.C. Automation and Schema Acquisition in Learning Elementary Computer Programming: Implications for the Design of Practice. In: *Computers in Human Behavior* [on-line], 1990, nr. 6, pp. 273-289 [citat 13 dec. 2023]. ISSN 0747-5632. Disponibil: https://ris.utwente.nl/ws/files/6709930/Merrienboer90automation.pdf

242. VIDELER, A. C., et.al. Effects of schema group therapy in elderly outpatients: a proof of concept study. In: *International Psychogeriatrics* [on-line], 2014, nr. 26(10), pp. 1709- 1717 [citat 25 iul. 2021]. ISSN 1041-6102, eISSN 1741-203X. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/263709274_Effects_of_schema_group_therapy_in_older_outpatients_a_proof_of_concept_study_-_CORRIGENDUM

243. VIDELER, A. C., et. al. Schema therapy for personality disorders in older adults: a multiple-baseline study. In: *Aging and Mental Health* [on-line], 2018, vol. 22, nr. 6, pp. 738-747 [citat 25 iul. 2021]. ISSN 1364-6915. Disponibil: https://www.trimbos.nl/docs/a75f5041-b62d-467c-81d7-7f589011dab3.pdf

244. WADA, H. Problems and strategies in the treatment of mental disorders in elderly patients with physical illness. In: *Nippon Ronen Igakkai Zasshi Japanese Journal of Geriatrics*. 2000, nr. 37, pp. 885–888. ISSN 0300-9173.

245. WAGONER, B. Bartlett's concept of schema in reconstruction. In: *Theory & Psychology* [on-line], 2013, vol. 23(5), pp. 553-575 [citat 20 nov. 2023]. ISSN 0959-3543. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/257472575_Bartlett's_concept_of_schema_in_reconstruction

246. WAGNILD, G. M., YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. In: *Journal of Nursing Measurement* [on-line], 1993, vol. 1(2), pp. 165-178 [citat 04 nov. 2023]. Disponibil: https://www.academia.edu/6675361/Development_and_Psychometric_Evaluation_of_the_Resilience_Scale

247. WALKER, E. A. *Spiritual support in relation to community violence exposure, aggressive outcomes, and psychological adjustment among inner-city young adolescents.* Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering [on-line], 2000, 61(6-B), 3295 [citat 05 ian. 2023] Disponibil: https://www.proquest.com/openview/09cbf24310e37b3b44fd2ee50f68b138/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

248. WANG, C.E., HALVORSEN, M., EISEMANN, M. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. In: *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* [on-line], 2010, nr. 41,

pp. 389–396

[citat 23 ian. 2023]. eISSN 1873-7943. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005791610000509?via%3Dihub

249. WATERMAN, A. S. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. In: *Journal of Personality and Social Psychology* [on-line], 1993, 64, nr. 4, pp. 678–691 [citat 16 ian. 2023]. ISSN 0022-3514, eISSN 1939-1315. Disponibil: https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.907.5829&rep=rep1&type=pdf

250. WEBB, C.E., DENNIS, N. Memory for the usual: the influence of schemas on memory for non-schematic information in younger and older adults. In: *Cognitive Neuropsychology*. [on-line], 2020, vol. 37(1-2), pp. 58–74 [citat 19 dec. 2022]. ISSN 0264-3294. Disponibil https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8919503/pdf/nihms-1780443.pdf

251. WEDIN, R.W. *The effects of experimental stress on measures of Piagetian intelligence in concrete operational children*. Unpublished doctoral dissertation. Long Island University. 1977

252. WELBURN, K., et. al. The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms.In: *Cognitive Therapy and Research* [on-line], 2002, vol. 26(4), pp. 519–530 [citat 01 dec. 2022]. ISSN 0147-5916 Disponibil: https://www.academia.edu/59043777/The_Schema_Questionnaire_Short_Form_Factor_Analysis_and_Relationship_Between_Schemas_and_Symptoms

253. WERNER, K.H., et.al. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. In: *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* [on-line], 2011, vol. 33(3), pp. 346-54 [citat 17 nov. 2022]. ISSN 08822689, eISSN 15733505. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/225322131_Assessing_Emotion_Regulation_in_Social_Anxiety_Disorder_The_Emotion_Regulation_Interview

254. World report on aging and health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [on- line]. ISBN N 978-92-4-156504-2 [citat 07 nov. 2023]. Disponibil: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1

255. WU, Y. Can the social loneliness of the older adults be alleviated through social participation with the support of the community and stakeholders? A sustainable activity design study. In: *With Design: Reinventing Design Mode*s, 2022, pp. 3481–3290. ISBN 9811944741.

256. YOUNG, J.E. *Cognitive therapy of personality disorders, schema-focused approach*. Practitioner's Resource Series, 3rd Edition, 1994. 80 p. ISBN-10: 1568870477, ISBN-13: 978-1568870472.

257. YOUSEFI, N., et. al. Comparing early maladaptive schemas among divorced and non-divorced couples as predictors of divorce. In: *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010, nr. 16, pp. 21-33. ISSN 17354315, eISSN 22287515.

258. YU, R., et. al. Aggressive behaviors in Alzheimer disease and mild cognitive impairment: Systematic review and meta-analysis. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* [on-line], 2019, nr. 27(3), pp. 290–300 [citat 20 ian. 2023]. ISSN 1064-7481. Disponibil: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748118305293

ANEXE

Anexa 1- Instrumente de cercetare și interpretare cantitativă

Anexa 1.1 - Mini testul pentru examinarea stării mintale - MMSE (Mini Mental State Examination)

Indicații aplicare: Așezați pacientul într-o poziție comodă și stabiliți o bună comunicare cu acesta. Puneți întrebările în ordinea prezentată. Acordați câte 1 punct pentru fiecare răspuns corect. Scorul maxim este de 30 puncte.

Consemn: *Am să vă adresez câteva întrebări pentru a aprecia cum funcționează memoria dumneavoastră. Unele sunt foarte simple, altele mai puțin. Încercați să răspundeți cât de bine puteți.*

Orietare temporală

În ce dată suntem astăzi?

Dacă răspunsul este incorect sau incomplet, adresați întrebările de mai jos în ordinea specificată:

1. În ce an suntem? 1 _____

2. În ce anotimp suntem? 1 _____

3. În ce lună? 1 _____

4. În ce dată? 1 _____

5. În ce zi a săptămânii suntem? 1 _____

Consemn: *Acum vreau să vă adresez câteva întrebări despre locul în care ne aflăm.*

Orientare spațială

6. În ce cartier suntem? 1 _____
7. În ce țară suntem? 1 _____
8. În ce județ suntem? 1 _____
9. În ce oraș ne aflăm? 1 _____
10. La ce etaj ne aflăm? 1 _____

Memoria imediată

Indicații aplicare: Întrebați pacientul dacă vă permite să- i testați memoria. Apoi rostiți tare și clar numele a trei obiecte, fără vreo legătură între ele, cu pauze de câte o secundă. Cereți

pacientului să le repete pe toate trei. Notați cu 1 punct fiecare cuvânt corect repetat; scorul se calculează în funcție de prima încercare de a le repeta (0-3), dar dacă nu reușește de prima dată, reluați testarea până când pacientul repetă toate trei cuvintele (încercați de maxim 5 ori). Dacă pacientul nu le poate învăța pe toate, memoria imediată nu poate fi evaluată corespunzător.

Consemn: *Am să vă spun trei cuvinte. Aș dori să mi le repetați și să încercați să le rețineți, deoarece vă voi cere în curând să mi le spuneți.*

11. Măr
12. Masă
13. Monedă

Repetati cuvintele pe care vi le-am spus: _____

Atenție și calcul mintal

Indicații aplicare: Pacientul trebuie să scadă din 7 în 7, pornind de la 100 și să se oprească după 5 scăderi. Notați cu 1 punct fiecare scădere corectă. Dacă greșește, întrebați „Sunteti sigur?‖, iar dacă răspunsul este corect, acordați punctul.

14. 100 – 7 = 93	1	_____
15. 93 – 7 = 86	1	_____
16. 86 – 7 = 79	1	_____
17. 79 – 7 = 72	1	_____
18. 72 – 7 = 65	1	_____

Alternativ: dacă pacientul nu poate îndeplini testul anterior, cereți-i să rostească invers cuvântul ,,avion": A_V_I_O_N. Scorul corespunde numărului de litere aflate în poziție corectă. În scorul total MMSE va fi inclus rezultatul doar unuia dintre cele două aplicații.

14.- 18. N_O_I_V_A _____

Memorie pe termen scurt

Consemn: *Vă amintiți cele trei cuvinte pe care le-ați repetat puțin mai devreme? Vă rog să mi le spuneți.*

Notați cu 1 punct fiecare cuvânt repetat:

19. Măr	1	_____
20. Masă	1	_____
21. Monedă	1	_____

Limbaj

Notați cu 1 punct fiecare răspuns corect:

22. Arătăm pacientului un creion.

Ce reprezintă acest obiect? 1 _____

23. Arătăm pacientului un ceas.

Ce reprezintă acest obiect? 1 _____

Repetare

Consemn: *Repetați următoarea propoziție:*

24. Nu există dacă, nu există dar. 1 _____

Înțelegerea unei comenzi

Indicații aplicare: cereți pacientului executarea unei comenzi triple. Notați cu un punct executarea corectă a fiecărei comenzi în parte.

25. Luați foaia de hârtie în mâna dreaptă. 1 _____

26. Împăturiți-o în două. 1 _____

27. Așezați-o jos. 1 _____

Citirea și executarea comenzii

Indicații aplicare: arătați pacientului o foaie de hârtie pe care scrieți cu litere mari *„Închideți ochii”*. Cereți-i să citească și să facă ceea ce este scris pe foaie.

Notați cu un punct executarea corectă a ordinului.

28) *Faceți ceea ce scrie pe aceeastă foaie.* 1 _____

Scriere

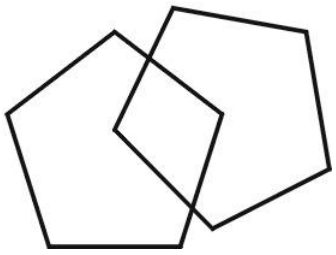
Indicații aplicare: Cereți pacientului să scrie o propoziție. Nu-i dictați propoziția, pacientul trebuie să o scrie spontan. Notați cu 1 punct o propoziție care conține un predicat și un subiect, corectă din punct de vedere semantic, indiferent de gramatică sau ortografie.

29) *Scrieți-mi o propoziție, ceea ce vreți, dar să fie o propoziție.* 1 _____

Copierea desenului

Indicații aplicare: Arătați pacientului o foaie de hârtie pe care sunt desenate două pentagoane care se intersectează, fiecare având laturile de aproximativ 2,5 cm și întrebați: „Poți reproduce acest desen?‖ Notați cu 1 punct dacă toate cele 10 unghiuri sunt reprezentate și cele două figuri se intersectează corect. Tremurăturile și rotația figurilor vor fi ignorate.

30) *Copiați acest desen pe această foaie.* 1 _____



Intrepretare

Scor MMSE	Stadiul	Caracteristici
30	Normal	Fără simptome
24 - 27	Tulburări cognitive inițiale	Simptome mnezice
21 - 23	Faza ușoară	Deficite mnezice și de gândire conturate
18 - 20	Faza moderată	Deficite cognitive clare
15 - 17	Faza marcată	Simptome cognitive și psihiatrice Necesită un grad de asistență
12 - 16	Faza severă	Necesită asistență pentru activități obisnuite zilnice
0 - 11	Faza gravă	Necesită asistare instituționalizată

Scor MMSE	Funcția cognitivă
27 - 30	Funcție cognitivă normală
21 - 26	Afectare cognitivă ușoară
11 - 20	Afectare cognitivă moderată
0 - 10	Tulburare cognitivă gravă

Anexa 1.2- Chestionarul schemelor cognitive Young- forma scurtă 3- YSQ-S3

Consemn: lista de mai jos cuprinde afirmații folosite de către o persoană pentru a se descrie pe sine. Vă rugăm să citiți cu atenție fiecare afirmație și să decideți cât de bine vă descrie pe dumneavoastră. Când nu sunteți sigur/ ă, răspundeți în funcție de ceea ce simțiți și nu în funcție de ceea ce credeți că este adevărat. Alegeți valoarea dintre 1 şi 6 care considerați că vă descrie cel mai bine și bifați cifra corespunzătoare afirmației.

Răspunsuri:

1. total neadevărat în ceea ce mă priveşte
2. de cele mai multe ori neadevărat în ceea ce mă priveşte
3. mai degrabă fals decât adevărat în ceea ce mă priveşte
4. mai degrabă adevărat decât fals în ceea ce mă priveşte
5. de cele mai multe ori adevărat în ceea ce mă priveşte
6. mă descrie perfect

Nr. crt	ITEMI	1	2	3	4	5	6
1	În general nu am avut pe cineva care să se îngrijească de mine, căreia/ căruia să-i împărtășesc din viața mea sau căreia/ căruia să-i pese mult de totceeacese întâmplă cu mine.						
2	M-am agățat de cei apropiați mie pentru că m-am temut că mă vor părăsi.						
3	Simt că oamenii vor profita de mine.						
4	Nu-mi găsesc locul nicăieri.						
5	Nici o femeie/ bărbat pe care o/ îl doresc nu mă poate iubi odată ce îmi va vedea defectele.						
6	Este important pentru mine să fiu placut/ ă de aproape toată lumea pe care o știu.						
7	Chiar și când lucrurile par să meargă bine, eu cred că este doar pentru moment.						
8	Dacă fac o greșeală, merit să fiu pedepsit (ă).						
9	Aproape orice din ceea ce fac eu, nu este atât de bine făcut cum fac ceilalți						
10	Nu mă simt capabil /ă să mă descurc singur (ă) zi de zi.						
11	Nu pot scăpa de sentimentul că ceva rău urmează să se întâmple.						
12	Nu am fost în stare să mă despart de părinții mei în felul în care au reușit alții.						
13	Cred că dacă fac ceea ce vreau, dau numai de necazuri.						
14	Mă schimb în funcție de ceilalți, pentru că vreau să mă placă.						
15	Dacă uneori se întâmplă ceva bun, mi-e teamă că va urma ceva rău.						
16	Dacă nu fac tot ce pot, mă aștept să pierd.						
17	De obicei sfârșesc prin a avea grijă de cei apropiați mie.						
18	Sunt prea sincer și îmi arăt sentimentele pozitive față de ceilalți (afecțiune, grijă).						
19	Trebuie să fiu cel mai bun în tot ceeea ce facși nu accept să fiu al doilea.						
20	Nu îmi place când cineva mă refuză atunci când vreau ceva de la el.						

21	Nu îmi plac sarcinile plictisitoare și de rutină.						
22	Încerc să mă adaptez.						
23	Nu poți fi întotdeauna atent; ceva rău va apărea mereu.						
24	Nu există scuze dacă greșesc.						
25	În general oamenii nu mi-au oferit căldură, sprijin şi dragoste.						
26	Am nevoie de ceilalți și sunt îngrijorată că îi voi pierde.						
27	Simt că trebuie să fiu atentă, deoarece oamenii mă vor răni intenționat.						
28	Sunt foarte diferit (ă) de ceilalți oameni.						
29	Nicio persoană nu va putea să stea lângă mine odată ce mă va cunoaște cu adevărat.						
30	Părerea mea despre mine se bazează mai ales pe felul cum mă văd ceilalți.						
31	Oricât de mult aş munci, mi-e teamă că aş putea să nu am bani.						
32	Oamenii care nu-și cunosc limitele ar trebui sancționați/ pedepsiți.						
33	Sunt incompetent(ă) când este vorba de realizări.						
34	Ma gândesc la mine ca fiind o persoană dependentă, care nu se descurcă singură în viața de zi cu zi.						
35	Simt că un dezastru/ nenorocire se poate întâmpla în orice moment.						
36	Părinții mei și cu mine ne implicăm în viața și problemele celuilalt.						
37	Simt că dacă nu îndeplinesc dorințele/ nevoile celorlalți, mă vor respinge.						
38	Să am bani și să cunosc lume bună mă face să mă simt valoroasă/ importantă.						
39	Mă îngrijorează faptul că o decizie greşită poate duce la un dezastru.						
40	În general nu accept scuzele altora.						
41	Sunt o persoană bună deoarece mă gândesc mai mult la alții decât la mine.						
42	Mi se pare jenant să-mi exprim sentimentele în fața celorlalți.						
43	Încerc să fac tot ce pot; nu mă mulțțumesc cu puțin.						
44	Sunt deosebit (ă) și nu trebuie să accept limitele/ restricțiile impuse de ceilalți.						
45	Dacă nu pot face ce mi-am propus, renunț.						
46	Petrec mult timp pentru a arăta bine, pentru ca oamenii să mă admire.						
47	Sunt obsedat (ă) de deciziile mici, deoarece urmările pot fi grave.						
48	Dacă nu îmi fac treaba, ar trebui să sufăr consecințe.						
49	Foarte mult timp din viața mea nu am simțit că sunt special (ă) pentru cineva.						
50	Mă tem că oamenii apropiați mie mă vor părăsi.						
51	La un moment dat oamenii din jur mă vor tradă/ înșela.						
52	Simt că locul meu nu este aici. Sunt o persoană singuratică.						
53	Cred că nu merit dragostea, atenția și respectul celorlalți.						
54	Reușitele mele sunt valoroase dacă oamenii din jur le observă.						
55	Mai bine mă gândesc că lucrurile nu vor merge bine, decât să fiu dezamăgită.						
56	Mă gândesc des la greşelile pe care le fac şi sunt furios(ă) pe mine.						
57	Ceilalți sunt mai pricepuți decât mine în ceea ce fac.						
58	Sunt mai puțin capabilă decât ceilalți.						
59	Mă tem că o să fiu atacat(ă).						
60	Eu și părinții mei ne simțeam vinovati dacă aveam secrete unii față de alții.						

61	În discuții, las cealaltă persoană să aibă un cuvânt de spus.						
62	Îmi doresc atât de mult să mă adaptez unor noi situații, încât uit cine sunt eu cu adevărat.						
63	Mă concentrez mai mult pe evenimentele şi situațiile de viață negative.						
64	Când oamenii fac ceva rău, nu pot să-i iert și să uit.						
65	Mă ocup de oamenii dragi mie, încât am puțin timp pentru mine.						
66	Mi se pare greu să arăt căldură şi afecțiune.						
67	Trebuie să-mi îndeplinesc toate responsabilitățile de zi cu zi.						
68	Detest să fiu oprit din ceea ce vreau eu să fac.						
69	Nu renunț la un lucru plăcut din prezent, pentru ceva mai bun din viitor .						
70	Mă gândesc la ceea ce vor spune ceilalți, atunci când mă axez pe propriile mele nevoi.						
71	Obișnuiesc să fiu pesimist(ă).						
72	Port pică, chiar dacă persoana și-a cerut scuze.						
73	În cea mai mare parte a vieții mele, nu am avut pe cineva care să mă asculte, să mă înțeleagă, să mă iubească cu adevărat.						
74	Când persoanele la care țin se îndepărtează de mine, devin disperat (ă).						
75	Consider că ceilalți pot avea intenții ascunse.						
76	Mă simt străin (ă) față de ceilalți oameni.						
77	Simt că nu pot fi iubit(ă).						
78	Când mă uit la deciziile din viața mea, îmi dau seama că le-am luat dorind ca ceilalți să fie de acord cu ceea ce fac.						
79	Oamenii apropiați mie consideră că sunt o persoană îngrijorată.						
80	Mă supăr când cred că cineva a renunțat prea repede.						
81	Nu sunt atât de talentat cum sunt ceilalți la locul de muncă/ în ceea ce fac.						
82	Modul în care gândesc nu poate fi bun în toate situațiile de zi cu zi.						
83	Mă tem că o să-mi pierd toți banii și o să devin sarac/ ă.						
84	Simt că părinții mei s-au băgat în viața mea.						
85	Întotdeauna îi las pe ceilalți să ia decizii pentru mine.						
86	Îmi doresc să mă placă și persoanele care mie nu îmi plac.						
87	Dacă oamenii se bucură de ceva, simt să le spun că urmează să se întâmple ceva rău.						
88	Mă enervez când oamenii se scuză și îi învinuiesc pe ceilalți pentru problemele lor.						
89	Întotdeauna am ascultat problemele altora.						
90	Îmi controlez atât de bine emoțiile, încât oamenii cred că nu simt nimic.						
91	Simt că este o presiune asupra mea să fac diferite lucruri.						
92	Simt că nu trebuie să urmez regulile, așa cum o fac ceilalți.						
93	Nu pot face lucruri care nu îmi plac, chiar dacă sunt pentru binele meu.						
94	Când ceilalți nu îmi dau atenție, mă simt lipsit/ ă de importanță.						
95	Nu contează din ce motiv greșesc, oricum trebuie să plătesc pentru greșeala făcută.						
96	Rar am avut o persoană care să-mi dea sfaturi atunci când nu am știut ce să fac.						
97	Câteodată sunt îngrijorat (ă) că oamenii mă vor părăsi, încât îi îndepărtez eu de mine.						
98	De obicei sunt atentă la intențiile/ motivele oamenilor din jurul meu.						

99	Întotdeauna mă simt ca fiind înafara grupului.						
100	Am prea multe defecte de neacceptat, încât le ascund față de ceilalți oameni.						
101	Caut recunoaștere și admirație atunci când îmi spun părerea în fața altora.						
102	Accept cu greu faptul că am eșuat în unele situații.						
103	Nu sunt/ Nu am fost atât de inteligent (ă) cum au fost colegii mei la școala/ la serviciu.						
104	Nu am încredere în mine să rezolv toate problemele care apar.						
105	Mă tem că am o boală gravă, deşi nu a fost diagnosticat de către doctor.						
106	Simt/ am simțit des că sunt una și aceeași persoană cu părinții sau partenerul meu.						
107	Am o mulțime de probleme când îmi doresc să îmi fie respectate drepturile.						
108	Atunci când sunt admirată, mă simt valoroasă.						
109	Sunt o persoană rea care merită să fie pedepsită.						
110	Ceilalți oameni știu că am mai mult grijă de ceilalți și mai puțin de mine.						
111	Oamenii consideră că mă emoționez greu.						
112	Nu pot să-mi cer scuze pentru greşelile mele.						
113	Simt că ceea ce ofer eu este mai important decât ceea ce fac ceilalți.						
114	Rar am fost în stare să mă bazez pe propriile mele hotărâri.						

Descrierea itemilor: Cei 114 itemi sunt astfel repartizaţi pe subscale, după cum urmează:

1. Deprivare emoţională (ED): 1, 25, 49, 73, 96.

2. Abandon/ Instabilitate (AB): 2, 26, 50, 74, 97.

3. Neîncredere/ Abuz (MA): 3, 27, 51, 75, 98.

4. Izolare socială/ Înstrăinare (SI): 4, 28, 52, 76, 99.

5. Defect/ Ruşine (DS): 5, 29, 53, 77, 100.

6. Eşec (FA): 9, 33, 57, 81, 103.

7. Dependenţă/ Incompetenţă (DI): 10, 34, 58, 82, 104.

8. Vulnerabilitate la rău şi boală (VH): 11, 35, 59, 83, 105.

9. Protecţionism/ Ego infantil (EM): 12, 36, 60, 84, 106.

10. Revendicare/ Grandomanie (ET): 20, 44, 68, 92, 113.

11. Autocontrol/ Auto-disciplină insuficientă (IS): 21, 45, 69, 93, 114

12. Subjugare (SB): 13, 37, 61, 85, 107.

13. Auto-sacrificiu (SS): 17, 41, 65, 89, 110.

14. Căutarea aprobării/ recunoaşterii (AS): 16, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70, 78, 86, 94, 101, 108.

15. Negativism/ Pasivitate (NP): 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 87.

16. Inhibiţie emoţională (EI): 18, 42, 66, 90, 111.

17. Standarde nerealiste/ Hipercriticism (US): 19, 43, 67, 91, 112.

18. Penalizare (PU): 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 95, 102, 109.

Fișa de cotare

Deprivare emoţională (ED)

1 _____25 _____49 _____73 _____96 _____Total_____

Abandon (AB)

2 _____26 _____50 _____74 _____97 _____Total _____

Neîncredere / Abuz (MA)

3 _____27 _____51 _____75 _____98 _____Total _____

Izolare socială / Înstrăinare (SI)

4 _____28 _____52 _____76 _____99 _____Total _____

Defect / Ruşine (DS)

5 _____29 _____53 _____77 _____100 _____Total _____

Eşec (FA)

9 _____33 _____57 _____81 _____103 _____Total_____

Dependenţă / Incompetenţă (DI)

10 _____ 34 _____ 58 _____ 82 _____ 104 _____Total _____

Vulnerabilitate la rău şi boală (VH)

11 _____ 35 _____ 59 _____ 83 _____ 105 _____Total _____

Protecţionism / Ego infantil (EM)

12 _____ 36 _____ 60 _____ 84 _____ 106 _____Total_____

Subjugarea (SB)

13 _____ 37 _____ 61 _____ 85 _____ 107 _____Total _____

Auto-sacrificiu (SS)

17 _____ 41 _____ 65 _____ 89 _____ 110 _____Total _____

Inhibiţie emoţională (EI)

18 _____ 42 _____ 66 _____ 90 _____ 111 _____Total_____

Standarde nerealiste / Hipercriticism (US)

19 _____ 43 _____ 67 _____ 91 _____ 112 _____Total_____

Revendicare / Grandomanie (ET)

20 _____ 44 _____ 68 _____ 92 _____ 113 _____Total ___

Autocontrol / Auto-disciplină insuficientă (IS)

21 _____ 45 _____ 69 _____ 93 _____ 114 _____Total_____

Căutarea aprobării / Recunoaşterii (AS)

6 _____ 14 _____ 22 _____ 30 _____ 38 _____46 _____ 54 _____ 62 _____ 70 _____ 78 _____86 _____94 _____101 _____108 _____Total _____

Negativism / Pasivitate (NP)

7 _____15 _____23 _____31 _____39 _____47_____55 _____63 _____71 _____79 _____ 87 _____Total _____

Penalizarea (PU)

8 _____16 _____24 _____32 _____40 _____48 _____56 _____64 _____72 _____80 _____ 88 _____95 _____102 _____109 _____Total _____

Anexa 1.3 – Scala de abordare strategică a coping-ului - SACS

Consemn: Descrieţi cum reacţionaţi, în general, atunci când vă confruntaţi cu o problemă/ situaţie stresantă. Indicaţi răspunsul dumneavoastră, încercuind o variantă de la 1 la 5. Prin completarea acestui chestionar, se urmăresc punctele dumneavoastră de vedere şi nu există răspunsuri corecte sau greşite.

Răspunsuri:

1. Nu e deloc ceea ce aș face
2. Foarte rar aș face așa ceva
3. Uneori aș face așa ceva
4. De multe ori aș face așa ceva
5. Categoric/ foarte mult e ceea ce aș face

Nr crt	Item	*1*	*2*	*3*	*4*	*5*
1	Nu renunţaţi, chiar şi atunci când situaţia pare a fi cea mai gravă, pentru că adesea lucrurile se pot schimba.					
2	Vă consultaţi cu prietenii despre ceea ce ar face ei.					
3	Acţionaţi rapid, deoarece consideraţi că este mai bine să vă aruncaţi chiar în mijlocul problemei.					
4	Încercaţi să deţineţi controlul, dar îi lăsaţi pe ceilalţi să creadă în continuare că ei hotărăsc.					
5	Vă bazaţi pe dumneavoastră şi pe forţele proprii, deoarece consideraţi că nu este o idee bună să depindeţi de ceilalţi.					
6	Aveţi încredere în instinctele dumneavoastră și nu în gânduri.					
7	Evitaţi să vă ocupaţi de problemă, deoarece consideraţi că, adesea, astfel de lucruri dispar de la sine.					
8	Pregătiţi un atac decisiv; sunteţi agresiv (ă).					
9	Vă consultaţi cu membrii familiei despre ceea ce ar face ei.					
10	Treceţi mai departe, la alte lucruri, deoarece sunt puţine speranţe ca astfel de situaţii să se îmbunătăţească. (-)					
11	Vă bazaţi pe reacţiile dumneavoastră de moment.					
12	Sunteţi foarte prudent (ă) şi vă evaluaţi foarte atent opţiunile (mai bine să fiţi în siguranţă, decât să vă pară rău).					
13	Apelaţi la alţii pentru ajutor.					
14	Mergeţi înainte, dar nu vă folosiţi toate resursele, până când nu ştiţi exact cu ce vă confruntaţi.					
15	Vă retrageţi şi evitaţi problema, până când aceasta trece de la sine. (-)					
16	Ripostaţi şi îi prindeţi pe ceilalţi cu garda jos.					
17	Vă alăturaţi celorlalţi pentru a face faţă situaţiei împreună.					
18	Vă bazaţi pe dumneavoastră, dar, în acelaşi timp, şi pe cei care vă sunt apropiaţi.					
19	Vă apăraţi interesele, chiar dacă aceasta înseamnă să îi răniţi pe ceilalţi implicaţi.					
20	Faceţi ceva care vă ajută să nu vă mai gândiţi la problemă.					
21	Ceilalţi au nevoie să simtă că ei controlează lucrurile, aşa că trebuie să îi „fentaţi‖ pentru a le termina.					
22	Vă retrageţi și lăsaţi lucrurile să se limpezească.					
23	Încercaţi să îi ajutaţi pe ceilalţi implicaţi, deoarece, de obicei, să fii altruist					

	ajută la rezolvarea unor probleme de genul acesta.					
24	Vă gândiţi atent la ceea ce simt ceilalţi, înainte de a decide ce este de făcut.					
25	Probabil că vă simţiţi rău, dar nu puteţi face mare lucru într-o astfel de situaţie. (-)					
26	Vă străduiţi mai mult; vă dedicaţi trup şi suflet.					
27	Staţi pe loc, deoarece este mai bine să aşteptaţi ca situaţia să se limpezească înainte de a acţiona.					
28	Mergeţi la cineva pentru sprijin emoţional.					
29	Acţionaţi foarte prudent, deoarece ar putea exista interese ascunse.					
30	Încercaţi din greu să veniţi în întâmpinarea dorinţelor celorlalţi, întrucât acest lucru ar ajuta în această situaţie.					
31	Acţionaţi agresiv, deoarece adesea, dacă îl prindeţi pe celălalt cu garda jos, lucrurile se vor rezolva în favoarea dvs.					
32	Dacă lucrurile nu se înrăutăţesc, evitaţi întreaga situaţie.					
33	Ieşiţi din situaţie, deoarece, de obicei, când apar probleme înseamnă că va fi şi mai rău.(-)					
34	Îi lăsaţi pe ceilalţi să creadă că ei controlează situaţia, dar ţineţi bine hăţurile în mâini.					
35	Vă bazaţi pe intuiţia dumneavoastră.					
36	Vă arătaţi imediat autoritatea.					
37	Câteodată, singura dumneavoastră opţiune, este să fiţi un pic manipulativ(ă) şi să îi „fentaţi‖ pe oameni.					
38	Vorbiţi cu ceilalţi ca să scăpaţi de frustrări/ nemulţumiri.					
39	Acţionaţi repede pentru a-i dezavantaja pe ceilalţi.					
40	Împărţiţi problema în bucăţi mai mici şi vă ocupaţi de ele pe rând.					
41	Încercaţi să satisfaceţi nevoile celorlalţi implicaţi.					
42	Vă urmaţi primul impuls, deoarece, de obicei, lucrurile se rezolvă cel mai bine în felul acesta.					
43	Faceţi ceva care să vă ajute să vă calmaţi şi, abia după aceea, începeţi să rezolvaţi problema.					
44	Căutaţi slăbiciunile celorlalţi şi le folosiţi în avantajul dumneavoastră					
45	Luaţi taurul de coarne şi adoptaţi o atitudine de preluare a controlului.					
46	Vă întrebaţi prietenii sau familia despre opinia lor în legătură cu planul dumneavoastră de acţiune.					
47	Vă concentraţi pe altceva şi lăsaţi situaţia să se rezolve de la sine.					
48	Vă bazaţi pe propria judecată, deoarece sunteţi singurul/ singura care ştie ce este cel mai bine pentru dumneavoastră.					
49	Sunteţi ferm (ă) şi rămâneţi pe poziţii.					
50	Va urmăriţi interesele.					
51	Sunteţi puternic (ă) şi categoric (ă), dar evitaţi să le faceţi rău celorlalţi.					
52	Abordaţi situaţia direct şi nu vă retrageţi din faţa problemelor.					

Itemi cotați negativ: 10, 15, 25, 33.

Descrierea itemilor

Cei 52 de itemi sunt astfel repartizaţi pe 9 subscale, după cum urmează:

1. Acţiune asertivă: 1, 10, 15, 25, 26, 33, 50, 51, 52.
2. Relaţionare socială: 17, 23, 24, 30, 41.
3. Căutarea suportului social: 2, 9, 13, 18, 28, 38, 46.
4. Acţiune prudentă: 12, 14, 29, 40, 43.

5. Acţiune instinctivă: 5, 6, 11, 35, 42, 48.
6. Evitare: 7, 20, 22, 27, 32, 47
7. Acţiune indirectă: 4, 21, 34, 37
8. Acţiune antisocială: 16, 19, 36, 39, 44
9. Acţiune agresivă: 3, 8, 31, 45, 49

Fişa de cotare

Acţiune asertivă

1 _____ 10 _____ 15 _____ 25 _____ 26 _____ 33 _____ 50 _____ 51 _____ 52 _____ Total _____

Relaţionare socială

17 _____ 23 _____ 24 _____ 30 _____ 41 _____ Total _____

Căutarea suportului social

2 _____ 9 _____ 13 _____ 18 _____ 28 _____ 38 _____ 46 _____ Total _____

Acţiune prudentă

12 _____ 14 _____ 29 _____ 40 _____ 43 _____ Total _____

Acţiune instinctivă

5 _____ 6 _____ 11 _____ 35 _____ 42 _____ 48 _____ Total _____

Evitare

7 _____ 20 _____ 22 _____ 27 _____ 32 _____ 70 _____ Total _____

Acţiune indirectă

4 _____ 21 _____ 34 _____ 37 _____ Total _____

Acţiune antisocială

16 _____ 19 _____ 36 _____ 39 _____ 44 _____ Total _____

Acţiune agresivă

3 _____ 8 _____ 31 _____ 45 _____ 49 _____ Total _____

Anexa 1.4 - Scala Ryff pentru starea de bine psihologică

Consemn: Vă rugăm să indicați măsura în care sunteți de acord cu următoarele afirmații.

Răspunsuri:

1. Total dezacord
2. Dezacord parțial
3. În mică măsură dezacord
4. În mică măsură accord
5. Acord partial
6. Acord total

Nr. crt.	Item	1	2	3	4	5	6
1	Nu îmi este teamă să îmi exprim opiniile, chiar și atunci când sunt în opoziție cu opiniile majorității oamenilor.						
2	În general, simt că am controlul asupra situației în care trăiesc.						
3	Nu sunt interest (ă) de activități care mă ajută să mă dezvolt. R						
4	Cei mai mulți oameni mă consideră o persoană iubitoare și afectuoasă.						
5	Trăiesc în prezent și nu prea mă gândesc la viitor. R						
6	Când mă uit la povestea vieții mele, sunt mulțumit (ă) de modul în care s-au așezat lucrurile.						
7	De obicei, deciziile mele nu sunt influențate de ceea ce fac ceilalți.						
8	Solicitările de zi cu zi mă descurajează des.						
9	Cred că este important să ai experiențe noi, care să provoace felul în care gândești despre tine și despre lume.						
10	A fost dificil și frustrant pentru mine să mențin relații apropiate. R						
11	Simt că am un sens și o direcție în viață.						
12	În general, mă simt încrezător (oare) şi am o părere bună despre mine.						
13	Mă preocupă adesea ceea ce cred oamenii despre mine. R						
14	Simt că nu mă potrivesc cu oamenii și comunitatea din jurul meu. R						
15	Dacă stau să mă gândesc, îmi dau seama că nu am evoluat foarte mult ca persoană de-a lungul anilor.						
16	Adesea, mă simt singur (ă) deoarece am puțini prieteni apropiați cu care să-mi împărtășesc problemele. R						
17	Activitățile mele de zi cu zi îmi par adesea banale și nesemnificative. R						
18	Simt că mulți dintre cei pe care îi cunosc au avut mai multe succese decât mine. R						
19	Sunt adesea influențat de oamenii cu opinii bine conturate. R						
20	Mă descurc destul de bine la a-mi gestiona responsabilitățile cotidiene.						
21	Mi se pare că m-am dezvoltat mult ca persoană de-a lungul timpului.						
22	Îmi fac plăcere discuțiile personale cu membrii familiei mele sau cu prietenii.						
23	Nu îmi dau foarte bine seama care sunt obiectivele mele în viață. R						
24	Îmi plac multe aspecte ale personalității mele.						

25	Am încredere în părerile mele, chiar dacă sunt contrare părerii majorității.						
26	Mă simt adesea copleșit de responsabilități. R						
27	Nu îmi plac situațiile noi, în care sunt nevoit (ă) să mă comport altfel decât de obicei. R						
28	Oamenii mă descriu ca pe o persoană generoasă, dispusă să își împartă timpul cu alții.						
29	Îmi face plăcere să îmi fac planuri pentru viitor și să mă străduiesc să le realizez.						
30	Din multe puncte de vedere, sunt dezamăgit (ă) de ceea ce am realizat până acum. R						
31	Îmi este greu să-mi exprim opinia cu privire la probleme controversate. R						
32	Îmi este greu să îmi organizez viața într-un mod satisfăcător pentru mine. R						
33	Pentru mine, viața este un proces continuu de învățare, schimbare și creștere.						
34	Nu am avut parte de multe relații apropiate și de încredere cu ceilalți. R						
35	Unii oameni trec prin viață fără niciun scop, însă eu nu sunt unul dintre ei.						
36	Sunt mai nemulțumit (ă) de mine decât sunt majoritatea oamenilor de ei înșiși. R						
37	Mă judec pe mine în funcție de ceea ce cred eu că este important, nu după valorile importante pentru alții.						
38	Am o locuință și un stil de viață care îmi plac.						
39	Am renunțat să mai fac îmbunătățiri sau schimbări semnificative în viața mea acum mult timp. R						
40	Știu că pot avea încredere în prietenii mei și ei știu că pot avea încredere în mine.						
41	Uneori, simt că nu mai am nimic de făcut în viață. R						
42	Când mă compar cu prieteni sau cunoștințe, sunt mulțumit de mine însumi/ însămi.						

Itemi cotați negativ: 3, 5, 10, 13, 14,15, 16, 17, 18, 19, 23, 26, 27, 30, 31, 32, 34, 36, 39, 41, scorul 6 devine 1, scorul 5 devine 2, respectiv 4 devine 3.

Descrierea itemilor

Cei 42 de itemi sunt astfel repartizaţi pe 6 dimensiuni, după cum urmează:

1. Autonomie: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37
2. Controlul asupra mediului: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38
3. Dezvoltare personală: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39
4. Relaţii pozitive cu alţii: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40
5. Scop în viaţă: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41
6. Autoacceptare: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42

Fișa de cotare

Autonomia

1 _____7 _____13 _____19 _____25 _____31 _____37 _____Total _____

Controlul asupra mediului

2 _____8 _____14 _____20 _____26 _____32 _____38 _____Total _____

Dezvoltare personală

3 _____9 _____15 _____21 _____27 _____33 _____39 _____Total _____

Relațiile pozitive cu ceilalți

4 _____10 _____16 _____22 _____28 _____34 _____40 _____Total _____

Scop în viață

5 _____11 _____17 _____23 _____29 _____35 _____41 _____Total _____

Autoacceptare

6 _____12 _____18 _____24 _____30 _____36 _____42 _____Total _____

Anexa 2. Formulare de consimțământ informat

Anexa 2.1- Consimțământ informat pentru participarea la lucrarea de doctorat „Schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia”

Vă rugăm să citiți cu atenţie acest formular şi să adresaţi orice întrebare referitoare la participarea dvs. la prezenta cercetare, înainte de a vă da acordul în acest sens.

Sunteţi invitat/ă să participaţi la o lucrare de doctorat cu tema- „Schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia”, lucrare efectuată de către Monica-Andreea Popescu, doctorandă în cadrul Universității de Stat din Moldova, Școala Doctorală de Psihologie și Științe ale Educației.

Cercetarea constă în aplicarea unui număr de 3 chestionare, la care veți răspunde în condiţiile anonimatului, la fel ca și prezentul consimţământ informat și de asemenea nu vi se vor cere date cu caracter personal care să intre sub incidența legislaţiei europene în domeniu (GDPR).

Analiza datelor obţinute prin chestionar se va face prin metode statistice care nu permit divulgarea niciunei informaţii cu privire la persoana sau opiniile dumneavoastră personale, iar în cazul publicării datelor, nicio informaţie individuală nu va fi divulgată.

De asemenea, participarea este voluntară, nu va fi remunerată şi nici nu va implica costuri din partea dvs. Aveți posibilitate, dacă doriți, să vă retrageți în orice moment din studiu fără a oferi explicații sau puteți refuza să răspundeți la anumite întrebări, fără a suferi penalizări sau consecințe.

Participarea la cercetare presupune oferirea răspunsurilor privind aspecte despre modul în care gândiți, vă comportați, despre relațiile cu ceilalți, despre obiectivele dvs. de viitor. Timpul necesar pentru a răspunde la întrebări va fi de cca 1 oră jumătate, fiind necesare 2-3 întâlniri. Implicarea în cercetare nu presupune nici un risc de ordin fizic, moral sau psihic. Este posibilă apariţia unei stări de oboseală sau disconfort psihic, deoarece răspunsurile la întrebările din chestionare presupun un efort din partea dvs. Astfel, menţionez că:

O am întrebări referitoare la cercetare

O nu am întrebări referitoare la cercetare

O am primit clarificările necesare și sunt de acord să particip

O nu sunt de acord să particip.

Am citit şi am înţeles acest formular de consimţământ şi sunt de acord ca de bunăvoie să particip la cercetarea lucrării de doctorat.

Semnătura

Anexa 2.2. Consimțământ informat pentru participarea la programul de intervenție psihologică

Vă rugăm să citiți cu atenţie acest formular şi să adresaţi orice întrebare referitoare la participarea dvs. la prezenta cercetare, înainte de a vă da acordul în acest sens.

Sunteţi invitat/ă să participaţi la o lucrare de doctorat cu tema- „Schemele cognitive și mecanismele de coping la persoanele de vârsta a treia‖, lucrare efectuată de către Monica-Andreea Popescu, doctorandă în cadrul Universității de Stat din Moldova, Școala Doctorală de Psihologie și Științe ale Educației. Cercetarea constă în aplicarea unui număr de 3 chestionare, la care veți răspunde în condiţiile anonimatului, la fel ca și prezentul consimţământ informat și de asemenea nu vi se vor cere date cu caracter personal care să intre sub incidența legislaţiei europene în domeniu (GDPR).

Analiza datelor obţinute prin chestionar se va face prin metode statistice care nu permit divulgarea niciunei informaţii cu privire la persoana sau opiniile dumneavoastră personale, iar în cazul publicării datelor, nicio informaţie individuală nu va fi divulgată. De asemenea, participarea este voluntară, nu va fi remunerată şi nici nu va implica costuri din partea dvs. Aveți posibilitate, dacă doriți, să vă retrageți în orice moment din studiu fără a oferi explicații sau puteți refuza să răspundeți la anumite întrebări, fără a suferi penalizări sau consecințe.

Participarea la cercetare presupune oferirea răspunsurilor privind aspecte despre modul în care gândiți, vă comportați, despre relațiile cu ceilalți, despre obiectivele dvs. de viitor. Timpul necesar pentru a răspunde la întrebări va fi de cca 1 oră jumătate, fiind necesare 2-3 întâlniri. Implicarea în cercetare nu presupune nici un risc de ordin fizic, moral sau psihic. Este posibilă apariţia unei stări de oboseală sau disconfort psihic, deoarece răspunsurile la întrebările din chestionare presupun un efort din partea dvs.

Ulterior veți fi inclus într-un program de interveție psihologică care va presupune participarea la 8 ședințe de grup și 2 ședințe individuale, care vor viza aspecte privind cogniția, comportamentul, afectul, abilitățile de comunicare, rezolvarea problemelor. Menţionez că:

O am întrebări referitoare la cercetare O nu am întrebări referitoare la cercetare

O am primit clarificările necesare și sunt de acord să particip O nu sunt de acord să particip.

Am citit şi am înţeles acest formular de consimţământ şi sunt de acord ca de bunăvoie să particip la cercetarea lucrării de doctorat.

Semnătura

Anexa 3. „Scala de evaluare a programului de intervenție psihologică pentru vârstnici”

Evaluați programul de intervenție psihologică din care ați făcut parte, citind descrierile de mai jos. Fiecare descriere are o notă pară corespunzătoare, menționată la început. Alegeți descrierea potrivită, încercuind cifra aferentă.

Abilități generale pentru intervenția psihologică

____A. Planificarea ședinței.

0	Psihologul nu a făcut o listă cu problemele vârstnicilor	
2	Psihologul a făcut o listă incompletă.	
4	Psihologul a lucrat împreună cu vârstnicul pentru a realiza o planificare a ședințelor, care a inclus problemele bine determinate.	
6	Psihologul a lucrat împreună cu vârstnicul pentru a realiza o planificare a ședințelor, probleme bine definite, stabilite obiectivele și respectat timpul disponibil.	

____B. Feedback-ul (opiniile participanților)

0	Psihologul nu a solicitat feedback în timpul ședințelor.	
2	Psihologul a obținut un oarecare feedback, dar nu a adresat întrebări suplimentare pentru a înțelege dacă vârstnicul a fost mulțumit de ședință.	
4	Psihologul a adresat întrebări pentru a clarifica feedback-ul și și-a adaptat comportamentul ca răspuns la feedback-ul primit.	
6	Pe parcursul ședințelor, psihologul a fost abil în primirea feedback-ului verbal și nonverbal și a răspuns la acesta (a stimulat exprimarea vârstnicului, a verificat înțelegerea informațiilor, a rezumat cele înțelese, a oferit clarificări)	

___C. Comprehensiunea

0	De multe ori, psihologul nu a înțeles mesajul transmis clar de către vârstnic, astfel a omis informații inportante. Vârstnicul nu s-a simțit înțeles.	
2	În general, psihologul a reușit să înțeleagă mesajul transmit clar de către vârstnic, însă a eșuat în a înțelege mesajele mai puțin explicite. Abilități de ascultare deficitare.	
4	În majoritatea cazurilor, psihologul a înțeles cele comunicate de către vârstnic. Abilități de ascultare bune.	
6	Psihologul a înțeles mesajele transmise de către vârstnic, a reușit să îl înțeleagă în profunzime. Abilități de comunicare excelente.	

___D. Eficiența interpersonală

0	Psihologul a părut ostil, disprețuitor față de vârstnic.	
2	Psihologul a demonstrat dificultăți majore în relaționare, a părut nesincer, neatent, nerăbdător, incapabil de încredere și profesionalism.	
4	Psihologul a dovedit preocupare, încredere, sinceritate și profesionalism. Nu au existat probleme majore în relația interpersonală.	
6	Psihologul a dovedit empatie, preocupare față de vârstnic, încredere, sinceritate, profesionalism, adecvate pentru consilierea psihologică.	

___E. Colaborare

0	Psihologul nu a reușit să conlucreze deloc cu vârstnicii.	
2	Psihologul a încercat să conlucreze cu vârstnicii, dar a întâmpinat dificultăți în	

	identificarea unor probleme importante pentru aceștia.	
4	Psihologul a reușit să conlucreze cu vârstnicii, concentrându-se pe o problemă importantă pentru ei.	
6	Colaborarea cu vârstnicii a fost excelentă. Psihologul a încurajat vârstnicii să se implice în procesul psihologic și toți s-au comportat ca o echipă.	

___F. Ritmul de lucru și utilizarea eficientă a timpului

0	Psihologul nu a încercat să planifice timpul întâlnirilor. Nu s-a respectat programul anunțat inițial.	
2	Psihologul a avut dificultăți în susținerea ritmului întâlnirii- ritm prea alert sau prea lent, multe pauze fără a se întâmpla ceva.	
4	Psihologul a reușit, în mare măsură, să utilizeze timpul eficient. A controlat ritmul discuțiilor.	
6	Psihologul a utilizat timpul disponibil în mod eficient, a limitat discuțiile care divagau de la subiect, a oferit timp necesar în funcție de subiectele sensibile.	

___G. Tema pentru acasă

0	Psihologul nu a încercat să includă o temă pentru acasă relevantă pentru subiectul discutat.	
2	Psihologul a avut dificultăți majore în stabilirea temei pentru acasă- nu a verificat tema, nu a explicat ce trebuie făcut ca temă.	
4	Psihologul a verificat tema de data trecută și a ales o temă viitoare standard, fără a avea legătură strictă cu cele discutate.	
6	Psihologul a verificat tema de data trecută și a ales o nouă temă cu grijă, foarte potrivită pentru ca vârstnicii să pună în practică cele învățate.	

H. Au apărut probleme deosebite pe parcursul ședințelor? (de exemplu: refuzul unui vârstnic de a-și face tema, probleme interpersonale, neîncredere în succesul terapiei, recăderi?)

Evaluare globală și comentarii

__I. Cum apreciați performanța globală a psihologului pe parcursul ședințelor ?

0	1	2	3	4	5	6
Slabă	Nesatisfăcătoare	Mediocră	Satisfăcătoare	Bună	Foarte bună	Excelentă

J. Comentarii și sugestii pentru îmbunătățirea performanței psihologului.

Nr. subiect	**Comentarii și sugestii**
1	

___K. Evaluare globală a programului de intervenție psihologică

0	1	2	3	4	5	6
Slabă	Nesatisfăcătoare	Mediocră	Satisfăcătoare	Bună	Foarte bună	Excelentă

Anexa 4. Date statistice privind cercetarea nonexperimentală

Anexa 4.1. Specificul schemelor cognitive dezadaptative timpurii la diferite stadii ale vârstei a treia

SCH COGN SEPARARE RESPINGERE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	30	17,2	17,2	17,2
	prezent	144	82,8	82,8	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

SCH COGN AUTONOMIE PERFORMANTA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	72	41,4	41,4	41,4
	prezent	102	58,6	58,6	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

SCH COGN LIMITE DEFICITARE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	96	55,2	55,2	55,2
	prezent	78	44,8	44,8	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

SCH COGN ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	84	48,3	48,3	48,3
	prezent	90	51,7	51,7	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

SCH COGN HIPERVIGILENTA INHIBITIE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	96	55,2	55,2	55,2
	prezent	78	44,8	44,8	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
Scor total SEPARARE RESPINGERE	174	71,45	17,013
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	174	47,66	11,744
Scor total LIMITE DEFICITARE	174	34,38	7,658
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	174	78,52	17,572
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	174	108,14	19,414
Valid N (listwise)	174		

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total separare respingere Games-Howell

(I) varsta subiectilor	(J) varsta subiectilor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
intre 65-75 ani	intre 75- 85 ani	-1,441	3,314	,901	-9,29	6,41
	peste 85 ani	17,154*	6,155	,024	2,02	32,29
intre 75- 85 ani	intre 65-75 ani	1,441	3,314	,901	-6,41	9,29
	peste 85 ani	18,595*	5,865	,010	4,03	33,16
peste 85 ani	intre 65-75 ani	-17,154*	6,155	,024	-32,29	-2,02
	intre 75- 85 ani	-18,595*	5,865	,010	-33,16	-4,03

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives

Scor total autonomie performanta

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	47,03	16,258	1,841	43,36	50,69	24	75
intre 75- 85 ani	74	51,64	18,043	2,097	47,45	55,82	24	93
peste 85 ani	22	67,05	17,735	3,781	59,18	74,91	34	87
Total	174	51,52	18,247	1,383	48,79	54,25	24	93

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total autonomie performanta

Tukey HSD

(I) varsta subiectilor	(J) varsta subiectilor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
intre 65-75 ani	intre 75- 85 ani	-4,609	2,795	,228	-11,22	2,00
	peste 85 ani	-20,020*	4,158	,000	-29,85	-10,19
intre 75- 85 ani	intre 65-75 ani	4,609	2,795	,228	-2,00	11,22
	peste 85 ani	-15,410*	4,182	,001	-25,30	-5,52
peste 85 ani	intre 65-75 ani	20,020*	4,158	,000	10,19	29,85
	intre 75- 85 ani	15,410*	4,182	,001	5,52	25,30

Descriptives

Scor total LIMITE DEFICITARE

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	31,69	12,227	1,384	28,94	34,45	13	53
intre 75- 85 ani	74	35,27	11,722	1,363	32,55	37,99	12	50
peste 85 ani	22	27,32	7,894	1,683	23,82	30,82	16	48
Total	174	32,66	11,792	,894	30,90	34,43	12	53

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total LIMITE DEFICITARE
Games-Howell

(I) varsta subiectilor	(J) varsta subiectilor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
intre 65-75 ani	intre 75- 85 ani	-3,578	1,943	,160	-8,18	1,02
	peste 85 ani	4,374	2,179	,120	-,88	9,63
intre 75- 85 ani	intre 65-75 ani	3,578	1,943	,160	-1,02	8,18
	peste 85 ani	7,952*	2,166	,002	2,73	13,18
peste 85 ani	intre 65-75 ani	-4,374	2,179	,120	-9,63	,88
	intre 75- 85 ani	-7,952*	2,166	,002	-13,18	-2,73

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Anexa 4.2. Specificul schemelor cognitive dezadaptative timpurii în funcție de datele demografice

Gen

Report

Scor total separare respingere

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	78,66	67	18,773	36,7%
feminin	85,07	107	23,612	63,3%
Total	82,60	174	22,041	100,0%

Report

Scor total autonomie performanta

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	49,85	67	17,394	37,3%
feminin	52,56	107	18,766	62,7%
Total	51,52	174	18,247	100,0%

Report

Scor total LIMITE DEFICITARE

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	35,06	67	10,950	41,3%
feminin	31,16	107	12,098	58,7%
Total	32,66	174	11,792	100,0%

Report

Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	71,01	67	22,192	36,1%
feminin	78,54	107	23,919	63,9%
Total	75,64	174	23,493	100,0%

Report

Scor total hipervigilenta inhibitie

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	105,12	67	34,361	37,7%
feminin	108,66	107	33,199	62,3%
Total	107,30	174	33,597	100,0%

Group Statistics

	genul subiectilor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total separare respingere	masculin	67	78,66	18,773	2,293
	feminin	107	85,07	23,612	2,283

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total separare respingere	Equal variances assumed	5,430	,021	-1,880	172	,062	-6,409	3,409	-13,138	,320
	Equal variances not assumed			-1,981	162,337	,049	-6,409	3,236	-12,798	-,019

Group Statistics

	genul subiectilor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total autonomie performanta	masculin	67	49,85	17,394	2,125
	feminin	107	52,56	18,766	1,814

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total autonomie performanta	Equal variances assumed	1,183	,278	-,953	172	,342	-2,710	2,844	-8,323	2,903
	Equal variances not assumed			-,970	148,239	,334	-2,710	2,794	-8,231	2,811

Group Statistics

	genul subiectilor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	masculin	67	35,06	10,950	1,338
	feminin	107	31,16	12,098	1,170

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total limite deficitare	Equal variances assumed	3,122	,079	2,145	172	,033	3,901	1,818	,312	7,490
	Equal variances not assumed			2,195	150,650	,030	3,901	1,777	,390	7,412

Group Statistics

	genul subiectilor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	masculin	67	71,01	22,192	2,711
	feminin	107	78,54	23,919	2,312

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	,889	,347	-2,076	172	,039	-7,527	3,626	-14,683	-,371
	Equal variances not assumed			-2,112	148,137	,036	-7,527	3,563	-14,569	-,485

Group Statistics

	genul subiectilor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total hipervigilenta inhibitie	masculin	67	105,12	34,361	4,198
	feminin	107	108,66	33,199	3,209

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total hipervigilenta inhibitie	Equal variances assumed	,751	,387	-,676	172	,500	-3,544	5,242	-13,892	6,803
	Equal variances not assumed			-,671	136,640	,504	-3,544	5,284	-13,994	6,905

Mediu de trai

Report

Scor total separare respingere

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	87,77	66	22,886	40,3%
centru rezidential	79,44	108	20,993	59,7%
Total	82,60	174	22,041	100,0%

Report

Scor total autonomie performanta

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	55,56	66	18,073	40,9%
centru rezidential	49,05	108	17,991	59,1%
Total	51,52	174	18,247	100,0%

Report

Scor total limite deficitare

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	31,26	66	11,954	36,3%
centru rezidential	33,52	108	11,664	63,7%
Total	32,66	174	11,792	100,0%

Report

Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	82,94	66	22,518	41,6%
centru rezidential	71,19	108	23,053	58,4%
Total	75,64	174	23,493	100,0%

Report

Scor total hipervigilenta inhibitie

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	113,73	66	33,290	40,2%
centru rezidential	103,37	108	33,327	59,8%
Total	107,30	174	33,597	100,0%

Group Statistics

	mediul de trai	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total autonomie performanta	domiciliu	66	55,56	18,073	2,225
	centru rezidential	108	49,05	17,991	1,731

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total autonomie performanta	Equal variances assumed	,090	,765	2,314	172	,022	6,514	2,816	,957	12,072
	Equal variances not assumed			2,311	137,036	,022	6,514	2,819	,940	12,088

Group Statistics

	mediul de trai	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total limite deficitare	domiciliu	66	31,26	11,954	1,471
	centru rezidential	108	33,52	11,664	1,122

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total limite deficitare	Equal variances assumed	,089	,766	-1,229	172	,221	-2,261	1,840	-5,892	1,370
	Equal variances not assumed			-1,222	134,897	,224	-2,261	1,851	-5,921	1,399

Group Statistics

	mediul de trai	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total orientarea către ceilalți	domiciliu	66	82,94	22,518	2,772
	centru rezidential	108	71,19	23,053	2,218

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total orientarea către ceilalți	Equal variances assumed	1,028	,312	3,292	172	,001	11,754	3,570	4,707	18,802
	Equal variances not assumed			3,311	140,033	,001	11,754	3,550	4,735	18,773

Group Statistics

	mediul de trai	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total hipervigilenta inhibitie	domiciliu	66	113,73	33,290	4,098
	centru rezidential	108	103,37	33,327	3,207

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total hipervigilenta inhibitie	Equal variances assumed	,004	,947	1,990	172	,048	10,357	5,205	,083	20,630
	Equal variances not assumed			1,990	137,641	,049	10,357	5,203	,068	20,646

Status familial

Descriptives

Scor total separare respingere

		Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	82,56	29,058	6,849	68,11	97,01	39	108
divortat	88	85,90	19,268	2,054	81,82	89,98	42	118
vaduv	68	78,34	22,922	2,780	72,79	83,89	35	118
Total	174	82,60	22,041	1,671	79,30	85,90	35	118

ANOVA

Scor total separare respingere

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2192,095	2	1096,047	2,290	,104
Within Groups	81855,745	171	478,689		
Total	84047,839	173			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total separare respingere

Tukey HSD

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	-3,342	5,660	,825	-16,72	10,04
	vaduv	4,217	5,799	,748	-9,49	17,93
divortat	casatorit	3,342	5,660	,825	-10,04	16,72
	vaduv	7,559	3,533	,085	-,79	15,91
vaduv	casatorit	-4,217	5,799	,748	-17,93	9,49
	divortat	-7,559	3,533	,085	-15,91	,79

Descriptives

Scor total autonomie performanta

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	57,67	18,266	4,305	48,58	66,75	30	80
divortat	88	46,03	17,982	1,917	42,22	49,84	24	93
vaduv	68	56,99	16,589	2,012	52,97	61,00	25	87
Total	174	51,52	18,247	1,383	48,79	54,25	24	93

ANOVA

Scor total autonomie performanta

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5359,565	2	2679,783	8,772	,000
Within Groups	52241,883	171	305,508		
Total	57601,448	173			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total autonomie performanta

Games-Howell

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	11,633	4,713	,053	-,13	23,39
	vaduv	,681	4,752	,989	-11,16	12,52
divortat	casatorit	-11,633	4,713	,053	-23,39	,13
	vaduv	-10,951*	2,779	,000	-17,53	-4,37
vaduv	casatorit	-,681	4,752	,989	-12,52	11,16
	divortat	10,951*	2,779	,000	4,37	17,53

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives

Scor total limite deficitare

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	29,67	12,132	2,859	23,63	35,70	17	48
divortat	88	33,10	12,334	1,315	30,49	35,72	12	53
vaduv	68	32,88	11,019	1,336	30,22	35,55	14	50
Total	174	32,66	11,792	,894	30,90	34,43	12	53

ANOVA

Scor total limite deficitare

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	181,856	2	90,928	,651	,523
Within Groups	23873,138	171	139,609		
Total	24054,994	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total limite deficitare

Tukey HSD

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	-3,436	3,057	,501	-10,66	3,79
	vaduv	-3,216	3,132	,561	-10,62	4,19
divortat	casatorit	3,436	3,057	,501	-3,79	10,66
	vaduv	,220	1,908	,993	-4,29	4,73
vaduv	casatorit	3,216	3,132	,561	-4,19	10,62
	divortat	-,220	1,908	,993	-4,73	4,29

Descriptives

Scor total orientarea către ceilalți

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	79,50	21,856	5,151	68,63	90,37	43	100
divortat	88	70,47	23,933	2,551	65,40	75,54	33	114
vaduv	68	81,32	22,096	2,680	75,98	86,67	37	113
Total	174	75,64	23,493	1,781	72,13	79,16	33	114

ANOVA

Scor total orientarea către ceilalți

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4820,628	2	2410,314	4,546	,012
Within Groups	90665,280	171	530,206		
Total	95485,908	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total orientarea către ceilalți

Games-Howell

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	9,034	5,749	,276	-5,25	23,32
	vaduv	-1,824	5,807	,947	-16,22	12,58
divortat	casatorit	-9,034	5,749	,276	-23,32	5,25
	vaduv	-10,858*	3,700	,011	-19,62	-2,10
vaduv	casatorit	1,824	5,807	,947	-12,58	16,22
	divortat	10,858*	3,700	,011	2,10	19,62

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives

Scor total hipervigilenta inhibitie

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	97,44	35,733	8,422	79,67	115,21	57	151
divortat	88	105,95	35,500	3,784	98,43	113,48	51	160
vaduv	68	111,65	30,107	3,651	104,36	118,93	60	160
Total	174	107,30	33,597	2,547	102,27	112,33	51	160

ANOVA

Scor total hipervigilenta inhibitie

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3192,668	2	1596,334	1,421	,244
Within Groups	192079,792	171	1123,274		
Total	195272,460	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total hipervigilenta inhibitie

Tukey HSD

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	-8,510	8,670	,590	-29,01	11,99
	vaduv	-14,203	8,884	,249	-35,21	6,80
divortat	casatorit	8,510	8,670	,590	-11,99	29,01
	vaduv	-5,693	5,411	,545	-18,49	7,10
vaduv	casatorit	14,203	8,884	,249	-6,80	35,21
	divortat	5,693	5,411	,545	-7,10	18,49

Anexa 4.3. Specificul mecanismelor de coping la diferite stadii ale vârstei a treia

MEC. COPING ACT. ASERTIVA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	18	10,3	10,3	10,3
	prezent	156	89,7	89,7	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING RELATIONARE SOC.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	48	27,6	27,6	27,6
	prezent	126	72,4	72,4	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING CAUTARE SUPORT SOC.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	72	41,4	41,4	41,4
	prezent	102	58,6	58,6	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING ACT. PRUDENTA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	12	6,9	6,9	6,9
	prezent	162	93,1	93,1	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING ACT. INSTINCTIVA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	12	6,9	6,9	6,9
	prezent	162	93,1	93,1	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING EVITARE

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	60	34,5	34,5	34,5
	prezent	114	65,5	65,5	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING ACT. INDIRECTA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	54	31,0	31,0	31,0
	prezent	120	69,0	69,0	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING ACT. ANTISOCIALA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	66	37,9	37,9	37,9
	prezent	108	62,1	62,1	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

MEC. COPING ACT. AGRESIVA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	absent	60	34,5	34,5	34,5
	prezent	114	65,5	65,5	100,0
	Total	174	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	174	32,69	5,723
Scor total RELATIONARE SOCIALA	174	17,48	5,239
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	174	19,10	7,258
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	174	18,10	4,338
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	174	22,07	4,295
Scor total EVITARE	174	19,72	6,276
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	174	13,07	3,816
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	174	12,79	4,258
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	174	14,45	4,034
Valid N (listwise)	174		

Descriptives

Scor total ACTIUNE ASERTIVA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	32,38	5,889	,667	31,06	33,71	21	40
intre 75- 85 ani	74	33,88	5,427	,631	32,62	35,14	19	39
peste 85 ani	22	29,77	5,098	1,087	27,51	32,03	19	39
Total	174	32,69	5,723	,434	31,83	33,55	19	40

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE ASERTIVA
Tukey HSD

(I) varsta subiectilor	(J) varsta subiectilor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
intre 65-75 ani	intre 75- 85 ani	-1,494	,909	,230	-3,64	,66
	peste 85 ani	2,612	1,352	,133	-,59	5,81
intre 75- 85 ani	intre 65-75 ani	1,494	,909	,230	-,66	3,64
	peste 85 ani	4,106*	1,360	,008	,89	7,32
peste 85 ani	intre 65-75 ani	-2,612	1,352	,133	-5,81	,59
	intre 75- 85 ani	-4,106*	1,360	,008	-7,32	-,89

Descriptives

Scor total RELATIONARE SOCIALA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	19,08	3,194	,362	18,36	19,80	13	25
intre 75- 85 ani	74	17,07	6,454	,750	15,57	18,56	5	24
peste 85 ani	22	13,23	3,854	,822	11,52	14,94	5	24
Total	174	17,48	5,239	,397	16,70	18,27	5	25

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total RELATIONARE SOCIALA
Games-Howell

(I) varsta subiectilor	(J) varsta subiectilor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
intre 65-75 ani	intre 75- 85 ani	2,009*	,833	,046	,03	3,99
	peste 85 ani	5,850*	,898	,000	3,64	8,06
intre 75- 85 ani	intre 65-75 ani	-2,009*	,833	,046	-3,99	-,03
	peste 85 ani	3,840*	1,113	,003	1,17	6,52
peste 85 ani	intre 65-75 ani	-5,850*	,898	,000	-8,06	-3,64
	intre 75- 85 ani	-3,840*	1,113	,003	-6,52	-1,17

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives

Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	20,77	6,392	,724	19,33	22,21	8	31
intre 75- 85 ani	74	18,22	7,833	,911	16,40	20,03	7	32
peste 85 ani	22	16,18	6,987	1,490	13,08	19,28	8	32
Total	174	19,10	7,258	,550	18,02	20,19	7	32

Descriptives

Scor total ACTIUNE INDIRECTA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	12,77	3,685	,417	11,94	13,60	8	18
intre 75- 85 ani	74	12,51	3,844	,447	11,62	13,40	4	17
peste 85 ani	22	16,00	2,895	,617	14,72	17,28	6	18
Total	174	13,07	3,816	,289	12,50	13,64	4	18

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE INDIRECTA
Games-Howell

(I) varsta subiectilor	(J) varsta subiectilor	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
intre 65-75 ani	intre 75- 85 ani	,256	,611	,908	-1,19	1,70
	peste 85 ani	-3,231*	,745	,000	-5,04	-1,42
intre 75- 85 ani	intre 65-75 ani	-,256	,611	,908	-1,70	1,19
	peste 85 ani	-3,486*	,762	,000	-5,33	-1,64
peste 85 ani	intre 65-75 ani	3,231*	,745	,000	1,42	5,04
	intre 75- 85 ani	3,486*	,762	,000	1,64	5,33

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Descriptives

Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	11,69	3,955	,448	10,80	12,58	5	18
intre 75- 85 ani	74	13,31	4,490	,522	12,27	14,35	5	19
peste 85 ani	22	14,95	3,401	,725	13,45	16,46	5	17
Total	174	12,79	4,258	,323	12,16	13,43	5	19

Descriptives

Scor total ACTIUNE AGRESIVA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
intre 65-75 ani	78	13,46	3,920	,444	12,58	14,35	6	22
intre 75- 85 ani	74	15,04	4,163	,484	14,08	16,00	9	22
peste 85 ani	22	15,95	3,199	,682	14,54	17,37	10	20
Total	174	14,45	4,034	,306	13,84	15,05	6	22

Anexa 4.4. Specificul mecanismelor de coping și datele demografice

Gen

Report

Scor total ACTIUNE ASERTIVA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	33,57	67	6,572	39,5%
feminin	32,14	107	5,076	60,5%
Total	32,69	174	5,723	100,0%

Report

Scor total RELATIONARE SOCIALA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	18,79	67	5,361	41,4%
feminin	16,66	107	5,013	58,6%
Total	17,48	174	5,239	100,0%

Report

Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	18,88	67	8,380	38,1%
feminin	19,24	107	6,495	61,9%
Total	19,10	174	7,258	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE PRUDENTA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	20,33	67	3,851	43,2%
feminin	16,71	107	4,049	56,8%
Total	18,10	174	4,338	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	22,10	67	4,553	38,6%
feminin	22,05	107	4,147	61,4%
Total	22,07	174	4,295	100,0%

Report

Scor total EVITARE

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	22,46	67	4,470	43,9%
feminin	18,01	107	6,644	56,1%
Total	19,72	174	6,276	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE INDIRECTA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	12,58	67	4,373	37,1%
feminin	13,37	107	3,408	62,9%
Total	13,07	174	3,816	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	12,36	67	4,382	37,2%
feminin	13,07	107	4,176	62,8%
Total	12,79	174	4,258	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE AGRESIVA

genul subiectilor	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
masculin	13,52	67	3,698	36,0%
feminin	15,03	107	4,142	64,0%
Total	14,45	174	4,034	100,0%

Group Statistics

	genul subiectilor	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	masculin	67	33,57	6,572	,803
	feminin	107	32,14	5,076	,491
Scor total RELATIONARE SOCIALA	masculin	67	18,79	5,361	,655
	feminin	107	16,66	5,013	,485
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	masculin	67	18,88	8,380	1,024
	feminin	107	19,24	6,495	,628
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	masculin	67	20,33	3,851	,470
	feminin	107	16,71	4,049	,391
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	masculin	67	22,10	4,553	,556
	feminin	107	22,05	4,147	,401
Scor total EVITARE	masculin	67	22,46	4,470	,546
	feminin	107	18,01	6,644	,642
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	masculin	67	12,58	4,373	,534
	feminin	107	13,37	3,408	,329
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	masculin	67	12,36	4,382	,535
	feminin	107	13,07	4,176	,404
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	masculin	67	13,52	3,698	,452
	feminin	107	15,03	4,142	,400

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	9,322	,003	1,608	172	,110	1,427	,887	-,325	3,179
	Equal variances not assumed			1,517	114,562	,132	1,427	,941	-,437	3,291
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Equal variances assumed	,089	,766	2,652	172	,009	2,127	,802	,544	3,711
	Equal variances not assumed			2,611	133,192	,010	2,127	,815	,516	3,739
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	10,525	,001	-,320	172	,750	-,362	1,134	-2,600	1,875
	Equal variances not assumed			-,302	114,869	,763	-,362	1,201	-2,741	2,017
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	1,055	,306	5,843	172	,000	3,618	,619	2,396	4,840

	Equal variances not assumed			5,912	145,575	,000	3,618	,612	2,408	4,828
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	,551	,459	,086	172	,932	,058	,671	-1,267	1,382
	Equal variances not assumed			,084	130,452	,933	,058	,686	-1,299	1,414
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	11,552	,001	4,841	172	,000	4,453	,920	2,637	6,269
	Equal variances not assumed			5,282	171,070	,000	4,453	,843	2,789	6,117
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	7,476	,007	-1,335	172	,184	-,792	,593	-1,963	,379
	Equal variances not assumed			-1,261	115,348	,210	-,792	,628	-2,035	,452
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Equal variances assumed	,367	,545	-1,067	172	,288	-,707	,663	-2,016	,602
	Equal variances not assumed			-1,055	135,185	,293	-,707	,671	-2,033	,619
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	,616	,434	-2,430	172	,016	-1,506	,620	-2,729	-,282
	Equal variances not assumed			-2,494	152,015	,014	-1,506	,604	-2,698	-,313

Mediu de proveniență

Report

Scor total ACTIUNE ASERTIVA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	33,09	66	4,064	38,4%
centru rezidential	32,44	108	6,539	61,6%
Total	32,69	174	5,723	100,0%

Report

Scor total RELATIONARE SOCIALA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	17,82	66	3,123	38,7%
centru rezidential	17,28	108	6,191	61,3%
Total	17,48	174	5,239	100,0%

Report

Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	20,27	66	5,453	40,3%
centru rezidential	18,39	108	8,108	59,7%
Total	19,10	174	7,258	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE PRUDENTA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	18,64	66	2,588	39,0%
centru rezidential	17,78	108	5,107	61,0%
Total	18,10	174	4,338	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	22,00	66	3,464	37,8%
centru rezidential	22,11	108	4,747	62,2%
Total	22,07	174	4,295	100,0%

Report

Scor total EVITARE

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	18,55	66	5,091	35,7%
centru rezidential	20,44	108	6,824	64,3%
Total	19,72	174	6,276	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE INDIRECTA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	12,91	66	3,082	37,5%
centru rezidential	13,17	108	4,213	62,5%
Total	13,07	174	3,816	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	13,27	66	3,071	39,4%
centru rezidential	12,50	108	4,833	60,6%
Total	12,79	174	4,258	100,0%

Report

Scor total ACTIUNE AGRESIVA

mediul de trai	Mean	N	Std. Deviation	% of Total Sum
domiciliu	15,00	66	3,187	39,4%
centru rezidential	14,11	108	4,454	60,6%
Total	14,45	174	4,034	100,0%

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	8,682	,004	2,176	172	,031	5,722	2,630	,531	10,913

	Equal variances not assumed			1,989	101,898	,049	5,722	2,877	,016	11,428
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	5,621	,019	3,884	172	,000	6,854	1,764	3,371	10,336
	Equal variances not assumed			3,694	116,357	,000	6,854	1,855	3,179	10,528
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	,248	,619	-,143	172	,886	-,172	1,200	-2,540	2,197
	Equal variances not assumed			-,146	147,479	,884	-,172	1,173	-2,490	2,146
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	5,454	,021	5,565	172	,000	14,106	2,535	9,103	19,109
	Equal variances not assumed			5,755	152,046	,000	14,106	2,451	9,263	18,949
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	1,177	,279	1,624	172	,106	4,904	3,019	-1,055	10,863
	Equal variances not assumed			1,643	142,576	,103	4,904	2,985	-,996	10,804

Status familial

Descriptives

Scor total ACTIUNE PRUDENTA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	16,33	,970	,229	15,85	16,82	15	17
divortat	88	17,84	4,943	,527	16,79	18,89	7	25
vaduv	68	18,91	3,878	,470	17,97	19,85	7	23
Total	174	18,10	4,338	,329	17,45	18,75	7	25

ANOVA

Scor total ACTIUNE PRUDENTA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	106,895	2	53,447	2,902	,058
Within Groups	3149,243	171	18,417		
Total	3256,138	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE PRUDENTA
Tukey HSD

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	-1,508	1,110	,365	-4,13	1,12
	vaduv	-2,578	1,138	,063	-5,27	,11
divortat	casatorit	1,508	1,110	,365	-1,12	4,13
	vaduv	-1,071	,693	,272	-2,71	,57
vaduv	casatorit	2,578	1,138	,063	-,11	5,27
	divortat	1,071	,693	,272	-,57	2,71

Descriptives

Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	19,67	1,749	,412	18,80	20,54	18	22
divortat	88	21,61	4,557	,486	20,65	22,58	13	30
vaduv	68	23,29	4,067	,493	22,31	24,28	17	30
Total	174	22,07	4,295	,326	21,43	22,71	13	30

ANOVA

Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	224,191	2	112,096	6,461	,002
Within Groups	2966,981	171	17,351		
Total	3191,172	173			

Post Hoc Tests

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA
Games-Howell

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	-1,947*	,637	,009	-3,47	-,42
	vaduv	-3,627*	,643	,000	-5,17	-2,09
divortat	casatorit	1,947*	,637	,009	,42	3,47
	vaduv	-1,680*	,692	,043	-3,32	-,04
vaduv	casatorit	3,627*	,643	,000	2,09	5,17
	divortat	1,680*	,692	,043	,04	3,32

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Activa

Descriptives

Scor total EVITARE

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	17,33	5,402	1,273	14,65	20,02	10	22
divortat	88	20,27	5,807	,619	19,04	21,50	7	28
vaduv	68	19,65	6,971	,845	17,96	21,33	7	30
Total	174	19,72	6,276	,476	18,79	20,66	7	30

ANOVA

Scor total EVITARE

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	129,775	2	64,887	1,660	,193
Within Groups	6684,984	171	39,093		
Total	6814,759	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total EVITARE

Tukey HSD

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	-2,939	1,617	,167	-6,76	,88
	vaduv	-2,314	1,657	,345	-6,23	1,60
divortat	casatorit	2,939	1,617	,167	-,88	6,76
	vaduv	,626	1,010	,810	-1,76	3,01
vaduv	casatorit	2,314	1,657	,345	-1,60	6,23
	divortat	-,626	1,010	,810	-3,01	1,76

Descriptives

Scor total ACTIUNE INDIRECTA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	11,67	1,283	,302	11,03	12,30	10	13
divortat	88	11,53	4,199	,448	10,64	12,42	4	17
vaduv	68	15,43	2,242	,272	14,88	15,97	8	18
Total	174	13,07	3,816	,289	12,50	13,64	4	18

ANOVA

Scor total ACTIUNE INDIRECTA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	620,642	2	310,321	27,951	,000
Within Groups	1898,530	171	11,103		
Total	2519,172	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE INDIRECTA
Games-Howell

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	,133	,540	,967	-1,16	1,42
	vaduv	-3,760*	,407	,000	-4,74	-2,78
divortat	casatorit	-,133	,540	,967	-1,42	1,16
	vaduv	-3,892*	,524	,000	-5,13	-2,65
vaduv	casatorit	3,760*	,407	,000	2,78	4,74
	divortat	3,892*	,524	,000	2,65	5,13

Descriptives

Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	12,67	3,498	,824	10,93	14,41	8	16
divortat	88	11,47	4,469	,476	10,52	12,41	5	18
vaduv	68	14,54	3,513	,426	13,69	15,39	6	19
Total	174	12,79	4,258	,323	12,16	13,43	5	19

ANOVA

Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	363,786	2	181,893	11,218	,000
Within Groups	2772,765	171	16,215		
Total	3136,552	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA
Games-Howell

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	1,201	,952	,428	-1,15	3,55
	vaduv	-1,877	,928	,126	-4,18	,42
divortat	casatorit	-1,201	,952	,428	-3,55	1,15
	vaduv	-3,078*	,639	,000	-4,59	-1,57
vaduv	casatorit	1,877	,928	,126	-,42	4,18
	divortat	3,078*	,639	,000	1,57	4,59

Descriptives

Scor total ACTIUNE AGRESIVA

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
casatorit	18	17,00	3,662	,863	15,18	18,82	14	22
divortat	88	13,34	4,363	,465	12,42	14,27	6	22
vaduv	68	15,21	3,155	,383	14,44	15,97	11	20
Total	174	14,45	4,034	,306	13,84	15,05	6	22

ANOVA

Scor total ACTIUNE AGRESIVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	264,144	2	132,072	8,854	,000
Within Groups	2550,890	171	14,917		
Total	2815,034	173			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Scor total ACTIUNE AGRESIVA
Games-Howell

(I) status familial	(J) status familial	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
casatorit	divortat	3,659*	,980	,002	1,23	6,09
	vaduv	1,794	,944	,160	-,56	4,15
divortat	casatorit	-3,659*	,980	,002	-6,09	-1,23
	vaduv	-1,865*	,602	,007	-3,29	-,44
vaduv	casatorit	-1,794	,944	,160	-4,15	,56
	divortat	1,865*	,602	,007	,44	3,29

Anexa 4.5. Corelațiile dintre schemele cognitive dezadaptative și mecanismele de coping

Correlations

		Scor total autonomie performanta	Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Scor total RELATIONARE SOCIALA	Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Scor total EVITARE	Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Scor total ACTIUNE AGRESIVA
Scor total autonomie performanta	Pearson Correlation	1	,085	-,091	,065	,367**	-,040	-,179*	,248**	,163*	,154*
	Sig. (2-tailed)		,267	,233	,395	,000	,602	,018	,001	,032	,042
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Pearson Correlation	,085	1	,220**	,026	-,183*	,280**	-,505**	,025	,308**	,401**
	Sig. (2-tailed)	,267		,004	,735	,016	,000	,000	,745	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Pearson Correlation	-,091	,220**	1	,607**	,198**	,085	,119	-,179*	-,167*	-,117
	Sig. (2-tailed)	,233	,004		,000	,009	,266	,118	,018	,028	,124
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Pearson Correlation	,065	,026	,607**	1	,352**	,111	,131	-,110	,066	-,051
	Sig. (2-tailed)	,395	,735	,000		,000	,145	,085	,147	,388	,501
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Pearson Correlation	,367**	-,183*	,198**	,352**	1	,059	,579**	,155*	-,010	-,032
	Sig. (2-tailed)	,000	,016	,009	,000		,438	,000	,042	,895	,671
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Pearson Correlation	-,040	,280**	,085	,111	,059	1	-,125	,370**	,655**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,602	,000	,266	,145	,438		,099	,000	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total EVITARE	Pearson Correlation	-,179*	-,505**	,119	,131	,579**	-,125	1	,156*	-,208**	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,018	,000	,118	,085	,000	,099		,040	,006	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Pearson Correlation	,248**	,025	-,179*	-,110	,155*	,370**	,156*	1	,424**	,282**
	Sig. (2-tailed)	,001	,745	,018	,147	,042	,000	,040		,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Pearson Correlation	,163*	,308**	-,167*	,066	-,010	,655**	-,208**	,424**	1	,520**
	Sig. (2-tailed)	,032	,000	,028	,388	,895	,000	,006	,000		,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Pearson Correlation	,154*	,401**	-,117	-,051	-,032	,533**	-,346**	,282**	,520**	1
	Sig. (2-tailed)	,042	,000	,124	,501	,671	,000	,000	,000	,000	
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174

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

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

Correlations

		Scor total dependenta de altii	Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Scor total RELATIONARE SOCIALA	Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Scor total EVITARE	Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Scor total ACTIUNE AGRESIVA
Scor total dependenta de altii	Pearson Correlation	1	,214**	,347**	,349**	,174*	-,007	-,092	,075	,236**	-,035
	Sig. (2-tailed)		,004	,000	,000	,022	,932	,227	,328	,002	,644
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Pearson Correlation	,214**	1	,220**	,026	-,183*	,280**	-,505**	,025	,308**	,401**
	Sig. (2-tailed)	,004		,004	,735	,016	,000	,000	,745	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Pearson Correlation	,347**	,220**	1	,607**	,198**	,085	,119	-,179*	-,167*	-,117
	Sig. (2-tailed)	,000	,004		,000	,009	,266	,118	,018	,028	,124
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Pearson Correlation	,349**	,026	,607**	1	,352**	,111	,131	-,110	,066	-,051
	Sig. (2-tailed)	,000	,735	,000		,000	,145	,085	,147	,388	,501
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Pearson Correlation	,174*	-,183*	,198**	,352**	1	,059	,579**	,155*	-,010	-,032
	Sig. (2-tailed)	,022	,016	,009	,000		,438	,000	,042	,895	,671
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Pearson Correlation	-,007	,280**	,085	,111	,059	1	-,125	,370**	,655**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,932	,000	,266	,145	,438		,099	,000	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total EVITARE	Pearson Correlation	-,092	-,505**	,119	,131	,579**	-,125	1	,156*	-,208**	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,227	,000	,118	,085	,000	,099		,040	,006	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Pearson Correlation	,075	,025	-,179*	-,110	,155*	,370**	,156*	1	,424**	,282**
	Sig. (2-tailed)	,328	,745	,018	,147	,042	,000	,040		,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Pearson Correlation	,236**	,308**	-,167*	,066	-,010	,655**	-,208**	,424**	1	,520**
	Sig. (2-tailed)	,002	,000	,028	,388	,895	,000	,006	,000		,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Pearson Correlation	-,035	,401**	-,117	-,051	-,032	,533**	-,346**	,282**	,520**	1
	Sig. (2-tailed)	,644	,000	,124	,501	,671	,000	,000	,000	,000	
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174

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

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

Correlations

		Scor total deficienta limitelor	Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Scor total RELATIONARE SOCIALA	Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Scor total EVITARE	Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Scor total ACTIUNE AGRESIVA
Scor total deficienta limitelor	Pearson Correlation	1	,361**	,278**	,357**	,269**	,453**	-,011	,187*	,487**	,300**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,883	,014	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Pearson Correlation	,361**	1	,220**	,026	-,183*	,280**	-,505**	,025	,308**	,401**
	Sig. (2-tailed)	,000		,004	,735	,016	,000	,000	,745	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Pearson Correlation	,278**	,220**	1	,607**	,198**	,085	,119	-,179*	-,167*	-,117
	Sig. (2-tailed)	,000	,004		,000	,009	,266	,118	,018	,028	,124
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Pearson Correlation	,357**	,026	,607**	1	,352**	,111	,131	-,110	,066	-,051
	Sig. (2-tailed)	,000	,735	,000		,000	,145	,085	,147	,388	,501
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Pearson Correlation	,269**	-,183*	,198**	,352**	1	,059	,579**	,155*	-,010	-,032
	Sig. (2-tailed)	,000	,016	,009	,000		,438	,000	,042	,895	,671
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Pearson Correlation	,453**	,280**	,085	,111	,059	1	-,125	,370**	,655**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,266	,145	,438		,099	,000	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total EVITARE	Pearson Correlation	-,011	-,505**	,119	,131	,579**	-,125	1	,156*	-,208**	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,883	,000	,118	,085	,000	,099		,040	,006	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Pearson Correlation	,187*	,025	-,179*	-,110	,155*	,370**	,156*	1	,424**	,282**
	Sig. (2-tailed)	,014	,745	,018	,147	,042	,000	,040		,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Pearson Correlation	,487**	,308**	-,167*	,066	-,010	,655**	-,208**	,424**	1	,520**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,028	,388	,895	,000	,006	,000		,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Pearson Correlation	,300**	,401**	-,117	-,051	-,032	,533**	-,346**	,282**	,520**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,124	,501	,671	,000	,000	,000	,000	
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174

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

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

Correlations

		Scor total hipervigilenta inhibitie	Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Scor total RELATIONARE SOCIALA	Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Scor total EVITARE	Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Scor total ACTIUNE AGRESIVA
Scor total hipervigilenta inhibitie	Pearson Correlation	1	,061	,387**	,351**	,233**	,261**	,056	-,017	,323**	-,042
	Sig. (2-tailed)		,420	,000	,000	,002	,001	,463	,820	,000	,582
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Pearson Correlation	,061	1	,220**	,026	-,183*	,280**	-,505**	,025	,308**	,401**
	Sig. (2-tailed)	,420		,004	,735	,016	,000	,000	,745	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Pearson Correlation	,387**	,220**	1	,607**	,198**	,085	,119	-,179*	-,167*	-,117
	Sig. (2-tailed)	,000	,004		,000	,009	,266	,118	,018	,028	,124
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Pearson Correlation	,351**	,026	,607**	1	,352**	,111	,131	-,110	,066	-,051
	Sig. (2-tailed)	,000	,735	,000		,000	,145	,085	,147	,388	,501
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Pearson Correlation	,233**	-,183*	,198**	,352**	1	,059	,579**	,155*	-,010	-,032
	Sig. (2-tailed)	,002	,016	,009	,000		,438	,000	,042	,895	,671
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Pearson Correlation	,261**	,280**	,085	,111	,059	1	-,125	,370**	,655**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,266	,145	,438		,099	,000	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total EVITARE	Pearson Correlation	,056	-,505**	,119	,131	,579**	-,125	1	,156*	-,208**	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,463	,000	,118	,085	,000	,099		,040	,006	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Pearson Correlation	-,017	,025	-,179*	-,110	,155*	,370**	,156*	1	,424**	,282**
	Sig. (2-tailed)	,820	,745	,018	,147	,042	,000	,040		,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Pearson Correlation	,323**	,308**	-,167*	,066	-,010	,655**	-,208**	,424**	1	,520**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,028	,388	,895	,000	,006	,000		,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Pearson Correlation	-,042	,401**	-,117	-,051	-,032	,533**	-,346**	,282**	,520**	1
	Sig. (2-tailed)	,582	,000	,124	,501	,671	,000	,000	,000	,000	
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174

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

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

Correlations

		Scor total separare respingere	Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Scor total RELATIONARE SOCIALA	Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Scor total EVITARE	Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Scor total ACTIUNE AGRESIVA
Scor total separare respingere	Pearson Correlation	1	,012	-,115	-,075	,002	-,044	,004	-,141	-,103	,192*
	Sig. (2-tailed)		,880	,132	,325	,982	,568	,955	,064	,175	,011
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Pearson Correlation	,012	1	,220**	,026	-,183*	,280**	-,505**	,025	,308**	,401**
	Sig. (2-tailed)	,880		,004	,735	,016	,000	,000	,745	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Pearson Correlation	-,115	,220**	1	,607**	,198**	,085	,119	-,179*	-,167*	-,117
	Sig. (2-tailed)	,132	,004		,000	,009	,266	,118	,018	,028	,124
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Pearson Correlation	-,075	,026	,607**	1	,352**	,111	,131	-,110	,066	-,051
	Sig. (2-tailed)	,325	,735	,000		,000	,145	,085	,147	,388	,501
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Pearson Correlation	,002	-,183*	,198**	,352**	1	,059	,579**	,155*	-,010	-,032
	Sig. (2-tailed)	,982	,016	,009	,000		,438	,000	,042	,895	,671
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Pearson Correlation	-,044	,280**	,085	,111	,059	1	-,125	,370**	,655**	,533**
	Sig. (2-tailed)	,568	,000	,266	,145	,438		,099	,000	,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total EVITARE	Pearson Correlation	,004	-,505**	,119	,131	,579**	-,125	1	,156*	-,208**	-,346**
	Sig. (2-tailed)	,955	,000	,118	,085	,000	,099		,040	,006	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Pearson Correlation	-,141	,025	-,179*	-,110	,155*	,370**	,156*	1	,424**	,282**
	Sig. (2-tailed)	,064	,745	,018	,147	,042	,000	,040		,000	,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Pearson Correlation	-,103	,308**	-,167*	,066	-,010	,655**	-,208**	,424**	1	,520**
	Sig. (2-tailed)	,175	,000	,028	,388	,895	,000	,006	,000		,000
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Pearson Correlation	,192*	,401**	-,117	-,051	-,032	,533**	-,346**	,282**	,520**	1
	Sig. (2-tailed)	,011	,000	,124	,501	,671	,000	,000	,000	,000	
	N	174	174	174	174	174	174	174	174	174	174

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

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

Anexa 4.6 Specificul schemelor cognitive dezadaptative timpurii și dimensiunile stării de bine psihologice

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total separare respingere	scor scazut	24	84,46	23,326	4,761
	scor inalt	150	82,30	21,896	1,788

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total separare respingere	Equal variances assumed	,313	,576	,444	172	,657	2,158	4,857	-7,429	11,745
	Equal variances not assumed			,424	29,851	,674	2,158	5,086	-8,231	12,547

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total autonomie performanta	scor scazut	24	50,92	21,409	4,370
	scor inalt	150	51,61	17,770	1,451

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total autonomie performanta	Equal variances assumed	2,092	,150	-,173	172	,863	-,697	4,023	-8,637	7,244
	Equal variances not assumed			-,151	28,297	,881	-,697	4,605	-10,124	8,731

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total limite deficitare	scor scazut	24	20,33	6,982	1,425
	scor inalt	150	34,63	11,204	,915

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total limite deficitare	Equal variances assumed	15,610	,000	-6,059	172	,000	-14,300	2,360	-18,959	-9,641
	Equal variances not assumed			-8,444	44,682	,000	-14,300	1,694	-17,712	-10,888

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total orientarea către ceilalți	scor scazut	24	84,17	25,425	5,190
	scor inalt	150	74,28	22,967	1,875

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total orientarea către ceilalți	Equal variances assumed	,009	,923	1,929	172	,055	9,887	5,125	-,229	20,002
	Equal variances not assumed			1,792	29,321	,084	9,887	5,518	-1,394	21,167

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total hipervigilenta inhibitie	scor scazut	24	108,83	33,763	6,892
	scor inalt	150	107,05	33,677	2,750

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total hipervigilenta inhibitie	Equal variances assumed	,188	,665	,240	172	,810	1,780	7,406	-12,839	16,399
	Equal variances not assumed			,240	30,785	,812	1,780	7,420	-13,358	16,918

Anexa 4.7. Specificul mecanismele de coping și dimeniunile stării de bine psihologice

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. ACCEPTARE DE SINE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	scor scazut	48	28,50	5,604	,809
	scor inalt	126	34,29	4,920	,438
Scor total RELATIONARE SOCIALA	scor scazut	48	17,13	5,859	,846
	scor inalt	126	17,62	5,001	,445
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	scor scazut	48	17,13	7,964	1,150
	scor inalt	126	19,86	6,854	,611
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	scor scazut	48	19,88	3,694	,533
	scor inalt	126	17,43	4,388	,391
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	scor scazut	48	21,50	4,631	,668
	scor inalt	126	22,29	4,159	,370
Scor total EVITARE	scor scazut	48	22,88	6,031	,870
	scor inalt	126	18,52	5,965	,531
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	scor scazut	48	14,00	2,989	,431
	scor inalt	126	12,71	4,041	,360
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	scor scazut	48	12,50	4,873	,703
	scor inalt	126	12,90	4,015	,358
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	scor scazut	48	13,38	3,272	,472
	scor inalt	126	14,86	4,229	,377

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	5,038	,026	-6,668	172	,000	-5,786	,868	-7,499	-4,073
	Equal variances not assumed			-6,289	76,184	,000	-5,786	,920	-7,618	-3,953
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Equal variances assumed	1,749	,188	-,555	172	,580	-,494	,890	-2,251	1,263
	Equal variances not assumed			-,517	74,549	,607	-,494	,956	-2,398	1,410
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	5,904	,016	-2,245	172	,026	-2,732	1,217	-5,134	-,330
	Equal variances not assumed			-2,099	75,013	,039	-2,732	1,302	-5,325	-,139
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	,278	,599	3,426	172	,001	2,446	,714	1,037	3,856

	Equal variances not assumed			3,701	100,229	,000	2,446	,661	1,135	3,758
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	2,906	,090	-1,079	172	,282	-,786	,728	-2,223	,652
	Equal variances not assumed			-1,028	77,558	,307	-,786	,764	-2,307	,736
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	,166	,684	4,288	172	,000	4,351	1,015	2,348	6,354
	Equal variances not assumed			4,267	84,167	,000	4,351	1,020	2,323	6,379
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	6,282	,013	2,004	172	,047	1,286	,642	,019	2,552
	Equal variances not assumed			2,288	114,388	,024	1,286	,562	,173	2,399
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Equal variances assumed	4,461	,036	-,559	172	,577	-,405	,724	-1,833	1,024
	Equal variances not assumed			-,513	72,626	,610	-,405	,789	-1,977	1,168
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	4,569	,034	-2,190	172	,030	-1,482	,677	-2,818	-,146
	Equal variances not assumed			-2,453	109,212	,016	-1,482	,604	-2,680	-,285

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	scor scazut	24	23,75	5,076	1,036
	scor inalt	150	34,12	4,372	,357
Scor total RELATIONARE SOCIALA	scor scazut	24	16,75	7,017	1,432
	scor inalt	150	17,60	4,915	,401
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	scor scazut	24	17,00	7,945	1,622
	scor inalt	150	19,44	7,112	,581
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	scor scazut	24	18,00	4,394	,897
	scor inalt	150	18,12	4,344	,355
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	scor scazut	24	17,50	3,648	,745
	scor inalt	150	22,80	3,932	,321
Scor total EVITARE	scor scazut	24	24,25	1,824	,372
	scor inalt	150	19,00	6,434	,525
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	scor scazut	24	10,75	3,179	,649
	scor inalt	150	13,44	3,787	,309
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	scor scazut	24	8,25	3,492	,713
	scor inalt	150	13,52	3,913	,319
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	scor scazut	24	10,50	3,022	,617
	scor inalt	150	15,08	3,817	,312

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	,837	,362	-10,547	172	,000	-10,370	,983	-12,311	-8,429
	Equal variances not assumed			-9,463	28,722	,000	-10,370	1,096	-12,612	-8,128
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Equal variances assumed	8,585	,004	-,737	172	,462	-,850	1,153	-3,126	1,426
	Equal variances not assumed			-,571	26,728	,572	-,850	1,488	-3,904	2,204
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	3,450	,065	-1,535	172	,127	-2,440	1,589	-5,577	,697
	Equal variances not assumed			-1,416	29,201	,167	-2,440	1,723	-5,962	1,082
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	,088	,766	-,125	172	,900	-,120	,957	-2,008	1,768
	Equal variances not assumed			-,124	30,642	,902	-,120	,964	-2,088	1,848
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	2,087	,150	-6,189	172	,000	-5,300	,856	-6,990	-3,610
	Equal variances not assumed			-6,537	32,178	,000	-5,300	,811	-6,951	-3,649
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	22,292	,000	3,963	172	,000	5,250	1,325	2,635	7,865
	Equal variances not assumed			8,154	127,662	,000	5,250	,644	3,976	6,524
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	,854	,357	-3,297	172	,001	-2,690	,816	-4,301	-1,079
	Equal variances not assumed			-3,742	34,354	,001	-2,690	,719	-4,150	-1,230
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Equal variances assumed	,099	,754	-6,211	172	,000	-5,270	,848	-6,945	-3,595
	Equal variances not assumed			-6,746	32,963	,000	-5,270	,781	-6,859	-3,681

Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	1,904	,169	-5,599	172	,000	-4,580	,818	-6,195	-2,965
	Equal variances not assumed			-6,627	35,884	,000	-4,580	,691	-5,982	-3,178

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. CONTROL MEDIU	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	scor scazut	12	36,00	2,089	,603
	scor inalt	162	32,44	5,832	,458
Scor total RELATIONARE SOCIALA	scor scazut	12	15,50	3,656	1,055
	scor inalt	162	17,63	5,316	,418
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	scor scazut	12	17,00	7,311	2,111
	scor inalt	162	19,26	7,252	,570
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	scor scazut	12	15,00	3,133	,905
	scor inalt	162	18,33	4,334	,341
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	scor scazut	12	27,50	2,611	,754
	scor inalt	162	21,67	4,122	,324
Scor total EVITARE	scor scazut	12	9,00	2,089	,603
	scor inalt	162	20,52	5,729	,450
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	scor scazut	12	14,50	1,567	,452
	scor inalt	162	12,96	3,913	,307
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	scor scazut	12	15,50	1,567	,452
	scor inalt	162	12,59	4,328	,340
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	scor scazut	12	19,00	3,133	,905
	scor inalt	162	14,11	3,893	,306

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	7,666	,006	2,097	172	,037	3,556	1,695	,209	6,902
	Equal variances not assumed			4,695	26,760	,000	3,556	,757	2,001	5,110
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Equal variances assumed	,449	,504	-1,362	172	,175	-2,130	1,563	-5,215	,956
	Equal variances not assumed			-1,876	14,691	,081	-2,130	1,135	-4,553	,294

Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	,522	,471	-1,041	172	,299	-2,259	2,171	-6,544	2,025
	Equal variances not assumed			-1,033	12,657	,321	-2,259	2,186	-6,995	2,477
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	1,187	,277	-2,611	172	,010	-3,333	1,277	-5,853	-,813
	Equal variances not assumed			-3,449	14,319	,004	-3,333	,967	-5,402	-1,265
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	2,198	,140	4,823	172	,000	5,833	1,209	3,446	8,221
	Equal variances not assumed			7,110	15,401	,000	5,833	,820	4,089	7,578
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	8,508	,004	-6,915	172	,000	-11,519	1,666	-14,807	-8,230
	Equal variances not assumed			-15,307	26,119	,000	-11,519	,752	-13,065	-9,972
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	8,948	,003	1,350	172	,179	1,537	1,139	-,711	3,785
	Equal variances not assumed			2,811	23,180	,010	1,537	,547	,406	2,668
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Equal variances assumed	10,471	,001	2,311	172	,022	2,907	1,258	,424	5,391
	Equal variances not assumed			5,138	26,372	,000	2,907	,566	1,745	4,070
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	,002	,967	4,246	172	,000	4,889	1,151	2,616	7,162
	Equal variances not assumed			5,120	13,647	,000	4,889	,955	2,836	6,942

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. DEZV. PERS.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	scor scazut	66	33,64	6,004	,739
	scor inalt	108	32,11	5,491	,528
Scor total RELATIONARE SOCIALA	scor scazut	66	17,27	7,100	,874
	scor inalt	108	17,61	3,701	,356
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	scor scazut	66	16,73	8,796	1,083
	scor inalt	108	20,56	5,705	,549
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	scor scazut	66	18,27	4,994	,615
	scor inalt	108	18,00	3,905	,376
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	scor scazut	66	20,73	3,917	,482
	scor inalt	108	22,89	4,326	,416
Scor total EVITARE	scor scazut	66	19,45	5,959	,734
	scor inalt	108	19,89	6,484	,624

Scor total ACTIUNE INDIRECTA	scor scazut	66	12,82	3,815	,470
	scor inalt	108	13,22	3,826	,368
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	scor scazut	66	10,64	4,037	,497
	scor inalt	108	14,11	3,846	,370
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	scor scazut	66	14,91	3,972	,489
	scor inalt	108	14,17	4,064	,391

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	,299	,585	1,715	172	,088	1,525	,889	-,230	3,280
	Equal variances not assumed			1,679	128,104	,096	1,525	,909	-,272	3,323
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Equal variances assumed	59,196	,000	-,412	172	,681	-,338	,820	-1,958	1,281
	Equal variances not assumed			-,359	86,921	,721	-,338	,944	-2,214	1,538
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	27,464	,000	-3,483	172	,001	-3,828	1,099	-5,998	-1,659
	Equal variances not assumed			-3,154	98,752	,002	-3,828	1,214	-6,237	-1,419
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	1,776	,184	,401	172	,689	,273	,679	-1,068	1,614
	Equal variances not assumed			,379	113,070	,706	,273	,720	-1,155	1,700
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	3,117	,079	-3,313	172	,001	-2,162	,652	-3,450	-,874
	Equal variances not assumed			-3,394	148,063	,001	-2,162	,637	-3,420	-,903
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	,025	,875	-,442	172	,659	-,434	,983	-2,374	1,506
	Equal variances not assumed			-,451	146,495	,653	-,434	,963	-2,338	1,469
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	,123	,726	-,677	172	,500	-,404	,597	-1,583	,775

	Equal variances not assumed			-,677	137,853	,499	-,404	,597	-1,584	,776
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Equal variances assumed	7,389	,007	-5,675	172	,000	-3,475	,612	-4,683	-2,266
	Equal variances not assumed			-5,608	132,366	,000	-3,475	,620	-4,700	-2,249
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	,479	,490	1,179	172	,240	,742	,630	-,500	1,985
	Equal variances not assumed			1,186	139,965	,238	,742	,626	-,495	1,980

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. REL. POZ. CU ALTII	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	scor scazut	54	32,78	6,709	,913
	scor inalt	120	32,65	5,249	,479
Scor total RELATIONARE SOCIALA	scor scazut	54	12,67	5,730	,780
	scor inalt	120	19,65	3,164	,289
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	scor scazut	54	11,44	3,780	,514
	scor inalt	120	22,55	5,622	,513
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	scor scazut	54	17,00	5,013	,682
	scor inalt	120	18,60	3,920	,358
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	scor scazut	54	21,44	5,149	,701
	scor inalt	120	22,35	3,841	,351
Scor total EVITARE	scor scazut	54	19,33	6,780	,923
	scor inalt	120	19,90	6,058	,553
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	scor scazut	54	14,33	2,733	,372
	scor inalt	120	12,50	4,098	,374
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	scor scazut	54	12,67	4,638	,631
	scor inalt	120	12,85	4,095	,374
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	scor scazut	54	16,56	3,780	,514
	scor inalt	120	13,50	3,791	,346

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	2,301	,131	,136	172	,892	,128	,940	-1,728	1,984
	Equal variances not assumed			,124	83,410	,902	,128	1,031	-1,923	2,178
Scor total RELATIONARE SOCIALA	Equal variances assumed	32,001	,000	-10,323	172	,000	-6,983	,676	-8,319	-5,648

	Equal variances not assumed			-8,398	67,973	,000	-6,983	,831	-8,643	-5,324
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	10,608	,001	-13,222	172	,000	-11,106	,840	-12,763	-9,448
	Equal variances not assumed			-15,283	146,420	,000	-11,106	,727	-12,542	-9,669
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	,349	,555	-2,278	172	,024	-1,600	,702	-2,987	-,213
	Equal variances not assumed			-2,077	83,370	,041	-1,600	,770	-3,132	-,068
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	9,595	,002	-1,289	172	,199	-,906	,702	-2,292	,481
	Equal variances not assumed			-1,156	80,607	,251	-,906	,784	-2,465	,654
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	3,698	,056	-,550	172	,583	-,567	1,031	-2,601	1,467
	Equal variances not assumed			-,527	92,601	,600	-,567	1,076	-2,703	1,569
Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	8,549	,004	2,999	172	,003	1,833	,611	,627	3,040
	Equal variances not assumed			3,475	147,300	,001	1,833	,528	,791	2,876
Scor total ACTIUNE ANTISOCIAL A	Equal variances assumed	3,188	,076	-,262	172	,794	-,183	,700	-1,564	1,198
	Equal variances not assumed			-,250	91,681	,803	-,183	,734	-1,640	1,274
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	,843	,360	4,923	172	,000	3,056	,621	1,831	4,281
	Equal variances not assumed			4,929	102,476	,000	3,056	,620	1,826	4,285

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. SCOP IN VIATA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACTIUNE	scor scazut	72	32,42	5,256	,619
ASERTIVA	scor inalt	102	32,88	6,048	,599
Scor total RELATIONARE	scor scazut	72	17,33	6,920	,816
SOCIALA	scor inalt	102	17,59	3,649	,361
Scor total CAUTARE	scor scazut	72	17,08	8,227	,970
SUPORT SOCIAL	scor inalt	102	20,53	6,138	,608
Scor total ACTIUNE	scor scazut	72	17,92	5,320	,627
PRUDENTA	scor inalt	102	18,24	3,507	,347
Scor total ACTIUNE	scor scazut	72	20,92	4,586	,541

INSTINCTIVA	scor inalt	102	22,88	3,898	,386
Scor total EVITARE	scor scazut	72	20,00	5,697	,671
	scor inalt	102	19,53	6,676	,661
Scor total ACTIUNE	scor scazut	72	12,92	3,275	,386
INDIRECTA	scor inalt	102	13,18	4,168	,413
Scor total ACTIUNE	scor scazut	72	10,75	4,195	,494
ANTISOCIALA	scor inalt	102	14,24	3,689	,365
Scor total ACTIUNE	scor scazut	72	13,92	3,499	,412
AGRESIVA	scor inalt	102	14,82	4,350	,431

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACTIUNE ASERTIVA	Equal variances assumed	4,276	,040	-,528	172	,598	-,466	,883	-2,208	1,277
	Equal variances not assumed			-,540	164,639	,590	-,466	,862	-2,167	1,235
Scor total RELATIONARE	Equal variances assumed	64,162	,000	-,315	172	,753	-,255	,808	-1,851	1,341
SOCIALA	Equal variances not assumed			-,286	98,924	,776	-,255	,892	-2,025	1,515
Scor total CAUTARE SUPORT SOCIAL	Equal variances assumed	11,236	,001	-3,164	172	,002	-3,446	1,089	-5,596	-1,296
	Equal variances not assumed			-3,012	124,272	,003	-3,446	1,144	-5,711	-1,181
Scor total ACTIUNE PRUDENTA	Equal variances assumed	22,357	,000	-,476	172	,635	-,319	,669	-1,640	1,002
	Equal variances not assumed			-,445	113,721	,657	-,319	,717	-1,738	1,101
Scor total ACTIUNE INSTINCTIVA	Equal variances assumed	6,343	,013	-3,044	172	,003	-1,966	,646	-3,240	-,691
	Equal variances not assumed			-2,960	136,850	,004	-1,966	,664	-3,279	-,652
Scor total EVITARE	Equal variances assumed	,129	,720	,486	172	,628	,471	,968	-1,441	2,382
	Equal variances not assumed			,499	165,831	,618	,471	,942	-1,390	2,331

Scor total ACTIUNE INDIRECTA	Equal variances assumed	1,827	,178	-,441	172	,660	-,260	,589	-1,422	,902
	Equal variances not assumed			-,460	169,975	,646	-,260	,565	-1,375	,856
Scor total ACTIUNE ANTISOCIALA	Equal variances assumed	9,317	,003	-5,797	172	,000	-3,485	,601	-4,672	-2,299
	Equal variances not assumed			-5,670	140,278	,000	-3,485	,615	-4,701	-2,270
Scor total ACTIUNE AGRESIVA	Equal variances assumed	1,281	,259	-1,465	172	,145	-,907	,619	-2,128	,315
	Equal variances not assumed			-1,521	169,003	,130	-,907	,596	-2,084	,270

Anexa 4.8. Manifestările mecanismelor de coping şi a stării de bine psihologice în funcție de schemele cognitive la vârstnici- cele cinci profiluri psihologice

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ASERTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	18	79,33	15,545	3,664
	prezent	156	70,54	16,985	1,360

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	,186	,667	2,097	172	,037	8,795	4,194	,517	17,073
	Equal variances not assumed			2,250	21,960	,035	8,795	3,908	,689	16,901

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING RELATIONARE SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	48	74,75	18,111	2,614
	prezent	126	70,19	16,476	1,468

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	2,107	,148	1,587	172	,114	4,560	2,873	-1,111	10,230
	Equal variances not assumed			1,521	78,376	,132	4,560	2,998	-1,409	10,528

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING CAUTARE SUPORT SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	72	74,00	11,311	1,333
	prezent	102	69,65	19,947	1,975

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	16,182	,000	1,671	172	,097	4,353	2,605	-,789	9,495
	Equal variances not assumed			1,827	165,208	,070	4,353	2,383	-,352	9,058

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. PRUDENTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	12	80,50	8,878	2,563
	prezent	162	70,78	17,293	1,359

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	3,093	,080	1,925	172	,056	9,722	5,050	-,247	19,691
	Equal variances not assumed			3,352	17,955	,004	9,722	2,901	3,627	15,818

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INSTINCTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	12	94,50	3,656	1,055
	prezent	162	69,74	16,357	1,285

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	9,994	,002	5,221	172	,000	24,759	4,743	15,398	34,120
	Equal variances not assumed			14,889	58,959	,000	24,759	1,663	21,432	28,087

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING EVITARE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	60	72,60	17,404	2,247
	prezent	114	70,84	16,849	1,578

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	2,726	,101	,647	172	,519	1,758	2,718	-3,607	7,123
	Equal variances not assumed			,640	116,735	,523	1,758	2,746	-3,680	7,196

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INDIRECTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	54	72,89	13,588	1,849
	prezent	120	70,80	18,362	1,676

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	2,588	,109	,748	172	,455	2,089	2,791	-3,421	7,599
	Equal variances not assumed			,837	135,229	,404	2,089	2,496	-2,847	7,025

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ANTISOCIALA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	66	74,55	15,260	1,878
	prezent	108	69,56	17,803	1,713

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	,251	,617	1,891	172	,060	4,990	2,638	-,218	10,198
	Equal variances not assumed			1,963	153,563	,051	4,990	2,542	-,032	10,012

T-Test

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. AGRESIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	absent	60	70,20	16,508	2,131
	prezent	114	72,11	17,308	1,621

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	,028	,867	-,701	172	,484	-1,905	2,717	-7,269	3,459
	Equal variances not assumed			-,712	125,149	,478	-1,905	2,678	-7,204	3,394

T-Test

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	scor scazut	24	78,00	13,571	2,770
	scor inalt	150	70,40	17,309	1,413

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	,446	,505	2,051	172	,042	7,600	3,706	,285	14,915
	Equal variances not assumed			2,444	36,153	,020	7,600	3,110	1,294	13,906

T-Test

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. CONTROL MEDIU	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	scor scazut	12	87,00	2,089	,603
	scor inalt	162	70,30	17,069	1,341

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	13,571	,000	3,379	172	,001	16,704	4,943	6,947	26,461
	Equal variances not assumed			11,360	145,577	,000	16,704	1,470	13,798	19,610

T-Test

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. DEZV. PERS.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	scor scazut	66	78,45	13,872	1,708
	scor inalt	108	67,17	17,386	1,673

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	,835	,362	4,474	172	,000	11,288	2,523	6,308	16,268
	Equal variances not assumed			4,722	160,078	,000	11,288	2,391	6,567	16,009

T-Test

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. REL. POZ. CU ALTII	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	scor scazut	54	78,44	11,211	1,526
	scor inalt	120	68,30	18,237	1,665

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	7,228	,008	3,776	172	,000	10,144	2,687	4,841	15,448
	Equal variances not assumed			4,492	155,911	,000	10,144	2,258	5,684	14,605

T-Test

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. SCOP IN VIATA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	scor scazut	72	75,42	13,178	1,553
	scor inalt	102	68,65	18,829	1,864

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	5,620	,019	2,629	172	,009	6,770	2,575	1,687	11,852
	Equal variances not assumed			2,790	171,993	,006	6,770	2,426	1,980	11,559

T-Test

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. ACCEPTARE DE SINE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE	scor scazut	48	85,50	11,445	1,652
	scor inalt	126	66,10	15,704	1,399

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE	Equal variances assumed	2,845	,093	7,802	172	,000	19,405	2,487	14,495	24,314
	Equal variances not assumed			8,964	116,139	,000	19,405	2,165	15,117	23,692

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ASERTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	18	47,67	16,894	3,982
	prezent	156	47,65	11,074	,887

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	13,207	,000	,004	172	,997	,013	2,932	-5,774	5,800
	Equal variances not assumed			,003	18,722	,998	,013	4,079	-8,534	8,560

Group Statistics

	MEC. COPING RELATIONARE SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	48	49,50	16,082	2,321
	prezent	126	46,95	9,582	,854

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	28,821	,000	1,281	172	,202	2,548	1,988	-1,377	6,472
	Equal variances not assumed			1,030	60,159	,307	2,548	2,473	-2,399	7,495

Group Statistics

	MEC. COPING CAUTARE SUPORT SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	72	45,83	14,586	1,719
	prezent	102	48,94	9,090	,900

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	18,421	,000	-1,729	172	,086	-3,108	1,797	-6,656	,440
	Equal variances not assumed			-1,602	109,481	,112	-3,108	1,940	-6,953	,738

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. PRUDENTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	12	44,50	17,234	4,975
	prezent	162	47,89	11,274	,886

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	14,566	,000	-,964	172	,336	-3,389	3,514	-10,325	3,548
	Equal variances not assumed			-,671	11,708	,515	-3,389	5,053	-14,429	7,652

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INSTINCTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	12	56,50	14,100	4,070
	prezent	162	47,00	11,329	,890

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	5,149	,025	2,755	172	,007	9,500	3,448	2,693	16,307
	Equal variances not assumed			2,280	12,075	,042	9,500	4,167	,428	18,572

Group Statistics

	MEC. COPING EVITARE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	60	52,30	16,154	2,086
	prezent	114	45,21	7,577	,710

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	95,059	,000	3,941	172	,000	7,089	1,799	3,538	10,641
	Equal variances not assumed			3,218	72,942	,002	7,089	2,203	2,699	11,480

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INDIRECTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	54	44,56	10,799	1,470
	prezent	120	49,05	11,926	1,089

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	,918	,339	-2,366	172	,019	-4,494	1,899	-8,243	-,745
	Equal variances not assumed			-2,457	112,098	,016	-4,494	1,829	-8,118	-,871

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ANTISOCIALA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	66	44,00	9,636	1,186
	prezent	108	49,89	12,381	1,191

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	6,670	,011	-3,300	172	,001	-5,889	1,785	-9,411	-2,366
	Equal variances not assumed			-3,503	162,089	,001	-5,889	1,681	-9,209	-2,569

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. AGRESIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	absent	60	46,70	10,471	1,352
	prezent	114	48,16	12,376	1,159

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	3,658	,057	-,777	172	,438	-1,458	1,875	-5,159	2,243
	Equal variances not assumed			-,819	138,548	,414	-1,458	1,781	-4,979	2,063

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	scor scazut	24	48,50	14,599	2,980
	scor inalt	150	47,52	11,274	,920

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	3,913	,050	,379	172	,705	,980	2,588	-4,129	6,089
	Equal variances not assumed			,314	27,560	,756	,980	3,119	-5,413	7,373

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. CONTROL MEDIU	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	scor scazut	12	68,00	7,311	2,111
	scor inalt	162	46,15	10,555	,829

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	,565	,453	7,038	172	,000	21,852	3,105	15,723	27,980
	Equal variances not assumed			9,636	14,635	,000	21,852	2,268	17,008	26,696

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. DEZV. PERS.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	scor scazut	66	49,45	14,687	1,808
	scor inalt	108	46,56	9,420	,906

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	21,329	,000	1,587	172	,114	2,899	1,827	-,707	6,505
	Equal variances not assumed			1,433	98,027	,155	2,899	2,022	-1,114	6,912

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. REL. POZ. CU ALTII	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	scor scazut	54	50,44	16,477	2,242
	scor inalt	120	46,40	8,629	,788

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	53,158	,000	2,123	172	,035	4,044	1,905	,284	7,805
	Equal variances not assumed			1,702	66,439	,093	4,044	2,377	-,700	8,789

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. SCOP IN VIATA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	scor scazut	72	48,08	13,203	1,556
	scor inalt	102	47,35	10,652	1,055

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	4,606	,033	,403	172	,687	,730	1,812	-2,846	4,307
	Equal variances not assumed			,389	131,683	,698	,730	1,880	-2,988	4,449

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. ACCEPTARE DE SINE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	scor scazut	48	51,88	15,886	2,293
	scor inalt	126	46,05	9,303	,829

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA	Equal variances assumed	29,924	,000	2,992	172	,003	5,827	1,948	1,983	9,672
	Equal variances not assumed			2,390	59,699	,020	5,827	2,438	,950	10,705

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ASERTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	18	25,67	6,791	1,601
	prezent	156	35,38	7,111	,569

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	,091	,763	-5,514	172	,000	-9,718	1,762	-13,197	-6,239
	Equal variances not assumed			-5,720	21,535	,000	-9,718	1,699	-13,246	-6,190

Group Statistics

	MEC. COPING RELATIONARE SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	48	30,75	6,406	,925
	prezent	126	35,76	7,664	,683

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	1,542	,216	-4,025	172	,000	-5,012	1,245	-7,470	-2,554
	Equal variances not assumed			-4,360	100,942	,000	-5,012	1,149	-7,292	-2,732

Group Statistics

	MEC. COPING CAUTARE SUPORT SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	72	31,58	6,454	,761
	prezent	102	36,35	7,852	,777

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	,673	,413	-4,240	172	,000	-4,770	1,125	-6,990	-2,549
	Equal variances not assumed			-4,385	167,971	,000	-4,770	1,088	-6,917	-2,622

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. PRUDENTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	12	40,50	12,011	3,467
	prezent	162	33,93	7,082	,556

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	28,458	,000	2,932	172	,004	6,574	2,242	2,148	11,000
	Equal variances not assumed			1,872	11,573	,087	6,574	3,512	-1,109	14,257

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INSTINCTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	12	28,50	7,833	2,261
	prezent	162	34,81	7,487	,588

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	1,073	,302	-2,811	172	,006	-6,315	2,247	-10,749	-1,880
	Equal variances not assumed			-2,703	12,535	,019	-6,315	2,337	-11,382	-1,248

Group Statistics

	MEC. COPING EVITARE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	60	36,40	8,782	1,134
	prezent	114	33,32	6,797	,637

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	5,303	,022	2,566	172	,011	3,084	1,202	,711	5,457
	Equal variances not assumed			2,372	97,032	,020	3,084	1,300	,504	5,665

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INDIRECTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	54	30,22	7,669	1,044
	prezent	120	36,25	6,905	,630

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	2,731	,100	-5,145	172	,000	-6,028	1,172	-8,340	-3,715
	Equal variances not assumed			-4,944	93,201	,000	-6,028	1,219	-8,449	-3,607

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ANTISOCIALA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	66	30,18	6,570	,809
	prezent	108	36,94	7,147	,688

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	,279	,598	-6,242	172	,000	-6,763	1,083	-8,901	-4,624
	Equal variances not assumed			-6,370	146,471	,000	-6,763	1,062	-8,861	-4,665

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. AGRESIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	absent	60	33,00	6,167	,796
	prezent	114	35,11	8,269	,774

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	10,053	,002	-1,734	172	,085	-2,105	1,214	-4,502	,292
	Equal variances not assumed			-1,895	152,288	,060	-2,105	1,111	-4,300	,089

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	scor scazut	24	26,00	5,868	1,198
	scor inalt	150	35,72	7,046	,575

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	,829	,364	-6,407	172	,000	-9,720	1,517	-12,714	-6,726
	Equal variances not assumed			-7,315	34,553	,000	-9,720	1,329	-12,419	-7,021

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. CONTROL MEDIU	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	scor scazut	12	41,50	10,967	3,166
	scor inalt	162	33,85	7,123	,560

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	18,857	,000	3,441	172	,001	7,648	2,222	3,261	12,035
	Equal variances not assumed			2,379	11,697	,035	7,648	3,215	,623	14,673

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. DEZV. PERS.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	scor scazut	66	34,09	6,663	,820
	scor inalt	108	34,56	8,232	,792

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	3,289	,071	-,387	172	,699	-,465	1,199	-2,832	1,903
	Equal variances not assumed			-,408	158,857	,684	-,465	1,140	-2,717	1,787

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. REL. POZ. CU ALTII	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	scor scazut	54	30,44	6,368	,867
	scor inalt	120	36,15	7,550	,689

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	1,161	,283	-4,832	172	,000	-5,706	1,181	-8,036	-3,375
	Equal variances not assumed			-5,153	119,889	,000	-5,706	1,107	-7,898	-3,513

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. SCOP IN VIATA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	scor scazut	72	32,17	7,545	,889
	scor inalt	102	35,94	7,380	,731

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	,898	,345	-3,292	172	,001	-3,775	1,147	-6,038	-1,511
	Equal variances not assumed			-3,279	150,905	,001	-3,775	1,151	-6,049	-1,500

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. ACCEPTARE DE SINE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE	scor scazut	48	32,75	8,734	1,261
	scor inalt	126	35,00	7,146	,637

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE	Equal variances assumed	7,945	,005	-1,742	172	,083	-2,250	1,291	-4,799	,299
	Equal variances not assumed			-1,593	72,267	,115	-2,250	1,412	-5,065	,565

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ASERTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	18	100,00	15,123	3,565
	prezent	156	109,08	19,673	1,575

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	2,602	,109	-1,892	172	,060	-9,077	4,797	-18,546	,392
	Equal variances not assumed			-2,329	24,186	,029	-9,077	3,897	-17,117	-1,037

Group Statistics

	MEC. COPING RELATIONARE SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	48	98,75	20,261	2,924
	prezent	126	111,71	17,904	1,595

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	,754	,386	-4,114	172	,000	-12,964	3,151	-19,184	-6,744
	Equal variances not assumed			-3,892	76,576	,000	-12,964	3,331	-19,598	-6,331

Group Statistics

	MEC. COPING CAUTARE SUPORT SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	72	103,50	17,738	2,090
	prezent	102	111,41	19,957	1,976

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	1,934	,166	-2,695	172	,008	-7,912	2,936	-13,706	-2,117
	Equal variances not assumed			-2,750	163,054	,007	-7,912	2,877	-13,592	-2,232

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. PRUDENTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	12	102,50	27,678	7,990
	prezent	162	108,56	18,711	1,470

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	13,180	,000	-1,043	172	,298	-6,056	5,807	-17,517	5,406
	Equal variances not assumed			-,745	11,756	,471	-6,056	8,124	-23,797	11,686

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INSTINCTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	12	105,00	24,023	6,935
	prezent	162	108,37	19,099	1,501

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	5,449	,021	-,579	172	,563	-3,370	5,819	-14,857	8,116
	Equal variances not assumed			-,475	12,052	,643	-3,370	7,095	-18,822	12,081

Group Statistics

	MEC. COPING EVITARE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	60	105,50	21,198	2,737
	prezent	114	109,53	18,352	1,719

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	2,270	,134	-1,303	172	,194	-4,026	3,090	-10,126	2,073
	Equal variances not assumed			-1,246	106,108	,216	-4,026	3,232	-10,433	2,381

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INDIRECTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	54	102,11	19,184	2,611
	prezent	120	110,85	18,977	1,732

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	,132	,717	-2,801	172	,006	-8,739	3,120	-14,898	-2,580
	Equal variances not assumed			-2,789	101,213	,006	-8,739	3,133	-14,954	-2,524

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ANTISOCIALA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	66	98,36	17,618	2,169
	prezent	108	114,11	18,053	1,737

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	,011	,918	-5,634	172	,000	-15,747	2,795	-21,264	-10,230
	Equal variances not assumed			-5,667	140,128	,000	-15,747	2,779	-21,241	-10,254

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. AGRESIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	absent	60	111,50	14,733	1,902
	prezent	114	106,37	21,320	1,997

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	16,243	,000	1,666	172	,098	5,132	3,081	-,949	11,212
	Equal variances not assumed			1,861	159,535	,065	5,132	2,758	-,315	10,578

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	scor scazut	24	105,00	15,726	3,210
	scor inalt	150	108,64	19,940	1,628

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	1,154	,284	-,852	172	,395	-3,640	4,272	-12,071	4,791
	Equal variances not assumed			-1,011	35,987	,319	-3,640	3,599	-10,940	3,660

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. CONTROL MEDIU	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	scor scazut	12	122,00	7,311	2,111
	scor inalt	162	107,11	19,646	1,544

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	8,548	,004	2,606	172	,010	14,889	5,713	3,612	26,166
	Equal variances not assumed			5,694	25,416	,000	14,889	2,615	9,508	20,270

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. DEZV. PERS.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	scor scazut	66	104,82	22,354	2,752
	scor inalt	108	110,17	17,172	1,652

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	15,876	,000	-1,774	172	,078	-5,348	3,015	-11,299	,602
	Equal variances not assumed			-1,666	111,521	,098	-5,348	3,210	-11,708	1,011

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. REL. POZ. CU ALTII	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	scor scazut	54	100,00	18,386	2,502
	scor inalt	120	111,80	18,810	1,717

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	,008	,927	-3,855	172	,000	-11,800	3,061	-17,842	-5,758
	Equal variances not assumed			-3,889	104,371	,000	-11,800	3,035	-17,817	-5,783

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. SCOP IN VIATA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	scor scazut	72	102,67	23,246	2,740
	scor inalt	102	112,00	15,143	1,499

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	41,328	,000	-3,206	172	,002	-9,333	2,911	-15,080	-3,587
	Equal variances not assumed			-2,989	112,790	,003	-9,333	3,123	-15,521	-3,146

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. ACCEPTARE DE SINE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	scor scazut	48	120,13	16,563	2,391
	scor inalt	126	103,57	18,501	1,648

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE	Equal variances assumed	2,747	,099	5,424	172	,000	16,554	3,052	10,530	22,577
	Equal variances not assumed			5,701	94,291	,000	16,554	2,904	10,788	22,319

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ASERTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	18	81,00	20,442	4,818
	prezent	156	78,23	17,263	1,382

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	3,024	,084	,632	172	,528	2,769	4,382	-5,880	11,418
	Equal variances not assumed			,552	19,898	,587	2,769	5,013	-7,690	13,229

Group Statistics

	MEC. COPING RELATIONARE SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	48	72,13	19,877	2,869
	prezent	126	80,95	16,035	1,429

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	5,955	,016	-3,031	172	,003	-8,827	2,912	-14,576	-3,079
	Equal variances not assumed			-2,754	71,541	,007	-8,827	3,205	-15,217	-2,438

Group Statistics

	MEC. COPING CAUTARE SUPORT SOC.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	72	73,33	19,350	2,280
	prezent	102	82,18	15,265	1,511

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	3,641	,058	-3,366	172	,001	-8,843	2,628	-14,029	-3,657
	Equal variances not assumed			-3,232	129,512	,002	-8,843	2,736	-14,256	-3,430

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. PRUDENTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	12	57,50	10,967	3,166
	prezent	162	80,07	16,977	1,334

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	4,308	,039	-4,530	172	,000	-22,574	4,984	-32,411	-12,737
	Equal variances not assumed			-6,571	15,219	,000	-22,574	3,435	-29,887	-15,261

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INSTINCTIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	12	54,50	1,567	,452
	prezent	162	80,30	16,895	1,327

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	33,592	,000	-5,273	172	,000	-25,796	4,892	-35,452	-16,141
	Equal variances not assumed			-18,395	167,510	,000	-25,796	1,402	-28,565	-23,028

Group Statistics

	MEC. COPING EVITARE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	60	73,40	19,330	2,496
	prezent	114	81,21	16,013	1,500

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	1,714	,192	-2,843	172	,005	-7,811	2,747	-13,233	-2,388
	Equal variances not assumed			-2,683	102,343	,009	-7,811	2,912	-13,585	-2,036

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. INDIRECTA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	54	77,33	14,957	2,035
	prezent	120	79,05	18,664	1,704

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	10,434	,001	-,595	172	,553	-1,717	2,885	-7,411	3,978
	Equal variances not assumed			-,647	125,794	,519	-1,717	2,654	-6,970	3,536

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. ANTISOCIALA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	66	74,91	16,062	1,977
	prezent	108	80,72	18,154	1,747

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	,583	,446	-2,139	172	,034	-5,813	2,718	-11,177	-,449
	Equal variances not assumed			-2,203	150,416	,029	-5,813	2,638	-11,026	-,600

Group Statistics

	MEC. COPING ACT. AGRESIVA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	absent	60	77,10	16,647	2,149
	prezent	114	79,26	18,067	1,692

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	,178	,674	-,771	172	,442	-2,163	2,806	-7,702	3,375
	Equal variances not assumed			-,791	128,956	,430	-2,163	2,735	-7,575	3,249

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. AUTONOMIE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	scor scazut	24	85,25	19,116	3,902
	scor inalt	150	77,44	17,136	1,399

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	,361	,549	2,040	172	,043	7,810	3,828	,253	15,367
	Equal variances not assumed			1,884	29,220	,070	7,810	4,145	-,665	16,285

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. CONTROL MEDIU	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	scor scazut	12	67,50	,522	,151
	scor inalt	162	79,33	17,946	1,410

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	42,485	,000	-2,278	172	,024	-11,833	5,195	-22,087	-1,580
	Equal variances not assumed			-8,345	164,388	,000	-11,833	1,418	-14,633	-9,033

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. DEZV. PERS.	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	scor scazut	66	72,45	16,431	2,023
	scor inalt	108	82,22	17,283	1,663

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	,130	,719	-3,685	172	,000	-9,768	2,651	-15,000	-4,535
	Equal variances not assumed			-3,730	142,924	,000	-9,768	2,618	-14,944	-4,592

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. REL. POZ. CU ALTII	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	scor scazut	54	73,67	18,944	2,578
	scor inalt	120	80,70	16,541	1,510

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	4,387	,038	-2,479	172	,014	-7,033	2,838	-12,634	-1,432
	Equal variances not assumed			-2,354	90,841	,021	-7,033	2,988	-12,968	-1,099

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. SCOP IN VIATA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	scor scazut	72	72,58	19,542	2,303
	scor inalt	102	82,71	14,752	1,461

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	8,120	,005	-3,892	172	,000	-10,123	2,601	-15,256	-4,989
	Equal variances not assumed			-3,712	125,354	,000	-10,123	2,727	-15,520	-4,725

Group Statistics

	STARE BINE PSIH- DIM. ACCEPTARE DE SINE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	scor scazut	48	80,13	22,487	3,246
	scor inalt	126	77,90	15,358	1,368

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI	Equal variances assumed	44,578	,000	,744	172	,458	2,220	2,984	-3,671	8,111
	Equal variances not assumed			,630	64,423	,531	2,220	3,522	-4,815	9,256

Anexa 5. Date statistice privind valorile variabilelor în faza pretest

Anexa 5.1. Diferențele statistice între grupul experimental și cel de control în etapa pretest pentru variabila scheme cognitive dezadaptative timpurii

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE_PRESTST	control	10	75,70	17,140	5,420
	experimental	10	74,90	11,780	3,725

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE_PRESTST	Equal variances assumed	,913	,352	,122	18	,905	,800	6,577	-13,018	14,618
	Equal variances not assumed			,122	15,951	,905	,800	6,577		14,746

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_PRESTST	control	10	51,70	14,260	4,509
	experimental	10	45,90	11,761	3,719

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_PRESTST	Equal variances assumed	,249	,624	,992	18	,334	5,800	5,845	-6,480	18,080
	Equal variances not assumed			,992	17,371	,335	5,800	5,845	-6,512	18,112

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE_PRESTST	control	10	34,50	7,457	2,358
	experimental	10	34,20	9,028	2,855

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE_PRESTST	Equal variances assumed	,540	,472	,081	18	,936	,300	3,703	-7,480	8,080
	Equal variances not assumed			,081	17,380	,936	,300	3,703	-7,500	8,100

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _PRESTST	control	10	87,10	17,182	5,433
	experimental	10	72,60	16,290	5,151

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _PRESTST	Equal variances assumed	,007	,934	1,937	18	,069	14,500	7,487	-1,230	30,230
	Equal variances not assumed			1,937	17,949	,069	14,500	7,487	-1,233	30,233

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_PRESTST	control	10	108,40	19,057	6,026
	experimental	10	102,90	19,813	6,265

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_PRESTST	Equal variances assumed	,160	,694	,633	18	,535	5,500	8,693	-12,764	23,764
	Equal variances not assumed			,633	17,973	,535	5,500	8,693	-12,766	23,766

Anexa 5.2. Diferențele statistice între grupul experimental și cel de control în etapa pretest pentru variabila starea de bine psihologică

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE_PreTST	control	10	26,80	3,736	1,181
	experimental	10	31,20	6,647	2,102

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE_PreTST	Equal variances assumed	4,302	,053	-1,825	18	,085	-4,400	2,411	-9,466	,666
	Equal variances not assumed			-1,825	14,170	,089	-4,400	2,411	-9,565	,765

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total CONTROL MEDIU_PreTST	control	10	29,80	5,308	1,679
	experimental	10	29,70	3,974	1,257

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total CONTROL MEDIU_PreTST	Equal variances assumed	,525	,478	,048	18	,962	,100	2,097	-4,305	4,505
	Equal variances not assumed			,048	16,676	,963	,100	2,097	-4,330	4,530

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total DEZV. PERS._PreTST	control	10	28,90	7,894	2,496
	experimental	10	27,60	7,662	2,423

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total DEZV. PERS._PreTST	Equal variances assumed	,036	,853	,374	18	,713	1,300	3,479	-6,009	8,609
	Equal variances not assumed			,374	17,984	,713	1,300	3,479	-6,010	8,610

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total REL. POZ. CU ALTII_PreTST	control	10	26,40	9,168	2,899
	experimental	10	25,60	5,211	1,648

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total REL. POZ. CU ALTII_PreTST	Equal variances assumed	2,952	,103	,240	18	,813	,800	3,335	-6,206	7,806
	Equal variances not assumed			,240	14,266	,814	,800	3,335	-6,340	7,940

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SCOP IN VIATA_PreTST	control	10	27,90	8,698	2,751
	experimental	10	28,60	5,211	1,648

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SCOP IN VIATA_PreTST	Equal variances assumed	5,782	,027	-,218	18	,830	-,700	3,206	-7,436	6,036
	Equal variances not assumed			-,218	14,723	,830	-,700	3,206	-7,546	6,146

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACCEPTARE DE SINE_PreTST	control	10	34,30	4,547	1,438
	experimental	10	34,50	3,171	1,003

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACCEPTARE DE SINE_PreTST	Equal variances assumed	,865	,365	-,114	18	,910	-,200	1,753	-3,883	3,483
	Equal variances not assumed			-,114	16,079	,911	-,200	1,753	-3,915	3,515

Anexa 6. Date statistice privind valorile variabilelor în faza posttest

Anexa 6.1. Diferențele statistice între grupul experimental și cel de control în etapa posttest pentru variabila scheme cognitive dezadaptative timpurii

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total SEPARARE RESPINGERE_PRESTST	74,90	10	11,780	3,725
	Scor total SEPARARE RESPINGERE_POSTTST	48,20	10	19,252	6,088

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Scor total SEPARARE RESPINGERE_PRESTST - Scor total SEPARARE RESPINGERE_POSTTST	26,700	22,306	7,054	10,743	42,657	3,785	9	,004

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_PRESTST	45,90	10	11,761	3,719
	Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_POSTTST	34,20	10	13,990	4,424

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_PRESTST - Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_POSTTST	11,700	14,758	4,667	1,143	22,257	2,507	9	,033

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total LIMITE DEFICITARE_PRESTST	34,20	10	9,028	2,855
	Scor total LIMITE DEFICITARE _POSTTST	32,90	10	12,188	3,854

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total LIMITE DEFICITARE _PRESTST - Scor total LIMITE DEFICITARE _POSTTST	1,300	15,173	4,798	-9,554	12,154	,271	9	,793

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _PRESTST	72,60	10	16,290	5,151
	Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _POSTTST	48,60	10	18,680	5,907

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _PRESTST - Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _POSTTST	24,000	19,293	6,101	10,199	37,801	3,934	9	,003

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_PRESTST	102,90	10	19,813	6,265
	Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_POSTTST	79,6000	10	20,38627	6,44670

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_PRESTST - Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_POSTTST	23,30000	28,55424	9,02964	2,87353	43,72647	2,580	9	,030

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SEPARARE RESPINGERE_POSTTST	control	10	94,00	21,944	6,939
	experimental	10	48,20	19,252	6,088

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SEPARARE RESPINGERE_POSTTST	Equal variances assumed	,115	,738	4,961	18	,000	45,800	9,231	26,406	65,194
	Equal variances not assumed			4,961	17,700	,000	45,800	9,231	26,382	65,218

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_POSTTST	control	10	78,80	13,935	4,407
	experimental	10	34,20	13,990	4,424

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE PERFORMANTA_POSTTST	Equal variances assumed	,082	,777	7,143	18	,000	44,600	6,244	31,481	57,719
	Equal variances not assumed			7,143	18,000	,000	44,600	6,244	31,481	57,719

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total LIMITE DEFICITARE _POSTTST	control	10	40,80	6,494	2,054
	experimental	10	32,90	12,188	3,854

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total LIMITE DEFICITARE _POSTTST	Equal variances assumed	5,425	,032	1,809	18	,087	7,900	4,367	-1,275	17,075
	Equal variances not assumed			1,809	13,730	,092	7,900	4,367	-1,484	17,284

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALŢI _POSTTST	control	10	96,20		
	experimental	10	48,60	18,680	5,907

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ORIENTAREA CĂTRE CEILALȚI _POSTTST	Equal variances assumed	1,512	,235	7,444	18	,000	47,600	6,394	34,166	61,034
	Equal variances not assumed			7,444	12,004	,000	47,600	6,394	33,668	61,532

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_POSTTST	control	10	126,7000	13,81666	4,36921
	experimental	10	93,9000	26,76004	8,46227

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total HIPERVIGILENTA INHIBITIE_POSTTST	Equal variances assumed	3,509	,077	3,444	18	,003	32,80000	9,52365	12,79154	52,80846
	Equal variances not assumed			3,444	13,480	,004	32,80000	9,52365	12,29964	53,30036

Anexa 6.2. Diferențele statistice între grupul experimental și cel de control în etapa posttest pentru variabila starea de bine psihologică

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total AUTONOMIE_PreTST	31,20	10	6,647	2,102
	Scor total AUTONOMIE_PostTST	35,40	10	4,115	1,301

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total AUTONOMIE_PreTST - Scor total AUTONOMIE_PostTST	-4,200	3,190	1,009	-6,482	-1,918	-4,163	9	,002

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total CONTROL MEDIU_PreTST	29,70	10	3,974	1,257
	Scor total CONTROL MEDIU_PostTST	34,20	10	3,795	1,200

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total CONTROL MEDIU_PreTST - Scor total CONTROL MEDIU_PostTST	-4,500	2,593	,820	-6,355	-2,645	-5,489	9	,000

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total DEZV. PERS._PreTST	27,60	10	7,662	2,423
	Scor total DEZV. PERS._PostTST	35,90	10	4,677	1,479

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total DEZV. PERS._PreTST - Scor total DEZV. PERS._PostTST	-8,300	5,078	1,606	-11,933	-4,667	-5,168	9	,001

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total REL. POZ. CU ALTII_PreTST	25,60	10	5,211	1,648
	Scor total REL. POZ. CU ALTII_PostTST	35,60	10	2,914	,921

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total REL. POZ. CU ALTII_PreTST - Scor total REL. POZ. CU ALTII_PostTST	-10,000	6,325	2,000	-14,524	-5,476	-5,000	9	,001

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total SCOP IN VIATA_PreTST	28,60	10	5,211	1,648
	Scor total SCOP IN VIATA_PostTST	35,70	10	3,335	1,055

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total SCOP IN VIATA_PreTST - Scor total SCOP IN VIATA_PostTST	-7,100	4,433	1,402	-10,272	-3,928	-5,064	9	,001

T-Test

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Scor total ACCEPTARE DE SINE_PreTST	34,50	10	3,171	1,003
	Scor total ACCEPTARE DE SINE_PostTST	39,10	10	1,524	,482

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Scor total ACCEPTARE DE SINE_PreTST - Scor total ACCEPTARE DE SINE_PostTST	-4,600	3,688	1,166	-7,238	-1,962	-3,944	9	,003

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total AUTONOMIE_PostTST	control	10	26,80	3,736	1,181
	experimental	10	35,40	4,115	1,301

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total AUTONOMIE_PostTST	Equal variances assumed	,120	,733	-4,893	18	,000	-8,600	1,758	-12,292	-4,908
	Equal variances not assumed			-4,893	17,834	,000	-8,600	1,758	-12,295	-4,905

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total CONTROL MEDIU_PostTST	control	10	29,80	5,308	1,679
	experimental	10	34,20	3,795	1,200

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total CONTROL MEDIU_PostTST	Equal variances assumed	,793	,385	-2,132	18	,047	-4,400	2,063	-8,735	-,065
	Equal variances not assumed			-2,132	16,294	,049	-4,400	2,063	-8,768	-,032

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total DEZV. PERS._PostTST	control	10	28,90	7,894	2,496
	experimental	10	35,90	4,677	1,479

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total DEZV. PERS._PostTST	Equal variances assumed	2,838	,109	-2,412	18	,027	-7,000	2,902	-13,096	-,904
	Equal variances not assumed			-2,412	14,626	,029	-7,000	2,902	-13,199	-,801

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total REL. POZ. CU ALTII_PostTST	control	10	26,40	9,168	2,899
	experimental	10	35,60	2,914	,921

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total REL. POZ. CU ALTII_PostTST	Equal variances assumed	9,101	,007	-3,024	18	,007	-9,200	3,042	-15,591	-2,809
	Equal variances not assumed			-3,024	10,800	,012	-9,200	3,042	-15,910	-2,490

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total SCOP IN VIATA_PostTST	control	10	27,90	8,698	2,751
	experimental	10	35,70	3,335	1,055

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total SCOP IN VIATA_PostTST	Equal variances assumed	14,715	,001	-2,648	18	,016	-7,800	2,946	-13,989	-1,611
	Equal variances not assumed			-2,648	11,590	,022	-7,800	2,946	-14,244	-1,356

T-Test

Group Statistics

	Grup	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor total ACCEPTARE DE SINE_PostTST	control	10	18,50	4,673	1,478
	experimental	10	34,00	5,228	1,653

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor total ACCEPTARE DE SINE_PostTS T	Equal variances assumed	,194	,665	-6,990	18	,000	-15,500	2,217	-20,158	-10,842
	Equal variances not assumed			-6,990	17,778	,000	-15,500	2,217	-20,163	-10,837

Anexa 7. Prezentarea ședințelor de intervenție psihologică

Prima ședință este o întâlnire de grup și cuprinde următoarele activități.

Introducerea și stabilirea obiectivelor: Psihologul îi întâmpină pe participanți, le explică rolurile și așteptările din cadrul terapiei. Se stabilesc împreună regulile grupului și obiectivele pentru ședința cu numărul 1 și cele pe termen lung, pentru terapie. Pentru aceasta beneficiarii realizează copacul așteptărilor și regulilor de grup, așa cum se vede în poza de mai jos.

Evaluarea inițială: Pentru fiecare vârstnic au fost identificate deja schemele cognitive dezadaptative în etapa de pretestare, iar acum psihologul le cere vârstnicilor să împărtășească dificultățile cu care se confruntă.

Explorarea istoricului și a contextului: Psihologul îi întreabă pe participanți despre experiențele lor anterioare, traumele sau evenimentele care ar putea influența modul în care gândesc și se comportă în prezent. Se discută despre modul în care anumite experiențe ar fi putut contribui la formarea schemelor cognitive dezadaptative. În această etapă se va începe completarea *„Fișei de conceptualizare a cazului centrată pe schemele cognitive”* și care va fi finalizată pe parcursul intervenției.

Educația despre schemă: Psihologul explică conceptul de scheme cognitive și dezvoltarea acestora pe parcursul vieții. Se oferă persoanelor informații despre cum funcționează schemele cognitive dezadaptative și modul în care acestea pot influența percepția și comportamentul. Fiecare vârstnic primește câte o *„Fișă privind stilurile de coping asociate schemelor cognitive”*, în care sunt descrise schemele cognitive disfuncționale și modalitățile de reacție, material cu informații suport pentru activitățile ce vor urma și pe care persoanele vor trebui să-l studieze.

Identificarea schemelor cognitive dezadaptative: Psihologul și clientul lucrează împreună pentru a descrie schemele cognitive dezadaptative care sunt prezente în viața vârstnicului și se explorează situațiile specifice în care aceste scheme cognitive sunt activate și modul în care afectează gândirea și comportamentul bătrânului.

Planificarea intervenției: Psihologul discută despre modul în care vor fi integrate strategiile de depășire a schemelor cognitive în viața de zi cu zi a vârstnicului.

Încheierea ședinței: Se recapitulează ceea ce s-a discutat și se oferă vârstnicului oportunitatea de a împărtăși feedback-ul despre experiența lui în ședința respectivă.

Tema pentru acasă va fi *„Jurnalul gândurilor și emoțiilor”*, vârstnicul fiind încurajat să înceapă să țină un jurnal în care să noteze gândurile, emoțiile și reacțiile în diverse situații de zi cu zi, precum înregistrarea evenimentelor sau situațiilor care declanșează anumite emoții sau gânduri negative.

Instrumentele folosite în cadrul acestei ședințe sunt: „Fișa privind stilurile de coping asociate schemelor cognitive‖, „Fișa de conceptualizare a cazului centrată pe schemele cognitive‖- varianta adaptată după J. E. Young și „Jurnalul schemelor cognitive‖, preluat de la J. E. Young, instrument aplicat și în ședința a doua.

Fișa de conceptualizare a cazului centrată pe schemele cognitive

Informații de bază

Numele vârstnicului:

Status marital:

Mediu de trai:

Scheme cognitive relevante (obținute în urma aplicării Chestionarului YSQ-S3)

Declanșatori ai schemelor cognitive

Origini în dezvoltare

Amintiri sau imagini centrale din copilărie

Distorsiuni cognitive centrale

Comportamente de capitulare

Comportamente de evitare

Comportamente de supracompensare

Fiecare participant la întâlnire a primit câte o astfel de fișă și împreună cu psihologul, au completat informațiile necesare, care se doresc a fi utile pe parcursul programului de intervenție psihologică.

Fișa privind stilurile de coping asociate schemelor cognitive dezadaptative timpurii

Schema	Supunere	Evitare	Supracompensare
Abandon/ Instabilitate	Selectează parteneri/ persoane semnificative indisponibile sau imprevizibile.	Evită complet intimitatea, din frica de abandon.	Îndepărtează partenerii/ persoanele semnificative cu comportament agățător, posesiv sau controlator.
Neîncredere/ Abuz	Alege parteneri/ persoane semnificative nedemne de	Evită apropierea de alții în afaceri și în viața	Îi tratează incorect sau îi

	încredere; este excesiv de vigilent și de suspicios.	personală; nu face confidențe și nu divulgă informații personale.	exploatează pe alții; acordă încredere excesivă.
Deprivare emoțională	Alege parteneri/ persoane semnificative reci, detașate. Îi descurajează pe alții să se dăruiască din punct de vedere emoțional.	Se retrage și se izolează; evită relațiile apropiate.	Revendică în mod nerealist ca ceilalți să-i împlinească toate dorințele.
Rușine	Alege parteneri / persoane semnificative critice; se diminuează pe sine.	Evită să împărtășească gândurile și sentimentele „rușinoase‖ partenerilor/ persoanelor semnificative din frica de respingere.	Adoptă un comportament critic și superior față de alții; încearcă să treacă drept „perfect‖.
Izolare socială/ Alienare	Devine parte a unui grup, dar rămâne la periferie; nu se integrează complet.	Evită socializarea; își petrece majoritatea timpului singur (ă).	Poartă o mască falsă pentru a se alătura unuigrup, dar tot se simte diferit și alienat.
Dependență/ Incompetență	Cere ajutor excesiv și mereu confirmare pentru decizii; alege parteneri supra-protectivi care fac totul în locul său.	Procrastinează deciziile;evită să acționeze independent sau să-și asume responsabilități normale pentru un adult.	Se bazează excesiv pe sine,chiar în situații când a apela la alții ar fi normal șisănătos.
Vulnerabilitate la vătămare/ la boală	Este permanent îngrijorat că i s- ar putea întâmpla o catastrofă; cere asigurări repetate.	Evită în mod fobic situațiile „periculoase‖.	Practică gândirea magică și ritualuri compulsive; se angajează în

			comportamente periculoase, nesăbuite
Sine nedezvoltat	Imită comportamentul persoanei semnificative, păstrează permanent contactul cu „persoana cu care se identifică‖; nu dezvoltă o identitate proprie cu preferințe originale.	Evită relaționarea cu persoanele ce pun accentul pe individualitate.	Manifestă o autonomie excesivă.
Eșec	Își sabotează eforturile lucrând sub nivelul de abilități; își critică în mod părtinitor realizările comparativ cu ale altora.	Procrastinează sarcinile de serviciu; evită sarcini noi sau dificile; evită să-și propună țeluri de carieră adecvatenivelului de abilitate.	Diminuează realizările altora; încearcă să atingă standarde perfecționiste pentru a compensa sentimentul eșecului.
Îndreptățire/ Grandomanie	Are relații inegale sau lipsite de grijă cu parteneri sau persoane semnificative; se comportă cu egoism; nesocotește nevoile și sentimentele altora; se poartă cu superioritate.	Evită situațiile în care nu poate excela sau ieși în evidență.	Face cadouri sau contribuții caritabile extravagante pentru a compensa comportamentul egoist.
Lipsa autocontrolului/ a disciplinei	Execută neglijent sarcinile plicticoase sau incomode; pierde controlul emoțional; mănâncă, bea, riscă sau folosește droguri pentru plăcere, în mod excesiv.	Nu muncește sau abandonează activitățile; nu-și impune țeluri de carieră pe termen lung.	Face eforturi intense, dar de scurtă durată de a termina un proiect sau a-și exercita autocontrolul.
Subjugare	Alege parteneri/ persoane semnificative dominanți și controlatori; se supune	Evită complet relațiile; evită situațiile în care dorințele proprii diferă	Se comportă pasiv-agresivsau rebel.

	dorințelor acestora.	de ale celorlalți.	
Sacrificiu de sine	Practică abnegația; face prea multe pentru alții și prea puținpentru sine.	Evită relațiile apropiate.	Se enervează pe persoanele semnificative pentru că nu oferă în mod reciproc sau nu își exprimă aprecierea; se hotărăște sănu mai facă nimic pentru alții pe viitor.
Negativism/ Pesimism	Minimizează evenimentele pozitive și le exagerează pe cele negative; se așteaptă la, și se pregătește pentru ce este mai rău.	Nu speră la prea mult; își menține un nivel scăzut al așteptărilor.	Se comportă într-o manieră pozitivă, optimistă, în mod nerealist.
Inhibiție emoțională	Accentuează raţiunea în detrimentul emoţiei; se comportă controlat, anost; nu manifestă comportamente sau emoţii spontane.	Evită activitățile care implică exprimarea propriilor emoții.	Acționează impulsiv și fără inhibiții (uneori sub influența substanțelor).
Căutarea aprobării/ recunoașterii	Atrage atenția celorlalți asupra propriilor realizări ce au legătură cu statutul.	Evită relații cu indivizi pe care îi admiră de teamă că nu le va câștiga aprobarea.	Se comportă în mod flagrant astfel încât să atragă dezaprobarea indivizilor pe care îi admiră.
Punitivitate/ pedepsire	Se comportă într-o manieră dură și represivă față de persoanele semnificative.	Evită situațiile care implică evaluare, pentru a scăpa de pedeapsă/ evită pedeapsa în general.	Se comportă excesiv de iertător, deși în adâncul sufletului este foarte furios.
Standarde	Caută perfecțiunea și	Evită să își asume	Respinge cu tărie

nerealiste/ Hipercriticism	performanța. Stabilește standarde înalte pentru sine și pentru ceilalți.	sarcini/ procrastinează.	standardele înalte, preferă să fie mediocru.

Jurnalul schemelor cognitive

Declanșator	
Emoții	
Gânduri	
Comportamente efective	
Scheme	
Perspectiva sănătoasă	
Îngrijorări realiste	
Reacții exagerate	
Comportamente sănătoase	

Vârstnicii au primit ca temă după prima și a doua ședință să completeze instrumentul de mai sus, intitulat „Jurnalul schemelor‖, având mai jos poze exemplu cu temele efectuate de către trei dintre participanți.

Jurnalul schemelor

Declanșator:	Ieri, nepoții m-au invitat la plimbare în parc.
Emoții:	Nu am avut chef.
Gânduri:	Probabil va ploua, va fi obositor.
Comportamente efective:	I-am refuzat, am rămas în casă.
Scheme:	Negativism, pesimism.
Perspectiva sănătoasă:	Ies la plimbare, mă bucur de ei.
Îngrijorări realiste:	Vremea
Reacții exagerate:	Nu le răspund la telefon
Comportamente sănătoase:	Accept invitația, le pregătesc o surpriză.

Jurnalul schemelor

Declanșator:	La masa de prânz am avut o dispută cu un coleg.
Emoții:	Mam enervat foarte tare.
Gânduri:	Trebuie să tipi ți pe mă imparn ca nă nu fiu corpa lui.
Comportamente efective:	Folosesc un limbaj dur, îl jignesc.
Scheme:	Autocontrol redus, impulsivitate.
Perspectiva sănătoasă:	Îmi controlez emoțiile, iesta o tigară, îi spun ce mă deranjează.
Îngrijorări realiste:	Deseninm dușmanie.
Reacții exagerate:	Răspund cu putere ca să mă audă, să tacă din gură.
Comportamente sănătoase:	Respirație profundă, iau o pauză și mă calmez.

Jurnalul schemelor

Declanșator:	Din cauza unei defecțiuni a trebuit să împart camera cu o persoană
Emoții:	M-am enervat
Gânduri:	Mi-a încălcat spațiul personal
Comportamente efective:	M-am arătat dezinteresată să stea cât dorește
Scheme:	Subjugare, autosacrificiu
Perspectiva sănătoasă:	Am dreptul la intimitate. Hotărârea limite sănătoase
Îngrijorări realiste:	Nu am cazare unde să cheme colegii până la finalizarea reparațiilor
Reacții exagerate:	Mă înfurii și fac scandal
Comportamente sănătoase:	Le comunic nevoia mea de spațiu personal. Stabilirea pentru cât timp.

A doua ședință este o ședință invidiuală și încadrează următoarele activități.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor: Psihologul și vârstnicul rezumă ceea ce au discutat în prima ședință și își reconfirmă obiectivele pentru ședința actuală.

Revizuirea temei pentru acasă: Seniorii sunt întrebați despre experiențele lor cu jurnalizarea gândurilor și emoțiilor și despre orice observații sau descoperiri pe care le-au făcut în timpul săptămânii.

Explorarea gândurilor și credințelor: Psihologul încurajează vârstnicul să împărtășească exemple concrete de gânduri și credințe negative pe care le-a observat și notat în jurnal și discută despre circumstanțele în care aceste gânduri au apărut. Se explorează modul în care aceste gânduri afectează emoțiile și comportamentele și se discută despre posibile alternative realiste și sănătoase.

Identificarea și explorarea schemelor cognitive dominante: Psihologul continuă să exploreze și să identifice scheme cognitive dezadaptative persistente sau mai influente în viața vârstnicului cu ajutorul „*Tehnicii imageriei ghidate*‖. Se analizează originile și pattern-urile acestor scheme cognitive și se discută despre modul în care acestea pot fi schimbate sau gestionate.

Dezvoltarea de strategii de gestionare: Psihologul și vârstnicul lucrează împreună pentru a identifica și practica strategii de gestionare a gândurilor și emoțiilor negative asociate cu schemele cognitive dezadaptative, prin „*Tehnica redefinirii dovezilor care susțin schema cognitivă*‖. Se menționează vârstnicului că în ședința următoare va învăța tehnici de respirație și de relaxare progresivă, care îl vor ajuta să facă față mai eficient gândurilor și emoțiilor negative.

Planificarea temei pentru acasă: Se stabilește o nouă temă pentru acasă, respectiv să se continue înregistrarea gândurilor, emoțiilor și reacțiilor asociate diverselor evenimente trăite în decursul săptămânii până la următoarea întâlnire.

Încheierea ședinței: Psihologul și vârstnicul recapitulează ceea ce au discutat și stabilesc sarcinile de lucru pentru următoarea ședință și se oferă feedback-ul bilateral despre experiența trăită în ședința a doua și despre progresul terapiei.

În cadrul acestei întâlniri, vârstnicilor le-a fost aplicată „*Tehnica imageriei ghidate*‖ și „*Tehnica redefinirii dovezilor care susțin schema cognitivă*‖, în această ordine cronologică.

Tehnica imageriei ghidate

Asezați-vă într-o poziție confortabilă și închide-ți ochii. Vizualizați-vă într-un loc sigur. Acest loc sigur poate fi orice loc în care vă simțiți în siguranță: acasă, pe marginea unei ape, la munte, înăuntru sau în natură… observați detaliile. Lăsați imaginea să devină cât mai clară și mai vie- ce vedeți? Ascultați cu atenție. Ce auziți? Folosiți-vă nasul. Ce miros simțiți? Rămânând cu ochii închiși, ștergeți din minte imaginea locului sigur și faceți loc unei imagini cu dumneavoastră copil, puteți avea 10 ani sau chiar mai puțin și vă aflați într-o situație supărătoare

cu unul dintre părinții dumneavoastră. Permiteți imaginii să vină de la sine și nu forțați nimic. Observați detaliile din imaginea aceasta cu părintele dumneavoastră. Unde sunteți? Ce se întâmplă în această imagine și ce vă supără? Ce simțiți? Ce gânduri vă trec prin minte?

Priviți expresia de pe fața părintelui. Ce simte părintele față de dumneavoastră? Ce își spune lui însuși? Permiteți imaginii să continue ca și cum ar fi o scenă dintr-un film. Vorbiți cu părintele. Ce îi spuneți? Ce răspunde? Ce se întâmplă în continuare? Lăsați scena să continue până când ajunge la un final natural.

Gândiți-vă la cum v-ar plăcea să se schimbe părintele dumneavoastră în această scenă, în așa fel încât dumneavoastră să puteți fi mai fericit și nevoile să fie împlinite, chiar dacă acest lucru pare imposibil. Acum spuneți-i părintelui în această imagine cum ați vrea să se schimbe, folosind cuvintele pe care le-ar folosi un copil, chiar dacă, probabil, nu ați fi spus niciodată asta când erați copil. Cum reacționează părintele când îi spuți asta?

Acum, cu ochii încă închisi, concentrați-vă doar pe emoțiile pe care le aveți în această scenă și intensificați-le cât de mult puteți. Intrați în contact cu emoțiile dumneavoastră și cu felul în care ele se simt în corpul dumneavoastră. Acum ștergeți imaginea cu părintele și lăsați-vă mintea să devină asemenea unui ecran alb, păstrând emoția puternică pe care o simțiți.

Acum, permiteți apariția unei imagini cu dumneavoastră adult, într-o situație supărătoare, cu o persoană foarte importantă, în care apar emoții similare sau aproximativ la fel cu cele resimțite în scena din copilărie. Observați detaliile din această imagine. Unde sunteți? Ce se întâmplă în această scenă? Ce vă supără din ceea ce se întâmplă? Ce simțiți? Ce gânduri vă trec prin minte?

Priviți expresia feței celeilalte persoane. Ce simte? Ce gândește? Lăsați scena să se desfășoare ca și cum ar face parte dintr-un film. Dialogați cu cealaltă persoană. Ce îi spuneți? Ce vă răspunde? Ce altceva se mai întâmplă? Permiteți imaginii să continue până ajunge în mod natural la un final. Gândiți-vă la felul în care v-ați dori ca cealaltă persoană să se schimbe în așa fel încât să fiți mai fericit și nevoile dumneavoastră să fie îndeplinite, chiar dacă acest lucru pare imposibil.

Acum spuneți-i persoanei din imagine despre felul în care v-ați dori să se schimbe sau cum v-ați dori să fie diferită în situația dată în așa fel încât nevoile dumneavoastră să fie îndeplinite, chiar dacă pare imposibil ca persoana respectivă să se schimbe. Cum reacționează cealaltă pesoană când îi spuneți lucrurile astea?

Ținând ochii închiși, ștergeți imaginea supărătoare cu dumneavoastră adult și întoarceți-vă în locul sigur din care am început acest exercițiu. Bucurați-vă de sentimentul de liniște și calm din acest loc, de siguranța și protecția pe care le simțiți aici.

În curând voi începe să număr de la 5 la 1. Pe măsură ce număr vă veți simți tot mai relaxat și imaginile supărătoare vor dispărea și se vor disipa încet, încet. Când voi ajunge la 1, veți putea deschide ochii, simțindu-vă calm și împăcat. 5, 4, 3, 2,1.

Această tehnică este folosită pentru o confirmare a existenței unei scheme cognitive dezadaptative predominante, care a fost evaluată inițial prin „Chestionarul schemelor cognitive dezadaptative- YSQ-S 3‖ și pentru lucrul efectiv cu schema, într-un scenariu imaginar.

Tehnica redefinirii dovezilor care susțin schema cognitivă

În cadrul acestei tehnici, pe baza dovezilor identificate de către beneficiar care susțin schema cognitivă, psihologul identifică alte cauze ale evenimentelor cu scopul de a restructura semnificația atribuită de către vârstnic dovezilor schemelor. De asemenea se explorează împreună gradul de sănătate a relațiilor dintre membrii familiei și, dacă este cazul, și despre posibile patologii la părinți sau alte persoane cu care copilul – actual vârstnic, a avut relații de atașament semnificative.

Ședința a treia, care este o întâlnire individuală, presupune următoarele activități de *respirație și de relaxare progresivă*.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor: Psihologul și vârstnicul rezumă ceea ce au discutat în a doua întâlnire și identifică obiectivele pentru ședința actuală.

Revizuirea temei pentru acasă: Vârstnicii sunt întrebați despre notițele din jurnalul gândurilor și emoțiilor și despre noi observații identificare în săptămâna ce a trecut.

Prezentarea tehnicii de relaxare musculară progresivă. Psihologul informează participanții despre faptul că tehnica presupune relaxare profundă, respectiv tensionarea și relaxarea voluntară a diferitelor grupuri musculare, în mod treptat.

Mai jos sunt prezentate etapele practicării tehnicii relaxării musculare progresive care au fost respectate în sesiunea de față:

Pregătirea: Într-un mediu liniștit și confortabil (camera de la domiciliul vârstnicului sau cabinetul psihologului de la Căminul pentru pensionari „Sf. Cuvioasă Parascheva‖), fără a fi deranjați, sunt invitați să se așeze într-o poziție confortabilă, de preferat întins pe spate sau așezat pe un scaun cu spatele drept.

Respirația: Vârstnicii sunt rugați să înceapă prin a-și concentra atenția pe respirație- respiră profund și lent, orientându-și atenția pe senzația aerului care intră și iese din corp.

Tensiunea musculară: Li se solicită să încordeze și să relaxeze mâna dreaptă și să observe diferența dintre starea de relaxare și cea de încordare și să repete ciclul. Ulterior să se concentreze pe senzația de tensiune din mușchi și apoi pe senzația de relaxare pe măsură ce se destind.

Progresia: Continuă să lucreze cu diferite grupuri musculare (mâna dominantă și antebraț, braț dominant, cealaltă mână și antebraț, celălalt braț, gambă și picior dominant, cealaltă gambă și celălalt picior, stomac, umeri și partea superioară a spatelui, ceafa și partea din spate a capului, gât, gură și obraji, ochi, frunte și în final, întregul corp). Ei tensionează fiecare grup muscular timp de câteva secunde (aproximativ 5-10 secunde), păstrează tensiunea, apoi se relaxează și simt senzația de relaxare care urmează.

Conștientizarea: Pe măsură ce practică relaxarea, trebuie să fie conștienți la senzațiile din corp și să observe diferențele între tensiunea și relaxarea diferitelor grupuri musculare.

La finalul ședinței vârstnicii au primit *tema pentru acasă*, respectiv să practice tehnica de relaxare musculară progresivă timp de aproximativ 10-20 de minute, o dată pe zi, până la următoarea întâlnire.

Ședința a patra a avut ca subiect *dezvoltarea abilităților de prevenire a conflictelor,* prin exersarea *comunicării asertive* și a fost o ședință de grup.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor: Psihologul împreună cu participanții au rezumat ceea ce s-a discutat și practicat în ședința anterioară și au stabilit obiectivele pentru întâlnirea actuală.

Revizuirea temei pentru acasă: Participanții sunt întrebați despre punerea în practică a tehnicii de relaxare musculară progresivă- efecte și/ sau dificultăți întâmpinate.

Managementul conflictului. Psihologul introduce noțiunea de conflict și posibilitatea de a-i face față, fără a-l escalada. Vârstnicii au aflat informații despre prevenirea apariției conflictelor prin anticiparea riscurilor de declanșare și prevenirea escaladării, respectiv menținerea acestora la un nivel acceptabil [29].

Exprimarea asertivă. Vârstnicilor le este prezentată „aserțiunea- Eu‖ și „mesajele- Eu‖- definiția acestora, rolul și structura, fiindu-le oferite exemple despre cum se utilizează în diverite situații ale vieții de zi cu zi. Aceștia primesc și o fișă cu informațiile prezentate, pentru a integra mai ușor materialul și a-l utiliza și la realizarea temei pentru acasă.

Aplicații practice. Psihologul a divizat grupul în diade – Participantul A este cel care a avut un comportament deranjant, iar Participantul B este cel care trebuie să formuleze o aserțiune- Eu

și un mesaj- Eu pentru respectiva situație, urmând ca rolurile să se schimbe. Astfel toți participanții au reușit să experimenteze rolul Participantului A și B.

Oferirea feedback-ului. La finalul întâlnirii psihologul. și participanții și-au exprimat opinia privind informațiile prezentate, despre jocul de rol și despre cât de dificil li s-a părut seniorilor să utilizeze cele două forme ale exprimării asertive.

La finalul sesiunii, participanții au primit ca *temă pentru acasă* să aplice în viața de zi cu zi asertiunea- Eu și mesajele- Eu, iar la următoarea întâlnire să prezinte experiența comunicării asertive.

Ședința a cincea, de grup, are ca subiect *dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor* și implică următoarele activități.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor. La începutul întâlnirii se face o recapitulare a temei anterior discutate, respectiv comunicarea asertivă și se stabilesc obiectivele pentru întâlnirea a cincea.

Revizuirea temei pentru acasă. Psihologul verifică realizarea sarcinii și invită vârstnicii să împărtășească situațiile în care au avut posibilitatea implementării comunicării asertive, care au fost efectele asupra interlocutorului și dacă au întâmpinat dificultăți.

Identificarea și definirea problemei. Psihologul va învăța vârstnicii să identifice și să definească problema cu care se confruntă, în termeni specifici, clari, divizată în părți componente, posibil de controlat și rezolvat.

Generarea potențialelor soluții presupune încurajarea brainstormingului și a gândirii creative, pentru a emite un număr de rezolvări posibile, ținând cont de multiplele opțiuni, chiar dacă inițial acestea pot părea puțin probabile și fezabile.

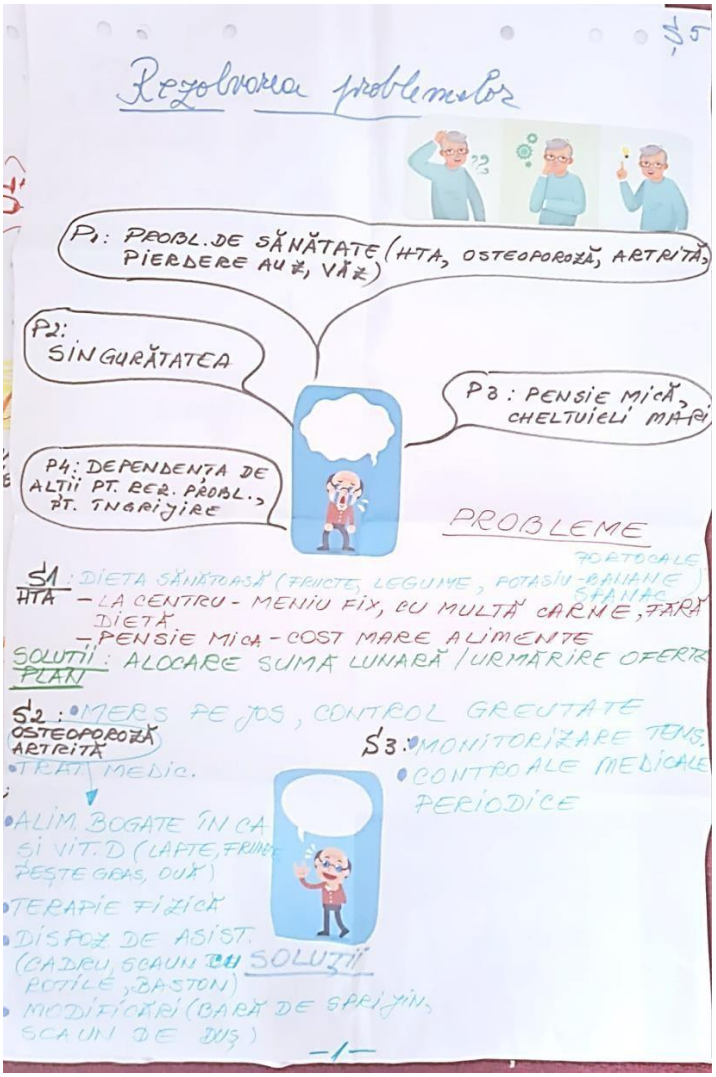
Evaluarea și analizarea soluțiilor. Psihologul ghidează persoanele în vârstă să evalueze și să analizeze avantajele și dezavantajele fiecărei soluții potențiale, luând în considerare factori precum fezabilitatea, eficacitatea și consecințele probabile. Este încurajată gândirea critică și evaluarea realistă a opțiunilor disponibile.

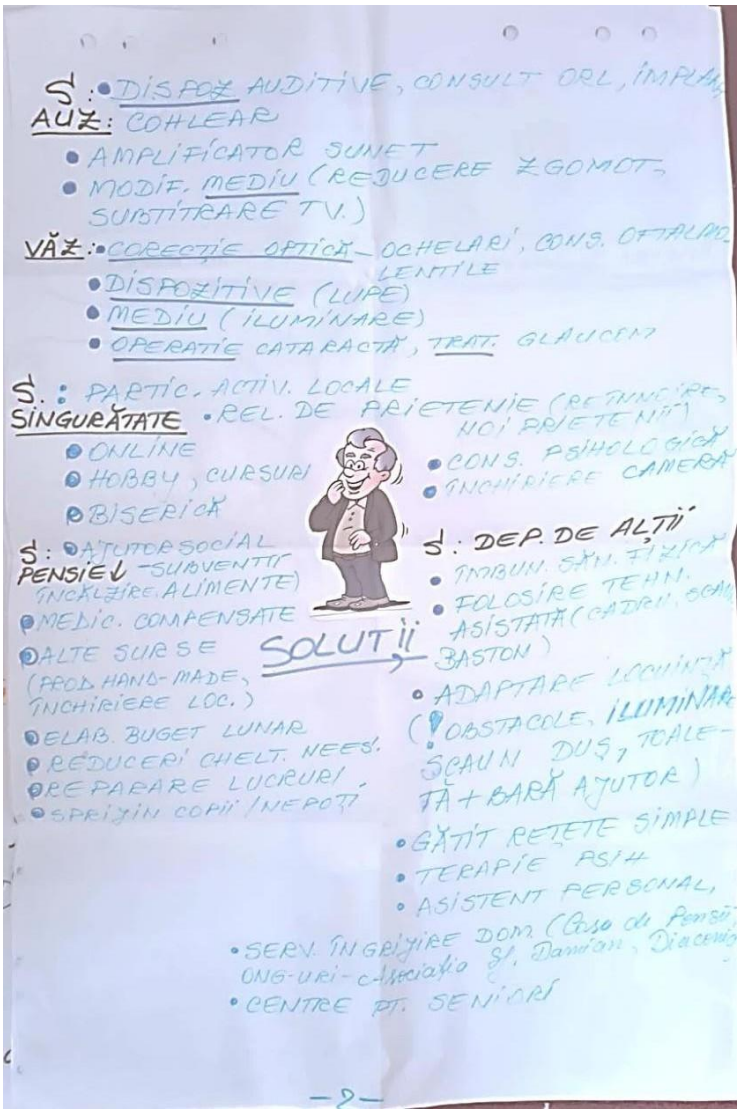
Selectarea celei mai bune soluții. Psihologul asistă vârstnicii să analizeze avantajele și dezavantajele fiecărei soluții și să o aleagă pe cea prin care problema va fi rezolvată eficient.

Dezvoltarea planului de acțiune. Pentru soluția aleasă vârstnicii sunt ajutați de către psiholog să dezvolte planuri de acțiune care descriu pașii pe care trebuie să-i urmeze pentru implementarea soluției. Procesul este împărțit în sarcini gestionabile și sunt stabilite obiective realiste și termene de finalizare.

Oferirea feedback-ului. La finalul întâlnirii participanții au fost invitați să-și exprime opinia privind importanța dezvoltății abilităților de rezolvare a problemelor.

Mai jos este o poză cu materialul realizat de către psiholog, pe flipchart.





În **ședința a șasea** este continuată *tema rezolvării de probleme* și vârstnicii sunt învățați *cum să implementeze soluțiile identificate,* astfel sunt parcurse următoarele activități.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor. La începutul întâlnirii se face o recapitulare a temei anterior discutate, fiind important pentru că aceasta va continua și în ședința a șasea. De asemenea sunt stabilite și obiectivele întâlnirii.

Implementarea soluției. Persoanele în vârstă sunt sprijinite în a lua măsuri pentru implementarea soluției alese în sesiunea anterioară. Li se oferă îndrumare, încurajare și asistență și sunt de asemenea ajutați să depășească orice obstacole sau provocări care pot apărea pe parcurs. Această parte componentă a ședinței se realizează sub forma jocului de rol, respectiv participanților li se oferă următoarea situație- „*O persoană în vârstă (Participantul A) aude gălăgie din apartamentul vecinului său noaptea târziu, tulburându-i somnul și provocând*

frustrare. Participantul A trebuie să abordeze problema cu vecinul - Participantul B, într-o manieră politicoasă, asertivă, pentru a găsi o soluție reciproc acceptabilă."

Jocul de rol urmărește următoarele etape:

1. Este atribuit rolul persoanei în vârstă (Participantul A) unui participant și rolul vecinului zgomotos (Participantul B) unui alt participant.

2. Se explică Participantul A că va iniția o conversație cu Participantul B despre problema zgomotului.

3. Este încurajat Participantul A să își exprime preocupările în mod asertiv, folosind afirmația „Eu‖ pentru a-și comunica sentimentele și nevoile. De exemplu: Participantul A: „Bună ziua, [numele vecinului]. Am vrut să vorbesc cu dumneavoastră despre zgomotul care vine din apartamentul dumneavoastră, noaptea târziu. Am avut probleme cu somnul din această cauză și începe să-mi afecteze starea de bine."

4. Este încurajat Participantul B să răspundă empatic și colaborativ, recunoscând preocupările Participantului A și exprimându-și dorința de a găsi o soluție. De exemplu: Participantul B: „Îmi pare rău să aud că zgomotul v-a deranjat. Nu mi-am dat seama că vă provoacă atât de multe probleme. Să vedem dacă putem găsi o modalitate de a rezolva acest lucru împreună.‖

5. Este facilitat un dialog între cei doi participanți, permițându-le să exerseze ascultarea activă, comunicarea asertivă și abilitățile de rezolvare a problemelor. Ei sunt încurajați să exploreze potențiale soluții, cum ar fi stabilirea orelor de liniște, izolarea fonică a apartamentului sau folosirea căștilor.

6. Se oferă feedback și îndrumare ambilor participanți cu privire la stilurile lor de comunicare, concentrându-se pe asertivitate, empatie și cooperare. Vârstnicii sunt încurajați să-și exprime nevoile în mod clar și respectuos, în timp ce ascultă în mod activ punctele de vedere ale celuilalt.

Evaluarea rezultatelor. După implementarea soluției din jocul de rol, persoanele în vârstă sunt rugate să reflecteze asupra rezultatelor și să le evalueze din punct de vedere al eficienței, dacă a funcționat și ce îmbunătățiri ar putea fi aduse.

Învățarea din experiență. Psihologul subliniază importanța de a învăța din experiență și de a folosi succesele și eșecurile din trecut pentru a direcționa eforturile viitoare de rezolvare a problemelor. Persoanele în vârstă sunt încurajate să se adapteze și să-și perfecționeze strategiile de rezolvare a problemelor pe baza feedback-ului și a rezultatelor.

Practica frecventă. Este încurajată practica abilităților de rezolvare a problemelor prin scenarii din viața reală, aceasta fiind și tema pentru acasă.

Oferirea feedback-ului. La finalul întâlnirii participanții au fost invitați să-și exprime părerea privind jocul de rol, cum s-au simțit, ce li s-a părut dificil, ce ar îmbunătăți.

Ședința a șaptea are ca *temă psihoeducația* și implică furnizarea de informații, îndrumări și resurse pentru a-i ajuta pe vârstnici să înțeleagă importanța gestionării eficiente a emoțiilor. Astfel au fost implementate următoarele activități în cadrul ședinței de grup.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor. La începutul întâlnirii se face o recapitulare a temei anterior discutate, respectiv rezolvarea problemelor și se stabilesc obiectivele pentru întâlnirea a șaptea.

Revizuirea temei pentru acasă. Vârstnicii împărtășesc din experiența săptămânii anterioare privind eventualele probleme apărute și modalitatea în care au reușit sau nu să le gestioneze, dacă au pus în practică cele învățate, iar dacă nu, ce i-a împiedicat să facă acest lucru.

Introducere în reglarea emoțională: Psihologul introduce conceptul de „reglare emoțională‖ și prezintă semnificația acestuia pentru sănătatea mintală și bunăstarea resimțită și faptul că aceasta presupune capacitatea de a recunoaște, înțelege și gestiona emoțiile în moduri sănătoase și adaptative.

Revizuirea emoțiilor. Sunt aduse în discuție emoțiile comune, cum ar fi fericirea, tristețea, furia, frica și dezgustul și explicat faptul că toate emoțiile servesc unor scopuri importante, chiar dacă uneori se pot simți ca fiind inconfortabile sau copleșitoare.

Impactul emoțiilor negestionate: Vârstnicilor li se oferă informații despre consecințele emoțiilor negestionate, precum stresul crescut, conflictele interpersonale, dificultățile în luarea deciziilor și efectele negative asupra sănătății fizice.

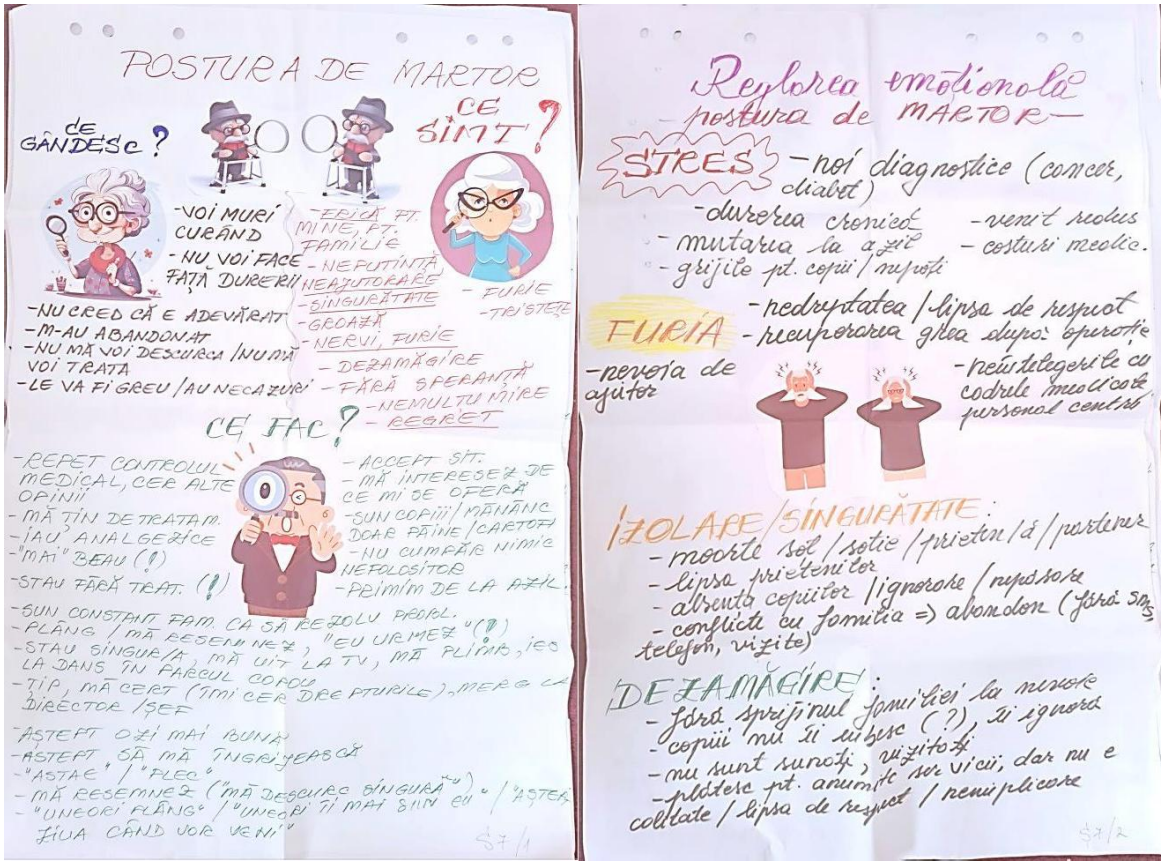
Beneficiile reglării emoționale. Psihologul evidențiază beneficiile dezvoltării abilităților de reglare emoțională, cum ar fi starea de bine, relațiile interpersonale optime și mecanisme de coping adaptative.

Înțelegerea declanșatorilor. Psihologul prezintă cu titlu de exemplu declanșatorii sau situațiile obișnuite care pot provoca răspunsuri emoționale puternice- conflictele, dezamăgirile sau schimbările în rutina zilnică. Ulterior vârstnicii sunt încurajați să identifice în viața lor situații care declanșează răspunsurile emoționale negestionate și modul în care ei reacționează.

Dezvoltarea conștientizării. În urma exemplelor împărtășite de către participanți, psihologul subliniază importanța dezvoltării conștientizării de sine și a atenției, numită „ postura de martor‖, pentru a recunoaște emoțiile pe măsură ce acestea apar. Vârstnicii sunt încurajați să acorde atenție senzațiilor fizice, gândurilor și comportamentelor asociate cu diferitele emoții, fără judecată sau autocritică.

Gestionarea eșecurilor. Pentru a nu crea frustare în implementarea posturii de martor, psihologul recunoaște că dezvoltarea abilităților de reglare emoțională necesită timp și practică, iar eșecurile sunt parte firească a procesului de învățare. Seniorii sunt încurajați să aibă răbdare și compasiune față de propria persoană, în timp ce trec prin provocări și continuă să lucreze la îmbunătățirea abilităților lor de reglare emoțională.

În finalul întâlnirii participanții oferă *feedback* despre informațiile primite și despre opinia lor privind ușurința sau dificultatea în aplicarea tehnicii de reglare afectivă. De asemenea sunt rugați să experimenteze strategia de reglare emoțională (starea de martor- identificarea senzațiilor fizice, a gândurilor și comportamentelor declanșate) și să reflecteze asupra experiențelor trăite, aceasta fiind și *tema pentru acasă*.



Ședința a opta are ca subiect *dezvoltarea rezilienței vârstnicilor* în privința schimbărilor ce apar după vârsta de 65 de ani și implică îmbunătățirea capacității de a se adapta și de a face față adversităților, eșecurilor și provocărilor. Astfel au fost implementate următoarele activități:

Recapitularea și stabilirea obiectivelor. Psihologul împreună cu vârstnicii rezumă subiectul anterior discutat și stabilesc obiectivele sesiunii prezente.

Revizuirea temei pentru acasă. Participanții împărtășesc din experiența săptămânii anterioare privind experimentarea reglării emoționale- situații declanșatoare, postura de martor-emoții, gânduri și comportamente asociate.

Dezvoltarea conştientizării. Vârstnicii sunt încurajați să reflecteze asupra calităților, valorilor și mecanismelor de adaptare, prin identificarea experiențelor trecute în care au depășit adversitățile și au dovedit capacitatea de a rezolva problemele. Aici se vor discuta situațiile problematice care au fost depășite în urma sesiunii de dezvoltare a abilităților de rezolvare a conflictelor (ședințele cu numărul cinci și șase).

Stabilirea obiectivelor realiste. Vârstnicii au fost informați despre ce înseamnă un obiectiv realist și s-a lucrat pe identificarea unor astfel de obiective, stabilite în termeni realiști și realizabili, în conformitate cu valorile personale și în pași mici, pentru a crește motivația individului și succesul în îndeplinire.

Promovarea gândirii pozitive. Psihologul învață vârstnicii să reformuleze gândurile negative și promovează importanța gândirii optimiste și accentul pe punctele forte și nu pe defecte. Aici a fost o parte aplicativă în care persoanele de vârsta a treia au emis gânduri încadrate ca negative și împreună cu psihologul, le-au reformulat.

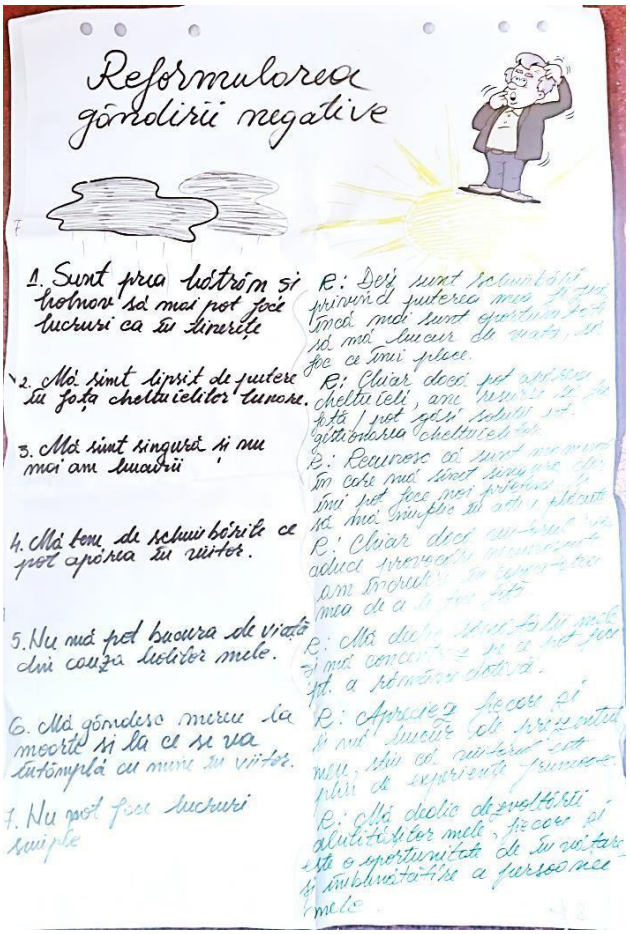
Cultivarea sprijinului social. Este subliniată importanța conexiunii sociale și a rețelelor de sprijin. Vârstnicilor le-a fost subliniată importanța solicitării ajutorului de la prieteni, familie sau grupuri de sprijin, în perioadele de criză sau de stres. De asemenea, participanții și-au manifestat interesul și deschiderea de a fi suport pentru colegii din grup, schimbând numerele de telefon.

Oferirea unui mediu de susținere. În cadrul sesiunii psihologul creează un mediu de susținere în care vârstnicii se simt în siguranță să-și exprime emoțiile și să caute ajutor atunci când va fi necesar. Aceștia vor ști că la nevoie pot primi încurajare, validare și empatie din partea colegilor.

Încurajarea abilităților de rezolvare a problemelor. Psihologul a accentuat importanța punerii în aplicare a celor învățate în întâlnirile pentru rezolvarea conflictelor, respectiv cele cu numărul cinci și șase.

Implementarea strategiilor de coping. Psihologul a încurajat utilizarea mecanismelor sănătoase de coping învățate în întâlnirile anterioare, respectiv - tehnica de relaxare progresivă, ascultarea activă, postura de martor.

În finalul sesiunii, atât participanții cât și psihologul au oferit feedback în privința a ce înseamnă să fii rezilient, ce li se pare ușor de pus în practică, eventualele temeri.



În **ședința a noua**, psihologul abordează practicile de autoîngrijire și presupune următoarele activități.

Recapitularea și stabilirea obiectivelor. Psihologul împreună cu vârstnicii rezumă subiectul anterior discutat și stabilesc obiectivele sesiunii a noua.

Identificarea factorilor de stres. Psihologul oferă suport persoanelor în vârstă să identifice factorii de stres din viața lor, precum problemele de sănătate, pierderea independenței, preocupările financiare sau izolarea socială. De asemenea pentru fiecare factor, sunt identificate și emoțiile declanșate, pentru care persoanele vârstnice vor trebui să aplice reglarea afectivă.

Încurajarea autoîngrijirii. Se subliniază importanța autoîngrijirii, cu accent pe bunăstarea fizică, emoțională și mintală. Vârstnici sunt învățați care sunt semnele de epuizare și stres și li se subliniază importanța odihnei, alimentației sănătoase, activităților de relaxare și hobby-urilor.

Promovarea activității fizice. Psihologul încurajează desfășurarea activității fizice în limita stării de sănătate, fiind o modalitate de a face față stresului și de a-și îmbunătăți starea de bine.

Gestionarea medicamentelor. Programul oferă asistență în gestionarea și administrarea corectă a medicamentelor, prin sublinierea importanței citirii prospectelor, a termenului de

valabilitate, a respectării orelor de administrare (întocmirea unui grafic de administrare sau folosirea cutiilor separatoare) și a aderenței la tratament.

Igienă personală, nutriție și hidratare. Psihologul informează vârstnicii despre importanța respectării igienei corporale, periajului dinților, îngrijirii părului și a pielii, tăierii unghiilor și altor aspecteprivind îngrijirea personală zilnică. De asemenea specialistul face recomandări despre o alimentație sănătoasă și echilibrată, precum și despre importanța hidratării adecvate.

Monitorizarea sănătății. Vârstnicilor le este subliniată importanța monitorizării periodice a semnelor vitale, a stării de sănătate și a simptomelor, precum și comunicarea cu profesioniștii din domeniul sănătății, atunci când apar probleme fizice.



Ședința a zecea este ședința de evaluare al programului de intervenție psihologică și care presupune aplicarea **„Scalei de evaluare a programului de intervenție psihologică pentru vârstnici”.**

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnatul, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Popescu Monica-Andreea

Semnătura

Data

CURRICULUM VITAE

Nume și prenume: Popescu Monica-Andreea
Data și locul nașterii: 18.10.1986, Mun. Iași, Jud. Iași, România
Cetățenie: Română
Activitate profesională:

2020- prezent	Psiholog în specialitatea psihoterapie, în cadrul Mitropoliei Moldovei și Bucovinei
2019- 2020	Psiholog, în cadrul Asociației Ecumenice a Bisericilor din România, AIDROM - Proiectul ―Strengthening the network of multifunctional counseling centers for people seeking for help‖
2017-2019	Psiholog traumatologie, în cadrul Asociației pentru Protecție Rutieră WorldStreet
2017	Facilitator de dezvoltare comunitară, în cadrul Asociației Române pentru Promovarea Sănătății- ARPS- Proiect *„Contextul integrării contează. Creșterea capacității actorilor publici și privați de a interacționa eficient cu migranții”*. FAMI/ 16.01.04, Iasi (România)
2015	Psiholog în specialitatea consiliere psihologică, în cadrul S.C. ATEST SRL Proiect *„Elevi mai buni, într- o școală mai bună”,* POSDRU/181/2.2/S/152522, Iasi (România)
2012- prezent	Profesor Școala Postliceal Sanitară Aprendis, Iasi (România)
2010- 2013	Psiholog, în cadrul Asociației Române Anti- SIDA, ARAS Proiect „*Este dreptul tău să știi- proiect de promovare a sănătății pentru femei”*, POSDRU/71/6.3/S/38123, Iasi (România)

Studii:

2020-2024	Universitatea de Stat din Moldova, studii de doctorat în cadrul Școlii Doctorale, Științe Sociale și ale Educației, Psihologie generală;
2009- 2011	Universitatea „Alexandru Ioan Cuza", Iasi, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației Master în ― Psihologie clinică și psihoterapie‖
2009- 2011	Universitatea „Alexandru Ioan Cuza", Iași, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației Master în ― Evaluarea, formarea și consilierea psihologică a personalului‖
2006-2009	Universitatea „Alexandru Ioan Cuza", Iasi, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației Diplomă de licență în domeniul psihologiei și științele educației

Stagii de cercetare și formare profesională:

2023-prezent	Institutul Român de Schema Therapy, Formare în terapia schemelor cognitive
22.05-23.05.2020	Asociația Centrul de Comunicare și Dezvoltare Umană Phoenix Curs *„Intervenție, asistență, consiliere personală și psihologică”*
11.09-15.11.2020	Asociația Catharsis Curs de formare profesională„*Consilier violență domestică- Fenomenul violenței: de la delimitări conceptuale la prevenire și intervenții eficiente”*
23.02-27.02.2019	Institutul Român de Psihologie Curs de formare profesională „*Evaluarea clinică, psihodiagnostic și intervenție la copil și adolescent”*
10.2018- 07.2019	Asociația Logopezilor din România Curs de *„Tehnici și proceduri de intervenție în terapia logopatiilor”*
2018	Universitatea Alexandru Ioan Cuza", Iasi, Departamentul pentru pregătirea personalului didactic Studii postuniversitare - *Modul psihopedagogic, nivel II*
2017	Asociația Ancora Salvării Curs de formare profesională *„Prevenirea sinuciderii. Depresie și alte tulburări psihiatrice, comorbidități medicale”*

2011 TestCentral, Curs de formare profesională *„Cunoștințe legate de interpretarea instrumentelor psihometrice”*

2010 Salvați copiii, Seminar de formare profesională *„Safe you, safe me- program de dezvoltare a abilităților de viață”*

2009-2011 Societatea de Psihoterapie Experiențială Română- SPER
Curs de formare în consiliere psihologică- *„Evaluarea și consilierea experiențială a copilului, adultului, cuplului și familiei”*

2007- 2008 Asociația de Consiliere și Terapie a Familiei (ACTF)
Curs de formare profesională – *„Terapie sistemică- cuplu, copil și familie”*

Participări în proiecte ştiinţifice naţionale şi internaţionale:

- psiholog în proiectul *„Cluburile seniorilor”*, POCU 12 6988, implementat de către Mitropolia Moldovei și Bucovinei în perioada 2020-2021
- psiholog în proiectele- Fundației ICAR: *„Integrarea străinilor cu ședere legală în societatea românească - o provocare comună”* - FAMI/15.03.03; *„Integrarea străinilor cu ședere legală în societatea românească- o construcție comună”*- FAMI/17.02.03; *„Integrarea străinilor cu ședere legală în societatea românească- o construcție comună”*- FAMI/17.02.03.02; *„Integrarea străinilor în România: un proces continuu”*- FAMI 19.01.04(03); *„Integrarea străinilor cu ședere legală în România –INTEG-RO”*- FAMI/20.02.01.01(03); *„ Integrarea străinilor cu ședere legală în România –INTEG-RO”*- FAMI 20.02.01.02 (03); *„Integrarea străinilor cu ședere legală în România –INTEG-RO”*- FAMI/20.02.01.03(03); *„ Integrarea străinilor cu ședere legală în România - INTE-RO”*- FAMI/ 22.02.08(03). Proiectele au fost implementate de către Fundația ICAR, în Iași, în perioada 2016-2023.
- psiholog în proiectul *„Nicăieri nu- i ca acasă”*, POCU/436/4/4/127694, implementat de către cadrul Asociatia Sf. Damian, în perioada 2019-2020

Participări la manifestări ştiinţifice naţionale şi internaţionale:

1. „The sixth international conference on adult education. Education for Peace and Sustainable Development‖. Chișinău, Repuplica Moldova, 9-11 noiembrie, 2023.
2. Conferința de Psihiatrie și Sănătate Mintală „GALATIA 2023‖, Universitatea ‖Dunărea de Jos‖, Galați, România, 17-21 mai 2023.
3. 2nd International conference of applied Psychology - „Current Affairs and Perspectives in Psychological Research‖. Chișinău, Universitatea de Stat din Moldova, 29-30 noiembrie, 2022.
4. Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin Cercetare și Inovare", Chișinău, Republica Moldova, 10-11 noiembrie 2022.
5. Conferința națională cu participare internațională „Psihologia aplicativă din perspectiva abordărilor societale contemporane‖, 03 decembrie 2021.
6. Conferința Zilele Institutului de Psihiatrie „Socola‖, Iași, România, 11-13 noiembrie 2021.
7. Conferința ştiinţifică naţională cu participare internaţională „Integrare prin Cercetare şi Inovare‖, Chișinău, Republica Moldova, 9- 10 noiembrie 2021.
8. Conferința științifică națională a doctoranzilor „Metodologii contemporane de cercetare și evaluare‖, platforma ZOOM, 22.04.2021.
9. Conferința de Psihiatrie și Sănătate Mintală „GALATIA 2020‖, Universitatea ‖Dunărea de Jos‖, Galați, România, 20-24 iulie 2020
10. Conferința Națională de Psihologie, ediția a V-a, Universitatea „Al. I. Cuza‖, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Iași, 23-26 septembrie, 2010

Lucrări ştiinţifice şi ştiinţifico-metodice publicate:

Articole în reviste ştiinţifice din Registrul Naţional al revistelor de profil, în reviste ştiinţifice de peste hotare, în lucrările conferinţelor ştiinţifice internaţionale (Republica Moldova) şi naţionale cu participare internaţională

Competențe lingvistice: Limba engleză: - C 2 (înțelegere, vorbire, scriere)

Date de contact:

Telefon: +40.743.772.009; E-mail: amonica_popescu@yahoo.com