



Mihai Marian

FORMAREA COMPETENȚELOR DE INVESTIGARE A REȚELEI DE SUPORT SOCIAL

Suport de curs



**EDITURA
UNIVERSITĂȚII
DIN ORADEA**

Oradea, 2026



Funded by the
European Union

Jean Monnet project number: 101127134

Project name: *Solidarity, cohesion and social support at the border regions in Central and Eastern Europe* (EUCOS)

Tehnoredactare și corectură: Mihai Marian

Coperta și design grafic: Mihai Marian

Mihai Marian este conferențiar universitar doctor la Departamentul de Psihologie, Facultatea de Științe Socio-Umane, Universitatea din Oradea. Interesele actuale de cercetare vizează domenii precum psihologia clinică, psihologia sănătății și psihoterapia. Este autorul a numeroase cărți și articole științifice.

ORCID: 0000-0001-7647-709X

ResearcherID: U-9523-2017

E-mail: mmarian@uoradea.ro

ISBN: 978-606-10-2503-9

© Mihai Marian, 2026. Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate autorului. Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autorului, este interzisă și se pedepsește conform legislației în vigoare.

Editura Universității din Oradea
Str. Universității, nr. 1
410087 Oradea, România
E-mail: editura@uoradea.ro

CUPRINS

Cuvânt înainte	3
<i>Cursul 1</i>	
Suportul social - introducere	5
<i>Cursul 2</i>	
Concepte fundamentale în analiza suportului social	9
<i>Cursul 3</i>	
Structuri și procese ale suportului social	13
<i>Cursul 4</i>	
Metode de cercetare	17
<i>Cursul 5</i>	
Metaanaliza - cantitativă versus calitativă	21
<i>Cursul 6</i>	
Instrumente de măsurare a suportului social	26
<i>Cursul 7</i>	
Studii relevante în spațiul european	32
<i>Cursul 8</i>	
Suportul social și sănătatea	38
<i>Cursul 9</i>	
Rolul comportamentului în sănătate	44
<i>Cursul 10</i>	
Stresul psihosocial și rolul mediator al suportului social	50
<i>Cursul 11</i>	
Suportul social și copingul	59
<i>Cursul 12</i>	
Aspecte ale relației dintre psihopatologie și suportul social	63
<i>Cursul 13</i>	
Formarea în domeniul competențelor de investigare a rețelelor de suport social - competențe de consiliere	69
<i>Cursul 14</i>	
Investigarea rețelelor de suport social	75

Cuvânt înainte

În peisajul academic contemporan, studiul relațiilor umane a depășit granițele simplei descrieri psihologice ori sociologice, transformându-se într-o analiză riguroasă a mecanismelor care susțin viața și sănătatea. Conceptul de suport social reprezintă astăzi o variabilă pivot în disciplinele psihosociale, fiind recunoscut ca un determinant critic al rezilienței individuale și colective. Cursul *„Formarea competențelor de investigare a rețelei de suport social”* este conceput ca un parcurs teoretic și aplicativ menit să ofere specialiștilor instrumentele necesare pentru a decoda complexitatea interacțiunilor umane sub formă de resurse.

Evoluția acestui domeniu este strâns legată de tranziția paradigmatică de la modelul biomedical tradițional la cel biopsihosocial. Sănătatea nu mai este definită restrictiv ca absență a bolii, ci ca o stare dinamică, multidimensională, în care calitatea rețelei sociale acționează ca un pilon de susținere. Suportul social nu este doar un adjuvant în perioadele de criză, ci un proces comunicativ continuu care modelează experiențele cotidiene și facilitează adaptarea la provocările existențiale.

Cursul este elaborat în cadrul proiectului Jean Monnet „Solidarity, cohesion and social support at the border regions in Central and Eastern Europe”, nr. 101127134 - EUCOS (2023-2026), finanțat de Comisia Europeană prin Agenția Europeană pentru Educație și Cultură. Această ancorare instituțională oferă cursului o dimensiune strategică, propunând o abordare inovatoare și multidisciplinară a Uniunii Europene.

În regiunile de frontieră din Europa Centrală și de Est, suportul social devine o forță de coeziune esențială. Obiectivul central al proiectului EUCOS este identificarea formelor de manifestare a suportului social în perioade de criză și evidențierea rolului acestuia în generarea solidarității. Astfel, politicile europene, precum Pilonul European al Drepturilor Sociale, sunt reinterpretate în cadrul cursului ca forme de suport instituționalizat, menite să asigure coeziunea grupurilor vulnerabile și să fundamenteze strategii durabile pentru o societate europeană coezivă.

Pentru a asigura o înțelegere exhaustivă și o formare de competențe de înalt nivel, lucrarea este structurată pe 14 segmente de curs fundamentale. Această diviziune logică permite trecerea graduală de la fundamentele teoretice la complexitatea analizei statistice și a aplicațiilor clinice sau europene:

1. Evoluția conceptului: De la primele observații epidemiologice la expansiunea academică actuală.
2. Delimitări terminologice: Distincția dintre rețele, legături și activitate socială.

3. Taxonomia suportului: Analiza formelor emoționale, instrumentale, informaționale și de evaluare.
4. Structura rețelor: Cuantificarea densității, reciprocității și complexității legăturilor.
5. Dualitatea percepție-realitate: Analiza contrastului dintre suportul perceput și cel primit.
6. Mecanismul „tampon” vs. efecte directe: Modelele teoretice care explică impactul asupra sănătății.
7. Fundamentele biopsihosociale: Legătura dintre interacțiunea socială și procesele biologice.
8. Metodologia cercetării: Designul experimental și validarea ipotezelor în studiul suportului.
9. Analiza Factorială: Validarea constructelor și a variabilelor latente.
10. Metaanaliza: Sintetizarea cantitativă a studiilor independente și mărimea efectului.
11. Instrumentar psihometric: Prezentarea și evaluarea scalelor consacrate.
12. Comportamente de sănătate: Rolul auto-eficacității și al modelelor de schimbare (Bandura, Prochaska).
13. Stresul psihosocial: Teoria tranzațională a lui Lazarus și rolul mediator al suportului.
14. Dimensiunea europeană și politicile de coeziune: Suportul social ca pilon al cetățeniei active în UE.

Finalitatea acestui curs depășește simpla acumulare de cunoștințe teoretice. Se urmărește dezvoltarea unei capacități critice de investigare, permițând cursanților (la nivel de master) să cartografieze rețele sociale, să identifice carențe în tipurile de sprijin oferit și să proiecteze intervenții bazate pe dovezi (*evidence-based*).

Într-un spațiu european caracterizat prin diversitate și mobilitate, înțelegerea faptului că suportul social perceput acționează ca un predictor robust al rezilienței oferă un avantaj major în elaborarea politicilor de coeziune. Lucrarea demonstrează că succesul proiectului european depinde, în ultimă instanță, de capacitatea acestuia de a fi perceput ca o rețea de suport extinsă, transformând solidaritatea declarată în resurse psihosociale accesibile în viața cotidiană a cetățenilor.

Cursul 1

Suportul social – introducere

Rezumat

Curs analizează evoluția și complexitatea conceptului de suport social, un domeniu care a beneficiat de o expansiune academică în ultimul deceniu. În ciuda proliferării cercetărilor, literatura de specialitate indică o absență a unui consens teoretic și empiric universal, fapt ce impune o examinare riguroasă a fundamentelor sale. Analiza evidențiază o suprapunere terminologică în studiile prospective, unde concepte precum „rețele sociale”, „legături sociale” sau „activitate socială” sunt frecvent utilizate interschimbabil pentru a cuantifica existența și frecvența interacțiunilor umane. Cursul propune o distincție clară, definind suportul social ca o formă specifică de interacțiune, ce funcționează ca un mecanism de mediere între individ și mediul său social. Sunt explorate cele două dimensiuni fundamentale ale acestui fenomen: valența de resursă psihologică și cea de resursă tangibilă. Prin structurarea acestor perspective, cursul oferă un cadru conceptual necesar pentru înțelegerea modului în care rețelele sociale contribuie la bunăstarea individului. Abordarea integratoare facilitează depășirea ambiguităților, oferind o bază solidă pentru studiul relațiilor sociale ca factori determinanți în dinamica interpersonală.

Obiectiv general

Analiza conceptului de suport social prin clarificarea terminologiei utilizate și înțelegerea funcției acestuia ca resursă psihologică și tangibilă în cadrul interacțiunilor umane.

Aspecte cheie urmărite

Clarificarea conceptuală: Delimitarea termenilor precum „rețea socială”, „legături sociale” și „suport social”.

Identificarea formelor de suport: Distincția între resursele de natură psihologică și cele de natură materială/tangibilă.

Analiza structurală: Evaluarea existenței, numărului și frecvenței relațiilor sociale ca indicatori ai suportului.

Evoluția cercetării: Înțelegerea dinamicii studiilor din ultimul deceniu și a lipsei unui consens teoretic actual.

Studiul suportului social a cunoscut o dezvoltare rapidă în ultimul deceniu, fără a se ajunge la un consens cu privire la o definiție teoretică sau empirică a acestuia [1].

Studiile prospective au utilizat termenii „rețea socială”, „relații sociale”, „suport social”, „legături sociale” și „activitate socială” pentru a se referi, în esență, la același fenomen: existența, numărul și frecvența relațiilor sociale.

Suportul social este un tip special de interacțiune socială care poate apărea în diferite moduri și care poate fi atât o resursă psihologică, cât și una tangibilă, oferită de o rețea socială.

Suportul social se referă la experiența fundamentală de care oamenii au nevoie pentru a rămâne sănătoși atât fizic, cât și mental, pentru a obține ajutor și alinare adecvate și pentru a se integra moral și comportamental în grupul sau societatea respectivă.

În ultimii aproximativ 30 de ani de cercetare, suportul social a devenit una dintre variabilele centrale în multe domenii ale psihologiei, epidemiologiei, sănătății publice și educației.

Întrebări esențiale:

- Care este adevărata natură a suportului social?
- Când se manifestă suportul social?
- Există diferențe de sex/gen în ceea ce privește acordarea sau primirea suportului social?
- Cum putem măsura suportul social?
- Suportul social este întotdeauna util?
- Care sunt consecințele rezultatelor cercetării din acest domeniu pentru psihologia aplicată?

Suportul social poate fi definit ca asistența emoțională, informațională sau materială oferită de alte persoane din rețeaua socială a cuiva [2].

Consecințele suportului social depind de situație și de persoană.

Principalele obiective pe care oamenii le au atunci când se asociază cu alții și își fac prieteni:

- ☐ pentru a obține suport social;
- ☐ pentru a obține informații;
- ☐ pentru a câștiga statut social și
- ☐ pentru a face schimb de beneficii materiale.

Trebuie mai întâi să se facă distincția, din punct de vedere teoretic și empiric, între următoarele trei clase generale de fenomene sau variabile, fiecare având multiple componente sau indicatori [1]:

1. Integrarea/izolarea socială se referă la existența sau cantitatea legăturilor sau relațiilor sociale, care pot fi, la rândul lor, diferențiate în funcție de tip (de exemplu, conjugale, de rudenie/fără legătură de rudenie) și de frecvența contactului.

2. Structura rețelei sociale se referă la structura care caracterizează un set de relații.
3. Conținutul relațional se referă la natura funcțională sau calitatea relațiilor sociale, care pot fi distinse în funcție de sursă (de exemplu, soț/soție, prieten, coleg de muncă etc.).

Suportul social reprezintă o resursă importantă pe tot parcursul vieții, în special la vârste înaintate.

Suportul social poate proveni din surse formale (de exemplu, instituții sau organizații comunitare) sau informale (de exemplu, familia sau prietenii).

Persoanele care declară că beneficiază de un nivel mai ridicat de suport social tind să fie mai sănătoase și să trăiască mai mult [3].

Intervențiile psihosociale de grup care oferă educație și suport social pot reduce stresul sau atenua efectele fizice ale acestuia [4].

Suportul social, o resursă pentru a face față situațiilor dificile, este important pentru adaptare. Oamenii caută sfaturi de la alții, sprijin emoțional de la alții, iar alții le oferă oportunități pentru activități care să le distragă atenția.

Persoanele cu un nivel ridicat de suport social din partea familiei, a prietenilor și/sau a comunității pot experimenta mai puțin stres și pot face față situațiilor dificile mai eficient decât persoanele fără rețele puternice de sprijin [5].

Cercetările contemporane sugerează că cel mai eficient suport social este adesea cel *invizibil*, oferit într-o manieră care nu subminează sentimentul de competență și autonomie al beneficiarului în gestionarea crizelor.

Dincolo de asistența materială efectivă, *suportul social perceput* acționează ca un predictor robust al rezilienței psihologice, oferind individului un sentiment de siguranță ontologică chiar și în absența unei intervenții directe.

Exerciții și aplicații

Propunem trei teme de discuție relevante, concepute pentru a stimula gândirea critică și aplicarea conceptelor teoretice în context real:

Cantitate versus calitate în rețelele sociale

Subiect: Este numărul mare de conexiuni (indicatori structurali) mai important pentru starea de bine decât profunzimea și calitatea interacțiunilor (indicatori funcționali)?

Focus: Analiza contrastului dintre „rețelele sociale” digitale și suportul social autentic, tangibil.

Paradoxul suportului social: ajutor vs. dependență

Subiect: Când devine suportul social intruziv sau contraproductiv pentru autonomia individului?

Focus: Dezbaterea conceptului de „suport invizibil” și modul în care asistența primită poate influența stima de sine a beneficiarului.

Suportul social ca resursă în situații de criză

Subiect: În ce măsură resursele psihologice oferite de o rețea pot compensa absența resurselor tangibile (materiale) în momente de instabilitate?

Focus: Evaluarea mecanismului de tip „buffer” (tampon) prin care relațiile sociale mediază impactul stresului asupra sănătății mentale.

Bibliografie

1. House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(1), 293-318.
2. Kassin, S., Fein, S., & Markus, H. R. (2023). *Social psychology*. SAGE Publications.
3. Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1997). Social support and the maintenance of competence. In S. L. Willis, K. W. Schaie, & M. D. Hayward (Eds.), *Societal mechanisms for maintaining competence in old age* (pp. 182-231). Springer Publishing Company.
4. Helgeson, V. S., Cohen, S., Schulz, R., & Yasko, J. (2000). Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what? *Health psychology*, 19(2), 107.
5. Schröder, K. E., Schwarzer, R., & Endler, N. S. (1997). Predicting cardiac patients' quality of life from the characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology*, 2(2), 231-244.

Cursul 2

Concepte fundamentale în analiza suportului social

Rezumat

Suportul social reprezintă un fenomen psiho-social complex, definit prin intersecția dintre rețelele relaționale și mecanismele de adaptare la provocările existențiale. Conform perspectivei lui D. J. Goldsmith, acesta nu este doar o reacție la criză, ci un proces comunicativ ce facilitează depășirea obstacolelor cotidiene, fiind modelat de realități socio-economice diverse. Taxonomia suportului distinge între forme emoționale (afecțiune), apreciative (stima de sine), informaționale (ghidaj) și instrumental (ajutor concret). O distincție critică apare între suportul perceput - disponibilitatea anticipată a resurselor - și suportul primit - asistența efectiv materializată. Eficiența acestuia este condiționată de congruența dintre nevoia individului și tipul de ajutor oferit, precum și de variabile precum stabilitatea, proximitatea fizică și sincronizarea temporală cu momentele de stres. Dezbaterile contemporane chestionează dacă suportul social trebuie tratat ca o variabilă de personalitate sau ca o caracteristică a structurii sociale. Totodată, se menține dilema prioritizării: calitatea interacțiunilor profunde versus cantitatea resurselor dintr-o rețea extinsă (familie, colegi, specialiști). În final, suportul social emerge ca un pilon fundamental al sănătății și integrării, mediind relația dintre individ și comunitate prin solidaritate și apartenență.

Obiectiv general

Vizează analiza multidimensională a suportului social ca mecanism fundamental de adaptare și reziliență, urmărind conceptualizarea tipologiilor de asistență (emoțională, instrumentală, informațională și apreciativă) și evaluarea impactului acestora asupra bunăstării individului în contextul rețelelor relaționale contemporane.

Aspecte cheie urmărite

Taxonomia suportului: Distincția clară între suportul emoțional (afecțiune), instrumental (ajutor practic), informațional (sfaturi) și apreciativ (stima de sine).

Dualitatea percepție-realitate: Analiza contrastului dintre suportul perceput (disponibilitatea anticipată) și suportul primit (asistența efectivă), cu accent pe criteriul compatibilității resurselor.

Dinamica rețelelor sociale: Identificarea surselor de sprijin (de la familie și prieteni până la specialiști și grupuri de autoajutorare) și a rolului sentimentului de apartenență.

Variabilele de eficiență: Evaluarea factorilor care determină succesul intervenției, precum stabilitatea, proximitatea fizică și sincronizarea (timing-ul) accesului la suport în raport cu situația de criză.

Dilemele conceptuale: Dezbaterea privind natura suportului social (trăsătură de personalitate vs. caracteristică socială) și raportul dintre calitatea versus cantitatea relațiilor în menținerea sănătății.

D. J. Goldsmith a susținut că analiza suportului social poate constitui sursa unor aspecte atât cunoscute, cât și necunoscute legate de modul în care discuțiile despre problemele existențiale pot ajuta oamenii să depășească provocările vieții [1, 2].

Experiențele cotidiene pot fi modelate de o realitate socio-economică locală, regională, națională sau europeană [2].

Suportul social, ca fenomen, se manifestă și ca o formă de solidaritate, care apare nu numai la cererea persoanei care simte nevoia de a împărtăși o problemă personală, ci apare, destul de des, ca o manifestare de anticipare din partea celui care oferă sprijin [2].

Concepte

- suport emoțional – oferirea de afecțiune, încurajare și respect.
- suport instrumental – ajutor în ceea ce privește serviciile și sarcinile din viața de zi cu zi.
- suport perceput – suport perceput ca fiind disponibil în cazul în care va fi nevoie de el în viitor.
- suport primit – suport primit efectiv atunci când a fost nevoie de el în trecut.
- rețea socială – un grup de persoane cu care o persoană poate face schimb de sprijin.

Termenul „suport social” se referă la o rețea de relații interpersonale care oferă unei persoane [3]:

- un sentiment de acceptare și iubire;
- stima de sine și apreciere;
- comunicare și sentimentul de apartenență;
- sprijin reciproc.

Pe baza definiției suportului social, se pot distinge mai multe tipuri:

1. suport emoțional (sentimentul de a fi iubit, de apartenență, afecțiune și grijă, empatie);
2. suport apreciativ (apreciere și recunoaștere personală, stima de sine, sentimentul de identitate);

3. suport informațional (sfaturi, sugestii, indicații și îndrumare, consiliere, consultanță de specialitate);
4. suport instrumental (ajutor material, concret).

O distincție importantă atunci când ne referim la suportul social este cea dintre disponibilitatea și compatibilitatea acestuia [3, 4].

În acest sens, ne referim la:

- suportul social perceput (disponibilitatea fiind concomitentă cu compatibilitatea);
- suportul social primit (în cazul în care compatibilitatea nu este întotdeauna percepută, în ciuda faptului că s-a obținut un anumit tip de sprijin).

Cercetătorii atrag atenția asupra altor caracteristici la fel de importante ale suportului social:

- stabilitatea acestuia;
- proximitatea fizică (locația adecvată);
- sincronizarea dintre accesul la suport și situațiile de criză sau stres.

Nu există un consens cu privire la conceptualizarea suportului social ca:

- variabilă de personalitate;
- caracteristică socială;
- sau dimensiune psiho-socială.

De asemenea, se pune întrebarea: ce anume are o importanță mai mare pentru efectul pozitiv al suportului social asupra sănătății:

- calitatea? (chiar dacă numărul persoanelor care oferă suport social este foarte mic?) sau
- cantitatea? (care sporește șansele de stabilitate, proximitate și sincronizare).

Sursele de suport social pot fi diferite:

- familia;
- rudele;
- prietenii;
- colegii și comunitatea profesională;
- vecinii și comunitatea din cartier;
- grupurile informale (cluburi, biserica);
- specialiștii (medici, psihologi, centre de informare etc.).

Domenii de analiză:

- Grupuri de suport și grupuri de autoajutorare;
- Suport social și sănătate;
- Suport social al vârstnicilor;
- Suport social și gen;
- Suport social și abilități sociale.

Exerciții și aplicații

1. Analiza comparativă a rețelelor de suport (Eco-harta personală)

Aplicație: Cartografierea propriei rețele sociale și clasificarea membrilor acesteia (familie, colegi, specialiști) în funcție de tipul de sprijin oferit preponderent (emoțional, instrumental, informațional sau apreciativ).

Obiectiv: Evaluarea densității rețelei și identificarea potențialelor curențe în anumite categorii de suport.

2. Studiu de caz: discrepanța între disponibilitate și compatibilitate

Exercițiu: Analiza unui scenariu de criză (ex: pierderea locului de muncă) în care suportul primit este prezent, dar incompatibil cu nevoile individului (ex: suport instrumental oferit când nevoia era de suport emoțional).

Obiectiv: Exersarea capacității de a distinge între suportul perceput și cel primit efectiv.

3. Dezbateri critică: calitate vs. cantitate în sănătate

Aplicație: Organizarea unei dezbateri argumentate privind impactul asupra sănătății: Este mai eficientă o rețea restrânsă, dar stabilă și profundă, sau o rețea extinsă care garantează proximitate și sincronizare?

Obiectiv: Analiza suportului social ca variabilă psiho-socială complexă.

4. Proiect de intervenție: sincronizarea în situații de stres

Exercițiu: Elaborarea unui plan de acțiune pentru un grup de suport (ex: vârstnici sau studenți în sesiune), punând accent pe factorul „timing” (sincronizarea accesului la suport cu momentul critic).

Obiectiv: Înțelegerea importanței proximității fizice și a stabilității în oferirea asistenței.

Bibliografie

1. Goldsmith, D. J. (2004). *Communicating Social Support*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
2. Marian, M., Darabaneanu, D., Chirodea, F., & Toca, C. (2022). Analysis of social support as an argument for the sustainable construction of the European Community space. *Sustainability*, 14(12), 7448.
3. Smelser, N. J., & Baltes, P. B. (Eds.). (2001). *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (Vol. 11). Amsterdam: Elsevier.
4. Spielberger, C. (2004). *Encyclopedia of applied psychology*. Academic press.

Cursul 3

Structuri și procese ale suportului social

Rezumat

Cursul analizează suportul social ca un construct multidimensional ce leagă relațiile sociale de sănătate prin mecanisme comportamentale, psihologice și biologice, evidențiind continuitatea dintre integrarea socială și bunăstarea individuală. Analiza distinge între caracteristicile structurale ale rețelor (reciprocitate, densitate) și funcțiile acestora (capital social, suport), subliniind influența factorilor macrostructurali, precum îmbătrânirea populației și starea civilă, asupra disponibilității resurselor de sprijin.

Obiectiv general

Evaluarea interdependenței dintre configurațiile macrostructurale ale rețelor sociale și mecanismele biopsihosociale prin care integrarea socială mediază starea de sănătate, în scopul înțelegerii modului în care dinamica relațională (reciprocitate, densitate și capital social) influențează reziliența individuală în contextul transformărilor demografice contemporane.

Aspecte cheie urmărite

Fundamentele biopsihosociale: Investigarea modului în care interacțiunea socială este „programată” etologic pentru a promova comportamente sanogene și a regla procesele biologice și psihologice.

Determinismul macrosocial: Analiza impactului factorilor demografici (îmbătrânirea populației, starea civilă) și a mediului (rural vs. urban) asupra capacității de suport a rețelor.

Arhitectura structurală a rețelor: Cuantificarea proprietăților rețelei, precum densitatea (interconectarea membrilor), complexitatea (roluri multiple) și omogenitatea (similitudinea demografică).

Funcționalitatea relațională: Distincția între procesele pozitive, precum capitalul social și însoțirea, și fenomenele negative, cum este degradarea socială (critica și obstrucționarea obiectivelor).

Cogniția socială în suport: Aplicarea modelelor cognitive pentru a explica modul în care percepția subiectivă a sprijinului influențează direct tulburările emoționale și reglarea stresului.

Termenii „suport social” și cei înrudiți, precum „rețele sociale” și „integrare socială”, sunt adesea folosiți în mod interschimbabil ca rubrici generale pentru o gamă largă de fenomene, referindu-se, în general, la consecințele relațiilor sociale asupra sănătății și bunăstării individuale [1].

Literatura recentă privind suportul social este clar legată, atât teoretic, cât și empiric, de literatura sociologică privind integrarea socială și izolarea [1].

Mecanisme biopsihosociale

Procesele și mecanismele care leagă relațiile sociale de sănătate sunt comportamentale, psihologice și biologice, precum și sociale.

Teoriile și dovezile etologice și sociobiologice sugerează că oamenii și alte specii ar putea fi programați genetic să caute interacțiunea socială și să formeze relații sociale, probabil pentru a spori supraviețuirea speciei.

Legate de mecanismele biologice sunt mecanismele psihologice prin care relațiile sociale pot afecta sănătatea [2].

Mecanisme comportamentale - relațiile sociale pot facilita sau promova comportamente individuale sau colective care, în general, favorizează sănătatea [3].

Determinanți psihologici și biologici

Determinanți macrosociali ai integrării și suportului (grupuri socio-economice inferioare vs. superioare, persoane tinere vs. vârstnice).

Variații la nivel comunitar și organizațional (rețele rurale, rețele urbane, implicare religioasă etc.).

Schimbări în caracteristicile macrostructurale ale societății (starea civilă este un indicator-cheie al integrării sociale și este strâns legată de sănătate și bunăstare).

Aspecte de politică (tendențele demografice de bază, precum scăderea fertilității și a mortalității și, prin urmare, „îmbătrânirea” structurii populației noastre, cresc numărul persoanelor vârstnice dependente, în timp ce scade numărul copiilor care ar putea oferi sprijin).

Considerăm că sociologia are o contribuție importantă la studiul a ceea ce am denumit în mod vag „structuri și procese ale relațiilor sociale și ale suportului”.

Cogniția socială

Pentru a explica mecanismul prin care suportul social este legat de sănătate, abordările socio-cognitive ale suportului social se bazează pe modele cognitive ale tulburărilor emoționale.

Caracteristicile structurale ale rețelelor sociale [4]

Concepte	Definiții
Reciprocitate	Măsura în care resursele și suportul sunt oferite și primite într-o relație
Intensitate sau putere	Măsura în care relațiile sociale oferă apropiere emoțională
Complexitate	Măsura în care relațiile sociale îndeplinesc funcții multiple
Formalitate	Măsura în care relațiile sociale se manifestă în contextul rolurilor organizaționale sau instituționale
Densitate	Gradul în care membrii rețelei se cunosc și interacționează între ei
Omogenitate	Gradul de similitudine demografică dintre membrii rețelei
Distribuția geografică	Măsura în care membrii rețelei locuiesc în imediata apropiere a persoanei de referință
Direcționalitate	Măsura în care membrii diadei împărtășesc în mod egal puterea și influența

Funcțiile rețelelor sociale [4]

Concepts	Definitions
Capitalul social	Resurse caracterizate prin norme de reciprocitate și încredere socială
Influența socială	Proces prin care gândurile și acțiunile sunt influențate de acțiunile altora
Degradarea socială	Proces prin care alte persoane își exprimă sentimentele negative sau criticile sau împiedică atingerea obiectivelor cuiva
Însoțire	Participarea la activități de agrement sau de altă natură împreună cu membrii rețelei
Suportul social	Ajutorul și asistența oferite prin intermediul relațiilor sociale și al interacțiunilor interpersonale

Exerciții și aplicații

1. Auditul structural al rețelei (Eco-harta funcțională)

Aplicație: Analiza propriei rețele prin prisma celor 8 parametri structurali (Reciprocitate, Densitate, Complexitate etc.).

De ce este esențială: Această aplicație transformă conceptul abstract de „prieteni/cunoștințe” într-o hartă de resurse cuantificabilă. Permite identificarea punctelor critice (ex: o rețea cu densitate mare, dar fără distribuție geografică apropiată, va eșua în oferirea suportului instrumental rapid).

Obiectiv: Evaluarea capacității reale de intervenție a rețelei în situații de criză.

2. Analiza discrepantei „suport vs. degradare socială”

Aplicație: Studiul de caz asupra situațiilor în care ajutorul oferit produce efecte negative (critică, subminarea autonomiei).

De ce este esențială: Este cel mai fin mecanism al cogniției sociale din curs. Înțelegerea faptului că prezența unei relații nu garantează un efect pozitiv asupra sănătății este crucială pentru orice specialist. Ajută la distingerea între *intenția* celui care oferă și *percepția* celui care primește.

Obiectiv: Optimizarea calității interacțiunilor și prevenirea conflictelor în grupurile de suport.

Bibliografie

1. House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(1), 293-318.
2. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol. Bull.*, 98(2), 310-357.
3. Cohen, S., & Syme, L. S. (1985). *Social Support and Health*. New York: Academic.
4. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Theory, research, and practice in health behavior and health education*. New York: Jossey-Bass A Wiley Imprint.

Cursul 4

Metode de cercetare

Rezumat

Cursul oferă o abordare sintetică a investigației științifice, axându-se pe integrarea designului experimental cu tehnici avansate de analiză statistică. Un pilon central este reprezentat de managementul datelor, incluzând analiza exploratorie și pregătitoare, etape critice pentru asigurarea integrității și validității rezultatelor. Componenta teoretică este consolidată prin studiul analizei factoriale (exploratorii și confirmatorii), instrument esențial în validarea constructelor și a variabilelor latente. În ultima parte sunt prezentate metodele complexe de modelare, precum regresia multiplă, meta-analiza, analiza seriilor temporale și modelarea ecuațiilor structurale (SEM).

Obiectiv general

Obiectivul general al cursului constă în dezvoltarea competențelor de proiectare, implementare și analiză critică a investigațiilor științifice. Cursul vizează însușirea rigorii metodologice necesare pentru a transpune ipotezele teoretice în modele de cercetare valide, utilizând un instrumentar statistic complex - de la designul experimental și analiza factorială, până la modelarea ecuațiilor structurale. Astfel, se urmărește formarea capacității de a genera rezultate cu înaltă fidelitate, capabile să fundamenteze decizii bazate pe dovezi în contexte academice și profesionale.

Aspecte cheie urmărite

Designul experimental: Definit ca arhitectură sistemică de repartizare a subiecților și planificare statistică.

Fundamentarea procedurală: Cuprinde formularea ipotezelor, operaționalizarea variabilelor (independente, dependente și perturbatoare) și stabilirea protocoalelor de eșantionare.

Analiza pregătitoare (data cleaning): Etapă critică dedicată identificării și corectării anomaliilor în seturile de date, condiție prealabilă analizei inferențiale.

Analiza exploratorie (AE): Abordare inductivă orientată spre înțelegerea structurii fenomenelor prin intermediul datelor brute.

Sintetizarea fenomenologică: Utilizarea tehnicilor statistice pentru a reduce complexitatea datelor la factori latenți (constructe teoretice).

Tipologie analitică: Diferențierea între analiza factorială exploratorie (AFE) și cea confirmatorie (AFC) ca instrumente de validare a scalelor de măsurare.

Arii de aplicabilitate: Extinderea metodologiei în psihologia clinică, educațională și organizațională.

Arhitecturi de cercetare: Utilizarea experimentelor randomizate, a quasi-experimentelor și a metodelor specifice pentru grupuri neechivalente.

Instrumentar analitic: Aplicarea modelelor de regresie (liniară multiplă, logistică), meta-analiză, serii temporale și modelarea prin ecuații structurale (SEM) pentru testarea ipotezelor complexe.

Designul experimental

Designul experimental se referă la studierea sistematică a naturii.

Un design experimental este un plan de repartizare a participanților în condiții experimentale și analiza statistică asociată acestui plan [1].

Proiectarea unui experiment implică o serie de activități interconectate:

1. Formularea ipotezelor statistice relevante pentru ipoteza științifică.
2. Determinarea condițiilor experimentale (variabila independentă) care urmează să fie manipulate, a măsurătorilor (variabila dependentă) care urmează să fie înregistrate și a condițiilor externe (variabilele perturbatoare) care trebuie controlate.
3. Specificarea numărului de participanți necesari și a populației din care vor fi eșantionați.
4. Specificarea procedurii de repartizare a participanților în condițiile experimentale.
5. Determinarea analizei statistice care va fi efectuată.

Analiza exploratorie a datelor

Metodele de cercetare cantitativă au fost marcate de creșterea rapidă a statisticii eșantioanelor mici și de extinderea amplitudinii și complexității modelelor pentru testarea ipotezelor statistice [2, 3].

Analiza exploratorie a datelor este o abordare a învățării pornind de la datele cantitative, menită să înțeleagă lumea și să sprijine procesul științific.

Analiza pregătitoare a datelor

Analizele pregătitoare ale datelor sunt efectuate pentru a identifica și corecta problemele dintr-un set de date înainte de analiza principală.

Analiza pregătitoare a datelor este, de obicei, o activitate care consumă mult timp și este uneori frustrantă. Este consumatoare de timp deoarece numeroase caracteristici ale datelor trebuie examinate și frustrantă deoarece

analiza principală care oferă răspunsul la ipoteza principală de cercetare se află adesea la doar câteva selecții de meniu distanță [2, 4].

Analiza factorială

Una dintre sarcinile principale ale științei este elaborarea unor constructe teoretice care să reunească numeroase fenomene observate [2].

Validitatea constructelor teoretice a fost examinată prin intermediul analizelor factoriale.

Analiza factorială este o tehnică statistică care reproduce datele folosind cât mai puțini factori (posibile constructe teoretice sau variabile latente) posibil.

În timp ce o analiză factorială ar putea duce la o scală de măsurare a unui construct teoretic într-un studiu viitor, analiza factorială confirmatorie (AFC) și analiza de extindere în cadrul analizei factoriale exploratorii (AFE) oferă o altă opțiune.

Evaluarea programelor

Evaluarea programelor reprezintă un proces sistematic și obiectiv de colectare a datelor pentru a determina eficiența, valoarea și impactul unei intervenții specifice (fie ea socială, educațională sau clinică).

Spre deosebire de evaluarea individuală, aceasta nu se concentrează pe o singură persoană, ci pe mecanismul de schimbare: funcționează programul așa cum a fost planificat?

- Psihologii din numeroase domenii de specialitate sunt implicați în procesul de evaluare.
- Psihologii clinici evaluează persoanele pentru a stabili dacă prezintă sau nu o anumită formă de psihopatologie.
- Psihologii din domeniul psihologiei industriale și organizaționale elaborează frecvent sisteme de evaluare a personalului.
- Psihologii din domeniul educației se ocupă de obicei cu evaluarea performanțelor elevilor sau a profesorilor, ceea ce reprezintă un tip specializat de evaluare a personalului.
- Psihologii sunt implicați în evaluarea politicilor și a programelor.

Un set de metode consacrate sunt utilizate pentru a *stabili cauzalitatea* în situații în care izolarea perfectă a variabilelor este imposibilă sau neetică.

- Experimentul randomizat.
- Quasi-experimente.
- Tehnici de analiză pentru design cu grupuri neechivalente.

Metode de analiză a datelor

Metodele de analiză a datelor în cercetarea experimentală și quasi-experimentală reprezintă ansamblul proceselor analitice și algoritmice utilizate pentru izolarea riguroasă a efectului cauzal, facilitând tranziția de la observația brută la deducția validă prin controlul varianței de eroare și ajustarea statistică a disparităților dintre grupurile de studiu. Cele mai importante sunt:

- Regresie liniară multiplă;
- Regresie logistică;
- Meta-analiză;
- Analiza seriilor temporale;
- Modelarea ecuațiilor structural.

Corelarea dintre evaluarea programelor și metodele de analiză (precum designul cu grupuri neechivalente) este puntea care transformă o simplă observație în dovadă științifică.

În practică avem:

Validarea eficacității: În evaluarea unui program (ex: o nouă metodă de predare), psihologul nu poate mereu să împartă elevii aleatoriu. Folosește un design cu grupuri neechivalente, iar metodele de analiză „ajustează” diferențele de nivel inițiale pentru a vedea dacă progresul se datorează programului sau inteligenței native a elevilor.

Responsabilitate: Psihologii din domeniul organizațional sau educațional folosesc aceste analize pentru a demonstra angajatorilor sau statului că resursele (banii, timpul) investite în program produc rezultate reale, nu doar coincidențe statistice.

Decizia bazată pe dovezi: Evaluarea programelor prin tehnici cvasi-experimentale permite psihologilor clinici să determine dacă o intervenție terapeutică nouă este aplicabilă la scară largă, în condiții reale de cabinet, nu doar în laboratoare controlate.

Bibliografie

1. Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2000). *Research methods in psychology*. McGraw-Hill.
2. Howitt, D., & Cramer, D. (2007). *Introduction to research methods in psychology*. Pearson Education.
3. Coolican, H. (2017). *Research methods and statistics in psychology*. Psychology press.
4. Reis, H. T., & Judd, C. M. (Eds.). (2000). *Handbook of research methods in social and personality psychology*. Cambridge University Press.

Cursul 5

Metaanaliza - cantitativă versus calitativă

Rezumat

Metaanaliza reprezintă o metodă statistică avansată utilizată pentru a sintetiza și integra rezultatele mai multor studii independente care vizează aceleași ipoteze. Spre deosebire de recenziile narative, aceasta transformă datele fragmentate într-o metrică comună, punând accent pe mărimea efectului și direcția relațiilor dintre variabile, mai degrabă decât pe simpla semnificație statistică. Deși este un instrument puternic în cercetarea socială și medicală pentru stabilirea unor concluzii generale, succesul unei metaanalize depinde de rigoarea etapelor parcurse: de la stabilirea criteriilor stricte de incluziune și căutarea exhaustivă a literaturii, până la gestionarea limitărilor legate de calitatea studiilor primare și de subiectivitatea în clasificarea variabilelor moderatoare.

Obiectiv general

Cursul vizează analiza și rigoarea integrării statistice a datelor provenite din studii eterogene, migrând de la simpla recenzie narativă către o paradigmă a sintezei cantitative obiective. Cursul propune dezvoltarea unei competențe analitice de a transmuta constatările fragmentate ale cercetărilor individuale într-o metrică unitară a mărimii efectului, facilitând astfel fundamentarea unor concluzii cu un grad ridicat de generalitate și validitate ecologică, în ciuda limitărilor inerente de comensurabilitate sau de selecție.

Aspecte cheie urmărite

Transmutarea metrică (mărimea efectului): Trecerea de la testarea semnificației (p -value), dependentă de mărimea eșantionului, la cuantificarea magnitudinii și direcției relației dintre variabile.

Omogenitatea epistemică (includerea): Stabilirea unor criterii de selecție atât de precise încât să excludă studiile viciate metodologic, asigurând că „materia primă” a analizei este validă.

Arbitrajul variabilelor moderatoare: Identificarea acelor factori terți (condiții specifice, populații, contexte) care explică de ce un efect apare într-un studiu, dar lipsește în altul.

Neutralitatea axiologică: Abordarea datelor fără prejudecăți asupra calității cercetărilor anterioare, folosind metode statistice obiective pentru a extrage adevărul din volumul exponențial de publicații.

Validitatea ecologică: Capacitatea de a extrage principii generale, aplicabile în contexte reale, dintr-o multitudine de investigații separate și, uneori, contradictorii.

Metaanaliza este o metodă statistică care integrează rezultatele mai multor studii independente care abordează ipoteze similare sau identice [1].

Scopul metaanalizei este de a transforma rezultatele individuale ale studiilor într-un indicator comun.

În loc să se bazeze pe teste de semnificație, puternic influențate de mărimea eșantionului, noua metodă a lui Glass s-a bazat pe direcția și amploarea (adică mărimea efectului) relațiilor dintre două variabile [2].

Pe măsură ce numărul publicațiilor a crescut exponențial în ultimii ani, metaanaliza a devenit un instrument statistic popular în științele sociale (deși suntem departe de cercetarea medicală, care utilizează intens metaanaliza).

Glass et al. (1981) au descris caracteristicile esențiale ale metaanalizei după cum urmează [1]:

- Este incontestabil o metodă cantitativă, adică utilizează cifre și metode statistice pentru organizarea și extragerea informațiilor.
- Nu anticipează rezultatele cercetării în ceea ce privește calitatea cercetării (adică nu există o impunere a priori a unor criterii arbitrare și neempirice de calitate a cercetării utilizate pentru a exclude un număr mare de studii).
- Caută concluzii generale din multe investigații separate care abordează ipoteze conexe sau identice.

Limitări ale meta-analizei

Vulnerabilitatea ontologică a metaanalizei derivă din *paradoxul comensurabilității*, unde agregarea unor eșantioane cu eterogenitate structurală riscă să oculte particularitățile contextuale în favoarea unei medii statistice abstracte, potențând astfel transmiterea viciilor metodologice din studiile primare către rezultatul sintetic final.

- Problema calității: studiile primare cu o calitate scăzută ar conduce la o metaanaliză de calitate scăzută, indiferent de calitatea metaanalizei.
- Problema comensurabilității: ”mere vs. portocale”.
- Problema erorii de selecție: criteriile de includere vor limita validitatea rezultatelor studiului.
- Problema lipsei de independență: se referă la ipoteza că fiecare studiu din revizuire este selectat aleatoriu dintr-o populație comună; că studiile individuale sunt independente unul de celălalt.

Etapele metaanalizei

Procesul de reconstrucție sintetică a cunoașterii prin metaanaliză se articulează pe un algoritm cvadripartit, debutând cu definirea unor criterii de

incluziune restrictive și continuând cu o explorare exhaustivă a literaturii de specialitate, pentru a culmina în izolarea unitară a mărimilor efectului și agregarea acestora într-un indicator statistic de relevanță globală.

1. Elaborarea unor criterii concise de includere;
2. Căutarea în literatura de specialitate a studiilor relevante;
3. Calcularea mărimii efectului pentru fiecare eșantion în parte;
4. Calcularea unei mărimi a efectului global la nivelul tuturor studiilor.

Tipuri de întrebări

- Întrebări privind efectul principal: Ce efect are o variabilă independentă (IV) asupra unei variabile dependente (DV) și cât de mare este acest efect?
- Întrebări privind efectul moderator: Are variabila independentă același efect în toate condițiile? Există o a treia variabilă care explică această relație?
- Întrebări privind efectul ecologic: Efectul observat se manifestă în condiții specifice? În ce măsură poate fi aplicat un principiu general la un tip specific de situație?

Clasificarea studiilor

Identificarea variabilelor moderatoare este esențială pentru a înțelege de ce rezultatele diferă de la un studiu la altul. Aceasta presupune o clasificare riguroasă a fiecărei cercetări în funcție de factori specifici (cum ar fi, contextul sau tipul de eșantion), permițând compararea rezultatelor între diferite categorii pentru a explica variațiile observate.

Trebuie identificate posibilele variabile moderatoare și clasificat fiecare studiu în funcție de fiecare variabilă.

Clasificarea studiilor poate implica uneori judecăți relativ subiective, de aceea trebuie să se acorde o atenție deosebită verificării fiabilității clasificărilor.

Odată ce studiile au fost clasificate, se poate compara rezultatul dintr-o categorie cu cel dintr-o altă categorie.

Tipuri de studii adecvate pentru o analiză metaanalitică

Implementarea unei sinteze metaanalitice riguroase necesită selectarea unor design-uri de cercetare care furnizează date numerice standardizabile, cele mai adecvate fiind:

- Studii corelaționale;
- Asocieri între două variabile;
- Studii de tip ANOVA;
- Comparații între două sau mai multe grupuri;
- Comparații pre-post test;
- Studii privind tendința central;
- Rate de prevalență.

Recomandări privind studiile

Cercetătorul ar trebui să își ridice semne de întrebare cu privire la ceea ce constituie un studiu suficient de valid pentru a fi inclus în analiza literaturii de specialitate [4, 5]. Prin urmare:

- a. Excludeți studiile care prezintă multe deficiențe în ceea ce privește validitatea internă sau validitatea constructului, încât nu se pot trage concluzii valide din acestea.
- b. Stabiliți un set explicit de criterii pentru evaluarea gradului de validitate al studiilor analizate.
- c. Testați criteriile de validitate pe baza datelor.

Strategii de „selectare” a studiilor pentru analiza

Pentru a garanta exhaustivitatea analizei și a minimiza eroarea de publicare (publication bias), cercetătorul trebuie să implementeze un protocol multidimensional de recrutare a studiilor, structurat pe următoarele direcții:

1. Interogarea bazelor de date electronice: Utilizarea motoarelor de căutare academice (precum PubMed sau PsycINFO) pentru accesarea volumului principal de date;
2. Analiza articolelor de sinteză narativă: Identificarea studiilor primare citate în recenziile deja publicate pentru a descoperi surse omise inițial;
3. Căutarea manuală în reviste de specialitate: Scanarea sistematică a numerelor recente din jurnalele de top pentru a include cercetările de ultimă oră care nu au fost încă indexate complet în bazele de date.

Integritatea epistemologică a metaanalizei rezidă în capacitatea cercetătorului de a transcende viciile metodologice ale studiilor primare prin aplicarea unor filtre riguroase de validitate internă, prevenind astfel agregarea unor date eterogene ce ar putea genera o distorsiune sistemică a magnitudinii efectului global.

Metaanaliza nu se uită doar dacă un studiu a ieșit „pozitiv” sau „negativ”, ci calculează mărimea reală a efectului (cât de puternică e legătura dintre variabile).

În concluzie, metaanaliza se constituie ca un instrument indispensabil de validare științifică, transformând fragmentarea cercetărilor individuale într-o viziune de ansamblu coerentă. Dincolo de calculul statistic, succesul acestei metode rezidă în integritatea selecției și în capacitatea cercetătorului de a discerne între variațiile reale ale fenomenului studiat și erorile metodologice ale studiilor primare, oferind astfel o bază solidă pentru decizii bazate pe dovezi.

Bibliografie

1. Hedges, L. V., & Tipton, E. (2010). Meta-analysis. *Handbook of Behavioral Medicine: Methods and Applications*, 909-921.
2. Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. SAGE publications, Inc.
3. Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P., & Rothstein, H. R. (2021). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons.
4. Hedges, L. V., & Olkin, I. (2014). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic press.
5. Cook, T. D., Cooper, H., Cordray, D. S., Hartmann, H., Hedges, L. V., & Light, R. J. (Eds.). (1992). *Meta-analysis for explanation: A casebook*. Russell Sage Foundation.

Cursul 6

Instrumente de măsurare a suportului social

Rezumat

Cursul analizează stadiul actual al instrumentelor dedicate evaluării suportului social, evidențiind o carență structurală în literatura de specialitate: absența unei scale unificate, riguroase din punct de vedere psihometric, care să măsoare simultan dimensiunea receptivă și cea ofertantă a suportului emoțional și instrumental. În acest context, cursul inventariază o serie de instrumente consacrate, reliefând proprietățile lor metrice și specificul aplicativ.

Obiectiv general

Analiza comparativă a principalelor instrumente de evaluare a suportului social, în vederea identificării riguroase a proprietăților psihometrice, a bazei teoretice și a utilității clinice sau educaționale a acestora în contextul psihologiei sănătății și al dezvoltării.

Pentru a evalua modelele teoretice deja prezentate, în ultimele decenii s-au dezvoltat o serie de instrumente de măsurare a suportului social.

Unele dintre acestea dau dovadă de rigoare psihometrică, însă multe au fost elaborate sau adaptate pentru studii și populații specifice, neavând o bază teoretică solidă și fie nu oferă informații psihometrice, fie prezintă o calitate psihometrică deficitară.

Instrumentele care măsoară simultan atât oferirea, cât și primirea suportului social sunt deosebit de limitate.

În esență, nu există în prezent nicio scală cuprinzătoare, susținută de calitatea psihometrică, care să evalueze atât oferirea, cât și primirea suportului emoțional și instrumental.

Vom prezenta câteva scale relevante pentru domeniul social.

CHESTIONARUL NORBECK DE SUPORT SOCIAL (Norbeck Social Support Questionnaire - NSSQ) a fost elaborat în 1980 pentru a măsura multiple componente ale suportului social într-un format care permite respondenților să enumere și să evalueze membrii rețelei lor de suport social în funcție de caracteristicile funcționale ale suportului social (de exemplu, sprijinul emoțional și material) și în funcție de anumite caracteristici ale rețelei

(de exemplu, stabilitatea relațiilor, frecvența contactului) [1]. În plus, întrebările referitoare la pierderile recente ale relațiilor de sprijin oferă date descriptive.

NSSQ prezintă o stabilitate remarcabilă în timp (corelații de .85 - .92 pe un interval de o săptămână și .58 - .78 pe un interval de șapte luni), fiind capabil să detecteze totodată schimbările reale în structura rețelei.

Consistență internă: Valorile coeficientului Cronbach's alpha sunt ridicate (adesea peste .85), indicând o corelație puternică între itemii aceleiași subscale.

CHESTIONARUL DE SPORT SOCIAL (Social Support Questionnaire - SSQ-D) conține 42 de itemi. Subiecților li se cere să evalueze cât de mulțumiți sunt de suportul primit din partea celorlalți [2].

SSQ-D este alcătuită din șase subscale. Suportul emoțional zilnic (patru itemi) se referă la sprijinul emoțional din viața de zi cu zi, cum ar fi manifestarea afecțiunii. Suportul social în cazul problemelor (opt itemi) conține itemi precum încurajarea și susținerea. Suportul informativ (patru itemi) se referă la informații despre comportamentul propriu, cum ar fi a-l ajuta pe subiect să înțeleagă de ce ceva ce a făcut a fost greșit sau a clarifica ce se așteaptă de la el/ea.

Elementul inovator al SSQ-D (spre deosebire de instrumente pur cantitative) este evaluarea satisfacției. Cercetările arată că numărul de persoane din rețea este un predictor slab al sănătății mintale comparativ cu percepția asupra calității suportului. Un subiect poate avea o rețea vastă (scor cantitativ mare), dar o satisfacție scăzută (scor calitativ mic), ceea ce indică un risc crescut de izolare emoțională în ciuda prezenței fizice a celorlalți.

Specificitatea: SSQ-D este adesea utilizat în psihologia sănătății (de exemplu, în studii pe pacienți cu boli cronice), deoarece permite identificarea tipului exact de suport care lipsește (ex: pacientul primește ajutor material/instrumental, dar duce lipsă de suport informativ pentru a înțelege boala).

Consistența: Studiile de validare (precum cele realizate de Dunkel-Schetter et al.) indică faptul că subscalele au o consistență internă ridicată, permițând cercetătorilor să utilizeze fie un scor global de suport, fie profiluri specifice pe subscale pentru o diagnoză socială mai fină.

În esență, SSQ-D transformă suportul social dintr-o variabilă descriptivă (cine este acolo) într-una procesuală (ce se întâmplă în acele interacțiuni și cum sunt ele internalizate).

LISTA DE EVALUARE A SUPORTULUI INTERPERSONAL (Interpersonal Support Evaluation List - ISEL-SF) este compusă din 40 de itemi, conține patru subscale derivate teoretic, care măsoară dimensiuni

distincte din punct de vedere conceptual, despre care se consideră că atenuează efectele evenimentelor stresante [3, 4].

O analiză factorială inițială a furnizat dovezi pentru un model cu patru factori, cu intercorelații moderate observate între scorurile subscalelor.

ISEL-SF constă din 16 itemi selectați din scala completă. Itemii selectați au fost cei care au prezentat cele mai mari încărcături factoriale în cadrul fiecăreia dintre cele patru subscale din analiza inițială a instrumentului ISEL complet [4].

Spre deosebire de alte instrumente care măsoară pur și simplu cât de mulți prieteni are cineva, ISEL-SF este un instrument de percepție. Validitatea sa academică rezidă în faptul că „suportul perceput” (crența că ajutorul este disponibil dacă ar fi nevoie) s-a dovedit a fi un predictor mult mai puternic al sănătății fizice și mentale decât „suportul primit” efectiv.

În cercetările actuale, ISEL-SF este preferat datorită echilibrului dintre rigoarea teoretică și eficiența administrării, fiind utilizat frecvent pentru a studia modul în care resursele sociale mediază relația dintre stresul ocupațional și burnout sau depresie.

ISEL-SF este un instrument de încredere pentru cercetarea academică rapidă, oferind un echilibru optim între precizia psihometrică și economia de timp a respondentului.

SCARA DE PERCEPȚIE A STRESULUI (Perceived Stress Scale - PSS) este un instrument de măsurare a stresului general utilizat pe scară largă [5]. Respondenții indică, pe o scală de cinci puncte, de la „niciodată” la „foarte des”, cât de des au avut gândurile sau sentimentele menționate în ultima lună. Scorurile obținute la cei șapte itemi formulați pozitiv sunt inversate și însumate cu cele de la toți cele 14 itemi, rezultând un scor total, unde scorurile mai mari indică un nivel mai ridicat de stres.

PSS are o bună consistență internă ($\alpha=0,85$), fiabilitate test-retest și validitate predictivă în raport cu măsurile de depresie și anxietate.

SCARA DE EVALUARE A SUPORTULUI SOCIAL PENTRU COPII ȘI ADOLESCENȚI (Child and Adolescent Social Support Scale - CASSS) este o scală multidimensională cu 40 de itemi care măsoară suportul social perceput din patru surse: părinți, profesori, colegi de clasă și prieteni. Aceasta solicită elevilor să răspundă la afirmații precum: „Părinții mei mă ajută să iau decizii” [6].

Elevii răspund evaluând fiecare item în funcție de două aspecte: frecvența și importanța.

Evaluările frecvenței se bazează pe o scală Likert de 6 puncte, de la 1 (Niciodată) la 6 (Întotdeauna).

Fiecare subscală corespunde uneia dintre sursele de suport (de exemplu, părinte, profesor, coleg de clasă și prieten apropiat) și constă din 10 itemi.

Studiile de validare au demonstrat valori ridicate ale consistenței interne, ceea ce indică faptul că itemii fiecărei subscale măsoară constructul vizat în mod coerent. Coeficienții sunt de obicei foarte mari, variind între 0,94 și 0,95. Valorile test-retest raportate pe intervale de 8-10 săptămâni variază între 0,58 și 0,76.

SISTEMUL DE EVALUARE A COMPETENȚELOR SOCIALE (The Social Skills Rating System - SSRS) este o scală de evaluare a comportamentului social, bazată pe evaluări multiple și referitoare la norme, standardizată pe un eșantion de peste 4000 de elevi cu vârste cuprinse între 3 și 18 ani, provenind din 19 state [7]. Toate măsurătorile includ o Scală a Abilităților Sociale formată din subscale corespunzătoare cooperării, asertivității, autocontrolului și empatiei.

Versiunile pentru profesori și părinți includ, de asemenea, o Scală a Problemelor de Comportament cu trei subscale: comportamente problematice de internalizare și externalizare și hiperactivitate.

S-a concluzionat că SSRS este cel mai cuprinzător instrument, scorurile evidențiind o fiabilitate și validitate generală puternică pentru scopurile pentru care a fost concepută.

SCALA DE SUPOERT SOCIAL PENTRU COPII (SOCIAL SUPPORT SCALE FOR CHILDREN - SSSC) este o scală de evaluare compusă din 24 de itemi care măsoară percepția copiilor asupra suportului social prin intermediul a patru subscale corespunzătoare surselor de sprijin (și anume: părinte, profesor, coleg de clasă și prieten) [8]. Copiii sunt rugați să citească două afirmații și să decidă care dintre ele se potrivește mai bine în cazul lor.

Principalul concept pe care Harter își propune să îl măsoare prin SSSC este suportul social sub forma aprecierii pozitive din partea celorlalți.

Fiabilitatea consistenței interne pentru două eșantioane pe SSCS a variat de la 0,72 la 0,82 pe subscale pentru copiii de vârstă școlară primară și de la 0,74 la 0,88 pentru copiii de gimnaziu.

SCALA MULTIDIMENSIONALĂ A SUPORTULUI SOCIAL PERCEPUT (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS) măsoară percepția asupra adecvării suportului social provenit din trei surse: familie, prieteni și partenerul de viață [9].

Evaluarea celor 12 itemi se realizează pe o scală de tip Likert cu 7 puncte, variind de la „dezacord total” (1) la „acord total” (7).

Deși MSPSS inițial, cu 12 itemi, a fost examinat folosind o populație de studenți, mai multe studii ulterioare au sugerat că MSPSS este valid din punct de vedere psihometric în eșantioane diverse de subiecți, cu o bună fiabilitate internă, fiabilitate test-retest și o validitate factorială puternică.

DISTRES SOCIAL: SCALA DE INTERACȚIUNE NEGATIVĂ (Social Distress: Negative Interaction Scale - SDNIS) Această scală cu 5 itemi a fost adaptată pornind de la o scală cu 4 itemi elaborată de Krause [10] pentru a evalua interacțiunile negative cu persoanele apropiate. S-a demonstrat că această scală prezintă o fiabilitate adecvată (coeficientul alfa Cronbach = 0,87) și validitate convergentă cu privire la nemulțumirea față de relație.

CHESTIONARUL DE EVALUARE A STRESULUI PERCEPUT (Perceived Stress Questionnaire - PSQ) este o scală formată din 30 de itemi care evaluează nivelul de stres perceput de o persoană [11]. Participanții trebuie să evalueze cât de des se aplică fiecare item în cazul lor pe o scală Likert de 4 puncte, variind de la „Aproape niciodată” la „De obicei”. Scala conține itemi precum „Ai prea multe decizii de luat”, „Te simți tensionat” și „Problemele tale par să se acumuleze”, care sunt raportați a măsura cât de tensionat și presat se simte o persoană. Scala este punctată astfel încât valorile ridicate indică un nivel ridicat de stres perceput. Scala s-a dovedit a fi fiabilă, cu un coeficient α raportat de 0,92. Validitatea scalei a fost demonstrată prin corelații pozitive între Scala de stres perceput și depresie, stresul autoevaluat și evenimentele stresante din viață.

Bibliografie

1. Norbeck, J. S. (1995). Scoring instructions for the Norbeck social support questionnaire (NSSQ). *Univ California, San Fr Calif, USA*.
2. Van Sonderen, F.L.P. (1991). Het meten van sociale steun. (Measuring social support). *Dissertation*, University of Groningen.
3. Cohen S., & Hoberman H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
4. Brookings J. B., & Bolton B. (1988). Confirmatory factor analysis of the Interpersonal Support Evaluation List. *American Journal of Community Psychology*, 16, 137-147.
5. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *J. Health Soc. Behav.*, 24(4), 385-396.

6. Malecki, C. K., & Elliott, S. N. (1999). Adolescents' ratings of perceived social support and its importance: Validation of the Student Social Support Scale. *Psychology in the Schools*, 36, 473-483.
7. Gresham, F., & Elliott, S. (1990). *The Social Skills Rating System*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
8. Harter, S. (1985). *Manual for the Social Support Scale for Children*. Denver: University of Denver.
9. Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
10. Krause, N. (1995). Negative interaction and satisfaction with social support among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50B(2), 59-73.
11. Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of psychosomatic research*, 37(1), 19-32.

Cursul 7

Studii relevante în spațiul european

Rezumat

Cursul analizează valențele suportului social ca determinant critic al bunăstării individuale și pilon fundamental al coeziunii în Uniunea Europeană. Bazându-se pe o revizuire riguroasă a literaturii, cursul demonstrează cum percepția resurselor de sprijin mediază reziliența în fața crizelor de sănătate, îmbătrânirii și stresului ocupațional. Rezultatele evidențiază faptul că succesul spațiului social european depinde de capacitatea acestuia de a fi perceput ca o rețea de suport extinsă, capabilă să răspundă nevoilor cotidiene ale cetățenilor. Integrarea datelor clinice și psihometrice sugerează că suportul social acționează ca un mecanism de mediere între interesele personale și legitimitatea politicilor de coeziune. Astfel, politicile europene, precum Pilonul European al Drepturilor Sociale, sunt reinterpretate ca forme de suport instituționalizat care amortizează impactul evenimentelor negative de viață. Concluziile subliniază că fidelizarea cetățenilor și motivația acestora de a contribui la consolidarea UE sunt condiționate de recunoașterea spațiului european ca un mediu suportiv și protector. Prin urmare, optimizarea resurselor psihosociale devine o direcție strategică pentru stabilitatea și pacea socială la nivel macro-european.

Obiectiv general

Analiza multidimensională a suportului social ca determinant al bunăstării individuale și pilon de consolidare a coeziunii europene, în scopul evidențierii rolului resurselor psihosociale în legitimarea structurilor sociale ale Uniunii Europene și în creșterea motivației de participare civică a cetățenilor.

Aspecte cheie urmărite

Analiza formelor de suport social și a rigorii psihometrice: Identificarea dimensiunilor suportului (emoțional, instrumental, informativ) și evaluarea instrumentelor de măsurare pentru o diagnosticare precisă a nevoilor cetățenilor.

Impactul suportului asupra rezilienței individuale: Examinarea rolului de „tampon” al resurselor sociale în gestionarea evenimentelor critice de viață, a stresului ocupațional și a sănătății pe parcursul întregului ciclu de viață.

Corelarea suportului perceput cu coeziunea Uniunii Europene: Evidențierea legăturii dintre percepția spațiului european ca mediu suportiv și motivarea cetățenilor de a contribui activ la consolidarea structurilor sociale ale UE.

Scopul principal este acela de a evidenția formele sub care poate fi perceput suportul social și de a-l corela cu formarea structurilor sociale ale Uniunii Europene.

Această abordare urmărește să evidențieze anumite nevoi generale care țin, pe de o parte, de motivația cetățenilor de a se considera cetățeni europeni și, pe de altă parte, de dorința lor de a contribui activ la consolidarea spațiului social al Uniunii Europene.

Preocupările cotidiene ale oamenilor se concentrează în mare măsură pe satisfacerea nevoilor personale sau familiale și pe gestionarea problemelor cu care se confruntă zi de zi.

Obiectivele menținerii unui spațiu social european pot fi atinse atâta timp cât acest spațiu social este perceput de cetățeni ca un mediu în care nevoile lor pot fi satisfăcute și în care se pot găsi soluții la dificultățile asociate evenimentelor din viață.

Căutarea s-a bazat pe cuvinte-cheie din baze de date internaționale precum ProQuest, EBSCO, PsychInfo, PubMed, Scopus, Sage, SpringerLink, ScienceDirect și Google Scholar.

Pentru a evita redundanța, vom analiza concluziile bazate pe studii considerate relevante. Knoll și Schwarzer [1] au demonstrat că femeile care au raportat cel mai ridicat nivel de suport social prezentau, de asemenea, un nivel scăzut al dispoziției negative și, prin urmare, o stare de sănătate mai bună în comparație cu bărbații. În plus, tinerele au raportat că au beneficiat de mai mult suport social în comparație cu femeile de vârstă mijlocie sau în vârstă. În cazul bărbaților, indiferent de vârsta participanților, nivelul raportat de suport social a fost același.

Schulz și Schwarzer [2] au demonstrat că, în cazul pacienților diagnosticați cu cancer, suportul oferit de partener a avut un impact pozitiv atât asupra stării de bine a pacienților, cât și asupra capacității lor de a face față bolii, în timp ce pacienții care au beneficiat doar de un sprijin social limitat s-au confruntat cu mai multe dificultăți.

Marian [3] nu a identificat diferențe de sex în măsurarea percepției suportului social; totuși, studiul a avut ca scop validarea Scalei de Suport Social Perceput, cercetătorul indicând că instrumentul are capacitate discriminatorie, în funcție de categoriile de participanți.

Alte studii au arătat că suportul social din partea familiei părea să scadă odată cu vârsta respondenților [4, 5]; odată cu această limitare a suportului, s-a înregistrat o creștere a numărului de cazuri declarate de depresie.

La pacienții cu accident vascular cerebral cronic, Adriaansen et al. [5] au constatat că, deși pacienții au beneficiat de susținere socială pentru o perioadă, aceasta tindea să scadă în timp. Suportul social a fost asociat pozitiv cu satisfacția față de viață, indiferent de preocupările exprimate de parteneri.

Alexe et al. [8] au constatat că, în cazul sportivilor de performanță, suportul social perceput nu era asociat cu frecvența și gravitatea problemelor cotidiene sau cu evenimentele negative din viață.

Marian et al. [7] au susținut că orientarea spre reconciliere în organizații era mai frecventă în rândul angajaților cu un nivel ridicat de suport social, în timp ce orientarea spre răzbunare la locul de muncă era mai frecventă în rândul angajaților cu un nivel scăzut de suport social. Pe de altă parte, suportul social perceput părea să acționeze ca un tampon între ofensa percepută de angajați și emoțiile negative care generau răzbunare în organizații.

Mekeres et al. [10] au demonstrat că suportul social perceput nu era asociat cu internalizarea și percepția dimensiunii cicatricilor la pacienții cu afecțiuni posttraumatice și postchirurgicale. Compararea grupurilor formate din pacienți care au suferit intervenții chirurgicale cu grupurile care sufereau de afecțiuni posttraumatice nu a evidențiat diferențe în percepția suportului social oferit de familie, prieteni și persoane apropiate, datorită disponibilității și alocării resurselor psihologice.

Într-un studiu axat pe adolescenții slovaci, Lichner et al. [9] au arătat că singurătatea poate avea o natură multifactorială; s-au înregistrat corelații negative cu percepția persoanelor importante.

O mai bună înțelegere a acestor circumstanțe în comunitățile din Uniunea Europeană este esențială pentru luarea deciziilor menite să îmbunătățească politicile de coeziune.

În ceea ce privește percepția colectivă a cetățenilor UE, aprecierea spațiului social european ca structură socială care determină și încurajează suportul din partea altora în contextul evenimentelor de viață ar putea constitui un avantaj.

Legătura dintre bunăstarea individuală și stabilitatea sistemică a UE

Cercetările prezentate anterior demonstrează că suportul social nu reprezintă doar o variabilă psihologică interpersonală, ci un determinant critic al rezilienței în fața crizelor. În contextul Uniunii Europene, această percepție a disponibilității resurselor de sprijin transcende sfera privată, devenind un pilon al cetățeniei active. Un cetățean care percepe spațiul social european ca pe un mediu capabil să ofere soluții la dificultățile cotidiene (boală,

îmbătrânire, precaritate ocupațională) dezvoltă o motivație intrinsecă de a contribui la consolidarea acestuia. Astfel, suportul social perceput acționează ca un mecanism de mediere între nevoile personale și obiectivele de coeziune ale Uniunii.

Suportul social perceput și legitimitatea politicilor de coeziune

Analiza studiilor pe populații diverse - de la pacienți cu afecțiuni cronice la adolescenți - relevă o vulnerabilitate crescută atunci când rețelele de suport se fragilizează. Din perspectivă europeană, politicile de coeziune nu trebuie interpretate doar ca instrumente de redistribuire economică, ci ca forme de suport social instituționalizat. Atunci când structurile UE (prin Pilonul European al Drepturilor Sociale) reușesc să substituie sau să completeze deficitul de suport social identificat în rândul grupurilor vulnerabile, ele consolidează sentimentul de apartenență la o comunitate de destin.

Dinamica organizațională și pacea socială în UE

Constatăriile lui Marian et al. privind rolul suportului social în orientarea angajaților spre reconciliere în detrimentul răzbunării au implicații majore pentru piața unică a muncii. Într-un spațiu caracterizat prin mobilitate transfrontalieră, percepția unui mediu organizațional suportiv reduce riscul de burnout și fragmentare socială. Suportul social devine astfel un „tampon” (buffer) nu doar între ofensa percepută și emoțiile negative, ci și între instabilitatea economică și dezintegrarea socială la nivel macro-european.

Concluzii și direcții strategice

Integrarea datelor psihometrice și clinice în analiza structurilor sociale ale UE sugerează că succesul proiectului european depinde de capacitatea acestuia de a fi perceput ca o rețea de suport extinsă. Aprecierea spațiului social european ca structură generatoare de sprijin în momentele critice ale vieții reprezintă cel mai puternic argument pentru fidelizarea cetățenilor față de valorile uniunii. În consecință, îmbunătățirea politicilor europene trebuie să vizeze nu doar indicatori macroeconomici, ci și optimizarea mecanismelor de suport perceput, transformând solidaritatea declarată în resurse psihosociale accesibile în viața cotidiană.

Întrebări de reflecție

Analiză critică: Cum poate un scor scăzut la subscala de „Suport Informativ” (SSQ-D) să afecteze încrederea unui migrant european în instituțiile țării gazdă?

Corelație politică: În ce măsură „suportul perceput” (măsurat prin ISEL-SF) poate fi considerat un indicator al succesului politicilor de coeziune socială ale UE într-o regiune defavorizată?

Proiecție: Dacă studiile arată că sprijinul social tinde să scadă în timp la pacienții cronici, ce mecanisme europene ar putea asigura un suport sustenabil pe termen lung pentru a menține satisfacția față de viață a acestora?

Bibliografie

1. Knoll, N., & Schwarzer, R. (2002). Gender and age differences in social support: A study of East German refugees. In G. Weidner, M. S. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart disease: Environment, stress, and gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences*, Vol. 327 (pp. 198-210). Amsterdam: IOS Press.
2. Schulz, U., & Schwarzer, R. (2004). Long-term effects of spousal support on coping with cancer after surgery. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 716-732.
3. Marian, M. I., Barth, K. M., & Oprea, M. I. (2021). Responses to offense at work and the impact of hierarchical status: the fault of the leader, causal attributions, and social support during the CoViD-19 pandemic crisis. *Frontiers in psychology*, 12.
4. Vollmann, M., Antoniow, K., Hartung, F. M., & Renner, B. (2011). Social support as mediator of the stress buffering effect of optimism: The importance of differentiating the recipients' and providers' perspective. *European Journal of Personality*, 25(2), 146-154.
5. Adriaansen, J. J., van Leeuwen, C. M., Visser-Meily, J. M., van den Bos, G. A., & Post, M. W. (2011). Course of social support and relationships between social support and life satisfaction in spouses of patients with stroke in the chronic phase. *Patient Education and Counseling*, 85(2), e48-e52.
6. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. (2013) Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. *PLoS ONE* 8(1): e54856. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0054856>
7. Marian, M. I., Barth, K. M., & Oprea, M. I. (2021). Responses to offense at work and the impact of hierarchical status: the fault of the leader, causal attributions, and social support during the CoViD-19 pandemic crisis. *Frontiers in psychology*, 12.
8. Alexe, D. I., Sandovici, A., Robu, V., Burgueño, R., Tohănean, D. I., Larion, A. C., & Alexe, C. I. (2021). Measuring perceived social support in

elite athletes: Psychometric properties of the Romanian version of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Perceptual and motor skills*, 128(3), 1197-1214.

9. Lichner, V., Žiaková, E., & Ditommaso, E. (2021). Assessment the loneliness of Slovak adolescents: adaptation of the social and emotional loneliness scale for adults (selsa-s) to adolescents and verification of psychometric attributes in the Slovak version. *Journal of Psychological and Educational Research*, 29(1), 34-56.

10. Mekeres, G.M., Voiță-Mekereș, F., Tudoran, C., Buhaș, C.L., Tudoran, M., Racoviță, M., Voiță, N.C., Pop, N.O., Marian, M. (2022). Predictors for Estimating Scars' Internalization in Victims with Post-Traumatic Scars versus Patients with Postsurgical Scars. *Healthcare*, 10, 550. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030550>

Cursul 8

Suportul social și sănătatea

Rezumat

Acest curs explorează tranziția psihologiei de la modelul biomedical la cel biopsihosocial, definind sănătatea ca un proces dinamic, multidimensional și dependent de contextul social. Sănătatea nu mai reprezintă doar absența bolii, ci o stare complexă ce include reziliența, autonomia și calitatea vieții. Pilonul central al cursului este suportul social, analizat prin două mecanisme critice: modelul efectelor directe (beneficii constante prin integrare) și modelul tampon (protecție activată în momente de stres). Eficiența acestuia depinde de tipologia sa: support emotional (empatie), instrumental (ajutor practic), informational (sfaturi) și de evaluare (feedback). Cursul oferă și o perspectivă critică asupra „părții întunecate” a relațiilor, unde stresul poate apărea prin nepotrivire (ajutor nepotrivit nevoii), povara reciprocității sau controlul intruziv care subminează autonomia. În era digitală, suportul online completează aceste rețele, oferind resurse rapide pentru comunități specifice. Obiectivul final este înțelegerea sănătății ca un echilibru între resursele biologice, mecanismele psihologice de adaptare și calitatea rețelei sociale, subliniind că suportul perceput este cel mai puternic predictor pentru starea de bine.

Obiectiv general

Analiza sănătății dintr-o perspectivă holistică și dinamică, prin înțelegerea mecanismelor psihosociale care influențează starea de bine și calitatea vieții. Cursul își propune să exploreze rolul fundamental al suportului social ca resursă de reziliență, examinând atât funcțiile sale protectoare (modelele de acțiune directă și tampon), cât și complexitatea relațiilor interpersonale care pot influența echilibrul dintre sănătate și boală.

Până de curând, psihologia se interesa doar de sănătatea și bolile mintale. Abia în ultimele decenii sănătatea globală a devenit un subiect de interes pentru psihologie [1].

Ce a determinat această schimbare?

- Schimbări semnificative în cauzele mortalității și morbidității.
- Costul ridicat al tratamentelor medicale.

- Recunoașterea limitelor modelului biomedical în explicarea și tratarea bolilor.
- Interesul crescut nu numai pentru prevenirea bolilor, ci și pentru promovarea sănătății, a stării de bine și a calității vieții.
- Maturizarea științelor psiho-comportamentale și sociale, care au furnizat modele și teorii privind sănătatea și boala.

Principii și paradigme

- Sănătatea și boala au un determinism multiplu: biologic, psihologic și social.
- Există interacțiuni complexe între aspectul somatic și cel psihologic.
- Abordare holistică (globală) a persoanei sănătoase și/sau bolnave.
- Abordare sistemică-ecologică a sănătății și bolii (persoană, grup, comunitate, societate, mediu fizic, univers).

Conceptul de sănătate

Sănătatea nu mai este percepută doar ca absența bolii, ci ca [2]:

- o stare complexă și multidimensională.
- o stare-proces relativă și variabilă.
- o stare dinamică.

Sănătatea nu este o stare pe care o ai în întregime sau o pierzi în întregime. Sănătatea deplină este aproape la fel de iluzorie ca și fericirea.

Dimensiunile sănătății [2-4]

- biologică (anatomice, fiziologice și biochimice);
- psihologică (cognitivă, emoțională, comportamentală);
- socio-profesională (roluri, relații, aspirații);
- spirituală (valori, religie, experiențe non-cotidiene).

Componentele sănătății [4, 5]

- absența bolilor, disfuncțiilor și dizabilităților.
- reziliența fizică și fiziologică.
- atitudine pozitivă față de viață (perceperea scopului vieții).
- preluarea controlului asupra propriei vieții.
- acceptarea de sine.
- relații sociale.
- bunăstare subiectivă.

Conceptul de bunăstare

- Acceptarea de sine.
- Relații pozitive cu ceilalți.
- Autonomie.
- Controlul asupra propriei vieții.

- Sensul și scopul vieții.
- Dezvoltarea personală.

Conceptul de calitate a vieții [1, 3]

Calitatea vieții legată de sănătate (*Health-Related Quality of Life*) este un concept multidimensional care depășește simpla stare funcțională, integrând percepția subiectivă a individului asupra poziției sale în viață.

Dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau de boală sunt:

- fizică (mobilitate, îngrijire personală, controlul reflexelor, absența durerii, vitalitate, energie).
- mentală (reacții emoționale, funcționare cognitivă).
- socială (relații interpersonale, comunicare, roluri).
- comportamentală (somn, alimentație, recreere, hobby-uri).
- economică.
- independent.

Mecanismele de influență: Cum afectează suportul social sănătatea?

Deși relația dintre suportul social și starea de bine este clară, cercetările din psihologia sănătății pun accent pe două modele teoretice fundamentale care explică procesul prin care rețelele sociale ne mențin sănătoși:

Modelul efectelor directe (Main effects model)

Acest model susține că suportul social este benefic pentru individ în mod constant, indiferent dacă acesta trece sau nu printr-o perioadă stresantă. Logica: Apartenența la o rețea socială stabilă oferă individului experiențe pozitive regulate, un sentiment de predictibilitate și recunoașterea valorii proprii.

Impact: Integrarea socială previne apariția stărilor de izolare și încurajează adoptarea unor comportamente sănătoase (ex: alimentație regulată, controale medicale preventive), având un efect protector general asupra sistemului imunitar și cardiovascular.

Modelul „tampon” (Buffering hypothesis)

Conform acestui model, suportul social acționează ca un scut protector (tampon) doar în momentele de criză sau stres ridicat. El intervine în două puncte critice:

Evaluarea cognitivă: Prezența altora ne poate face să percepem un eveniment ca fiind mai puțin amenințător (ex: „Nu e atât de rău, am cine să mă ajute”).

Reacția fiziologică: Chiar dacă evenimentul este perceput ca stresant, suportul primit (o îmbrățișare, un sfat) reduce activarea axei hipotalamo-pituitar-adrenale, diminuând secreția de cortizol și protejând organismul de uzura stresului cronic.

În timp ce *integrarea socială* (numărul de prieteni) funcționează adesea prin efecte directe, *calitatea suportului perceput* (convingerea că cineva este acolo pentru tine) este esențială în perioadele de boală sau pierdere, acționând ca un tampon vital pentru sănătatea mentală și fizică.

Tipologia și structura suportului social

Pentru a înțelege cum funcționează suportul social, este necesar să distingem între structura rețelei (cui aparținem) și funcția acesteia (ce primim efectiv).

A. Suportul structural vs. suportul funcțional

Suportul structural (*integrarea socială*): Se referă la existența și dimensiunea rețelei sociale (ex: ești căsătorit, faci parte dintr-un club, ai mulți prieteni). Este aspectul cantitativ: „Câte persoane am în jurul meu?”.

Suportul funcțional: Se referă la ajutorul specific oferit de membrii rețelei. Este aspectul calitativ: „Cât de mult mă ajută aceste persoane?”.

B. Categorii de suport funcțional (Modelul lui House & Cohen)

Cercetările au identificat patru forme principale prin care interacțiunea socială devine o resursă pentru sănătate:

1. Suportul emoțional: Este cel mai frecvent și include manifestări de empatie, dragoste, încredere și ascultare activă. Acesta oferă sentimentul de siguranță și apartenență, fiind cel mai puternic „tampon” împotriva anxietății și depresiei.
2. Suportul instrumental (material): Implică ajutorul practic și tangibil. Exemple: împrumutarea unei sume de bani, ajutorul la treburile casnice pe timpul unei boli, transportul la spital sau îngrijirea copiilor.
3. Suportul informațional: Constă în oferirea de sfaturi, sugestii sau informații care ajută individul să rezolve o problemă (Ex: un prieten care îți explică cum să navighezi sistemul medical sau îți recomandă un specialist).
4. Suportul de evaluare (appraisal): Implică transmiterea de informații relevante pentru auto-evaluare. Este feedback-ul care ne ajută să ne validăm deciziile sau să ne recalibrăm comportamentul (Ex: „Te descurci bine cu această situație grea, ai făcut alegerea corectă”).

C. Suportul social în era digitală

În prezent, suportul social nu mai este limitat de prezența fizică. Suportul Online (comunități virtuale, grupuri de pacienți) a devenit o resursă vitală, oferind în special suport informațional și emoțional rapid, reducând izolarea pentru persoanele cu mobilitate redusă sau cu boli rare.

Partea întunecată a suportului social: Când relațiile devin o sursă de stres

Deși suportul social este în general un factor protector, cercetările moderne arată că nu toate interacțiunile sociale sunt benefice. Uneori, rețeaua

socială poate exercita o presiune negativă asupra sănătății prin mecanisme precum:

1. *Costurile suportului (Povara reciprocității)*

Relațiile funcționează adesea pe principiul reciprocității. Efortul de a menține o rețea socială sau obligația de a returna sprijinul primit poate genera stres cronic, epuizare emoțională și sentimentul de a fi „copleșit” de nevoile altora.

2. *Suportul social „nepotrivit”*

Suportul este eficient doar dacă tipul de ajutor oferit corespunde nevoii individului.

Exemplu: Dacă o persoană are nevoie de suport emoțional (să fie ascultată), dar primește doar suport informațional (sfaturi nesolicitate), acest lucru poate crește sentimentul de neputință și iritare, în loc să îl diminueze.

3. *Controlul social și intruziunea*

Uneori, membrii rețelei sociale (familia, prietenii) pot deveni excesiv de critici sau intruzivi sub masca grijii. Acest „control social” poate submina autonomia individului și încrederea în sine, generând conflicte care cresc nivelul de cortizol (hormonul stresului).

4. *Suportul „invizibil” vs. Suportul „vizibil”*

Studiile arată că, uneori, suportul cel mai eficient este cel invizibil (ajutorul primit fără ca persoana să fie conștientă de el). Suportul vizibil poate reaminti individului că este „bolnav” sau „incapabil”, afectându-i stima de sine și creând o relație de dependență.

5. *Rețelele sociale ca sursă de comportamente riscante*

Grupul social poate promova, prin presiunea de grup, comportamente dăunătoare sănătății (fumat, consum de alcool, alimentație nesănătoasă), transformând suportul structural într-un factor de risc.

Întrebări de reflecție: Suportul social și sănătatea

Evaluarea calitativă: Gândește-te la o situație stresantă recentă prin care ai trecut. Ce tip de suport ai primit (emoțional, instrumental, informațional)? A fost acesta tipul de ajutor de care aveai nevoie în acel moment sau ai simțit o nepotrivire?

Percepție vs. realitate: Cercetările spun că „suportul perceput” (convingerea că ai pe cine conta) este mai important pentru sănătate decât „suportul primit” efectiv. De ce crezi că simplul gând că nu ești singur are un efect atât de puternic asupra reducerii stresului fiziologic?

Costul reciprocității: Există în rețeaua ta socială persoane care îți oferă suport, dar a căror prezență te epuizează din cauza obligației de a le întoarce favoarea? Cum afectează această „povară a reciprocității” starea ta de bine?

Autonomie vs. dependență: Când primești ajutor de la familie sau prieteni, simți că acesta îți întărește capacitatea de a face față singur pe viitor sau, dimpotrivă, îți subminează sentimentul de control asupra propriei vieți?

Digital vs. față în față: În momentele de boală sau suferință emoțională, consideri că suportul primit prin rețelele sociale (mesaje, grupuri online) poate înlocui interacțiunea fizică? Care sunt limitările majore ale suportului digital în protejarea sănătății mentale?

Influența grupului: Identifică un comportament legat de sănătatea ta (ex: somnul, dieta, sportul). În ce măsură acest comportament este modelat sau presat de grupul tău de prieteni? Este acest „control social” unul pozitiv sau unul care îți sabotează obiectivele de sănătate?

Sănătatea ca proces: Dacă sănătatea nu este o stare pe care o ai sau o pierzi „în întregime”, cum poate o rețea socială puternică să ajute o persoană cu o boală cronică să se simtă, totuși, „sănătoasă” la nivel psihosocial?

Bibliografie

1. Callaghan, P., & Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 203-210.
2. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (Eds.). (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press.
3. Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and health*, 3(1), 1-15.
4. Bloom, J. R. (1990). The relationship of social support and health. *Social Science & Medicine*, 30(5), 635-637.
5. Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support and theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 29, 29-49.

Cursul 9

Rolul comportamentului în sănătate

Rezumat

Acest curs analizează determinanții comportamentali ai sănătății, explorând interdependența dintre stilul de viață, structurile sociale și mecanismele psihologice ale schimbării. Sunt examinate modelele fundamentale ale învățării sociale (Bandura), credințelor privind sănătatea (Rosenstock & Becker) și etapele tranziției comportamentale (Prochaska & DiClemente), cu o extensie critică asupra influenței ecosistemului digital și a rolului central al auto-eficacității. Cursul oferă un cadru analitic pentru înțelegerea modului în care deciziile individuale sunt modelate de biologia recompensei și de presiunile mediului, oferind totodată o taxonomie a intervențiilor preventive pe niveluri ierarhice, de la cel individual la cel guvernamental.

Obiectiv general

Obiectivul cursului este dezvoltarea capacității masteranzilor de a evalua critic factorii care guvernează comportamentele pro sănătate și de a proiecta strategii de intervenție bazate pe dovezi (*evidence-based*). Masteranzii vor învăța să aplice modelele cognitive și sociale pentru a identifica barierele în calea schimbării și să utilizeze instrumente moderne, precum arhitectura alegerii și consolidarea auto-eficacității, pentru a promova reziliența individuală și coeziunea comunitară în fața solicitărilor psihosociale contemporane.

Conceptul de stil de viață

Schimbările sociale generate de dezvoltarea economică, industrializare și urbanizare, destrămarea tradițiilor și a coeziunii familiale, avalanșa de informații, precum și caracterul imprevizibil al multor evenimente au erodat rezistența individului la multiplele solicitări psihosociale la care este supus [1].

Conceptul de stil de viață definește ansamblul deciziilor și acțiunilor voluntare care influențează sănătatea [1, 2].

Factorii comportamentali ai stilului de viață pot consta în:

1. factori de risc;
2. factori de protecție.

Modele de viață și factori de influență

Modelul învățării sociale (Bandura)

Comportamentele se învață prin [3, 4]:

- imitație
- persuasiune socială sau
- întărire din partea grupului de colegi, a prietenilor.

În contextul contemporan, procesul de modelare comportamentală descris de Bandura transcende interacțiunea directă, fiind amplificat de ecosistemul digital. Învățarea vicariantă (prin observație) este facilitată astăzi de „micro-celebrități” sau influenceri, care devin vectori de transmitere a normelor sociale. Aceștia nu doar prezintă comportamente, ci construiesc o apartenență aspirațională, unde adoptarea unui stil de viață (alimentație, fitness, consum) este condiționată de nevoia de identificare cu grupul de referință virtual. Astfel, mass-media digitală acționează ca un mecanism de întărire socială continuă, redefinind percepția asupra normalității și dezirabilității unor comportamente sănătoase.

Mass-media și mesajele publicitare joacă un rol esențial în acest sens.

Modelul credințelor privind sănătatea (Rosenstock, Becker)

Conform acestui model, o persoană adoptă sau nu un comportament riscant în funcție de [5, 6]:

- percepția sa asupra comportamentului
- vulnerabilitatea personală
- gravitatea bolii care ar putea fi declanșată de acel comportament
- capacitatea sa de a renunța la comportamentul riscant și
- avantajele și dezavantajele adoptării unui comportament sănătos.

Aceste percepții vor determina intenția care declanșează comportamentul de promovare a sănătății sau de provocare a bolii [6].

Eficacitatea „Modelului Credințelor privind Sănătatea” este condiționată de interacțiunea dintre vulnerabilitatea percepută și balanța cost-beneficiu. Adoptarea unui comportament preventiv (ex. screening-ul oncologic sau vaccinarea) este adesea obstrucționată nu de lipsa informației, ci de „barierele percepute” - care includ costuri emoționale (anxietatea diagnosticului), logistice sau financiare. Un element crucial în declanșarea acțiunii este reprezentat de indicii de acțiune (cues to action), care pot fi interni (simptomatologie) sau externi (campanii de sănătate publică). Succesul unei intervenții depinde de capacitatea de a minimiza barierele percepute și de a maximiza relevanța personală a amenințării asupra sănătății.

Modelul etapelor schimbării (Prochaska și Di Clemente)

Describe etapele în care se pot afla persoanele [8, 9]:

- în faza de precontemplare, schimbarea nu este luată în considerare, astfel încât este necesară conștientizarea comportamentului de risc;
- în faza de contemplare, trebuie furnizate informații;
- pregătirea pentru schimbare și schimbarea propriu-zisă, precum și recidivele trebuie sprijinite prin metode specifice.

Deși adesea integrată în modelul învățării sociale, auto-eficacitatea (self-efficacy) constituie un construct independent esențial în psihologia sănătății. Aceasta reprezintă convingerea individului în capacitatea sa de a mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru a face față unor situații specifice. În cadrul ”Modelului Etapelor Schimbării”, auto-eficacitatea funcționează ca un motor al tranziției de la faza de *contemplare* la cea de *acțiune*. Creșterea auto-eficacității prin „experiențe de măiestrie” (succese fragmentate în obiective mici) și „persuasiune verbală” reduce probabilitatea recidivelor și consolidează menținerea pe termen lung a noilor comportamente de protecție.

În timp ce Modelul Credințelor (Rosenstock) explică *de ce* o persoană decide să se schimbe, Modelul Etapelor (Prochaska) oferă cadrul temporal pentru *când* are loc schimbarea, iar Auto-eficacitatea (Bandura) reprezintă mecanismul care *susține* acest proces.

Principii și tipuri de prevenție [10]

Prevenția în sănătatea publică nu reprezintă doar o absență a bolii, ci un proces dinamic de gestionare a riscurilor prin modificarea interacțiunii dintre individ și mediul său. Eficiența programelor de prevenire este condiționată de alinierea acestora la mecanismele psihologice de luare a deciziei.

Iată câteva principii:

Expunerea la mai mulți factori are efecte cumulative și interactive.

Importanța factorilor de risc diferă în funcție de stadiul de dezvoltare al persoanei.

Promovarea factorilor de protecție diminuează efectul factorilor de risc.

Prevenția eficientă necesită intervenții coordonate în diferite domenii.

Programele de prevenire trebuie să includă dovezi științifice.

Programele de prevenire trebuie să abordeze în egală măsură atât efectele pe termen scurt, cât și pe termen lung.

Programele de prevenire ar trebui adaptate tipului și nivelului de intervenție.

Nivelurile de implementare a programelor de prevenire

Guvernamental (măsuri legislative și politici de sănătate).

Comunitar (măsuri la nivel de județ, oraș, cartier).

Organizațional (măsuri la nivelul instituțiilor, școlilor etc.).

De grup (adolescenți, militari, deținuți, agresori).

Individual.

Tipuri de programe de prevenire [11]

- Primare (destinate populației).

- Secundare (vizează identificarea grupurilor și a situațiilor de risc și intervenția asupra acestora pentru a reduce riscul de îmbolnăvire).

- Terțiare (desfășurate de obicei în mediul clinic, cu scopul de a preveni recidivele și cronicizarea bolii și de a accelera recuperarea).

Prevenția primară și arhitectura alegerii

La nivel populațional, prevenția primară urmărește reducerea incidenței bolilor prin controlul factorilor de risc înainte ca aceștia să producă efecte biologice. O abordare modernă în acest sens este arhitectura alegerii. Aceasta presupune modificarea subtilă a mediului (ex. designul urban care favorizează mersul pe jos sau etichetarea nutrițională semnalată) pentru a face alegerea sănătoasă opțiunea implicită (*default*). Astfel, efortul cognitiv necesar individului pentru a menține un comportament de protecție este redus, facilitând trecerea de la *precontemplare* la *acțiune* fără a recurge la măsuri coercitive.

Prevenția secundară și barierele cognitive

În etapa prevenției secundare, accentul cade pe detecția precoce (screening). Succesul acestor programe depinde critic de Modelul Credințelor privind Sănătatea. Chiar și în prezența resurselor medicale, indivizii pot refuza testarea dacă „barierele percepute” (teama de diagnostic, stigmatul social sau costurile de timp) depășesc „beneficiile percepute”. Intervenția eficientă la acest nivel trebuie să includă strategii de comunicare care să crească relevanța personală a riscului și să diminueze anxietatea asociată procedurilor medicale.

Prevenția terțiară și rolul auto-eficacității

Odată instalată o afecțiune cronică, prevenția terțiară vizează limitarea dizabilității și prevenirea recidivelor. La acest nivel, auto-eficacitatea (Bandura) devine predictorul principal al aderenței la tratament. Pacientul trebuie să creadă în capacitatea sa de a gestiona noua realitate biologică. Programele de reabilitare care fragmentează obiectivele terapeutice în „victorii intermediare” consolidează sentimentul de control, reducând riscul de abandon și favorizând menținerea comportamentelor adaptative pe termen lung.

Aplicații practice și teme de reflexive

1. Exercițiu de analiză: „Arhitectul alegerii”

Sarcina: Imaginați-vă că sunteți responsabili cu sănătatea publică într-un campus universitar unde consumul de băuturi carbogazoase cu zahăr este foarte ridicat.

Propuneți trei „nudge-uri” (înghionțiri subtile) care să orienteze studenții spre consumul de apă, fără a interzice sucurile.

Exemplu de pornire: Amplasarea dozatoarelor de apă gratuită în locuri mai vizibile și mai accesibile decât automatele de sucuri.

2. Studiu de caz: barierele screening-ului (Modelul Rosenstock)

Sarcina: De ce credeți că o campanie gratuită de screening pentru cancerul de colon are o rată de participare de doar 15% într-o comunitate informată?

Identificați cel puțin două „bariere percepute” (emoționale, logistice sau culturale) care ar putea bloca acțiunea.

Propuneți o strategie de comunicare bazată pe „indicii de acțiune” pentru a crește participarea.

3. Temă de reflexie: „Efectul de turmă” digital (Modelul Bandura)

Reflexie: Analizați feed-ul propriei rețele sociale de socializare pentru 10 minute.

Câte dintre postările vizualizate promovează un comportament de sănătate (ex. sport, dietă, somn) și câte promovează factori de risc (ex. fast-food, sedentarism, consum de substanțe)?

În ce măsură auto-eficacitatea voastră este influențată de „succesul” afișat de alții online? (Vă simțiți motivați să faceți sport sau, dimpotrivă, descurajați de standardele nerealiste?)

4. Exercițiu de rol: gestionarea recidivei (Modelul Prochaska)

Sarcina: Lucrați în perechi. Un masterand joacă rolul unui fumător care a reușit să renunțe timp de o lună, dar a „alunecat” și a fumat o țigară la o petrecere. Celălalt este consilierul de sănătate.

Cum folosiți conceptul de auto-eficacitate pentru a preveni transformarea unei simple „alunecări” într-o recidivă totală (reîntoarcerea în faza de precontemplare)?

Bibliografie

1. Veal, A. J. (1993). The concept of lifestyle: a review. *Leisure Studies*, 12(4), 233-252.
2. Van Acker, V. (2016). Lifestyle and modal choices: Defining, measuring and using the ‘lifestyle’ concept. *Transportation Research Record*, 2495(1), 74-82.
3. Rumjaun, A., & Narod, F. (2020). Social Learning Theory-Albert Bandura. *Science education in theory and practice: An introductory guide to learning theory*, 85-99.
4. Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.
5. Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health education monographs*, 2(4), 336-353.

6. Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
7. Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-386.
8. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19(2), 10-15.
9. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51(3), 390.
10. Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of effective prevention programs. *American psychologist*, 58(6-7), 449.
11. Clark, A. M., Hartling, L., Vandermeer, B., & McAlister, F. A. (2005). Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Annals of internal medicine*, 143(9), 659-672.

Cursul 10

Stresul psihosocial și rolul mediator al suportului social

Rezumat

Cursul analizează dinamica complexă a stresului psihosocial și rolul critic al suportului social ca mediator al sănătății, marcând tranziția de la modelele biologice deterministe la perspectivele socio-cognitive și interacționiste. Analiza debutează cu fundamentul fiziologic al Sindromului General de Adaptare (Selye), explicând modul în care epuizarea resurselor homeostatice conduce la „bolile de adaptare”. Această viziune este extinsă prin Teoria tranzacțională (Lazarus), care redefinește stresul ca un proces subiectiv, dependent de evaluarea cognitivă a discrepanței dintre solicitările mediului și resursele de coping disponibile. O contribuție centrală o reprezintă analiza suportului social dincolo de funcția sa instrumentală. Prin prisma cogniției sociale, este demonstrat faptul că suportul perceput și stabilitatea schemelor cognitive interne sunt predictorii mai puternici ai bunăstării decât ajutorul primit efectiv. În final, perspectiva interacționismului simbolic propune o viziune integratoare: sănătatea este susținută de regularizarea interacțiunilor și de validarea rolurilor sociale, care oferă individului o identitate stabilă și un sens al sinelui protejat în fața presiunilor existențiale.

Obiectiv general

Înțelegerea stresului ca proces dinamic individ-mediu și evaluarea rolului mediator al suportului social în menținerea sănătății, prin analiza comparativă a perspectivelor fiziopatologice, socio-cognitive și interacționiste.

Costurile sociale ale efectelor stresului sunt extrem de ridicate. Organizația Mondială a Sănătății estimează că 50% din toate cauzele de mortalitate și morbiditate se datorează stilului de viață, stresul jucând un rol major în adoptarea unor comportamente inadecvate.

Fiziologii și endocrinologii demonstrează experimental că stresul este răspunsul organismului la stimuli externi.

Sociologii sugerează că stresul se datorează caracteristicilor mediului nostru.

Psihologii susțin că stresul rezultă dintr-o stare percepută de inadecvare personală. De asemenea, observăm o confuzie frecventă între termenii „stres” și „excitație”.

Zuckerman (1991) demonstrează că există persoane care caută în mod constant să mențină un nivel ridicat de excitație prin căutarea senzațiilor tari [1].

C. Bernard, în 1878, sublinia capacitatea organismului de a menține un mediu intern constant în raport cu stimulii externi.

Procesul de adaptare activă a organismului la mediul extern în continuă schimbare este posibil datorită mecanismelor dinamice, compensatorii, de neutralizare și corectare a disfuncțiilor apărute.

Sir William Osler a echivalat stresul cu „munca grea și necazurile”.

Fiziologul W. Cannon (1929) folosea termenul de stres pentru a demonstra existența unor mecanisme homeostatice specifice de protejare a organismului împotriva agenților perturbatori.

Modelul fiziologic și teoria răspunsului

Modelul fiziologic, fundamentat de Hans Selye, definește stresul ca fiind „răspunsul nespecific al organismului la orice solicitare exercitată asupra sa”. Autorul introduce conceptul de Sindrom General de Adaptare (SGA), descriind efortul sistematic al organismului de a-și menține homeostazia în fața agenților stresori. Acest proces se desfășoară în trei etape distincte:

- reacția de alarmă;
- etapa de rezistență;
- etapa de epuizare.

Modelul cauzal și teoria stimulului

Stresul este o condiție determinată de mediu. Teoria stimulului ignoră complexitatea relației dintre om și mediul său, precum și existența diferențelor interindividuale în ceea ce privește răspunsurile la stres. Modelul subliniază rolul structurilor sociale în generarea unor posibili factori de stres.

Modelul cauzal abordează stresul ca pe o variabilă independentă, definită exclusiv prin caracteristicile obiective ale mediului extern. În această paradigmă, stresul este conceptualizat ca o forță sau o presiune externă exercitată asupra individului, analogă conceptelor din fizică (unde stresul reprezintă sarcina aplicată unui sistem).

Teoria stimulului postulează că anumite configurații ale mediului (ex: urbanizarea agresivă, zgomotul, supraaglomerarea sau schimbările majore de viață) sunt stresori intrinseci care generează automat un răspuns de adaptare.

Determinismul social. Modelul subliniază rolul determinant al structurilor sociale și al macro-proceselor economice în generarea factorilor de stres. Inegalitățile structurale, instabilitatea locului de muncă sau

destrămarea coeziunii comunitare sunt privite ca stimuli care impun cerințe adaptative constante.

Principala vulnerabilitate a acestui model rezidă în abordarea sa unidirecțională. Prin concentrarea exclusivă pe stimul, teoria ignoră complexitatea relației tranzacționale dintre individ și contextul său. De asemenea, modelul eșuează în explicarea diferențelor interindividuale: de ce același stimul extern (ex: un examen sau o schimbare de domiciliu) este perceput ca o provocare motivantă de către un individ și ca o criză paralizantă de către altul.

Modelul interacțiunii și teoria tranzacțională

Stresul este o relație specifică între individ și mediu, în care individul evaluează mediul ca impunând cerințe care depășesc propriile sale resurse și îi amenință bunăstarea, o evaluare care declanșează procese de adaptare, adică răspunsuri cognitive, afective și comportamentale la feedback [2].

Stresul este determinat de evaluarea cognitivă a situației și de resursele de adaptare.

Spre deosebire de modelele anterioare, teoria tranzacțională propune o viziune dinamică, în care stresul nu este nici un stimul, nici un răspuns, ci o *tranzacție continuă* între individ și mediu. În acest cadru, *sistemul cognitive* acționează ca un filtru critic, determinând dacă un eveniment devine sau nu un stresor.

Componentele fundamentale ale acestui model sunt:

Evaluarea cognitivă: Reprezintă procesul prin care individul analizează semnificația unui eveniment. Aceasta se desfășoară în două planuri:

Evaluarea primară: Individul analizează miza situației (este o amenințare, o pierdere sau o provocare?).

Evaluarea secundară: Individul își inventariază resursele personale și sociale. Stresul apare doar atunci când cerințele mediului sunt percepute ca fiind superioare resurselor disponibile, amenințând bunăstarea subiectivă.

Coping-ul (adaptarea): Definit ca un efort conștient, cognitiv și comportamental, de a gestiona, reduce sau tolera solicitările interne sau externe. Coping-ul este un proces de autoreglare declanșat de evaluarea discrepanței dintre cerințe și resurse.

Feedback-ul și reevaluarea: Relația este circulară. Succesul sau eșecul eforturilor de adaptare generează un feedback care modifică evaluarea inițială, transformând experiența de stres într-o succesiune de răspunsuri cognitive, afective și comportamentale adaptative.

În modelul tranzacțional, stresul este un fenomen *subiectiv și relațional*, fiind produsul modului în care persoana își reprezintă mental realitatea și propria capacitate de acțiune.

Modelul patogen și teoria fiziopatologică

Încă de la începutul secolului XX, pionieri ai medicinei moderne precum Sir William Osler au identificat corelații directe între profilul comportamental și patologie. Observația sa celebră privind angina pectorală ca afecțiune specifică „oamenilor de afaceri absorbiți de muncă” a anticipat cercetările ulterioare despre personalitatea de Tip A și riscul cardiovascular, subliniind rolul stilului de viață sub presiune în degradarea sistemului arterial.

În cadrul acestui model, cercetarea se concentrează pe rolul *predispozant sau declanșator* al stresului. Se investighează modul în care activarea prelungită a răspunsului fiziologic (hipercorticismul, descărcările adrenergice) produce leziuni tisulare și alterări funcționale. Astfel, teoria răspunsului oferă suportul științific pentru înțelegerea „bolilor de adaptare”.

Modelele fiziologice și patologice, adică teoria răspunsului, acoperă o mare parte din cercetarea privind stresul. În cadrul modelului patogen, o mare parte a cercetărilor încearcă să elucideze rolul predispozant sau declanșator al stresului pentru diverse boli.

Modelul patogen distinge între:

- Rolul predispozant: Stresul cronic care slăbește rezistența organismului (ex. imunodepresia), creând terenul fertil pentru instalarea bolii.
- Rolul declanșator: Stresul acut care precipită un eveniment critic (ex. infarctul miocardic sau puseul ulceros) pe un fond patologic preexistent.

Modelul fiziopatologic demonstrează că granița dintre psihic și somatic este permeabilă, stresul fiind veriga de legătură în transformarea tensiunii psihosociale în suferință organică.

Factori de stres

- fizici.
- psihici.
- sociali.

Clasificarea factorilor de stres

Evenimente majore din viață.

Probleme cotidiene.

Experiențe traumatice și catastrofale.

Conform teoriei tranzaționale, adaptarea este definită „ca un efort cognitiv și comportamental de a reduce, controla sau tolera cerințele interne sau externe care depășesc resursele personale” [3, 4].

Cercetările recente privind consecințele stresului cronic au introdus în literatura de specialitate un nou concept, și anume sindromul de epuizare profesională [5].

Cea mai influentă perspectivă teoretică privind suportul social pornește de la premisa că acest suport atenuează efectele asupra sănătății ale evenimentelor stresante din viață.

Se consideră că acțiunile de sprijin îmbunătățesc capacitatea de a face față situațiilor dificile, în timp ce percepția asupra suportului disponibil determină evaluarea situațiilor potențial amenințătoare ca fiind mai puțin stresante [6].

Probleme de cercetare nerezolvate

Măsurile privind acțiunile de sprijin reflectă în mod adecvat cantitatea și calitatea acțiunilor de suport social primite?

Efectele suportului sunt mai puternice dacă acesta este adaptat cerințelor factorului de stres?

Care este legătura dintre suport și adaptare?

Care este legătura dintre suportul perceput și evaluare?

Este suportul perceput mai eficient dacă corespunde cerințelor factorului de stres?

Dacă suportul perceput influențează evaluările, influențează oare indirect și adaptarea?

Perspectiva construcției sociale

Cogniția socială și interacționismul simbolic oferă o perspectivă alternativă asupra suportului [7]. Construcțiile sociale se referă la ipoteza conform căreia percepțiile oamenilor despre lume nu reflectă realitatea absolută.

Perspectiva construcției sociale propune o paradigmă alternativă în studiul stresului și al sănătății, deplasând accentul de la proprietățile obiective ale mediului către procesele de interpretare și negociere a sensului. Această abordare postulează că experiența umană este mediată de cadrele conceptuale pe care indivizii le folosesc pentru a înțelege realitatea.

Ipoteza fundamentală a acestui model este că percepțiile umane nu constituie o oglindire fidelă a unei realități absolute, ci sunt construcții mentale modelate cultural și social. În contextul sănătății, un eveniment nu este „stresant” prin natura sa, ci devine astfel prin etichetarea și interpretarea pe care individul i-o atribuie în cadrul sistemului său de valori.

Din această perspectivă, suportul social încetează să mai fie privit ca o simplă resursă externă (ajutor material sau informațional) și este analizat ca o construcție simbolică. Eficacitatea suportului depinde de modul în care acesta este „citit” de către beneficiar: poate fi interpretat ca un semn de prețuire (validarea identității) sau, dimpotrivă, ca un semn de incompetență proprie (amenințare la adresa autonomiei).

Perspectiva construcției sociale integrează elemente din cogniția socială (cum procesăm informațiile despre ceilalți) și din interacționismul simbolic (cum ne definim sinele prin ochii societății). Această sinteză teoretică permite înțelegerea faptului că sănătatea și boala sunt, parțial, rezultate ale modului în care individul și comunitatea sa definesc și gestionează „normalitatea” și „criza”.

Cogniția socială

Abordarea suportului social se bazează în mare măsură pe teoriile socio-cognitive ale personalității și psihopatologiei.

Perspectivile socio-cognitive asupra suportului social se concentrează în primul rând asupra percepției suportului [8].

O premisă majoră este că, odată ce o persoană dezvoltă convingeri stabile cu privire la sprijinul oferit de ceilalți, gândurile cotidiene despre suportul social sunt adaptate pentru a se potrivi cu aceste convingeri preexistente.

Perspectiva socio-cognitivă sugerează că suportul perceput favorizează stima de sine, ceea ce are efecte benefice asupra sănătății. De asemenea, suportul perceput are efecte benefice directe asupra sănătății [9].

Principalele mecanisme identificate sunt:

Schemele cognitive și stabilitatea convingerilor: O premisă centrală a acestei abordări este existența unor structuri cognitive stabile privind relațiile sociale. Odată ce un individ dezvoltă o convingere de bază despre disponibilitatea și bunăvoința celorlalți, procesarea informațiilor cotidiene devine selectivă. Gândurile și interacțiunile sociale curente sunt asimilate și adaptate pentru a confirma aceste scheme preexistente, ceea ce explică de ce persoanele cu o viziune optimistă asupra suportului tind să interpreteze chiar și gesturile ambigue ca fiind bineintenționate.

Mediatorul stimei de sine: Suportul perceput acționează ca un pilon de susținere pentru auto-evaluarea pozitivă. Convingerea că „sunt o persoană care merită să fie ajutată” favorizează stima de sine, creând un scut psihologic împotriva efectelor devalorizante ale stresului.

Efecte asupra sănătății: Perspectiva socio-cognitivă postulează două căi de impact asupra stării de bine:

- Efectul indirect: Prin creșterea resurselor psihice (stima de sine, auto-eficacitatea), ceea ce facilitează un coping mai eficient.
- Efectul direct: Sentimentul de siguranță oferit de suportul perceput reduce reactivitatea fiziologică la stres (scăderea nivelului de cortizol și a tensiunii arteriale) chiar și în absența unei crize iminente.

Probleme de cercetare nerezolvate

Cum își formează oamenii judecățile privind suportul?

Care sunt caracteristicile personale ale celor care oferă sprijin și care influențează judecățile privind suportul?

În ce fel este legat suportul perceput de propria persoană?

Ce categorii folosesc oamenii în mod natural atunci când se gândesc la suport și relații sociale?

Interacționismul simbolic

Premisa principală a perspectivei interacționiste simbolice asupra suportului social este aceea că menținerea stării de bine se datorează mai degrabă regularizării interacțiunii sociale decât acordării de sprijin în sine.

Conform perspectivei interacționiste simbolice, mediile noastre sociale promovează în mod direct sănătatea și bunăstarea, oferind oamenilor o modalitate de a da sens sinelui și lumii.

Rolurile oferă un sentiment de identitate, deoarece oamenii folosesc rolurile ca instrumente conceptuale de bază în gândirea despre sine. Evaluările sinelui se bazează pe performanța rolului, care se presupune că își are rădăcinile în interacțiunile sociale.

Perspectiva interacționismului simbolic susține că rolurile sociale susțin identitatea, ceea ce are ca rezultat starea de sănătate.

Pilonii acestei perspective sunt:

Regularizarea prin interacțiune: Menținerea stării de bine este facilitată de fluxul constant și predictibil al schimburilor sociale. Aceste interacțiuni nu trebuie să fie neapărat „suportive” în sens tradițional; simplul fapt că ele există și urmează anumite norme oferă individului un sentiment de ordine și apartenență, reducând incertitudinea și anxietatea existențială.

Rolul social ca instrument conceptual: Oamenii își definesc „sinele” prin intermediul *rolurilor sociale* (ex. părinte, profesionist, prieten, cetățean). Aceste roluri servesc drept instrumente cognitive fundamentale prin care individul dă sens propriei existențe și lumii înconjurătoare. Evaluarea de sine nu are loc în vid, ci este rezultatul performanței în aceste roluri, fiind validată continuu prin feedback-ul primit în timpul interacțiunilor.

Sănătatea ca rezultat al identității stabile: Conform acestei perspective, mediile sociale promovează sănătatea în mod direct prin *susținerea identității*. Atunci când structurile sociale permit exercitarea și validarea rolurilor, individul dobândește o identitate coerentă și un scop clar. Această stabilitate identitară funcționează ca un mecanism de protecție biologică: o identitate bine ancorată social generează echilibru psihic, care se traduce, în ultimă instanță, în integritate fiziologică și reziliență în fața bolii.

În viziunea interacționismului simbolic, suportul social cel mai eficient este cel „invizibil” - cadrul stabil de roluri și interacțiuni care îi permite omului să fie cineva într-o lume care are sens.

Aplicații practice și teme de reflexive

1. Analiză de caz: „Tranzacția” stresului (Modelul Lazarus)

Scenariu: Doi studenți află că examenul final va fi susținut oral, în fața unei comisii străine.

Studentul A percepe situația ca pe o amenințare (se gândește la eșec și la pierderea bursei).

Studentul B o percepe ca pe o provocare (o șansă de a-și demonstra abilitățile de oratorie).

Sarcina:

Identificați diferențele în evaluarea secundară a celor doi (ce resurse de coping credeți că îi lipsesc Studentului A?).

Cum ar putea suportul social informațional (ex: sfaturi de la colegi care au trecut deja prin asta) să schimbe evaluarea Studentului A din „amenințare” în „provocare”?

2. Exercițiu de rol: Suportul ca validare a identității (Interacționism simbolic)

Sarcina: Lucrați în grupuri de trei. Un masterand joacă rolul unei persoane care tocmai s-a pensionat (pierderea unui rol social major).

Ceilalți doi trebuie să ofere „suport”, dar cu abordări diferite:

Abordarea A (Instrumentală): Îi oferă bani sau ajutor la cumpărături.

Abordarea B (Interacționistă): Îi solicită expertiza profesională pentru un proiect sau îl implică într-un rol de mentorat.

Reflexie: Care tip de suport credeți că va avea un impact mai mare asupra stării de sănătate pe termen lung a pensionarului? De ce simpla „asistență” (Abordarea A) poate fi uneori mai puțin eficientă decât „validarea rolului” (Abordarea B)?

3. Temă de reflexie: „epuizarea” resurselor

Reflexie: Analizați conceptul de Burnout (epuizare profesională).

În ce măsură epuizarea resurselor fiziologice (Etapa de epuizare a lui Selye) este precedată de o „eroziune” a suportului social la locul de muncă?

Poate un mediu social toxic să accelereze trecerea de la etapa de rezistență la cea de epuizare, chiar dacă sarcina de lucru rămâne aceeași?

4. Aplicație de cercetare: paradoxul suportului perceput (cogniția socială)

Sarcina: Gândiți-vă la o persoană din cercul vostru care, deși primește constant ajutor de la familie și prieteni, se simte în continuare „singură” sau „neajutorată”.

Folosind Teoria Cognației Sociale, explicați cum „schemele cognitive stabile” ale acelei persoane pot filtra sau respinge dovezile obiective de suport social.

Cum poate stima de sine scăzută să acționeze ca o barieră în calea beneficiilor directe ale suportului asupra sănătății?

Bibliografie

1. Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality* (Vol. 10). Cambridge University Press.
2. Graham, L. J. (2015). Integration of the interaction model of client health behavior and transactional model of stress and coping as a tool for understanding retention in HIV care across the lifespan. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(2), 100-109.
3. Nicholls, A. R., Holt, N. L., Polman, R. C., & James, D. W. G. (2005). Stress and coping among international adolescent golfers. *Journal of applied sport psychology*, 17(4), 333-340.
4. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
5. Leiter, M. P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work & stress*, 6(2), 107-115.
6. Lakey, B., & Cohen, S. (2000). Social support and theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 29, 29-49.
7. Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive therapy and research*, 10(1), 13-29.
8. Sherman, S. J., Judd, C. M., & Park, B. (1989). Social cognition. *Annual review of psychology*, 40(1), 281-326.
9. Frith, C. D. (2008). Social cognition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1499), 2033-2039.

Cursul 11

Suportul social și copingul

Rezumat

Cursul explorează dinamica proceselor de adaptare (coping) prin prisma modelului tranzacțional, analizând etapele evaluării cognitive (primară și secundară) și rolul mediator al suportului social. Este investigată tranziția de la monitorizarea mediului la strategii de adaptare centrate pe problemă sau emoție, evidențiind modul în care relațiile interpersonale funcționează ca mecanisme de asistență în gestionarea situațiilor critice. În final, cursul subliniază importanța atribuirii de sens experiențelor stresante ca factor de reducere a vulnerabilității psihice și de promovare a sănătății pe termen lung.

Obiectiv general

Dezvoltarea capacității de a analiza procesele de adaptare psihosocială, înțelegând interacțiunea dintre evaluarea resurselor personale și funcțiile suportului social în reducerea vulnerabilității și promovarea rezilienței în fața stresului.

Evaluarea continuă a ceea ce se întâmplă în mediul înconjurător este o caracteristică esențială atât a oamenilor, cât și a animalelor.

Evaluarea presupune un proces continuu de căutare și monitorizare a informațiilor despre ceea ce se întâmplă, precum și atribuirea unei semnificații personale informațiilor obținute [1, 2].

Tipuri de evaluare:

1. primară.
2. secundară.

Evaluarea inițială (sau primară) cuprinde trei tipuri diferite de informații [2]:

- prejudiciul deja suferit (informații asociate cu sentimentul de furie sau depresie);
- anticiparea unei amenințări viitoare (trăită afectiv ca frică sau anxietate);
- provocarea, care rezultă din cerințele dificile cu care ne confruntăm, dar însoțită de convingerea că avem șansa de a controla situația, de a obține

beneficii și de a obține efecte pozitive (trăită emoțional ca nerăbdare, încredere, bucurie).

Evaluarea secundară identifică alternativele de adaptare de care dispune individul pentru a face față situației [3].

Această triadă a evaluării (prejudiciu, amenințare, provocare) determină nu doar intensitatea răspunsului fiziologic, ci și spectrul motivațional al individului. În timp ce amenințarea induce o stare de hipervigilență defensivă, provocarea activează resursele de auto-eficacitate, transformând stresul în *eustress* (stres pozitiv).

Evaluarea secundară poate confirma evaluarea inițială a amenințării, o poate intensifica sau o poate reduce, în funcție de evaluarea resurselor și a opțiunilor de adaptare. Odată ce amenințarea este semnalată, activitatea cognitivă nu se încheie, ci declanșează un întreg lanț de procese cognitive [1, 3].

Evaluarea este determinată de două categorii de factori:

- situaționali și
- personali.

Etapele procesului de adaptare:

1. anticiparea (avertismentul), când situația poate fi amânată sau prevenită, când persoana se poate pregăti pentru confruntare și poate evalua „costul” acesteia;
2. confruntarea (impactul), când are loc reacția, se redefinește situația și se face o reevaluare; și
3. etapa post confruntare, când se analizează semnificația personală a ceea ce s-a întâmplat.

Dimensiuni:

1. Adaptare centrată pe problem.
2. Adaptare centrată pe emoții.

Adaptarea *centrată pe problem* vizează modificarea directă a stresorului și este eficientă în situații controlabile. În schimb, adaptarea *centrată pe emoție* (ex. reîncadrarea cognitivă, distanțarea) este esențială în gestionarea situațiilor imuabile (ex. doliul sau boala incurabilă), prevenind colapsul psihologic prin reglarea răspunsului afectiv.

În ultimul deceniu, s-a manifestat un interes deosebit față de suportul social, un termen utilizat pe scară largă pentru a se referi la mecanismele prin care relațiile interpersonale ar proteja oamenii de efectele nocive ale stresului [4, 5].

Cercetătorii au identificat mai multe funcții diferite pe care suportul le poate îndeplini, cum ar fi [1]:

- exprimarea afectului pozitiv sau a sprijinului emoțional;
- exprimarea acordului cu convingerile sau sentimentele unei persoane;
- încurajarea exprimării sau „descărcării” emoțiilor;
- oferirea de sfaturi sau informații; și

- oferirea de ajutor material.

Thoits a sugerat că suportul social poate fi conceptualizat ca „asistență în gestionarea situațiilor dificile” [4].

Conceptualizarea lui Thoits privind suportul ca 'asistență în coping' sugerează că ceilalți nu ne oferă doar resurse, ci ne ajută să *re-evaluăm* situația. Astfel, suportul social acționează ca un 'coping delegat', unde resursele rețelei compensează deficitele de resurse individuale.

Persoanele care găsesc un sens în experiențele de viață stresante sunt capabile să facă față evenimentului într-un mod mai eficient decât cele care nu reușesc acest lucru [5]. Capacitatea de a extrage un sens din adversitate (sense-making) transformă suportul social dintr-o resursă pasivă într-un instrument de *creștere post-traumatică*.

Cercetările au încercat să realizeze [5]:

1. să documenteze diferențele dintre grupuri în ceea ce privește factorii de vulnerabilitate, cum ar fi suportul social și resursele de adaptare, și
2. să estimeze influența factorilor de vulnerabilitate în explicarea diferențelor dintre grupuri în ceea ce privește tulburările psihiatrice.

Aplicații practice și teme de reflecție

1. Analiza procesului de evaluare: amenințare vs. provocare

Sarcina: Imaginați-vă un angajat care primește o sarcină de lucru extrem de complexă, cu un termen limită scurt, într-un domeniu nou pentru el.

Descrieți profilul cognitiv al angajatului dacă face o evaluare primară de tip „amenințare” (ce emoții și ce anticipări de prejudiciu apar?).

Descrieți profilul cognitiv dacă face o evaluare de tip „provocare” (cum influențează încrederea în sine și dorința de beneficii această percepție?).

Cum poate interveni suportul social informational (sfatul unui mentor) pentru a transforma „amenințarea” în „provocare”?

2. Identificarea strategiilor de coping (problemă vs. emoție)

Scenariu: O persoană primește vestea că are o afecțiune cronică ce necesită un regim alimentar strict pe viață.

Sarcina: Identificați două acțiuni specifice pentru:

Adaptarea centrată pe problem (ex: căutarea de rețete, programarea la nutriționist).

Adaptarea centrată pe emoții (ex: distanțarea, căutarea de suport emoțional în grupuri de pacienți, reîncadrarea situației ca o oportunitate de a trăi mai conștient).

Reflecție: În ce etapă a adaptării (anticipare, confruntare sau post-confruntare) este mai utilă centrarea pe problemă și când devine esențială centrarea pe emoție?

3. Funcțiile suportului social în managementul crizei

Reflecție: Analizați definiția lui Thoits: „Suportul social ca asistență în gestionarea situațiilor dificile”.

Gândiți-vă la o situație de criză din trecut. Cine v-a oferit „exprimarea acordului cu convingerile” (validare) și cine v-a oferit „ajutor material”?

Care dintre cele 5 funcții ale suportului menționate în curs a fost cea mai eficientă în reducerea vulnerabilității voastre psihice în acel moment?

4. Dezbatare: căutarea sensului și reziliența

Sarcina: Persoanele care găsesc un sens în experiențele stresante fac față mai eficient adversității.

Este „căutarea sensului” o resursă pur personală sau este ea facilitată de suportul social de evaluare (discuțiile cu ceilalți despre „de ce s-a întâmplat asta”)?

Discutați riscul ca un suport social nepotrivit (ex: „privește partea plină a paharului” oferit prea devreme) să blocheze procesul natural de adaptare.

Bibliografie

1. Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual review of psychology*, 36(1), 531-572.
2. Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 71.
3. Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of health and social behavior*, 53-79.
4. Thoits, P. A. (1983). Main and interactive effects of social support: Response to LaRocco. *Journal of health and social behavior*, 24(1), 92-95.
5. Silver, R. L., Boon, C., & Stones, M. H. (1983). Searching for meaning in misfortune: Making sense of incest. *J. Soc. Issues*, 39(2), 81-102.

Cursul 12

Aspecte ale relației dintre psihopatologie și suportul social

Rezumat

Curs analizează evoluția de la modelul biomedical tradițional la paradigma biopsihosocială, demonstrând că sănătatea și boala sunt rezultatul interacțiunii complexe între factori biologici, genetici și psihosociali. Sunt identificate trei căi de influență: impactul fiziologic direct asupra sistemelor imunitar și endocrin, medierea prin comportamente pro sănătate și reacția psihologică la boală. Suportul social este evaluat ca un determinant critic în evoluția unor patologii severe. În oncologie și cardiologie, izolarea socială și stresul cronic corelează cu rate ridicate de mortalitate, în timp ce în managementul diabetului, sprijinul familial este predictiv pentru aderența la tratament. Totuși, relația este duală: dacă suportul adecvat cultivă autoeficacitatea și optimismul, interacțiunile disfuncționale pot genera supraprotecție sau neajutorare. Un concept central discutat este sensibilitatea interpersonală, trăsătură de personalitate care, prin teama de evaluare negativă, predispune individul la depresie și anxietate, afectând capacitatea de a accesa rețele de sprijin. În concluzie, suportul social acționează ca un moderator variabil între stările psihopatologice și procesele de vindecare, eficacitatea sa depinzând de compatibilitatea cu nevoile specifice ale pacientului.

Obiectiv general

Obiectivul general al acestui curs este analiza mecanismelor prin care factorii psihosociali, în special suportul social și sensibilitatea interpersonală, influențează etiologia, evoluția și managementul patologiilor fizice și mentale, din perspectiva modelului biopsihosocial.

În secolul al XVII-lea, savanți precum filosoful francez René Descartes susțineau că fenomenele mentale și corpul fizic erau independente unul de celălalt, suprapunându-se doar ocazional [1].

Boala fizică era înțeleasă în mod corect ca un eveniment biologic, iar medicii vremii se concentrau pe acest domeniu atunci când încercau să înțeleagă sau să trateze boala.

A apărut modelul biomedical al sănătății și bolii, axat pe biologie, care a dominat gândirea contemporană cu privire la originea bolii și vindecare [2].

H. Holland, B. Rush, C. Bernard și Sir W. Osler au reintrodus ideea că influențele psihologice sau comportamentale erau importante pentru sănătate și boală.

Spre sfârșitul secolului al XX-lea, aceste dovezi au demonstrat clar că stările biologice și procesele patologice au cauze multiple, fiind determinate de o combinație de factori genetici, biologici, de mediu, comportamentali și psihosociali [1, 2].

Există trei căi generale prin care factorii comportamentali sau psihosociali pot influența etiologia, evoluția, tratamentul sau prevenirea bolilor [2]:

1. efectele directe ale proceselor cognitive, emoționale sau comportamentale asupra sistemelor corpului (sistemul nervos, endocrin sau imunitar);
2. comportamente care îmbunătățesc sau afectează sănătatea, precum dieta, exercițiile fizice sau fumatul și
3. reacțiile la boala percepută sau reală, precum comportamentele de screening sau respectarea recomandărilor de tratament.

Mai mulți factori psihosociali au fost asociați cu modificări ale funcției imunitare [1]:

- singurătatea;
- suportul social insuficient;
- dispoziția negativă;
- perturbarea relațiilor conjugale;
- pierderea unei persoane dragi;
- diverse alte forme de stres preexistent sau nou apărut, atât acut, cât și cronic.

Suportul și contactul social și interpersonal sunt importante pentru stabilitatea sau menținerea funcționării sistemului imunitar.

Studiile retrospective efectuate pe pacienți cu cancer au evidențiat unele indicii ale unei relații pozitive între suportul social și evoluția bolii [1].

Stresul cronic zilnic, lipsa suportului social și strategiile inadecvate de gestionare a stresului, în special atunci când sunt însoțite de depresie [2]:

- (a) pot modifica comportamentul individual în materie de sănătate, despre care se știe că este legat de apariția sau progresia cancerului sau
- (b) pot influența direct factorii endocrinologici și/sau imunologici care sunt considerați precursori ai progresiei cancerului și ai decesului.

Suportul social este un concept complex, dar, în general, s-a constatat că are efecte pozitive asupra gestionării diabetului [2].

S-a constatat în mod constant că respectarea tratamentului depinde de sistemul de suport social al pacientului și de mediul familial/conjugal.

Efectul suportului social depinde într-o mare măsură de caracteristicile bolii și de compatibilitatea dintre tipul de sprijin oferit și nevoile pacientului.

Un studiu realizat pe pacienți vârstnici cu infarct miocardic (IM) a constatat că cei cu un nivel scăzut de suport social prezentau o probabilitate

mai mare de a deceda în spital și în termen de șase luni de la atacul de cord, chiar și după controlarea gravității IM și a altor factori de risc [3].

Diferențele în ceea ce privește intensitatea suportului social pot crea dificultăți pentru pacienți.

Efectele pozitive și negative ale suportului social [2]

Efecte pozitive	Efecte negative
Stima de sine ridicată	Stima de sine scăzută
Valorizare	Inferioritate
Autoeficacitate	Neajutorare
Optimism	Deznădejde, depresie
Bucurie	Furie
Sănătate, satisfacție cu viața	Boală, tulburări psihice
Sentimentul de apartenență	Supraprotecția
Integrare	Restricționarea libertății, cerințele de conformitate, controlul social, conflictele sociale
Coping adaptativ	Coping disfuncțional sau mecanisme defensive

Sensibilitatea interpersonală este un tip de personalitate caracterizat printr-o conștientizare excesivă atât a comportamentului, cât și a sentimentelor celorlalți [4, 5].

Persoanele cu un nivel ridicat de sensibilitate interpersonală sunt extrem de receptive la interacțiunile cu ceilalți și se comportă în așa fel încât să reducă la minimum riscul unei evaluări negative [6].

Persoanele depresive prezintă, de obicei, niveluri mai ridicate de sensibilitate interpersonală decât cele care nu suferă de depresie.

Mai multe studii au stabilit o legătură între rezolvarea problemelor sociale și comportamentul interpersonal, precum și suportul social [5-7].

Suportul social a fost un factor predictiv al emoțiilor negative (depresie și anxietate) și al problemelor de sănătate.

În general, legăturile dintre suportul social și sănătate pot fi determinate de efectele directe sau indirecte ale acestuia, care, la rândul lor, pot fi benefice sau dăunătoare.

Suportul social este strâns legat de o serie de alte procese, printre care sentimentele de suferință, depresia, singurătatea și alte stări emoționale [7, 8].

Teme de reflecție

Dualitatea suportului social: În ce măsură „intenția de a ajuta” a celor dragi poate deveni un factor de stres (prin control social sau restrângerea libertății) pentru un bolnav cronic?

Trecerea de la Descartes la biopsihosocial: Cum s-ar schimba interacțiunea medic-pacient dacă focusul s-ar muta exclusiv pe procesele biologice, ignorând singurătatea sau depresia pacientului?

Rolul preventiv al relațiilor: Dacă izolarea socială are efecte directe asupra sistemului imunitar, ar trebui ca „socializarea” să fie prescrisă medical la fel de riguros ca dieta sau exercițiile fizice?

Fișă de evaluare: Suportul social și sensibilitatea interpersonală

(Instrument de lucru pentru identificarea resurselor și riscurilor psihosociale)

I. Identificarea rețelei (cantitativ)

1. Câte persoane apropiate aveți pe care vă puteți baza în caz de nevoie?

2. Cât de des interacționați cu acestea (zilnic, săptămânal, rar)? _____

II. Evaluarea funcțională (calitativ)

Vă rugăm să bifați varianta care descrie cel mai bine situația dvs. actuală (1 = Deloc, 5 = În mare măsură):

Tip de suport	Întrebare	1	2	3	4	5
Emoțional	Simt că am cine să mă asculte când sunt îngrijorat/ă?					
Instrumental	Am cine să mă ajute cu treburi practice (cumpărături, transport la medic)?					
Informațional	Primesc sfaturi utile despre cum să îmi gestionez boala/starea?					
Aprecieri	Simt că persoanele apropiate îmi recunosc eforturile și mă valorizează?					

III. Identificarea factorilor de risc (efecte negative)

Supraprotecție: Simțiți că ceilalți vă limitează independența încercând să vă ajute? (Da/Nu)

Conflict: Există certuri frecvente în familie legate de starea dvs. de sănătate? (Da/Nu)

Presiune: Simțiți că trebuie să vă ascundeți suferința pentru a nu-i povara pe ceilalți? (Da/Nu)

IV. Screening Sensibilitate Interpersonală

Cât de mult vă îngrijorează ideea că ați putea fi o povară pentru ceilalți? (Scară 1-10) _____

Vă este greu să cereți ajutor de teamă că veți fi refuzat sau judecat? (Da/Nu)

Interpretare pentru specialist:

Scor mic la suportul instrumental + scor mare la sensibilitate: Risc crescut de izolare; pacientul are nevoie de asistență socială și antrenament de asertivitate.

Scor mare la suport + scor mare la presiune/conflict: Suportul este toxic sau sufocant; este necesară consilierea de familie pentru a recalibra limitele.

Bibliografie

1. Smelser, N. J., & Baltes, P. B. (2007). *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*. Amsterdam: Elsevier.
2. Spielberger, C. (2004). *Encyclopedia of applied psychology*. Academic press.
3. Berkman, L. F., Leo-Summers, L., & Horwitz, R. I. (1992). Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population-based study of the elderly. *Annals of internal medicine*, 117(12), 1003-1009.
4. McCabe, R. E., Blankstein, K. R., & Mills, J. S. (1999). Interpersonal sensitivity and social problem-solving: Relations with academic and social self-esteem, depressive symptoms, and academic performance. *Cognitive therapy and research*, 23(6), 587-604.
5. Boyce, P., & Parker, G. (1989). Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23(3), 341-351.
6. Wang, L. F., Heppner, P. P., & Berry, T. R. (1997). Role of gender-related personality traits, problem-solving appraisal, and perceived social support in developing a mediational model of psychological adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 245.

7. Glanz, K. E., Lewis, F. M. E., & Rimer, B. K. (1990). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass/Wiley.
8. Schwarzer, R., Knoll, N., & Rieckmann, N. (2004). Social support. *Health psychology, 158*, 181.

Cursul 13

Formarea în domeniul competențelor de investigare a rețelelor de suport social - competențe de consiliere

Rezumat

Cursul analizează fundamentele consilierii psihologice ca proces menit să faciliteze funcționarea optimă a individului prin stimularea schimbării voluntare, auto-înțelegere și autorealizare. Structurat pe etape, procesul de consiliere pune accent pe relația terapeutică, etică, empatie și tehnici de comunicare precum ascultarea activă și parafrizarea.

Obiectiv general

Formarea și dezvoltarea competențelor profesionale de consiliere, necesare pentru investigarea rețelelor de suport social și facilitarea funcționării optime a clientului prin schimbare voluntară și autorealizare.

Consilierea psihologică este o specialitate care facilitează funcționarea personală și interpersonală pe tot parcursul vieții, punând accentul pe aspecte emoționale, sociale, profesionale, educaționale, legate de sănătate, de dezvoltare și organizaționale [1].

Consilierea psihologică se distinge prin atenția pe care o acordă atât problemelor legate de dezvoltarea normală, cât și celor asociate cu tulburările fizice, emoționale și mentale [1].

Populațiile deservite de consilierii psihologi (CP) includ persoane de toate vârstele și din mediile culturale diferite.

Scopul și obiectivele consilierii [1]

Obiectivul principal al consilierii este stimularea unei schimbări voluntare a clientului.

Obiectivul consilierii este de a ajuta persoanele să-și depășească problemele imediate și, de asemenea, de a le oferi instrumentele necesare pentru a face față problemelor viitoare.

Consilierul are ca obiectiv înțelegerea comportamentului, a motivațiilor și a sentimentelor persoanei consiliate.

Obiectivele consilierii vizează aspecte fundamentale și esențiale, precum înțelegerea de sine și autorealizarea.

Aspecte etice și profesionale ale consilierii

1. Fidelitate: respectarea încrederii acordate specialistului.
2. Autonomie: respectarea dreptului clientului la autonomie.
3. Compasiune: angajamentul de a promova bunăstarea clientului.
4. Justiție: tratarea echitabilă și imparțială a tuturor clienților și furnizarea de servicii adecvate.
5. Respect de sine: încurajarea cunoașterii de sine și a grijii de sine.
7. Transfer.
8. Contratransfer.
9. Eșec în obținerea consimțământului informat [1, 2].

Abilitățile practice ale unui consilier

Structura ședințelor are un ritm previzibil, incluzând o introducere, colectarea informațiilor, discuția propriu-zisă și o concluzie.

- Ascultarea activă are loc atunci când „ascuți pentru a înțelege sensul”.
- Limbajul corpului ia în considerare expresiile faciale, unghiul corpului, proximitatea față de cealaltă persoană, poziția brațelor și a picioarelor și multe altele.
- Monitorizarea tonului vocii.
- Întrebarea deschisă este cea folosită pentru a colecta o cantitate mare de informații.
- Întrebarea închisă este cea utilizată pentru a obține informații specifice/punctuale.
- Parafrizarea are loc atunci când reformulezi ceea ce a spus vorbitorul.
- Rezumatul presupune concentrarea pe punctele principale ale unei prezentări sau conversații pentru a le scoate în evidență.
- Luarea notițelor reprezintă practica de a scrie fragmente de informații, adesea într-o manieră prescurtată și dezorganizată.
- Tema pentru acasă: Atunci când persoana identifică o nevoie sau o preocupare, aceasta trebuie să fie dispusă să lucreze din greu pentru a o aborda.

Standardele consilierilor

Calitățile personale pe care consilierii și psihoterapeuții sunt încurajați să le cultive includ:

- Empatia: Capacitatea de a comunica și înțelegerea experienței unei alte persoane din perspectiva acelei persoane.
- Sinceritatea: Un angajament personal față de consecvența între ceea ce se declară și ceea ce se face.
- Integritatea: Angajamentul de a fi moral în relațiile cu ceilalți, onestitatea personală, cinstea și coerența.

- Reziliența: Capacitatea de a lucra cu preocupările clientului fără a fi afectat sau epuizat la nivel personal.
- Respectul: Manifestarea unei stime adecvate față de ceilalți și față de modul în care aceștia se înțeleg pe ei înșiși.
- Competența: Utilizarea eficientă a abilităților și cunoștințelor necesare pentru a îndeplini cerințele profesionale.
- Echitatea: Aplicarea constantă a unor criterii adecvate pentru a fundamenta deciziile și acțiunile.
- Înțelepciunea: Posesia unei judecăți sănătoase care să ghideze practica profesională.
- Curajul: Capacitatea de a acționa în ciuda temerilor, riscurilor și incertitudinilor cunoscute.

Importanța relației terapeutice

Carl Rogers definește relația de sprijin ca fiind: „acea relație în care unul dintre participanți urmărește să faciliteze, pentru una sau ambele părți, o mai bună valorizare, o exprimare mai liberă și o utilizare mai eficientă a resurselor interioare latente ale individului”.

Resurse utile:

- Încredere.
- Relaționare – termenul se referă la stabilirea unei conexiuni armonioase și de înțelegere reciprocă.
- Colaborare.

Alianța de lucru poate fi definită ca unirea părții raționale a clientului cu latura analitică sau de lucru a terapeutului.

Bordin a conceptualizat alianța de lucru ca fiind formată din trei piloni:

- Sarcini, obiective și legătura afectivă.
- Relația reală (autenticitatea interacțiunii).
- Configurația transferențială (dinamica transferului).
- Înțelegerea empatică.
- Acceptarea necondiționată.
- Congruența (autenticitatea și suprapunerea trăirilor interioare cu exprimarea exterioară).
- Comportamentul non-verbal / Comportamentul verbal.
- Stilul interpersonal (modul de a interacționa cu ceilalți).
- Comportamentul mascat – reprezintă orice acțiune sau practică mentală, socială sau fizică ce nu este direct observabilă.

Relația de consiliere

Conținutul și procesul de consiliere presupun parcurgerea a cinci etape fundamentale:

- Inițierea ședinței (Deschiderea procesului).

- Crearea condițiilor adecvate pentru desfășurarea ședinței (Stabilirea cadrului terapeutic).
- Explorarea și înțelegerea realității (Analiza situației actuale a clientului).
- Evoluția către starea ideală (Stabilirea obiectivelor și a direcției în care dorește să ajungă persoana consiliată).
- Monitorizarea și urmărirea progresului (Follow-up).

Variabilele care influențează procesul de consiliere

Consilierea poate fi un proces dificil, existând numeroși factori care pot contribui la succesul demersului sau, dimpotrivă, pot duce la rezultate nule ori negative:

- Factori ce țin de client (motivație, deschidere, așteptări).
- Factori ce țin de consilier (personalitate, experiență, atitudine).
- Factori contextuali (mediul în care are loc ședința, cadrul social).
- Abilitățile consilierului (competențele tehnice și profesionale).
- Abilitățile de ascultare în procesul de consiliere.

Factorii de proces

Există numeroși factori în cadrul procesului de consiliere care pot contribui la succes, printre care [8]:

- Înțelegerea rolurilor clientului și ale consilierului.
- Crearea legăturii afective dintre client și consilier.
- Ascultarea deschisă.
- Acceptarea necondiționată.
- Explorarea problemelor, a perspectivelor și conștientizarea dificultăților.
- Perioadele de reflecție și introspecție.
- Oportunitatea pentru catharsis și eliberare emoțională.
- Învățarea unor noi modele și moduri de gândire.
- Desensibilizarea față de subiectele sensibile.
- Testarea și adoptarea unor noi moduri de a gândi și de a acționa.
- Feedback-ul privind succesul acestor încercări.
- Exercițiul continuu și îmbunătățirea constantă.

Empatia în consiliere

Empatia reprezintă capacitatea de a numi emoțiile pe care le observ și de a întreba vorbitorul dacă percepțiile mele sunt corecte.

Abilitățile specifice asociate empatiei includ ascultarea și oglindirea sentimentelor și a mesajelor implicite ale pacientului, utilizând de regulă formulări de tip „Eu” (mesaje la persoana I-a).

Acest proces de parafrizare include patru pași [9]:

1. Ascultarea și reamintirea: Reținerea întregului mesaj al clientului pentru a te asigura că l-ai cuprins în totalitate. Repetă cuvintele vorbitorului în minte; acest lucru necesită atenție și intenție, fiind esențial.
2. Clarificarea conținutului: Fixarea detaliilor mesajului.
3. Reformularea: Repetarea unui rezumat esențial al detaliilor și sentimentelor identificate.
4. Verificarea: Întreabă clientul dacă ai recepționat mesajul corect.

Acceptarea necondiționată

Această abilitate presupune recunoașterea interioară a faptului că vorbitorul este acceptabil; această acceptare este transmisă prin comportamente verbale și non-verbale *non-critice* (lipsite de judecată) [1, 3, 10].

Abilitatea de a fi concret

Tehnica concreteții în consiliere implică sprijinirea clientului în identificarea și abordarea unei probleme specifice din multitudinea de dificultăți prezentate. Aceasta poate presupune, de asemenea, menținerea clientului concentrat pe acea problemă în timpul ședinței, clarificarea faptelor, a termenilor, a sentimentelor și a obiectivelor, folosind o abordare de tip „aici și acum” pentru a pune accentul pe temele ședinței de astăzi [1, 3].

Teme de reflecție

Dinamica puterii și autonomia:

În ce măsură intervenția consilierului poate influența involuntar deciziile clientului și unde tragem linia între „ghidare spre schimbare” și respectarea strictă a autonomiei acestuia?

Gestionarea rezilienței și a contratransferului:

Având în vedere importanța rezilienței, cum poate un consilier să identifice momentul în care propriile emoții (contratransferul) încep să afecteze obiectivitatea procesului terapeutic?

Autenticitate vs. profesionalism:

Cum se poate menține un echilibru între congruență (autenticitatea trăirilor interioare) și necesitatea de a păstra un cadru profesional riguros în momentele de criză ale clientului?

Impactul non-verbalului în empatie:

Dacă empatia presupune oglindirea sentimentelor, în ce măsură limbajul corporal inconștient al consilierului poate contrazice mesajul verbal de acceptare necondiționată?

Etica în contextul rețelelor sociale:

Cum se modifică aplicarea principiului fidelității și al confidențialității atunci când consilierea vizează nu doar individul, ci și investigarea rețelelor sale de suport social?

Bibliografie

1. Brown, S. D., & Lent, R. W. (Eds.). (2008). *Handbook of counseling psychology*. John Wiley & Sons.
2. Borgen, F. H. (1984). Counseling psychology. *Annual review of psychology*, 35(1), 579-604.
3. Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques*. John Wiley & Sons.
4. Leong, F. T. (2008). *Encyclopedia of counseling* (Vol. 2). Sage.
5. Rogers, C. R. (1961). The process equation of psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 15(1), 27-45.
6. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
7. Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working Alliance Inventory in cognitive-behavioral therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10(3), 173.
8. McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2014). The process of change in psychotherapy: Common and unique factors. In *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 293-310). Vienna: Springer Vienna.
9. Drab, K. J. (2015). *The top ten basic counseling skills*.
10. Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135.

Cursul 14

Investigarea rețelelor de suport social

Rezumat

Cursul analizează rețelele sociale ca mecanisme esențiale pentru sănătatea publică, oferind patru tipuri de suport: emoțional (empatie), instrumental (ajutor concret), informațional (sfaturi) și de evaluare (feedback). Intervențiile propuse vizează atât consolidarea legăturilor existente (ex. consiliere de familie), cât și crearea unor noi (ex. mentorat) sau mobilizarea resurselor comunitare. Nucleul metodologic este modelul PRECEDE-PROCEED, un cadru logic de planificare bazat pe premisa că diagnosticul educațional și social trebuie să preceadă intervenția.

Obiectiv general

Obiectivul general al cursului este dezvoltarea competențelor metodologice pentru proiectarea și evaluarea programelor de sănătate publică, prin utilizarea modelului PRECEDE-PROCEED și analiza rețelelor de suport social ca instrumente strategice în modificarea comportamentelor de risc și consolidarea resurselor comunitare.

Rețelele sociale dau naștere la diverse funcții sociale: influența socială, controlul social, subminarea socială, comparația socială, camaraderia și suportul social [1].

Acest curs se concentrează pe rețelele sociale și pe oferirea de suport social [1, 2, 3].

1. Suportul emoțional presupune manifestarea empatiei, a iubirii, a încrederii și a grijii.
2. Suportul instrumental presupune oferirea de ajutor concret și servicii care asistă direct o persoană aflată în nevoie.
3. Suportul informațional constă în oferirea de sfaturi, sugestii și informații pe care o persoană le poate folosi pentru a rezolva problemele.
4. Suportul de evaluare implică oferirea de informații utile în scopul autoevaluării – cu alte cuvinte, feedback constructiv și afirmare

Intervențiile menite să consolideze legăturile existente încearcă să schimbe atitudinile și comportamentele beneficiarului de suport, ale celui care oferă sprijin sau ale ambilor [1, 3].

Intervențiile menite să consolideze relațiile existente includ adesea activități de dezvoltare a competențelor necesare pentru mobilizarea, furnizarea și primirea eficientă a suportului [1, 3].

Intervențiile se pot concentra pe îmbunătățirea calității legăturilor sociale pentru a aborda probleme specifice de sănătate sau pentru a oferi suport în multe situații diferite [1, 3].

Tipologia intervențiilor în rețelele sociale [3]

Tipul intervenției	Exemple de activități de intervenție
Consolidarea legăturilor de rețea existente	Formarea membrilor rețelei în ceea ce privește competențele necesare pentru acordarea de sprijin Formarea persoanei de contact în ceea ce privește mobilizarea și menținerea rețelelor sociale Abordarea sistemică (de exemplu, consilierea de cuplu sau terapia de familie)
Dezvoltarea de noi legături în cadrul rețelelor sociale	Stabilirea de legături cu mentorii Dezvoltarea sistemelor de parteneriat Facilitarea grupurilor de autoajutorare
Consolidarea rețelelor prin implicarea asistenților sociali	Identificarea voluntarilor Analiza rețelelor sociale existente ale voluntarilor Formare în domeniul sănătății și al strategiilor de rezolvare a problemelor comunitare
Consolidarea rețelelor prin dezvoltarea capacităților comunității și rezolvarea problemelor	Identificarea rețelelor care se suprapun în cadrul comunității Analiza caracteristicilor rețelelor sociale ale membrilor din zona de interes sau din zona țintă selectată Facilitarea identificării și rezolvării continue a problemelor comunității

Capacitatea profesionistului din domeniul sănătății de a aplica teoriile comportamentale în materie de sănătate reprezintă una dintre competențele esențiale necesare în elaborarea programelor menite să abordeze problemele actuale de sănătate publică, aproape toate acestea având în vedere factori comportamentali de risc și de protecție importanți [4].

Scopul principal al modelului PRECEDE-PROCEED nu este acela de a prezice sau de a explica relația dintre factorii considerați a fi asociați cu un rezultat de interes [3, 5].

PRECEDE-PROCEED este un model logic, în sensul că leagă evaluarea cauzală de planificarea și evaluarea intervenției într-un cadru de planificare cuprinzător [3, 5].

PRECEDE se bazează pe premisa că, la fel cum diagnosticul medical precede un plan de tratament, la fel și diagnosticul educațional ar trebui să precede un plan de intervenție [3, 5].

Etapă 1: Evaluarea socială, planificarea participativă și analiza situației

În această etapă a procesului de planificare a programului, teoriile și principiile organizării comunitare sunt relevante.

Etapă 2: Evaluări epidemiologice, comportamentale și de mediu

Această etapă a evaluării nevoilor identifică prioritățile în materie de sănătate, precum și factorii determinanți comportamentali și de mediu ai acestora.

- *Evaluarea epidemiologică*

- (1) identifică problemele de sănătate

- (2) identifică factorii comportamentali și de mediu

- (3) transformă aceste priorități în obiective măsurabile pentru programul în curs de elaborare.

- *Factori determinanți comportamentali*

- *Factori determinanți de mediu*

- sunt acei factori sociali și fizici externi individului, adesea aflați în afara controlului său personal, care pot fi modificați pentru a susține comportamentul sau a influența rezultatele în materie de sănătate.

Etapă 3: Evaluarea educațională și ecologică

După selectarea factorilor comportamentali și de mediu relevanți pentru intervenție, cadrul îndrumă planificatorii să identifice factorii antecedenti și de întărire care ar trebui să fie prezenți pentru a iniția și susține procesul de schimbare.

Factorii sunt clasificați astfel:

- Factorii predispozanți sunt elementele anterioare unui comportament care oferă rațiunea sau motivația acestuia – aceștia includ cunoștințele, atitudinile, convingerile, preferințele personale, abilitățile existente și convingerile privind autoeficacitatea individului.

- Factorii de întărire sunt acei factori care urmează unui comportament și care oferă o recompensă sau un stimul continuu pentru persistența sau repetarea comportamentului.

- Factorii facilitatori sunt elementele anterioare schimbării comportamentale sau de mediu care permit punerea în practică a unei motivații sau a unei politici de mediu.

Etapă 4: Evaluarea aspectelor administrative și de politică și alinierea intervențiilor

Planificatorul selectează și aliniază componentele programului (adică intervențiile) cu factorii determinanți ai schimbării identificați anterior.

Scopul acestei etape este de a identifica resursele, barierele și factorii favorizanți la nivel organizațional, precum și politicile necesare pentru implementarea și sustenabilitatea programului.

În primul rând, la nivel macro, trebuie luate în considerare sistemele organizaționale și de mediu care pot influența rezultatele dorite.

În al doilea rând, la nivel micro, accentul se pune pe individ, colegi, familie și alte persoane care pot influența mai direct comportamentele pro sănătate ale publicului țintă.

Elaborarea unui program cuprinzător presupune:

- (1) corelarea nivelurilor ecologice cu componentele generale ale programului;
- (2) corelarea intervențiilor specifice, bazate pe teorie, cercetări anterioare și practică, cu factori specifici predispozanți, facilitatori și de consolidare;
- (3) combinarea intervențiilor anterioare cu intervențiile preferate de comunitate, chiar dacă acestea ar putea avea mai puține dovezi în sprijinul lor, și, dacă este necesar,
- (4) adaptarea acestor intervenții pentru a completa lacunele din practicile optime bazate pe dovezi.

Etapele 5-8: Implementare și evaluare

Evaluarea procesului determină măsura în care programul a fost implementat conform protocolului.

Evaluarea impactului evaluează schimbările în factorii predispozanți, de întărire și de facilitare, precum și în factorii comportamentali și de mediu.

Evaluarea rezultatelor determină efectul programului asupra indicatorilor de sănătate și calitate a vieții.

În general, obiectivele măsurabile care sunt consemnate la fiecare etapă a modelului de planificare PRECEDE-PROCEED servesc drept repere în raport cu care sunt evaluate realizările.

Teme de reflecție

Dinamica suportului vs. controlului:

În ce măsură o rețea socială densă poate deveni opresivă (prin control social) în loc să fie un factor de sprijin pentru un beneficiar care dorește să facă o schimbare comportamentală majoră?

Limite în modelul PRECEDE-PROCEED:

Cum pot fi reconciliate „intervențiile preferate de comunitate” (Etapa 4) cu „practicile bazate pe dovezi” atunci când cele două sunt în contradicție?

Impactul digitalizării:

Cum se modifică tipologia suportului (emoțional vs. instrumental) în contextul rețelelor de suport virtuale față de cele tradiționale, de proximitate?

Rolul factorilor facilitatori:

În planificarea unui program, ce este mai critic pentru succesul pe termen lung: motivarea individului (factori predispozanți) sau eliminarea barierelor externe din mediu (factori facilitatori)?

Etica intervenției:

Până unde poate merge un profesionist în „investigarea” și „modificarea” legăturilor sociale ale unui client fără a încălca autonomia personală a acestuia?

Bibliografie

1. Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. (4th ed.) New York: McGraw-Hill.
2. Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., & Gottlieb, N. H. (2006). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. San Francisco: Jossey-Bass.
3. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Theory, research, and practice in health behavior and health education*. S.F., U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.
4. Minkler, M. (Ed.) (2004). *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
5. Chiang, L. C., Huang, J. L., & Lu, C. M. (2003). Educational diagnosis of self-management behaviors of parents with asthmatic children by triangulation based on PRECEDE-PROCEED model in Taiwan. *Patient Education and Counseling*, 49(1), 19-25.