

Universitatea „Titu Maiorescu”

Facultatea de Psihologie

Lucrare de licență

Relația dintre autocompasiune și furie: studiu corelațional

Domnița Simina Diaconu

Coordonator conf. univ. dr. Odette Dimitriu

2022

București

Rezumat

Studiul de față investighează relația dintre furie și autocompasiune analizând rezultatele obținute în urma aplicării a două chestionare clinice unei populații de 205 respondenți. S-a observat o relație inversă între agresivitatea respondenților și nivelul acestora de auto-compasiune, în sensul că pe măsură ce nivelul de agresivitate generală este mai crescut, cel de auto-compasiune scade. Sunt discutate diferențele semnificative în funcție de gen, vârstă, apartenența la populația clinică și istoricul de psihoterapie.

Cuvinte-cheie: furie, agresivitate, ostilitate, izolare, mindfulness, asertivitate, autocompasiune, psihoterapie

Cuprins

Introducere	p. 4
Partea I	p. 6
1. Ce este furia?	p. 6
2. Când devine furia o problemă? Normalitate, patologie și delicvență	p. 14
3. Tratament	p. 21
3.1.Terapia cognitiv-comportamentală în abordarea furiei.....	p. 21
3.2.Terapia cognitiv rațional-emoțională și comportamentală.....	p. 22
3.3.Asertivitate în locul stilului agresiv de comunicare.....	p. 27
3.4.Mindfulness.....	p. 34
3.5.Terapia focalizată pe compasiune.....	p. 37
4. Autocompasiunea și rolul său terapeutic	p. 43
Partea a II-a	p. 45
5. Metodologia studiului	p. 45
5.1. Tipul cercetării, scop, ipoteze.....	p. 45

5.2. Procedura de recrutare și de aplicare a chestionarului.....	p.
45	
5.3. Participanți.....	p. 46
5.4. Instrumente de evaluare.....	p.
46	
5.5. Rezultate.....	p.
47	
6. Concluzii.....	p.
102	
Bibliografie.....	p.
107	
Anexe.....	p. 109

Introducere

În ultimii ani, interesul pentru utilitatea practicilor meditative în gestionarea emoțiilor a crescut foarte mult. Autocompasiunea este una dintre atitudinile recomandate de cercetători atunci când ne simțim copleșiți de emoții negative. Personal, am folosit autocompasiunea cu succes în stări de anxietate, dar nu am încercat să o folosesc pentru gestionarea furiei. În căutările mele, am ajuns la un articol din 2017 (Fresnics) care spunea că „autocompasiunea ar putea fi utilă pentru crearea unor intervenții clinice care să vizeze furia și comportamentul agresiv”. Ideea mi-a atras atenția și am pornit într-o călătorie pentru a afla care sunt tratamentele din portofoliul mai multor abordări psihoterapeutice și ce indicii sunt că autocompasiunea ar putea funcționa pentru reducerea intensității acestei emoții sau a consecințelor ei în relațiile interpersonale.

Am investigat mai întâi furia prin prisma noii înțelegeri asupra emoțiilor care vine din teoria emoțiilor construite, am analizat apoi în ce fel apare furia în manualul de diagnostic folosit de clinicieni dar și de ce este ea problematică uneori chiar și în absența unui diagnostic, apoi am realizat propria cercetare folosind două chestionare clinice validate, unul

pe tema autocompasiunii, celălalt pe tema agresivității. Prin analiza statistică a datelor obținute în urma completării chestionarelor de 205 participanți, au ieșit în evidență mai multe corelații între cele două scale și între anumite subscale ale celor două instrumente. Am analizat de asemenea dacă factori precum genul, vârsta, educația, existența unui diagnostic și istoricul ca beneficiar de psihoterapie influențează nivelul de autocompasiune sau de agresivitate.

Ipotezele acestei cercetări au fost că:

1. Autocompasiunea per total se corelează cu mai puțină atitudine agresivă per total (furie, ostilitate și agresivitate fizică și verbală sunt cele 4 subscale ale chestionarului despre agresivitate),
2. Cea mai puternică corelație inversă va fi între autocompasiune (per total) și ostilitate (subscală), deci la nivel de trăsătură, nu de emoție sau comportament, care cred că variază mai mult cu situația,
3. Furia se va corela semnificativ cu auto-judecarea și supra-identificarea (două dintre subscalele inversate de la autocompasiune), așa cum sugera un studiu din 2017 (Fresnics)
4. Terapia are un efect general de flexibilizare a gândirii, deci ar predispune la scoruri mai favorabile pe anumite subscale ale chestionarului despre autocompasiune – de exemplu mai puțină auto-judecare și supra-identificare.

Am verificat dacă ipotezele sunt confirmate de date și am interpretat rezultatele analizei, iar la final am discutat despre posibile direcții viitoare de cercetare pe acest subiect.

Partea I

1. Ce este furia?

„Ce este furia?” a devenit o întrebare mai puțin inutilă de când întrebarea „Ce este emoția?” a primit un alt răspuns, odată cu **teoria emoțiilor construite** a Lisei Feldman Barrett (2017), care a adus o schimbare de paradigmă. Voi explica în continuare această nouă perspectivă, așa cum reiese ea din cartea autoarei citate.

De-a lungul cărții se conturează idei radicale precum: nu avem o latură emoțională și una rațională și ultima nu o controlează pe prima, emoțiile și cognițiile nu au o bază neurală diferită, deciziile raționale sunt imposibile biologic, pentru că mereu avem o stare afectivă rezultată din interocepție și experiențe trecute, mintea noastră se formează în cultură, nu numai în anatomie, avem mai multă responsabilitate decât credem în legătură cu acțiunile noastre și cu societatea în care suntem formați și pe care o formăm la rândul nostru – prin legături interpersonale, creșterea copiilor șamd. Ca să construim o emoție, avem nevoie de senzații interoceptive (corporale), de concepte emoționale (cuvinte, reprezentări) și de

realitate socială (convenția că acestea există, împărtășirea lor). Emoțiile sunt cu atât mai utile cu cât devenim mai conștienți de ele și de nuanțele lor. Dar ca să ajungă aici, autoarea realizează o întreagă arhitectura argumentativă.

Teoria emoțiilor construite se opune teoriei clasice a emoțiilor, dar este tot o teorie evoluționistă, în care emoțiile sunt dotate cu funcții care ne asigură adaptarea la scopuri și mediu. Spre deosebire de teoria clasică (pornită de la Charles Darwin și popularizată de mulți continuatori printre care poate cel mai cunoscut a fost Paul Ekman), care susține că emoțiile sunt universale și au fiecare o amprentă biologică specifică la nivelul creierului dar și la nivelul corpului și al feței (expresiile, considerate universale, ale emoțiilor), teoria emoțiilor construite susține că cercetările nu au găsit aceste amprente și căutarea lor este oricum inutilă, pentru că nu așa funcționăm, creierul nu este împărțit în zone pur specializate: dincolo de anatomia care îl împarte în diferite zone, **nu există structuri dedicate anumitor funcții**, așa cum estima viziunea triună asupra creierului, care îl împarte în creier reptilian, care s-ar ocupa de senzații precum foamea sau setea, creier limbic, care ar fi sediul emoțiilor, și neocortexul, care ar fi sediul rațiunii. De asemenea, **emoțiile nu sunt declanșate din exterior, nu sunt reacții, sunt construite chiar de noi**. Așa cum vom vedea, această viziune ne acordă mai multă responsabilitate.

Autoarea explică cum dovezile științifice s-au acumulat în suficientă măsură cât să invalideze această perspectivă clasică esențialistă și îi acuză pe cercetătorii care încă aderă la această teorie că sunt mai degrabă pe terenul ideologiei decât pe cel al științei.

În schimb, perspectiva constructivistă susține că emoțiile sunt mai degrabă idiosincraticе, că ele se bazează pe **concepte emoționale** pe care ni le construim prin **cultură**, începând de la naștere, continuând în copilăria timpurie, dar pe care continuăm să le modificăm pe parcursul vieții, în funcție de **experiențele noastre** – trăite, preluate de la alții șamd. În copilărie, cei apropiați folosesc de exemplu cuvântul „furie” în contexte în care copilul sau altcineva are diferite manifestări - țipă, plânge, se încruntă, nu mai răspunde, șamd. Toate acestea se structurează pentru copil într-un concept emoțional de furie, pe care îl va îmbogăți și ajusta ulterior.

Aceste concepte mentale se construiesc și reconstruiesc tot timpul, în funcție de scopul nostru dintr-un anumit moment, sunt **categorii** în care care mintea noastră adună împreună diverse elemente, în mod **dinamic și subiectiv**, nu pe baza faptului că ele se aseamănă obiectiv, perceptual, ci în funcție de scop: putem clasifica un stilou în categoria

instrumentelor de scris, a armelor de autoapărare, a obiectelor care pătează, a celor pe care alunecăm etc, în funcție de context. Conceptele (=reprezentări, dar nu ca prototip, ci statistice) reunesce experiențe, gânduri, amintiri, sunt ca un fel de numitor comun statistic (așa cum o familie medie americană are 3,13 copii, dar nu e cazul niciunei familii reale), care prezic ceea ce se întâmplă în realitatea în care noi trăim, în fiecare moment. Adică **creierul face tot timpul predicții probabilistice bazate pe categorii și pe trecut și le corectează în funcție de diferențele pe care le percepe în realitate.**

Conceptele emoționale sunt la fel ca alte concepte care nu au legătură cu emoțiile, doar că ele reunesce elemente care țin și de interocepție, adică informații despre starea corpului nostru. La nivel de bază, aceste stări, venite din senzații, iau forma **afectelor** (și bebelușii au afecte, dar nu emoții, pentru că suferă de „**orbire experiențială**” – nu au experiență de viață, care să îi ajute să formeze concepte cu ajutorul rețelelor neuronale!), pe care le putem descrie în termeni de **valență** (plăcut sau neplăcut) și **activare** (activare mare sau redusă). Dar corpul nostru se poate exprima în feluri variabile, **nu există dovezi că anumiți parametri fiziologici sunt specifici pentru frică, alții pentru furie, alții pentru bucurie** șamd. Autoarea repetă pe parcursul cărții faptul că **variația este norma**. Așa că noi nu putem spune că pentru că simțim pulsul crescut și mandibula încheștată suntem furioși, ci pentru că **am recunoscut aceste ipostaze ale emoției ca făcând parte din conceptul nostru mental de „furie”**.

Conceptul mental pentru „furie” dintr-o cultură poate să nu semene cu cel din altă cultură. Ca să putem spune că avem emoții, cercetătoarea spune că avem nevoie de două lucruri: **limbaj și intenționalitate colectivă**. Limbaj pentru că e vorba de constructe mentale, care nu există în realitatea fizică, obiectivă, și intenționalitatea colectivă prin care, împreună cu alți oameni, colaborăm fără să ne dăm seama în a crea sensuri, convenții sociale, de la bani, la instituții, la emoții. Aceste lucruri formează **realitatea socială**, diferită de cea fizică, în care au sens emoțiile. „Realitatea socială este forța motrice a culturii umane. Este perfect plauzibilă ideea conform căreia conceptele emoționale, ca elemente ale realității sociale, ar fi **învățate** de la alții în perioada copilăriei timpurii sau chiar mult mai târziu, atunci când individul se mută dintr-o cultură în alta.” (p. 185)

Ca să înțelegem emoția altcuiva nu e suficient să îi vedem fața, ca în experimentele cu fețe de actori care mimează o emoție, trebuie să percepem și **contextul** (prin simțuri dar și prin modele mentale proprii), pe baza căruia formăm spontan un concept emoțional prin care

recunoaștem ce simte celălalt. Autoarea reiterează că, oricum, **ca să avem o minte, nu e suficient să avem un creier, ci și un corp, cuvinte și context – lume, alți oameni**. Oamenii au un model mental al lumii, creierul simulează și prezice permanent ceea ce percepem și corectează erorile de predicție când informațiile din lumea externă îl contrazic.

Care ar fi **funcțiile emoțiilor**? Autoarea identifică cinci: dau sens, adică **explică** ce simțim, **recomandă acțiunea** adaptată contextului (de exemplu în cazul furiei ar fi vorba de depășirea unui obstacol), **ne reglează bugetul corpului** (adică fiziologia, de exemplu eliberarea de hormoni, în funcție de necesități), ne ajută să **comunicăm** și să avem influență **socială**, adică să influențăm experiențele altor persoane. Faptul că de obicei reușim să ne armonizăm conceptele emoționale între noi se datorează faptului că suntem în aceeași cultură, dar în continuare cineva poate „citi” la o persoană o emoție și altcineva o altă emoție, fără să putem avea vreunul dreptate!

Suntem diferiți și în termeni de „**granulație emoțională**”, de la cei cu o mare granulație, care au sute de concepte pentru emoții („Ei vor avea și concepte distincte pentru cuvinte asociate cu acestea cum ar fi „enervare”, „iritare”, „frustrare”, „ostilitate”, „mânie”, „nemulțumire”. O astfel de persoană este un expert al emoțiilor. Un somelier al emoțiilor.” – p. 141), la cei cu granulație moderată (zeci), la cei cu granulație scăzută (doar câteva denumite sau poate pot spune doar că se simt „bine” sau „rău”), până la alexitimici, care nu percep emoții, doar senzații. „Într-o situație în care o persoană cu un sistem conceptual funcțional ar simți furie, persoanele cu alexitimie simt mai degrabă o durere de stomac.” (p. 142)

Dacă e iluzorie împărțirea în module cerebrale specializate în emoții și, respectiv, rațiune, care se luptă să ne controleze acțiunile, mai există **reglare emoțională**? Nu, ea ar fi tot un concept în care creierul clasifică anumite ipostaze și interpretează altfel realitatea. Adică procesul de percepție și control al percepției continuă la momentul următor, integrând elemente noi (prin „rețeaua de control” care face corecțiile) și astfel prezicând poate o scădere în intensitate a emoției sau altă acțiune. De fapt, autoarea preferă termenul de „**recategorizare**” pentru ceea ce numim de obicei reglare emoțională.

Deci experiența e creată de mintea noastră și mintea e creată de experiență și în toată această ajustare continuă avem o parte de **control** (chiar dacă nu ne dăm seama, adică nu percepem acest control!). Și aici prefer să citez *in extenso* un pasaj legat chiar de furie și control, împotriva ideii că nu putem controla furia pentru că e o reacție automată. Mai ales că

furia poate produce nu doar efecte negative în ce privește sănătatea personală și a celor cu care interacționăm, dar poate întreține și conflicte sociale perpetuate generații la rând.

„Teoria emoțiilor construite conduce și la o modalitate complet nouă de a privi responsabilitatea personală. Să zicem că sunteți furios pe șeful dumneavoastră și izbucniți necontrolat, dați cu pumnul în masă și îi spuneți că este un idiot. În vreme ce teoria clasică ar putea atribui o oarecare vină unui presupus circuit al furiei, absolvindu-vă parțial de responsabilitate, teoria bazată pe construcție extinde ideea de responsabilitate dincolo de momentul în care se va produce vătămarea. Creierul dumneavoastră este predictiv, nu reactiv. Sistemele sale de bază încearcă în permanență să ghicească ce va urma, pentru a vă ajuta să supraviețuiți. De aceea, acțiunile dumneavoastră și predicțiile care au lansat acele acțiuni sunt conturate de toate experiențele trecute (sub forma conceptelor) care au condus la acel moment. Trântiți cu pumnul în masă deoarece creierul dumneavoastră a prezis un moment de furie, folosind conceptul „furie”, iar experiența trecută (directă sau dobândită din filme, cărți, etc) include o acțiune de lovire a mesei într-o situație similară.

Rețeaua responsabilă cu controlul, vă amintiți probabil, ajustează mereu cursul predicțiilor și al erorilor de predicție pentru a vă ajuta să selectați dintre acțiuni multiple, urmărind dacă simțiți sau nu că dețineți controlul. Această rețea poate lucra doar cu conceptele pe care le aveți. Așadar, întrebarea legată de responsabilitate, devine „Sunteți responsabil pentru propriile concepte?”. Nu pentru toate, desigur. Când ești bebeluș, nu poți alege conceptele pe care alții ți le sădesc în minte. Dar, ca adult, avem în mod cert posibilitatea de a alege la ce ne expunem și, prin urmare, ceea ce învățăm; aceasta creează conceptele care ne ghidează în cele din urmă acțiunile, fie că le percepem sau nu ca fiind deliberate. Așadar „responsabilitatea” înseamnă a face alegeri deliberate pentru a ne schimba conceptele.

Ca exemplu din viața reală, putem alege oricare dintre conflictele prelungite din lume: israelieni cu palestinieni, hutu cu tutsi, bosniaci cu sârbi, sunni cu shia. Aici aș îndrăzni să sugerez că niciunul dintre membrii în viață ai acestor grupuri nu este vinovat pentru furia pe care o simt unii împotriva celorlalți, deoarece conflictele au izbucnit cu multe generații în urmă. Dar fiecare individ contemporan poartă o anumită responsabilitate pentru continuarea acestui conflict, deoarece este *posibil*, stă în puterea fiecărei persoane să-și schimbe conceptele, și prin urmare comportamentul. Niciun conflict nu este predeterminat de evoluție. Conflictele persistă datorită circumstanțelor sociale care structurează conexiunile mentale ale indivizilor care participă la ele. *Cineva* trebuie să-și asume responsabilitatea de a schimba aceste circumstanțe și concepte. Cine să facă acest lucru, dacă nu oamenii înșiși? [...]

Dacă ai crescut într-o societate plină de ură și furie, nu poți fi învinovățit pentru că ai conceptele asociate, dar ca adult, poți alege să te educi și să înveți și alte concepte. Fără îndoială că nu este o sarcină ușoară, dar se poate realiza. Acesta este încă un argument în favoarea afirmației mele repetate, și anume că „suntem arhitecții propriei noastre experiențe”. Suntem într-adevăr parțial responsabili pentru acțiunile noastre, chiar și pentru așa-numitele reacții emoționale pe care le simțim ca fiind imposibil de controlat. Este responsabilitatea noastră să învățăm concepte care, prin predicție, să ne țină departe de acțiuni vătămătoare. Avem de asemenea o responsabilitate pentru ceilalți, deoarece acțiunile noastre modelează

conceptele și comportamentele altor oameni, creând mediul care activează și dezactivează genele pentru a ne configura conexiunile cerebrale, inclusiv pe cele ale următoarei generații.” (pp. 195-197)

Și atunci, cum facem să preluăm responsabilitatea când e vorba de furie și de acțiunile pe care le inițiem când simțim această emoție? Lisa Feldman Barrett ne dă un indiciu: „dacă ne schimbăm experiențele de azi, putem schimba persoana care vom fi mâine. (p. 217)”

Autoarea dedică un capitol recomandărilor pentru **stăpânirea emoțiilor**, începând cu acțiunile pe care le putem face **pentru corpul nostru** – alimentație sănătoasă, sport regulat, somn suficient – ca să ajutăm creierul să aibă o sarcină mai ușoară de a regla bugetul fiziologic, în caz contrar apar dezechilibre cronice greu de reechilibrat. Și alte tactici sunt utile în creșterea confortului fizic, cum ar fi **atingerea** (de exemplu, masaj), practici bazate pe mișcare și respirație precum **yoga**, plimbările în **natură**, evitarea spațiilor aglomerate și zgomotoase, sau chiar **lectura** romanelor, care **ne întrerupe din ruminăție**, un proces costisitor pentru corp. Generozitatea și recunoștința puse în act cu prietenii sau alte persoane sunt și ele benefice, așa cum este și interacțiunea cu un animal de companie.

La nivelul emoțiilor, putem acționa pentru **creșterea inteligenței emoționale** prin **creșterea granulației noastre emoționale**. E vorba de a învăța mai multe **cuvinte**, din limba noastră și din altele, de a trăi **experiențe** mai diverse, așa încât să ne rafinăm și înmulțim conceptele emoționale, ceea ce ne va permite să simțim și să acționăm mai adecvat situației – să fim mai **flexibili**. Aici e utilă curiozitatea, adică să nu ne mulțumim cu a răspunde unei situații cum avem pornirea, ci să ne întrebăm deliberat (**introspecție**) ce anume simțim în acel context - și probabil vom depista mai multe emoții. După cum vom vedea mai târziu în prezenta lucrare, această abilitate de a scormoni ca să aflăm ce mai simțim dincolo de emoția cea mai stridentă (furie, sau în fobii) e deosebit de utilă în asertivitate și tratamentul furiei. Căutarea varietății de emoții ajută la **reformularea situației**.

Creșterea granulației emoționale se referă și la emoțiile negative și la cele pozitive. Pentru ca cele pozitive să devină mai ușor accesibile – creierul să le prezică mai des – e utilă **practica notării zilnice a experiențelor pozitive**. La polul opus s-ar afla întărirea conceptelor pentru emoții negative prin ruminăție – deci mai multe nuanțe pentru emoțiile negative sunt bune, dar îmbogățirea cu ipostaze emoționale ale unui același concept emoțional negativ nu ar fi. Ce cultivăm vom culege mai des în viitor, acesta este principiul. Există situații în care și cultivarea furiei e utilă, și aici autoarea dă exemplul echipelor de

fotbal american care se pregătesc pentru meciuri prin strigăte, sărituri și mișcări agresive, care îi pregătesc pentru competiție și le întăresc legăturile cu coechipierii.

Pentru stăpânirea emoțiilor pe moment, autoarea amintește mai multe strategii. Una este mișcarea, care va schimba și starea, iar aici nu trebuie să ne ghidăm după cât chef de a ne mișca avem, ci putem paria că activând corpul ajutăm și creierul să părăsească zona de predicții în care se afundase. Ajută și schimbarea spațiului. O altă abordare este **deconstruirea emoțiilor** în senzații fizice, separarea disconfortului (e fizic) de suferință (e psihică). **Emoțiile personalizează disconfortul fizic, îl fac să pară ca un atac deliberat la adresa noastră**, în timp ce o paralelă mai utilă ar fi cu un virus, care infectează nediferențiat, fără să ne vizeze pe noi anume, personal, e de părere autoarea.

E vorba de un proces de deconstrucție (alți autori ar spune poate de-fuzionare, dez-identificare cu senzațiile) și **reconstrucție – recategorizare**. Recategorizarea presupune să interpretăm în altă cheie experiența – anxietatea ca entuziasm și nerăbdare de a începe un examen, de exemplu. Să separăm gândurile catastrofice (iată că amintește cognitivul) de durerea cronică, de exemplu.

De fapt, acest **efort de a nu lua personal senzațiile fizice** are legătură cu **eul** (*self*) nostru, care s-ar putea uneori să ne împiedice! Acest lucru se întâmplă pentru că dacă eul e foarte prețios, vom tinde să vedem în multe experiențe **amenințări la adresa eului** și vom tinde să îl protejăm. Acest accent pus pe propria persoană mi se pare deosebit de relevant în ce privește furia, care poate apărea pentru că ni se pare că am fost respinși, atacați, umiliți/micșorați (de unde pornirea de a recupera statutul prin răzbunare), împiedicați să obținem ceea ce valorizăm (deși alți autori ar numi aceste lucruri **nevoi** și nu le-ar condamna). În plus, eul acesta se solidifică, ni se pare mai stabil decât e de fapt, la fel cum și ceilalți oameni ni se par mai constanți decât sunt de fapt (și etichetăm această esență, de exemplu, „e un om rău”). Realitatea însă este că și noi și ei **suntem în schimbare** mereu și această perspectivă ne permite să vedem iarăși mai multe nuanțe în evenimente și în comportamentele celorlalți. Și eul nostru este un concept care se tot reconstruiește în funcție de context, adică putem avea curaj să îi dăm voie să se deconstruiască mai întâi. „Când suferiți un neajuns sau o insultă, întrebați-vă: Sunt cu adevărat în pericol? Ori această așa-zisă suferință amenință doar realitatea socială a sinelui meu? Răspunsul vă va ajuta să recategorizați bătăile puternice ale inimii, nodul din stomac și fruntea transpirată ca fiind simple senzații fizice, lăsând îngrijorarea, furia și descurajarea să se dizolve ca o tabletă de

antiacid în apă. [...] Atunci când classificați ceva prin „Nu are legătură cu mine”, acel lucru iese din nișa afectivă personală și are un impact mai mic asupra bugetului corpului.” (p. 239)

Această detașare se potrivește cu meditația de tip *mindfulness*, pe care o recomandă și autoarea, cu corecția că în viziunea teoriei sale, perspectiva nonevaluativă e o iluzie, pentru că de fapt creierul recategorizează experiența și nu se poate opri din a genera concepte.

Pentru reducerea personalizării și centrării pe sine, Lisa Feldman Barrett mai recomandă și **experiențele de uimire și admirație** (probabil *awe* în limba engleză), care ne fac să ne simțim mici, dar integrați într-un univers vast și extraordinar. Ca și alte tactici tratate aici, și aceasta ar reduce nivelul inflamației din corp.

Un alt aspect relevant pentru furie ar putea fi și dimensiunea interpersonală, iar aici autoarea recomandă curiozitatea pentru experiența emoțională a celuilalt, pe care e posibil să nu o percepem corespunzător – să avem concepte emoționale diferite. Așa că pentru a ne sincroniza conceptele e nevoie **să verificăm** („percepțiile despre ceilalți sunt doar supoziții, nu fapte” – p. 245) și să ajustăm ce am perceput – vom intra în acea armonie involuntară, ușor de perceput la nivel nonverbal – poziții similare, respirație sincronizată. Teoria emoțiilor construite dă destul de multă responsabilitate și emițătorului, care e dator să dea indicii clare despre ceea ce simte.

Un ultim punct interesant din această carte, care mi se pare relevant pentru lucrarea de față, este legat de faptul că domeniile științifice diferite care au același obiect de studiu folosesc deseori concepte diferite prin care se referă aproximativ la același lucru. Și în lucrarea de față vor fi amintite anumite concepte așa cum sunt ele folosite de autori în sistemul lor de referință, dar ele uneori desemnează același lucru și putem spune că sunt convenții specifice acelei comunități de gândire. Critica Lisei Feldman Barrett la adresa psihologiei devine câteva pagini mai târziu o recunoaștere a limitărilor propriului sistem conceptual:

„Mulți psihologi, de exemplu, nu realizează că fiecare concept psihologic este o realitate socială. Noi dezbatem despre deosebiri dintre „puterea voinței”, „tenacitate”, „tărie de caracter” ca și cum acestea ar fi diferite prin natura lor mai degrabă decât construcții împărtășite prin intenționalitate colectivă. Noi separăm „emoția”, „reglarea emoției”, „autoreglarea”, „memoria”, „imaginația”, „percepția” și multe alte categorii mentale, în vreme ce toate pot fi explicate ca rezultat al informației interoceptive și senzoriale, al căror sens a fost stabilit prin categorizare și cu ajutorul rețelei de control. Aceste concepte sunt în mod

clar realitate socială, deoarece ele nu există în toate culturile, iar creierul este tot creier. Deci, psihologia, ca domeniu specific, continuă să redescopere aceleași fenomene, să le dea nume noi și să le caute în locuri noi din creier.” (p. 348)

„Acum este momentul să aplic aceleași reguli în ceea ce mă privește, ca autor. Predicțiile, interocepția, categorizarea și rolurile pe care le-am descris pentru diferite rețele neuronale nu sunt fapte obiective. Sunt concepte inventate de cercetători pentru a descrie activitatea fizică din creier. [...] Teoria emoțiilor construite corespunde mai îndeaproape structurii creierului decât așa-numitele esențe psihologice sau organe mentale. În viitor, nu m-ar mira să văd că apar concepte mai utile și mai funcționale pentru structura creierului. [...] O revoluție științifică înlocuiește o realitate socială cu alta.” (p. 352)

Voi prezenta în lucrare moduri diferite de conceptualizare, unele asemănătoare, altele care se contrazic. Consider că această diversitate poate servi unei înțelegeri mai bune a furiei și a tratamentului psihologic pentru problemele asociate ei și că nu trebuie forțată o armonizare a perspectivelor. Cititorul poate prelucra critic, adică poate observa corespondențe și variații și poate pune conceptele în relație, ceea ce l-ar putea stimula să fructifice și mai mult această călătorie intelectuală.

2. Când devine furia o problemă? Normalitate, patologie și delicvență

Emoțiile, fie ele pozitive sau negative, sunt normale. Pot trece în sfera dezadaptativului (cele negative) atunci când **intensitatea sau frecvența** lor sunt mari și persoana nu le face față – e copleșită, nu se poate regla emoțional, iar în acest caz ele generează, de obicei, împreună cu cognițiile și metacognițiile, un lanț de comportamente care agravează situația persoanei. De exemplu, atunci când furia duce la violență, consecințele își spun cuvântul – relația cu persoana agresată va fi afectată, pot apărea efecte legale, reputația agresorului va avea de suferit, i s-ar putea întări convingerea că nu se poate controla, va simți poate regret sau vinovăție sau o dorință și mai mare de a se răzbuna, în cazul în care atribuie celui alt declanșarea comportamentului său – „m-a făcut să”.

Consider că există furie fără agresivitate (de exemplu furia reprimată, înăbușită, care se va exprima poate somatic) și agresivitate fără furie (de exemplu în cazul psihopaților calculați, care fac rău poate din plăcere sau metodic pentru a-și atinge diverse scopuri).

Furia este una dintre emoțiile de bază, dar are și nuanțe – iritare (dispoziție), enervare, mânie (stări), ostilitate (trăsătură, deci mai durabilă). Daniel David (2006) consideră că „**funcționalitatea/disfuncționalitatea emoțiilor** este dată de **experiența subiectivă, cognițiile asociate** (convingeri raționale *versus* iraționale) și **consecințele** acestor emoții” (p. 58). El pare să vadă furia ca pe varianta disfuncțională pentru nemulțumire, așa cum vede alte perechi disfuncțional-funcțional precum: anxietate-îngrijorare, depresie-tristețe, vinovăție-regret.

Ce convingeri iraționale/distorsiuni cognitive ar putea avea la bază furia, în **modelul cognitiv-comportamental**, care consideră emoțiile o consecință a felului în care percepem și evaluăm o situație? După părerea mea, am putea căuta factorii de menținere ai furiei recurente în stiluri de gândire precum: **gândirea dihotomică**, care poate împărți oamenii fără nuanțe, sau actele în bun/rău, drept/nedrept, **inferența arbitrară** și **abstragerea selectivă/filtrarea negativă**, pentru că de multe ori concluziile pripite se bazează pe un element al situației care acaparează toată conștiința și nu e evaluat corect, **suprageralizarea**, de exemplu în interacțiunile cu o persoană cu care are o relație proastă, când poate ajunge să reacționeze cu furie doar la vederea persoanei, ca într-un mecanism fobic în care oricât de mic ar fi stimulul, sensibilitatea dobândită la el produce o reacție disproporționată, **personalizarea și blamarea** – de multe ori persoana interpretează evenimentul ca un atac la adresa lui deși s-ar putea să nu fi fost vizat chiar deloc și blamează alte persoane, **imperativele categorice/trebuie absolutist** - toată lumea trebuie să îl trateze cu respect, are așteptări pe care poate nu le verifică cu realitatea sau nu le declară și, ca atare, când întâmpină piedici/așteptările nu sunt împlinite, ar putea avea **intoleranță la frustrare** – situații care altora li se par tolerabile lui nu i se par, nu poate accepta, va vrea să iasă din situație cât mai repede, cu orice preț, **evaluarea globală/etichetarea** – a propriei persoane, a altora – proști, ratați, speculanți șamd, a realității - țara, timpurile etc.

Înclinația de a gândi într-unul sau mai multe din aceste moduri constituie o **vulnerabilitate** (David, 2006). Iar vulnerabilitatea este implicată în patogeneza. Analizăm în mod curent un caz de tulburare mintală sau de comportament prin identificarea unor **factori declanșatori, favorizanți** (dacă e cazul), **predispozanți, de menținere** și când stabilim un

tratament etiologic ne propunem să modificăm factorii predispozanți sau de menținere, adică vulnerabilitatea, cum ar putea fi, de exemplu, acest fel de a gândi, când tratamentul se înscrie în paradigma cognitiv-comportamentală. Factorii pot fi evaluați și după alte criterii, pentru că „problemele psihologice apar ca urmare a unor interacțiuni complexe între factori genetici, învățare timpurie, factori de personalitate și factori contextuali” (Dimitriu, 2020, p. 148). Iar problema psihologică poate implica mai multe procese psihice și fizice.

David menționează un lucru demonstrat experimental, și anume că „iraționalitatea ridicată generează emoții care implică supraactivare sau subactivare fiziologică” (p. 54), iar în cazul furiei este evident că sistemul nervos autonom simpatic dirijează procesele fiziologice și pregătește pentru acțiune – care poate fi **agresiunea**, îndreptată asupra propriei persoane sau asupra altora.

Putem gândi irațional în modurile de mai sus și fără să trecem în patologie, ne putem comporta agresiv fără să ne potrivim într-un diagnostic psihiatric, ci poate vom suferi consecințele legale ale încălcării dreptului la integritate fizică al altei persoane.

Furia și agresivitatea pot constitui o problemă pentru că sunt evaluate chiar de persoană ca atare, din cauza suferinței psihice resimțite (experiența subiectivă) și a impactului în relații (a felului în care exprimă emoția), cu impact potențial în viața de familie, profesională șamd. Iată că **interpretarea subiectivă/durerea psihologică** (Dimitriu, 2020) pot fi un motiv ca persoana însăși să încadreze problema la capitolul „anormal” și să caute ajutor terapeutic pentru a dobândi abilități de **coping** și **reglare emoțională**.

Furia poate fi implicată în „**probleme ale vieții de zi cu zi**” sau poate fi un semn și un simptom care face parte dintr-un sindrom mai cuprinzător încadrat într-o categorie diagnostică prin intermediul unui manual de diagnostic cum sunt ICD-10 și DSM-V. Probabil am putea face paralela între dezechilibru și disfuncție, ultima fiind mai degrabă de domeniul patologiei pe acest continuum între normal și patologic.

În cazul adulților (peste 18 ani), la o căutare în varianta digitală a DSM-V după „furie”, „iritabil”, „mânie” și „agresiv”, am găsit acești termeni menționați la următoarele tulburări: **tulburare depresivă majoră**, **tulburarea de stres posttraumatic**, tulburarea acută de stres, factori psihologici care influențează alte afecțiuni medicale (când furia declanșează un episod de angină pectorală, de exemplu), tulburare explozivă intermitentă, **tulburare bipolară**, tulburări psihotice, **tulburare de personalitate antisocială**, **tulburare de personalitate**

borderline, tulburare de personalitate paranoidă, modificări de personalitate secundare unei afecțiuni medicale – de tip agresiv, tulburare disforică premenstruală. Dar mai sunt și tulburările care sunt diagnosticate în copilărie și se pot menține la vârsta adultă, cum ar fi tulburarea din spectrul autismului, ADHD, tulburarea afectivă cu dereglare disruptivă. Furia și agresivitatea sunt menționate și la **tulburările de somn** și de **consum de substanțe/sevraj** și apar ca manifestări posibile în multe altele, dar nu sunt semnificativ asociate cu ele.

Dacă tot aminteam de fiziologie anterior, e limpede că problemele cu somnul și consumul de substanțe afectează sensibilitatea și capacitatea noastră de autocontrol, deoarece creierul nu funcționează optim în aceste cazuri.

Când furia și agresivitatea sunt parte a unui tablou clinic al unei tulburări specifice, tratamentul urmat de terapia CBT va fi cel standard specific pentru respectiva tulburare.

În schimb domeniul care mă interesează cel mai mult în lucrarea prezentă este cel nespecific, în care furia și agresivitatea sunt undeva la intersecția dintre problemele de zi cu zi și personalitățile „dificile”. În acest sens, **modelul alternativ** de analiză a tulburărilor de personalitate inclus în DSM-V mi se pare foarte ofertant. El se referă la nivelul de funcționare a personalității și la trăsăturile de personalitate patologice.

Nivelul de funcționare a personalității se evaluează pe baza a două elemente **individuale** – **sentimentul identității și autocontrolul** - și două elemente **interpersonale** – **empatia și intimitatea**.

Tabelul 1 Elementele funcționării personalității

Funcționarea individuală:

1. **Sentimentul identității**: sentimentul individului de a fi unic, cu limite clare între propria persoană și ceilalți; stabilitatea respectului de sine și acuratețea auto-aprecierii; capacitatea și abilitatea de a controla un spectru larg de trăiri emoționale.
2. **Autocontrolul**: urmărirea unor obiective, pe termen scurt și existențiale, coerente și inteligibile; utilizarea unor standarde interne de comportament, constructive și prosociale; capacitatea de a se auto-analiza în mod constructiv.

Funcționarea interpersonală:

1. **Empatia**: înțelegerea și recunoașterea trăirilor și motivațiilor celorlalți; toleranță la diferențele de opinii; înțelegerea consecințelor propriului comportament asupra celorlalți.
2. **Intimitatea**: profunzimea și durata relațiilor cu ceilalți; dorința și capacitatea de apropiere; respectul reciproc reflectat în comportamentul interpersonal.

Figura 1 Sursa: DSM-V, p. 762

Funcționarea poate fi afectată în diferite grade, normal/redus (0), o oarecare afectare (1), afectare moderată (2), afectare severă (3) și afectare extremă (4). De la moderat în sus se poate pune diagnosticul unei tulburări de personalitate.

Putem intui că furia presupune o suspendare temporară a empatiei și este adeseori o piedică în urmarea scopurilor individuale constructive. Sentimentul identității poate fi afectat și el, dat fiind că furia apare deseori ca reacție la o amenințare percepută la propria identitate. Furia poate afecta și intimitatea, de vreme ce generează distanță.

Trăsăturile de personalitate patologice. E vorba de trăsături organizate în 5 domenii mai largi: afectivitate negativă, detașare, antagonism, dezinhibiție și psihoticism. Cele enumerate în continuare sunt listate în Tabelul 3 (pp. 779 - 781). Le-am subliniat pe cele pe care le consider posibile trăsături (nu în sensul că ar putea fi toate prezente la aceeași persoană, ci în sensul că ar putea fi prezente unele, în diverse combinații) ale persoanelor cu probleme din cauza furiei și am inclus definiția din DSM-V.

- Afectivitate negativă vs stabilitate emoțională: **labilitate emoțională** („Instabilitatea trăirilor emoționale și a dispoziției; emoțiile sunt declanșate cu ușurință, sunt intense și/sau disproporționate față de importanța evenimentelor sau situațiilor.”), caracter anxios, anxietate de separare, docilitate, **ostilitate** („Sentimente persistente sau frecvente de mânie; mânie sau iritabilitate ca răspuns la glume sau jigniri minore; comportament egoist, imoral sau răzbunător.”), **perseverare** („Persistență în efectuarea unor sarcini sau într-un anumit mod de a realiza activitățile, mult timp după ce acel comportament a încetat să fie funcțional sau eficient; continuarea manifestării aceluiași comportament în ciuda eșecurilor repetate sau a dovezilor clare că trebuie oprit.”)

- Detașare vs caracter extrovertit: retragere, evitarea intimității, anhedonie, deprimare, limitare afectivă, **caracter suspicios** („Se așteaptă - și este sensibil - la semnele care sugerează intențiile negative sau de vătămare din partea celorlalți; sentimentul că este rău tratat, folosit și/sau persecutat de ceilalți.”)

- Antagonism vs caracter agreabil: caracter manipulator, caracter necinstit, **sentiment de grandoare** („Credința individului că este superior celorlalți, motiv pentru care trebuie răsplătit printr-un comportament special; egocentrism; sentimentul că are drepturi speciale; condescendență față de alții.”), captarea atenției, **duritate** („Lipsa de preocupare față de sentimentele și problemele celorlalți; lipsa sentimentului de vinovăție sau remușcare privind efectele negative sau periculoase ale acțiunilor individului asupra celorlalți.”)

- Dezinhibiție vs conștiinciozitate: iresponsabilitate, **impulsivitate** („Acționează sub impulsul momentului, ca răspuns la stimuli imediați; acționează pe moment, fără un plan sau fără a se gândi la consecințe; dificultate în stabilirea și realizarea unor activități planificate; sentimentul de presiune și un comportament de auto-vătămare atunci când se află sub influența disconfortului emoțional.”), distractibilitate, **comportament riscant** („Angajarea în activități periculoase, riscante și potențial auto-distructive, fără a fi necesar și fără a ține cont de consecințe; lipsa de conștientizare a propriilor limite și negarea realității pericolului la care se supune; urmărirea necugetată a scopurilor, fără a ține cont de gradul de risc pe care îl implică.”), **perfecționism rigid** („Insistența rigidă ca toate lucrurile să fie ireproșabile, perfecte și fără erori sau defecte, atât în ceea ce privește activitățile individului cât și

ale celorlalți; sacrificarea datei limită de predare pentru a fi sigur de corectitudinea fiecărui detaliu; credința că există un singur mod corect de a realiza lucrurile; dificultatea de a-și schimba ideile și/sau punctele de vedere; preocuparea privind detaliile, organizarea și ordinea.”)

- Psihoticism vs luciditate: credințe și trăiri neobișnuite, excentricitate, afectare cognitivă și perceptivă.

Tendința spre episoade recurente de furie poate fi una susținută de trăsături de personalitate, poate avea la bază stiluri dezadaptative de gândire, poate fi parte dintr-un tablou clinic specific, poate fi o problemă de viață cu consecințe punctuale tranzitorii sau poate aduce consecințe extreme și de durată precum închisoarea din cauza încălcării drepturilor altor persoane. Furia este o manifestare în general interpersonală care erodează integrarea persoanei în mediul său și creează un cerc vicios de perpetuare a problemelor și insatisfacției. Aceste efecte pot fi sau nu conștientizate de persoană, care poate fi mai mult sau mai puțin dispusă la schimbare (dată fiind tendința de blamare a celorlalți, dorința ar putea fi să se schimbe ei!).

În ce privește **legătura dintre furie și sistemul de justiție**, voi apela la câteva idei interesante ale Lisei Feldman Barrett (2017). Deși este formată ca psiholog clinician, în cartea ei folosește foarte puțin limbaj psihologic și mult limbaj din zona neuroștiințelor. De asemenea, e interesată de implicațiile teoriei sale a emoțiilor construite asupra unor aspecte sociale practice, cum este un sistem de justiție, care are la bază o anumită gândire despre natura umană. Și cum teoria sa prezintă altfel natura umană, e de înțeles că are destule recomandări, cel puțin pentru sistemul juridic american. Voi prezenta doar acele idei care cred că ar avea o relevanță și în alte culturi.

Cercetarea în domeniul emoțiilor se va întâlni inevitabil cu problematici legate de **control, decizii, responsabilitate**. Unele sisteme de judecată acordă pedepse mai mici celor care au comis infracțiuni în care pare, conform teoriei clasice a emoțiilor, combătută de autoare, că raționalitatea lor a fost scurtcircuitată de emoții puternice, dintre care foarte des e amintită furia. În gândirea actuală, dacă un acuzat a fost furios (și e discutabil cum stabilesc acest lucru aceia care judecă – deseori prin **realism afectiv**, care înseamnă să credem că ce vedem e realitate obiectivă, ceea ce e fals), atunci a acționat mai degrabă automat decât premeditat, adică mai degrabă nu a acționat cu intenție, iar justiția consideră această

circumstanță una care ține de situație mai degrabă decât de persoană și asociază în general pedepse mai blânde. De asemenea, din cauza **stereotipurilor de gen**, justiția consideră mai degrabă că emoțiile unui bărbat au fost un efect al situației și mai degrabă că emoțiile unei femei au fost un efect al personalității ei.

În schimb, conform teoriei emoției construite, nu e justificată scăderea responsabilității prin prezența unei emoții intense. Pentru că avem mereu stări afective. Ele ne influențează mereu deciziile, și atunci nu mai putem spune că unii acționează irațional și alți oameni sunt imparțiali și pot lua decizii exclusiv raționale. Autoarea vede chiar **trei niveluri de responsabilitate** posibile pentru acțiunile noastre: la nivel de **comportament** (ce facem exact), la nivel de predicții ale creierului (interpretarea contextului în care acționăm într-un anumit fel, adică **inferențele mentale despre context**) și la nivelul propriului nostru **sistem conceptual** (conceptele din mintea noastră, formate cultural prin experiență directă și indirectă – un fel de scheme de credințe). Autoarea consideră că avem posibilitatea de a alege la fiecare nivel!

Este ceva „declanșat” automat în mintea noastră? Nu, doar ne pare astfel. „Emoția poate fi percepută uneori ca fiind incontrollabilă, ca o izbucnire de furie total neașteptată, dar când suntem furioși putem acționa și deliberat, punând la cale moartea cuiva. În plus, non-emoțiile, cum sunt amintirile sau ideile, pot apărea pe neașteptate în mintea noastră. Și totuși, nu auzim niciodată despre acuzați care comit o crimă într-o „criză de gândire”. (p. 274) Dar nici control absolut nu avem: „Emoțiile nu sunt devieri temporale de la raționalitate. [...] Nu sunt nici măcar reacțiile noastre la lumea din jur. Sunt construcțiile noastre despre lume. Momentele de emoție nu sunt cu nimic mai necontrolate decât gândurile sau percepțiile, convingerile sau amintirile. De fapt, noi construim numeroase percepții și experiențe și înfăptuim multe acțiuni; pe unele le controlăm, pe altele nu.” (p. 277)

Furia poate să apară când creierul nostru face predicții despre situație ca periculoasă, de exemplu, **pe baza realismului afectiv care face să pară reală amenințarea percepută**. Uneori această percepție duce la un comportament agresiv. Chiar dacă nu este penalizat legal atât de des ca și vătămarea fizică, **a cauza suferință emoțională** altei persoane poate să aibă un efect fizic asupra sănătății ei, de exemplu prin scurtarea telomerelor de la capetele cromozomilor, care înseamnă o îmbătrânire mai rapidă/o scurtare a vieții. Dacă știm asta, atunci avem mai multă responsabilitate, de exemplu pentru că se poate extinde argumentul previzibilității din sfera juridică, la care face referire autoarea. Chiar dacă cineva produce

beat un accident auto, nu e scutit de consecințe legale pe baza faptului că mintea lui era influențată de alcool, pentru că toată lumea știe ce influență are alcoolul asupra minții, deci el știa că e riscant să conducă beat – accidentul era previzibil. La fel putem extrapola că dacă știm că **exprimarea furiei** noastre (de exemplu dacă țipăm, înjurăm, denigrăm) poate **produce suferință emoțională** și modificări biologice dăunătoare asupra celorlalți, atunci responsabilitatea noastră pare și mai pregnantă.

Deci lanțul ar putea fi: a interpreta o situație ca periculoasă, a simți furie, a o exprima, a acționa, iar pe acest lanț putem avea în orice moment posibilitatea de a alege, ba chiar putem acționa și asupra verigii dinainte – sistemul nostru conceptual care ne structurează viziunea despre lume.

Emoțiile ne influențează deciziile. Și atunci **cum putem face să ne dăm seama că predicțiile noastre sunt doar presupuneri, nu realitate**, de exemplu în cazul furiei? Autoarea e de părere că prin creșterea granulației emoționale și prin **empatie** și consideră furia, în acest context, „o formă de ignoranță” (p. 294). Recomandarea este să dobândim capacitatea de a recunoaște o paletă mai largă de emoții și să ne putem imagina în locul celuilalt.

3. Tratament

3.1. Terapia cognitiv comportamentală (CBT) în abordarea furiei

Furia și agresivitatea au intrat și ele în atenția părintelui terapiei cognitiv-comportamentale, Aaron T. Beck, care a dedicat o carte acestui subiect, una care abordează problema și la nivel de grupuri, la nivel de mișcări sociale. Este vorba despre *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility and violence* (2000). Psihiatrul american schimbă tot timpul perspectiva de la nivel individual la nivel social și pune accent pe gândirea rigidă și egocentristă care naște intoleranță atât între persoane cât și între grupuri

sau națiuni. Folosește exemple clinice pentru că i se pare că în acele cazuri sunt mai evidente mecanismele care produc răspunsul violent sau gândirea răzbunătoare. Așa cum vom vedea și mai departe în cuprinsul lucrării de față, și Beck observă că furia e mai acceptabilă uneori pentru persoană decât durerea din spatele ei – a te simți rănit. Rănită este stima de sine, crede Beck, iar furia creează o falsă impresie de putere. Furia este alimentată de presupunerea că ofensa e intenționată, de suprageneralizări, dihotomii și alte tipuri pernicioase de gândire.

Distorsiunile cognitive sunt considerate de CBT un ingredient important în structurarea problemelor pentru care clienții caută tratament și sunt tot timpul pe lista de intervenții ale terapeuților formați în această abordare. Când furia este problematică (e exprimată prin comportament agresiv sau e reprimată/exprimată pasiv-agresiv, șamd) și e motivul pentru care clientul se află în terapie, el va fi educat în ce privește aceste distorsiuni și va învăța să le identifice singur în propria sa gândire, pornind de la episoadele de furie dintre ședințe, de exemplu.

Judith Belmont (2021) enumeră șase distorsiuni care generează furie: etichetarea, „ar trebui”, blamarea, exagerarea, citirea gândurilor și ghicirea viitorului. Le voi detalia pe scurt pe ultimele două, pe celelalte le-am prezentat deja în secțiunea anterioară, iar „ar trebui” primește o atenție specială de la secțiunea următoare, dedicată REBT.

Citirea gândurilor este certitudinea că știi ce gândește celălalt, iar o variantă de a îmblânzi această tendință ar fi să realizezi că faci o presupunere și poate chiar să verifici dacă e așa cum crezi. **Ghicirea viitorului** este tot o certitudine, aceea de a ști ce se va întâmpla, cum se vor desfășura lucrurile. La fel, recunoașterea că viitorul ține de posibil, nu de factual, poate ajuta la gânduri alternative mai adecvate – posibilități, dorințe, temeri. Am exagera spunând că persoana care ne enervează nu se va schimba niciodată și că știm ce a gândit despre noi/intenționat înainte să ne pună în situația respectivă. Sunt doar presupuneri, interpretări, nu informații factuale. Dacă le privim ca certitudini, acest lucru va contribui la acel sentiment că suntem îndreptățiți să fim furioși, poate chiar să acționăm agresiv.

Alte abordări recomandate de autoare ar fi un **jurnal al furiei** (pentru conștientizarea legăturii dintre situații, gânduri, emoții, comportamente și exersarea gândurilor alternative), **jocul de rol** în cabinet (pentru găsirea altor moduri de a gestiona situații provocatoare), **analiza costuri/beneficii** (am pentru ce să fac efortul mă schimb?), **cardurile de coping** (ca memento-uri cu gânduri utile pentru momentele de mare intensitate emoțională), **umorul** (pentru a câștiga distanță și a sublinia exagerarea printr-o exagerare și mai mare),

metafore/vizualizări (icebergul – vârful e furia vizibilă, în apă se ascund gândurile care susțin furia, termometrul – indică nivelul furiei, semne de circulație – reguli pentru autocontrol, de exemplu oprirea temporară, cedarea priorității sunt paralele utile), **mindfulness** (pentru poziția de observator care descrie, nu evaluează).

Majoritatea sunt explorate mai în detaliu în lucrare în secțiunile următoare. Un exercițiu interesant mi s-a părut **transformarea furiei în obiective**. Furia este recadrată ca ocazie pentru învățare sistematică în vederea atingerii obiectivului de îmbunătățire a vieții/relațiilor. Energia furiei e deviată spre un obiectiv, ceea ce seamănă într-un fel cu principiul utilizării, din hipnoterapia ericksoniană. Evenimentele/persoanele care sunt asociate cu furie sunt ocazia pentru antrenament asertiv (despre care am vorbit pe larg într-o secțiune ulterioară).

3.2. Terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT) în abordarea furiei

REBT (*rational-emotional behavioral therapy*) consideră furia o emoție dezadaptativă și scopul terapiei ar fi reducerea frecvenței și intensității episoadelor de furie. Așa cum sumariza și Daniel David, amintit anterior, Ellis și Tafrate (2017), în cartea lor dedicată terapiei furiei, consideră că emoțiile adaptative pe care persoana le va descoperi „sub” furie ar putea fi dezamăgirea, nemulțumirea, iritarea, regretul, frustrarea. Autorii remarcă faptul că, dacă oamenii își doresc adesea să scape de alte emoții dezadaptative cum ar fi deprimarea și anxietatea, rareori vor să scape de furie!

Conform **modelului ABC al REBT**, persoana trăiește un **eveniment activator** (A - *adversity*) și suferă **consecințe emoționale și comportamentale** (C - *consequences*) din cauza felului în care interpretează evenimentul prin intermediul **sistemului său de credințe** (B - *beliefs*). Aceste credințe sunt importante și prin ele persoana *își creează* furia – așa văd autorii apariția acestei emoții care se poate asocia cu comportamente agresive/abuzuri și de fapt cu multiple probleme pe termen lung: relații compromise, reputație știrbită, capacitate redusă de acțiune planificată (de exemplu în lupta politică pentru dreptate, invocată adesea ca și context în care furia e utilă, dar de fapt deturbează implicarea de la acțiuni strategice la o eliberare punctuală a energiei, poate nu chiar eficace), afecțiuni cardiace, o părere proastă despre sine care creează un cerc vicios (s-ar putea să începem să semănăm cu cei pe care îi

detestăm, răspunzând similar și apoi blamându-ne), amplificarea prejudecăților despre diverse grupuri (și atribuirea intențiilor negative), polarizarea (pozițiile se radicalizează și distanța crește, la nivel individual sau de grup).

Credințele activate de situație sunt create în copilărie dar și de-a lungul vieții și pot fi **raționale și iraționale**, cele raționale ducând la emoții adaptative, cele iraționale la emoții dezadaptative. Le putem distinge dacă suntem atenți la termenii în care sunt formulate, primele fiind exprimate ca preferințe, dorințe, iar cele din urmă ca necesități, porunci, imperative. Adică ultimele conțin de obicei termeni precum „trebuie” și „se cuvine” și exprimă așteptări contrazise de evenimentul activator.

Autorii consideră că atunci când **circumstanțele, lumea trebuie** să fie într-un fel (dreaptă, convenabilă), e încurajată depresia, când **persoana însăși trebuie** să fie într-un fel (să aibă succes, să obțină validare), e încurajată anxietatea și când **ceilalți trebuie** să fie într-un fel (să mă trateze bine, să mă respecte), e încurajată furia. Aceste credințe absolutiste sunt la baza unor caracteristici/tendințe precum gândirea catastrofică (ce s-a întâmplat e cel mai rău lucru), intoleranța la frustrare (și nu pot să suport acest lucru, e *prea* mult), evaluarea globală/etichetarea/generalizarea (de la faptă la persoana întreagă) și blamarea/autoblamarea (problema e că o persoană „rea” – eu sau celălalt – nu primește șansa de a se purta altfel, eticheta descurajează schimbarea). Credințele acestea sunt iraționale pentru că nu pot fi logic adevărate – sunt exagerate sau absurde (nu putem spune că incidentul nu trebuie să existe de vreme ce el există deja), nu pot fi demonstrate.

Acest interes pentru demonstrație, care vine după o **îndoială** sănătoasă (chiar trebuie să se poarte lumea mereu frumos cu mine?), face și el parte din abordarea REBT, pentru că modelul ABC se extinde la ABCDE atunci când trece de la a explica la a rezolva. Recomandarea este **disputarea** (D) credințelor iraționale (Ce dovezi am că e adevărat? Unde mă duce această gândire?) și notarea efectelor (E) adaptative atunci când rămân în picioare doar credințele raționale – efecte cognitive (noua filozofie), emoționale, comportamentale. Noile credințe se pot numi și **„afirmații raționale”** și pot fi notate pe **carduri de coping** sau memorate.

Autorii remarcă faptul că **întărim** credințele iraționale atunci când le tot reactivăm și de aceea furia, cu cât se exprimă mai mult, cu atât se va exprima mai mult, practic **ne antrenăm să fim furioși câtă vreme nu renunțăm la credințele dogmatice**. De aceea, se poziționează împotriva abordărilor care predică eliberarea/ventilarea furiei (țipatul în pernă, etc), pentru că

doar se întărește tendința – furia se deplasează, dar gândirea se păstrează (și parcă pare și mai îndreptățită). Sentimentul de ușurare care vine după exprimarea furiei funcționează ca o recompensă imediată care **condiționează** furia.

Prin urmare, e foarte importantă contestarea credințelor iraționale, dezamorsarea lor, prin exercițiu structurat (un formular dedicat de completat), repetat cu fiecare ocazie. **Simpla conștientizare** a faptului că ne autosabotăm nu e suficientă, exercițiul e necesar – **dobândirea abilității de disputare** (cu alte cuvinte, de restructurare cognitivă pentru eliminarea credințelor care mențin furia – factori de menținere). Până la urmă, în tradiție comportamentală, oricum am răspunde furiei, acest răspuns ne învață ceva: dacă ieșim din ceartă să facem o plimbare și nu revenim în discuție **învățăm să evităm** (autorii recomandă această acțiune doar la începutul unui proces de schimbare, când alt comportament e momentan inaccesibil), despre ventilare am scris mai sus, dacă rămânem mulțumiți de furia noastră pentru că îi forțează pe ceilalți să facă ce vrem noi, **învățăm să obținem cooperarea cu forța** (dar și necooperarea pe la spate și minarea relațiilor în timp).

Alte câteva strategii REBT pentru reducerea furiei

În afară de disputare și de reformulare în termeni raționali a credințelor (preferințe, observații despre faptul că deși sufăr, pot să suport, despre faptul că oamenii sunt ființe imperfecte și că merită stimă/autostimă ca ființe umane, nu pentru merite deosebite etc), cei doi autori enumeră o serie generoasă de exerciții. Toate eforturile de schimbare sunt recomandate într-un **mindset de acceptare de sine – ceea ce se aseamănă cu autocompasiunea**, dat fiind că se referă atât la acceptarea propriei imperfecțiuni și recunoașterea suferinței, cât și la asemănarea cu alți oameni imperfecti supuși condiției umane. Toate exercițiile sunt recomandate zilnic pentru în jur de două săptămâni și pot fi însoțite de recompense pentru întărire (sau pedepse în cazul neefectuării!).

Imageria rațional-emoțională este un antrenament prin care persoana își imaginează o scenă din viața sa în care s-a înfuriat și re trăiește furia, cu scopul de a-și înlocui furia cu alte emoții, dar adaptative. Odată intrat în contact cu ele (se simte dezamăgită, tristă etc), indicația este să distingă credințele raționale de la baza lor. Deci e vorba de schimbare via emoții. O altă variantă de imagerie, în care scopul este emoțional, este readucerea în imaginație a unor experiențe plăcute cu persoana în legătură cu care a apărut furia, așa încât să apară emoțiile pozitive asociate. Ce învață persoana e că furia nu e obligatoriu să persiste, poate fi urmată de emoții funcționale după un efort deliberat în acest sens, deci că are **posibilitatea de alegere**.

Exercițiile de atacare a rușinii sunt un fel de experimente comportamentale (a cânta pe stradă, a purta ceva ridicol în public, dar și a cere schimbarea farfuriei la restaurant, a refuza ceva cerut insistent șamd) prin care persoana are ocazia să constate că rușinea, jena și a fi dezaprobat social nu sunt de nesuportat și sunt temporare. Aflând prin experiență acest lucru, e mai probabil ca ulterior să aibă curajul de a-și asuma diverse riscuri în demersuri importante pentru ea – de exemplu de a-și exprima poziția asertiv în loc de a ceda și a face un lucru cerut de altcineva, împotriva propriei voințe, ceea ce ar fi dus la furie față de acea persoană. Adică, sunt de părere autorii, uneori furia are rolul de a masca rușinea/jena și reiese că prin aceste exerciții dispare necesitatea de mascare – ne putem exprima cu tot cu jenă.

Jocul de rol are tot scopul de a crește curajul de a acționa asertiv, de data aceasta pentru a confrunta pe cineva care ne-a provocat un neajuns. Sunt importante repetiția și feedbackul primit de la grup, dacă e vorba de o terapie de grup. Aici, chiar dacă e posibil ca persoana să comunice partenerului de rol că simte furie, ea va fi ajutată și să înțeleagă prin ce idei și-a creat această stare. Adică nu este o ventilare pur și simplu.

REBT crede în educație, în atenuarea predispozițiilor genetice și în modele – terapeuții modelează pentru clienți diverse comportamente în terapie, iar în afara ei recomandă identificarea de modele pozitive în anturajul clientului. Un lucru interesant mi s-a părut indicația de implicare a clienților furioși în **activități constructive de grup**, eforturi comune cărora să li se dedice, pentru **combaterea alienării** care apare uneori în ce îi privește, din cauza ostilității. Altă abordare destul de specifică lui Ellis este **umorul**, mai precis folosirea autoironiei față de propriile credințe iraționale pentru a balansa seriozitatea furiei – putem crea cântece sau declarații sau alte texte prin care să ne exprimăm hiperbolic pretențiile narcisice infantile ca universul să ni se supună, ceilalți să ne facă toate poftele șamd. Iată că și creativitatea are rolul ei!

Abilitățile de **rezolvare de probleme** sunt și ele antrenate în această terapie, pentru că deseori situația se poate schimba, adică persoana o poate influența (uneori oamenii furioși trăiesc cu mari **deprivări**, pe care le-ar putea corecta dacă ar avea abilitățile potrivite). Un alt exercițiu care implică liste este și **precizarea referentului**, adică detalierea, conturarea pluralistă a comportamentului persoanei care ne-a rănit – lista de aspecte pozitive, așa încât să ne **lărgim perspectiva**.

Distragerea este și ea recomandată *pe moment*, pentru reducerea furiei. Cum furia se hrănește din ea însăși, este importantă dezamorsarea ei cât mai rapidă. **Relaxarea musculară**

progresivă e și ea o tehnică pe care se bazează altele de reducere a furiei: mai întâi, prin RMP, persoana învață diferența dintre încordare și relaxare în corp și deci dobândește **capacitatea de a recunoaște încordarea/relaxarea** care apar în diverse situații de viață la nivel fizic. Ulterior, capacitatea exersată de relaxare rapidă este preluată în alt exercițiu, un fel de desensibilizare progresivă (răspunsul de încordare e înlocuit cu cel de relaxare), prin care persoana rememorează o scenă în care a trăit furie, re trăiește această emoție, apoi aplică relaxarea musculară. Reia acest ciclu de generare a furiei la nivel emoțional și apoi de generare a relaxării la nivel fizic, cu scene tot mai intense. Ulterior, va putea genera relaxarea și *in vivo*, în situații dificile.

Temele pentru acasă sunt frecvent folosite în REBT și multe dintre ele seamănă cu expunerile gradate, deși autorii nu folosesc acest termen, pentru creșterea toleranței la frustrare/la alte emoții – de exemplu și la ostilitatea altora. Poate fi vorba, la capitolul teme, da păstra legătura cu persoana care „ne-a greșit” deși e neplăcut (deci o expunere la disconfort, anxietate), confruntarea persoanei poate inițial pe subiecte mai puțin importante, apoi pe subiectul cel mai spinos. Pentru creșterea asertivității, autorii recomandă mai multe antrenamente, le amintesc pe scurt, pentru că am dedicat mai jos o secțiune specială asertivității. E vorba de asumarea unor riscuri, de a face cereri care ar putea fi refuzate, de a refuza, de a face ceva considerat ridicol, de a fi asertiv relaxat (ton, etc, deci fără a lăsa furia să contamineze comunicarea), de a confrunta cu curaj (deci suportând frica, dezaprobarea, a fi nepopular). E importantă pregătirea (cum spuneam, de exemplu prin joc de rol), dar și distincția dintre comportamentul asertiv, nonasertiv și agresiv, însoțită de înțelepciunea de a sesiza gradul de asertivitate potrivit situației.

Este de reținut că REBT valorizează preferințele, dorințele, și le opune necesităților, nevoilor (le asociază cu „trebuie”), ceea ce vom vedea că nu este și viziunea altor abordări terapeutice, care văd nevoile ca pe lucruri bune, legitime, profund umane (opun nevoii pretenția).

3.3. Asertivitate în locul stilului agresiv de comunicare

În cartea sa, *Anxietatea și fobia*, Bourne (2009) dedică un capitol asertivității. Pornește de la enumerarea a 5 stiluri posibile de comunicare (deși el spune „de comportament”): **asertiv, obedient, agresiv, pasiv-agresiv și manipulator**. E posibil ca fiecare om să aibă un

stil predominant dintre acestea, dar e probabil ca răspunsul său să și varieze în funcție de situație. Antrenamentul pentru creșterea asertivității are drept scop să îi ajute pe oameni **să își exprime mai ușor emoțiile/poziția, să ceară ceea ce vor sau să refuze o propunere**. Pentru aceia care au tendința de a răspunde agresiv, asertivitatea este deci o alternativă care îi va ajuta să se exprime pe sine fără să încalce drepturile celorlalți, așa cum se întâmplă de obicei prin răspunsurile agresive.

Conform aceluiași autor, pentru creșterea asertivității e nevoie de antrenarea mai multor abilități: de **comunicare nonverbală** (privirea directă, poziția corpului deschisă, orientată spre interlocutor, ton calm), **de asumare a drepturilor personale** (vezi lista de mai jos – de reținut că sunt și drepturile celorlalți!) de **conștientizare a emoțiilor, nevoilor, dorințelor** proprii (doar așa putem exprima și cere ceva, dacă ne e clar ce avem de exprimat și ce dorim – fără să presupunem că se înțelege!), de **exersare și planificare a răspunsurilor asertive** (în scris și prin joc de rol), de **asertivitate spontană** (care începe direct cu cererea, în situații neașteptate de zi cu zi) și de **refuz** (simplu, direct, cu sau fără explicații, în funcție de situație și relație).

Pentru planificarea răspunsului asertiv, autorul preia un model de la Sharon și Gordon Bower (2004). În primul rând, e importantă **descrierea specifică a situației în care persoana vrea să răspundă asertiv**, iar această descriere ar trebui să conțină informații despre cine e implicat, când și ce se întâmplă deranjant, cum tinde să răspundă de obicei cel care ar vrea să răspundă asertiv, ce temeri are legat de ce s-ar putea întâmpla dacă răspunde asertiv și care este obiectivul anume al răspunsului – ce vrea să obțină.

După clarificarea situației prin această descriere, poate fi plănuit răspunsul. (1) Mai întâi, e vorba de a-și da seama care sunt drepturile încălcate în situația respectivă. (2) Apoi, trebuie stabilit un moment potrivit pentru discuție. (3) Mai departe urmează **prezentarea impactului situației asupra persoanei** – cum te deranjează anume, ce nu poți să faci în acele condiții. (4) Vine în continuare **momentul exprimării emoțiilor – la persoana I** („mă simt”), pentru că emoțiile noastre sunt generate de **percepția și interpretările noastre asupra evenimentelor**, nu direct de cealaltă persoană, iar o exprimare acuzatoare de tipul „mă faci să” nu ar fi utilă cooperării, pentru că ar crea la celălalt nevoia de a se apăra. (5) Este acum timpul pentru **exprimarea cererii**, direct, onest, concret – ce vrea persoana (deci o dorință, nu un ordin sau o constrângere, dar fără ca dorința să fie înmuiată de scuze sau justificări). E bine să exprimăm **o singură cerere și ea să fie legată de comportamentul**

celeilalte persoane – ce vrem să modifice. A reclama persoana ca ansamblu în locul unui comportament specific e contraproductiv (o exagerare și o încălcare a drepturilor celui alt).

(6) Ultimul pas e rezervat mai degrabă relațiilor apropiate, în care putem sublinia **consecințele pozitive ale cooperării sau pe cele care decurg *natural* din necooperarea repetată a celui alt** (deci nu o consecință impusă arbitrar de noi, ceea ce ar semăna cu o amenințare și ar crea o reacție defensivă).

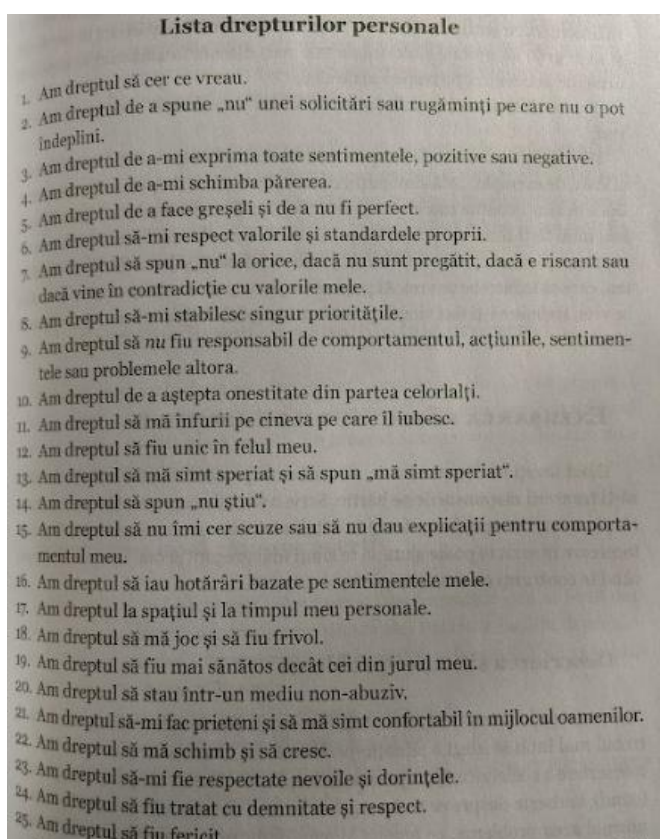


Figura 2. p 371

Asertivitatea spontană e necesară în situații neprevăzute, de aceea răspunsul trebuie să fie mai eficient – să înceapă cu cererea. Tocmai această încălcare neprevăzută a drepturilor este ceea ce stârnește adesea furia și atunci e cu atât mai important să fie antrenat prin exercițiu reflexul de a răspunde asertiv. Când un șofer ne taie banda, cineva sare rândul la magazin, un prieten întârzie la o întâlnire, un vânzător e prea insistent, părinții ne pregătesc o masă specială și ne cultivă vinovăția dacă am refuza când noi aveam alte planuri șamd – sunt situații care apar și, în funcție de sensibilitățile noastre specifice, ne pot irita sau chiar înfuria. Dar după ce ne dăm seama de emoție, putem alege un răspuns asertiv – facem o cerere, refuzăm politicos și repetat, în funcție de situație. A spune „nu” poate fi resimțit ca inconfortabil, dar acesta nu e un motiv de descurajare. Mai mult, exprimarea motivelor nu e

necesară întotdeauna, doar în relațiile apropiate, în care putem propune și o alternativă – doar dacă realmente ne-o dorim, nu din vinovăție că am refuzat propunerea inițială.

Alți autori au alte modele de exprimare asertivă. De exemplu, Conrad și Suzanne Potts (2017) propun un model bazat pe **strategia de negociere win-win**, care presupune o atitudine de recunoaștere a nevoilor ambelor părți, orientată pe găsirea unei soluții. Avantajele identificate de autori (pp. 49-50) sunt eficiența, încurajarea creativității prin flexibilitate, o implicare mai mare a părților, concentrarea pe rezolvarea problemelor, contribuția la relații de încredere, bazate pe respect. Aici, **după exprimarea cererii/dorinței/nevoii, urmează aflarea nevoilor celuilalt, prin întrebări, apoi verificarea că am înțeles ambele poziții și, la final, căutarea comună a soluției.** O variantă particulară a modelului este dedicată refuzului asertiv, în care mai întâi recunoaștem cererea celuilalt, refuzăm și dăm motivele reale pentru acest lucru și, la sfârșit, exprimăm ce suntem dispuși să facem eventual în viitor, în alte condiții.

Personal, acest model mi se pare mai util, în special în cazul relațiilor cu cunoscuți, pentru că arată celuilalt că e înțeles, ceea ce estimez că protejează relația și descurajează insistențele care ar putea decurge din nesiguranța celuilalt că noi chiar am înțeles ce și de ce ne propune.

Totuși, pentru cei la care furia este foarte rapidă și intensă, e posibil ca această **empatie**, chiar dacă doar cognitivă, să fie foarte greu de obținut pe moment: oricum este un efort deblocarea minții acaparate de furie pentru a clarifica ce anume e deranjant, care e triggerul și dacă e o situație în care e cazul să cerem ceva sau poate doar să reevaluăm ce am perceput, dacă ne dăm seama că interpretarea noastră e foarte puțin susținută de fapte.

Un alt autor care a abordat tema comunicării asertive, chiar dacă el nu folosește acest atribut, ci scrie despre **comunicarea nonviolentă**, este Marshall B. Rosenberg (2014), format ca psiholog clinician și psihoterapeut sub îndrumarea lui Carl Rogers. Modelul său este dedicat atât comunicării unu la unu, cât și moderării discuțiilor de grup în care părțile sunt pe poziții de adversitate, cum ar fi negocierile pe teme rasiale sau teritoriale, existând deci și ambiția unui impact în prevenirea violențelor în societate, un efort pacificator. De asemenea, el se referă atât la postura de vorbitor, cât și la cea de ascultător, dar pașii pe care îi recomandă sunt aceiași.

Comunicarea nonviolentă presupune să parcurgem patru etape când ne exprimăm:

- „Acțiunile concrete pe care *le observăm* și care ne afectează starea de bine
- Ce *simțim* în legătură cu ce am observat
- *Nevoile*, valorile, dorințele etc. ce dau naștere sentimentelor noastre
- Acțiunile concrete pe care le *solicităm* pentru a ne îmbogăți viața” (p. 30)

E vorba de a observa fără judecarea celuilalt (observare versus evaluare), așa cum ne îndeamnă tendințele automate de a clasifica și eticheta comportamentul sau persoana care produce în noi un disconfort. E vorba de a deplasa această analiză asupra propriei persoane, pentru a identifica la noi ce emoții simțim, ce nevoi avem și cum am dori să ne ajute celălalt să le împlinim. Ideea ar fi că **în spatele fiecărei judecăți, se află de fapt o nevoie neîmplinită și că ne vine foarte ușor să verbalizăm judecata și foarte greu să dezvăluim nevoia**. Cauzele ar putea sta în educație și în cultura din care provenim, de exemplu ne putem imagina că anii de comunism și-au imprimat asupra românilor imperativul de ascundere a adevărului personal de teama pedepsei.

Evenimentele și persoanele despre care spunem că „ne fac să” sunt de fapt doar stimuli, nu și cauza emoțiilor noastre, prin urmare autorul face apel la **asumarea responsabilității personale pentru felul în care ne simțim**. Cauza furiei, de exemplu, spune el, este felul în care gândim – judecățile (sunt furios deoarece consider că sau sunt furios pentru că nu e împlinită nevoia mea de – nu pentru că ei au făcut și trebuie pedepsiți). Pentru creșterea responsabilității, recomandarea este **să evităm limbajul de lemn**, exprimarea impersonală „se dorește a se face”, „trebuie”, dar și limbajul acuzator. De fapt, ne ajută mai mult să ne privim acțiunile ca pe niște alegeri, încercând să înțelegem ce nevoi ne împlinesc ele. Într-un fel, e vorba și de **antrenarea sincerității cu propria persoană**.

E interesant că Marshall opune comunicării nonviolente comunicarea alienantă, care în loc să creeze rezonanță între oameni, creează distanță și adversitate. De exemplu, comunicarea alienantă folosește ordine, nu cereri, tratează oamenii după merit, își are originea într-o formare autoritară, care penalizează.

Pentru fiecare etapă a modelului (ce observi, ce simți, ce vrei, ce ceri), autorul recomandă **claritate și concretețe**, așa încât cel care receptează comunicarea să nu o perceapă ca pe o critică, o exagerare/generalizare, ci să se poată conecta la nevoile noastre – într-un fel, căutăm cel **mai mic numitor comun, am putea spune, umanitatea din**

amândoi. Desigur, pentru a putea fi clar și concret, e nevoie de antrenarea abilităților de identificare a propriilor emoții. Ca și alți autori, oferă și acesta liste de emoții, pentru ca mai întâi să ne consolidăm **vocabularul emoțional** - și **să nu confundăm gândurile cu emoțiile**. Acest avertisment vine cu exemple – „mă simt neimportant” e un gând, o judecată, așa cred că mă consideră alții, iar emoțiile ar putea fi „trist, descurajat” sau altele.

Autorul consideră că un om s-ar putea afla în unul din trei stadii de evoluție emoțională în contextul comunicării: (1) sclavie emoțională, în care ni se pare că depinde de noi cum se simt ceilalți, (2) stadiul nesuferiților – furia prin care protestăm față de a fi responsabil de sentimentele altora și (3) eliberarea emoțională, în care ne dăm seama că suntem responsabili pentru scopul și acțiunile noastre.

Legătura dintre emoție și nevoie s-ar face, spune autorul, cu ajutorul formulei „Mă simt... pentru că am nevoie de...” (p. 87). În opoziție cu tendința automată prin care legăm emoția de ceea ce a făcut celălalt.

CÂTEVA NEVOI DE BAZĂ PE CARE LE AVEM CU TOȚII	
Autonomie	
• a ne alege obiectivele, scopurile, valorile	• a ne alege planurile pentru împlinirea obiectivelor, scopurilor, valorilor
Celebrare	
• celebrarea vieții și a viselor împlinite	• deplângerea pierderilor: celor dragi, a viselor, etc. (doliu)
Integritate	
• autenticitate	• sens
• creativitate	• stimă de sine
Interdependență	
• acceptare	• empatie
• apreciere	• onestitate
• apropiere	• iubire
• comunitate	• asigurare
• considerație	• respect
• contribuție la îmbogățirea vieții	• sprijin
• siguranță emoțională	• încredere
	• înțelegere
Subzistență	
• aer	• odihnă
• hrană	• exprimarea sexualității
• mișcare	• adăpost
• protecție față de entități ce amenință viața: viruși, bacterii, animale de pradă	• atingere
	• apă
Joc	
• distracție	• râs
Comuniune spirituală	
• frumusețe	• ordine
• armonie	• pace
• inspirație	

În ce privește **formularea unei cereri**, autorul recomandă să fie clară (nu vagă) și în **formă afirmativă** – să cerem ce vrem să facă celălalt, nu ce să nu facă. De multe ori e mai greu să identificăm ce vrem să facă, dar știm foarte bine ce vrem să nu facă. Totuși, șansele sunt mai mari să ne fie împlinită cererea dacă o formulăm afirmativ și concret. Căutând această formulare, e posibil să ne dăm seama că ceea ce ne-am dori e exagerat. Deci procesul însuși se dovedește util.

La acest capitol, al cererilor, Marshall face **distincția între cerere și pretenție**: prima presupune empatie față de celălalt, a doua face apel la vinovăția celuiilalt – e o impunere, un apel la datorie. Cererile, în schimb, lasă celuiilalt libertatea de a alege. Auzind o pretenție (ceva ce pretindem), în schimb, celălalt se va supune sau se va revolta. Iată aici o diferență față de prima carte despre care am vorbit în acest subcapitol, care lista drepturile noastre, în timp ce aceasta listează nevoile, iar paralela se păstrează între ce pretindem și ce cerem.

În opinia mea, poate cel mai util mesaj al cărții pentru cei care au dificultăți în a-și controla furia ar fi cel legat de **ascultarea empatică**. Aici, ascultarea e un proces activ prin care traducem ce spune celălalt în sentimente și nevoi – îi spunem cum credem că se simte și ce nevoi credem că are (parafrazăm). Deci **în loc să „încasăm” mesajul lui despre noi, care ar putea fi o judecată care să ne declanșeze furia, ne focalizăm pe a-i înțelege emoțiile și nevoile**. Iată un *insight* al autorului, care se leagă foarte bine de accentul pus pe starea de siguranță ca soluție la furie, de care vom vorbi mai târziu în lucrare, la subcapitolul legat de terapia bazată pe compasiune: **„Cu cât empatizăm mai mult cu o persoană, cu atât ne simțim mai în siguranță”**. (p. 166) Pentru că nu o mai vedem ca pe un monstru, cum spune mai târziu. Autorul remarcă și că ne e mai dificil să empatizăm cu persoane pe care le considerăm superioare – de exemplu ierarhic, la serviciu.

Pe de altă parte, uneori avem noi nevoie de empatie înainte de a o putea utiliza pentru alții: „Dacă am impresia că sunt umilit și se profită de mine, este posibil să fiu prea rănit, prea furios sau prea speriat ca să mai pot empatiza. Într-un astfel de moment, ar fi bine să mă retrag din situație ca să-mi ofer mie însumi empatie sau să o solicit dintr-o sursă de încredere. După ce am descoperit nevoile care au fost atât de intens stimulate în interiorul meu și după ce am primit empatie pentru ele, sunt pregătit să mă întorc și să empatizez cu celălalt. Când suferim, recomandarea mea este ca mai întâi să obținem empatia necesară pentru a trece

dincolo de gândurile care ne ocupă mintea și să ne putem recunoaște nevoile profunde.” (p. 167) Vom vedea mai târziu în lucrare că această empatie poate lua forma autocompasiunii.

Dând exemplul unei persoane depresive, autorul sugerează că putem folosi ascultarea empatică și cu noi înșine, traducând ce spun acele voci critice din mintea noastră în emoții și nevoi. Iată că, fără să vrea, Marshall ne îndrumă spre un mod cognitivist de a ajunge la mesaje mai realiste pe care ni le spunem chiar nouă. Abordarea lui e similară cu exercițiile prin care clienții învață să pună la îndoială gândurile negative și să le înlocuiască cu unele alternative, adaptative. La Marshall nu e un proces de evaluare a adevărului criticii, ca în CBT, în schimb, ci de **deplasarea atenției** pur și simplu, spre cum mă simt acum și ce am nevoie să obțin. E tot o gândire adaptativă.

3.4. Mindfulness

Dar iată că ne putem folosi atenția și altfel. *Mindfulness*, conform lui Kabat-Zinn (1994) înseamnă „a fi atent într-un mod specific: intenționat, în momentul prezent, fără a judeca”. Practicile *mindfulness* își au originea în budism, fiind unul dintre tipurile de meditație pe care le cultivă călugării de mii de ani. În ultimii 50 de ani, cultura occidentală a preluat și laicizat unele dintre aceste practici și comunitatea științifică a început să le studieze efectele asupra stării psihice, pornind de la studii imagistice pe călugării cu mii de ore de practică până la oameni obișnuiți care au trecut prin programe de meditație de câteva săptămâni. Efectele asupra creierului („îndesirea” conexiunilor din anumite structuri cerebrale) și asupra unor abilități mintale diverse au fost între timp tot mai investigate. Antrenarea capacității de conștientizare prin *mindfulness*, mai ales dacă se adaugă și o componentă de *loving-kindness*, susține reducerea distorsiunilor cognitive și scăderea anxietății și a stărilor negative. (Sears & Kraus, 2009)

Într-un fel, *mindfulness* este opus atât reveriei/pierderii în gânduri, cât și stării de *flow*, acea stare de transă de care vorbea Csikszentmihalyi (2015), în care ne pierdem într-o activitate care ne place foarte mult și care face ca totul în jur să se estompeze, cu beneficii în

performanța noastră. În schimb, *mindfulness* e o permanentă revenire la prezent, la ce aduce el în conștiința noastră, activarea unui **eu observator** care nu se lasă luat de niciun fel de val (de idei, emoțional, etc) ci **revine sistematic la prezent** – la corp, la simțuri, la ceea ce percepem prin ele și la stările și gândurile noastre care se schimbă tot timpul. Această **schimbare permanentă** este un element important în budism și, de altfel, și în psihologie. Deși clienții psihoterapiei pot avea impresia că o emoție negativă ar putea dura la nesfârșit și de aceea pot face eforturi să o evite, realitatea este că emoțiile se schimbă tot timpul, la fel și intensitatea lor – dacă suntem prezenți, putem să observăm acest fenomen.

În ce privește subiectul nostru, intervențiile bazate pe *mindfulness* par a fi recomandate de cercetările recente (Samuelson et al., 2007) care au urmărit efectele de scădere a ostilității și furiei în urma unui program de antrenare a conștientizării, chiar în închisoare, un univers în care constrângerea ne putem imagina că predispune și mai mult la frustrare, mai ales dată fiind populația respectivă.

Kolts (2012) propune practicile de tip *mindfulness* ca metodă prin care oamenii a căror viață e afectată de furie să reușească, prin antrenament repetat, **să detecteze mai repede senzațiile, emoțiile și gândurile generate de situațiile declanșatoare și să le observe de la o distanță protectoare, ca pe niște evenimente mentale/senzoriale trecătoare**. Cu avantajul vitezei și detașării, **persoana câștigă într-un fel timp și spațiu pentru a reacționa deliberat**, fără să alimenteze furia și să piardă controlul.

Există multe tipuri de exerciții de *mindfulness* și atitudinea de **curiozitate** este foarte utilă în acest tip de explorare: de la a mânca un bob de strugure foarte încet, cu atenția la impactul lui asupra tuturor simțurilor, la exercițiile de scanare a corpului din cap până în picioare – *body scan*, care obișnuiește practicantul să își observe senzațiile din fiecare segment al corpului, la **observarea disconfortului** din corp și **acceptarea** lui – fără a încerca modificarea!, la observarea respirației, pur și simplu.

Chiar acest tip de practici pot crea la început **frustrare**, pentru că novicii își doresc să se concentreze în acele minute fără să le zboare mintea la altceva, ceea ce nu e de fapt posibil. Ei vor fi instruiți că exact acele **distrageri** sunt „profesorii” lor, pentru că sunt ocazia ca ei să le observe nonevaluativ (adică fără să le considere dezirabile/indezirabile), **să le eticheteze descriptiv, ca senzație/emoție/gând de un anumit tip**, și apoi să revină la obiectul ales anterior pentru focalizarea atenției – respirația sau altceva. Respirația este un astfel de obiect des întâlnit în aceste practici, recomandat de câteva calități esențiale: este mereu prezentă cu

noi, dar și suficient de discretă (sau am putea spune chiar plictisitoare!) ca să nu fie acaparantă și deci să lase loc acelor distrageri care antrenează „mușchiul” *mindfulness*. E un proces automat la care nu suntem obișnuiți să fim atenți, pentru că nu e nevoie. Dacă respirația e folosită și pentru relaxare, atunci un anumit ritm al ei (de obicei prin focalizarea pe respirația diafragmatică și pe lungirea expirației), poate induce trecerea la sistemul nervos autonom parasimpatic, numit uneori în literatură „*rest and digest*” sau „*tend and befriend*”, prin prisma confortului pe care ni-l aduce, al stării de siguranță.

În cartea sa, Kolts (2012) apelează la un model bazat pe 3 sisteme de reglare emoțională, care să explice stările noastre. E vorba de **sistemul de alarmă și protecție, sistemul de motivație și sistemul de siguranță**. Sunt presupuse circuite specifice ale creierului, procese care activează anumite structuri și o anumită biochimie. Primul ar avea deviza „Sunt atacat!”, al doilea „Vreau să obțin asta!” și al treilea „Sunt în siguranță și valoros”.

Primul se asociază cu emoții precum **furia**, frica, anxietatea și dezgustul, cu reacția de stres – eliberarea hormonilor specifici – și cu acțiuni precum „luptă” sau „fugi”; sau „îngheață”, în situații speciale. Învățăm foarte repede când suntem în această stare – vezi cazul fobiilor și al altor reacții la stimuli care au o anumită conotație de pericol pentru noi. **Atenția noastră devine concentrată pe ce ne-ar putea informa în continuare despre pericol**, ca să ne putem apăra, deci suntem captivi în efortul de a detecta amenințări și e greu să ne desprindem – gândurile alimentează impresia de pericol.

Al doilea reglează emoții pozitive, ca și al treilea. Aici este vorba despre realizări, atingerea scopurilor, despre activism, productivitate, acumulare de resurse. Se asociază cu emoții precum entuziasm, dorință, plăcere. Această configurație ne dă energia să ne urmărim obiectivele și presupune eliberarea de dopamină și alte substanțe care ne mobilizează în cursa de a obține ce vrem. **Piedicile din acest drum ne pot activa și sistemul de alarmă, în schimb, pentru că ne trezesc frustrare sau chiar furie**. Gândurile asociate cu acest sistem sunt legate de cum *ar trebui* să fie lucrurile ca noi să reușim și, când realitatea ne contrazice, ne indignăm – nu ne place să nu avem noi controlul când urmărim un scop.

Al treilea sistem este cel care ne aduce alinare, mulțumire și se asociază cu emoții precum pace, serenitate, siguranță și **conectare cu ceilalți**. Spre deosebire de primele două, care sunt mai degrabă adversative, acesta ne îndeamnă spre **colaborare**. Aici nu e vorba de

necesitate, de urgență, ci de liniște, de calm, de a fi într-un prezent confortabil, în care ne simțim calzi și atașați de ceilalți, avem încredere și vrem să avem grijă de ei.

Sistemul de siguranță ne poate „extrage” din strânsoarea furiei și ne poate calma, iar practicile *mindfulness* sunt una dintre metodele care ne pot aduce în această stare, dacă nu de bunăvoință și căldură, cel puțin de **detașare și echilibru, prin care gândurile despre pericol nu mai sunt „automat” crezute ca certitudini** ci sunt luate ca posibile, în confortul celorlalte experiențe simultane din prezent – nu mai sunt atât de „lipicioase” aceste gânduri. În cuvintele călugărului budist Ajahn Brahm, este vorba dea dobândi „mintea de teflon”.

„Când suntem conștienți, suntem deschiși la varietatea experiențelor umane (nu doar la cele plăcute) și le acceptăm pe toate fără să ne agățăm de ele sau să le respingem. [...] Eurile noastre conștiente, care au compasiune pot accepta și tolera situații dificile și pot să lucreze cu **lucrurile așa cum sunt, nu așa cum am prefera să fie.** [...] Acceptarea conștientă ne ajută să învățăm să nu ne mai alimentăm furia și nemulțumirea cu gânduri precum *Totul merge prost! E groaznic! Nu suport asta! Când se va întâmpla să pierzi starea de conștientizare și să aluneci înapoi în acele moduri de gândire (și așa va fi), poți să regăsești această stare oricând observând acele gânduri drept ceea ce sunt. Ah... gânduri furioase! Vă recunosc! Încercați să mă țineți captiv în furie. Ce minte încântător de șireată am!”* (Kolts, 2012, p. 126)

Despre alte moduri de a activa această stare de siguranță chiar în acele momente, în care furia riscă să determine comportamente agresive care pot afecta calitatea vieții și a relațiilor, vorbește terapia bazată pe compasiune.

3.5. Terapia focalizată pe compasiune (*compassion-focused therapy - CFT*)

Inițiatorul și principalul teoretician al CFT este Paul Gilbert, psihoterapeut englez și profesor de psihologie clinică, care explică modelul acestei orientări într-o carte din seria *The CBT Distinctive Features*, dedicată terapiilor cognitive și comportamentale recente (2010). CFT se bazează pe progresul unor domenii precum neuroștiințe, psihologie evoluționistă și psihologie socială și împrumută de la budism viziunea asupra compasiunii – a fi sensibil la suferința ta sau a celorlalți, cu motivația de a o atenua. A fost creată pentru clienții care

provin deseori din medii abuzive, cu probleme mintale complexe, legate de rușine și autocritică, și folosește generarea emoțiilor pozitive cu activare redusă, din sfera liniștii și a siguranței, asociate cu o anumită funcționare neuroendocrină. Terapeuții sunt și ei orientați spre conectare și siguranță, spre a crea un mediu protector în care clienții să își înfrunte frica de a simți căldură și apropiere, sentimentul de „împreună”, de a împărtăși. De asemenea, limitele sunt și ele esențiale, nu e vorba de a fi drăguț, ci de a oferi ceea ce clientul are nevoie, nu neapărat ce vrea.

Ca metode de intervenție pentru schimbare (prin reglare emoțională, o anumită experiență a sinelui și diverse stări mentale), sunt utilizate multe metode care ne sunt familiare din terapiile CBT de dată anterioară. O tactică deosebită pe care o vom vedea aplicată mai jos este și „*enactment of different selves*” (p. 6), prin care clientul își asumă un rol benefic (de exemplu identitatea compasivă), cu care se obișnuiește treptat. Ca exemplu de îmbunătățire a metodei disputării gândurilor, autorul atrage atenția că gândurile raționale alternative au un impact mult mai mare dacă persoana și le verbalizează cu blândete, deci culoarea aceasta emoțională este importantă. Practicile de cultivare a compasiunii și a bunătații sunt tot mai susținute de studii, cu beneficii în funcționarea imunitară, deschiderea spre colaborare și empatie, emoții pozitive, integrare socială și sentimentul de a avea o viață cu rost (pp. 10-11).

Imagerii

CFT propune mai multe imagineri interesante pentru **întărirea eului plin de compasiune**. În cartea sa, Kolts (2012) descrie câteva abordări ale cultivării acestei înclinații spre compasiune, utilă când apare furia pentru că, activând acest eu, **persoana poate trece în starea de siguranță, având astfel acces la un mod asertiv de comportament**. E vorba de un fel de deturnare, de înlocuire a gândurilor prin apelul la imaginație. După părerea mea, o analogie ar putea fi cea cu transformarea lui Superman, care are nevoie de costumul special pentru a dobândi puterea cu care să salveze orașul. La fel, persoana care simte furie are nevoie de această „cabină” mentală și de acest „costum” al compasiunii pentru a putea acționa funcțional.

Înainte de aceste imagineri, autorul recomandă o perioadă de respirație liniștitoare, așa încât acest tip de respirație **să se asocieze** cu starea emoțională de compasiune, bunăvoință, încredere, suscitată prin imagineri. Și deci, în timp, fie și numai respirația aceasta să fie suficientă pentru a comuta pe starea de siguranță. De asemenea, imaginile sunt utile *după* deprinderea *mindfulness*, despre care am vorbit mai sus, așa încât senzațiile, emoțiile, gândurile să fie abordate cu o distanță confortabilă și persoana să poată reveni la exercițiu după ce le-a observat.

În primul rând, este vorba de imaginarea calităților acestei identități incipiente de om care are compasiune, așa încât această **image de sine potențială să devină, cu exercițiu, tot mai reală**, și să permită **comportamente congruente cu ea**. (Iar identitatea de om furios să se disipe tot mai mult.) Conform autorului, imageria e o privire din exterior asupra propriei persoane, ca și cum e vorba de un actor care studiază un rol nou – cum arată, cum vorbește, cum se poartă, care sunt mimica și gesturile unei persoane care are compasiune, cum relaționează ceilalți cu un astfel de om? Și, **treptat, actorul își însușește acest rol**. Calitățile unei astfel de persoane ar fi: sensibilitate (a detecta suferința), grijă pentru binele personal și al altora, tolerarea stresului, compasiune (a fi mișcat), empatie (a înțelege poziția altora), înțelepciune fără a judeca (o perspectivă mai largă asupra lucrurilor), bunătate, încredere, maturitate, tărie (a nu fi copleșit de suferința celorlalți, pentru a-i putea ajuta), generozitate, capacitatea de a ierta, abilitatea de a fi jucăuș/ a lua lucrurile cu inima ușoară.

Un alt tip de imagerie este una bazată pe **urări de bine**, repetate ca niște mantră, în trepte, pornind de la o ființă către care persoana simte natural înclinația de a ajuta, de a trata cu blândețe – un om, un animal. Urmând ca ulterior să extindă aceste urări – de eliberare de suferință, de fericire, de împlinire, de liniște interioară – altor persoane față de care nu este atât de atașat, inclusiv sieși. Compasiunea care vine ușor față de cineva cu care avem o relație foarte bună se cultivă apoi și în relații mai dificile.

Alt exercițiu bazat pe imaginație este cel în care persoana **construiește mental o imagine ideală a compasiunii – întruchipată de cineva existent sau nu**. E vorba de cineva creat să răspundă perfect nevoilor noastre de a fi acceptați, înțeleși, de a ni se recunoaște valoarea ca ființe umane. E mai probabil să nu fie cineva din viața reală această entitate atât de „hrănitoare”, care ne acceptă necondiționat. Acest lucru contează mai puțin, important e să ne imaginăm acest fel de a fi priviți, tratați, întâmpinați cu bucurie, precum și cum a ajuns această persoană să fie astfel. Când ne familiarizăm cu această căldură pe care o resimțim, e

probabil că o vom putea genera mai ușor în anumite situații, poate preluând chiar noi ceva din acest mod de raportare, care are și bunătate, și autoritate, și calm, și alte trăsături ale eului plin de compasiune din exercițiul anterior, doar că aici conturul este al unui **maestru**, poate, o persoană ideală care ne inspiră, care nu ne-ar putea respinge niciodată și astfel ne simțim în siguranță cu ea.

Alte imagineri se bazează pe **vizualizarea unei lumini colorate, vindecătoare, care reprezintă această compasiune care ne învăluie** din cap până în picioare sau ne umple inima, ne alină **durerea** (de exemplu regretul de a ne fi purtat agresiv cu cineva), și care vine de la o sursă exterioară, de exemplu persoana ideală din practica anterioară. Astfel, **acea suferință venită din obiceiul de a reacționa agresiv nu mai e evitată, e acceptată, ceea ce crește șansele asumării responsabilității pentru schimbare.**

O imagerie mai cunoscută este desigur cea de tip **safe place**, în care persoana se imaginează într-un loc din amintire sau ficțional, în care se simte în siguranță, acceptat, întâmpinat cu bunăvoință. Acest mediu transmite semnale liniștitoare tuturor simțurilor: prin sunetele și mirosurile de acolo, prin atingerea elementelor din natură, temperatură șamd.

Alte moduri de lucru cu furia bazate pe compasiune

Explorarea tiparelor legate de furie. În acest scop, același Kolts (2012) recomandă o monitorizare, care ne aduce aminte de tehnica ABCDEF din terapiile cognitive. Monitorizarea ar trebui să conțină următoarele capitole: situația declanșatoare, emoțiile survenite, gândurile, comportamentul, **ce ar spune eul compasiv, ce ar face eul compasiv** și rezultatul felului în care persoana a gestionat situația (ce a funcționat, care au fost obstacolele).

Validarea furiei ca răspuns la amenințare. Acesta este un mod de a evalua propria furie, alternativ la a o considera un defect de caracter, o rușine, un semn de incompetență, de putere și alte tipuri autocritice sau justițiere de dialog interior. Aici abilitatea de de-fuzionare/*mindfulness* își va spune cuvântul, pentru că persoana devine aptă să observe (din postura aceluia eu înțelept al compasiunii) atât emoția cât și felul în care tinde să o judece prin gânduri/imagini, folosind această distanță pentru a accesa moduri alternative de a reacționa – a recunoaște răspunsul „automat” de furie, a conștientiza că poate alege ca mod de raportare **compasiunea pentru sine** (suferința de a fi echipat cu acest sistem automat de

protecție, foarte sensibil) **și pentru ceilalți** (având încredere că se poate orienta spre moduri de comportare care nu fac rău).

Această validare e urmată și de o **tolerare a disconfortului** de a resimți furia și celelalte emoții care o însoțesc. Tolerare care seamănă, pentru autor, cu a rezista unei mâncărimi, a reuși să nu te scarpini până când impresia de urgență trece. Într-un fel acest lucru amintește de acele *cravings* din adicții sau alte probleme de control al impulsului. Pentru această tolerare, sunt utile *mindfulness*, respirația liniștitoare, dialogul interior compasiv (o restructurare cognitivă dacă ar fi să traducem în termeni CBT), o discuție cu un prieten sau a vedea situația ca din exterior, ca un terț (acea ființă ideală care ne înțelege și ne acceptă necondiționat), imagerii care să distragă (de care am vorbit mai sus) sau alte activități plăcute cu același efect (plimbare, muzică etc), **reamintirea motivației pentru schimbare**.

Explorarea emoțiilor acoperite de furie este un alt exercițiu util, realizat tot **din postura eului compasiv, care dă voce și celorlalte emoții (care ne arată ca vulnerabili)** înăbușite când furia tinde să acapareze scena (și ne arată ca puternici). E vorba de obicei de alte emoții asociate sistemului de alarmă – anxietate, tristețe, durere și poate și altele, de la caz la caz – vinovăție, rușine, umilire șamd. Exercițiul presupune a lua o situație și a identifica toate aceste emoții precum și cum se exprimă vocile lor în corp (senzații), în cogniții (gânduri, imagini), în impulsuri/dorințe/motivații de a acționa (fugă, ascundere, izolare, distrugere/autodistrugere etc). Deci e vorba de **o lărgire a conștientizării, în acel cadru sigur oferit de postura „parentală” a compasiunii**. Utilitatea nuanțării este evidentă: **slăbește acea condiționare furie-acțiune**, când furia nu mai e doar furie și acțiunea nu mai trebuie să fie doar agresiune sau reprimare, prin urmare e vorba de o **flexibilizare**.

CFT mai oferă (Kolts, 2012) și alte metode de relaționare utilă cu furia. În general, oamenii au impresia că reacția lor e „declanșată” exclusiv de evenimentele exterioare, dar de multe ori este vorba, desigur, despre **interpretarea** personală a acestor evenimente. Și aici apare chiar **personalizarea**, tendința de a lua personal unele acțiuni care nu erau de fapt intenționate astfel. Deci capacitatea de a explora situația cu o **perspectivă mai largă**, poate chiar și motivele celorlalți, și mai ales contextul lor (contrând **tentația erorii fundamentale de atribuire**, aș spune), poate pondera impresia de atac direcționat. Iar ceea ce percepem ca **amenințare socială** poate fi foarte dureros – a fi respins, criticat, uneori și din credința rigidă că toată lumea trebuie să ne arate respect întotdeauna: avem dreptul să fim respectați ca ființe umane, dar nu trebuie să presupunem că ceilalți știu cine și cum suntem noi și că vor fi

întotdeauna foarte atenți la noi – în centrul universului lor sunt probabil ei! În orice caz, o întrebare utilă când apare furia este *În ce fel mi se pare că sunt amenințat?* Doar că nu putem face acest lucru în acea stare, pentru a putea intra în acest mod al curiozității **trebuie să trecem mai întâi în rolul eului compasiv, care relaționează cu blândețe cu gândurile care apar și le înlocuiește cu unele bazate pe compasiune** – mai flexibile, mai largi, mai empatică, mai colaborative, recunoscând dificultatea. Alte **întrebări** semnalate de autor, care mi s-au părut foarte **utile în renunțarea la focalizarea pe pedeapsă, răzbunare, dominare, acțiune agresivă imediată**: *Cum interpretez situația, ce spune asta despre mine și ce înseamnă pentru viitorul meu, pentru felul cum mă văd ceilalți? Gândurile pe care le am amplifică sau reduc furia? Ce alte emoții am? Ce mă tem că se va întâmpla dacă nu acționez cum îmi dictează furia? Ce mă tem că se va întâmpla dacă, dimpotrivă, acționez chiar astfel? Ce dorințe îmi împlinește furia? Ce m-ar ajuta acum să mă simt în siguranță, mai puțin amenințat?*

Gândurile alternative compasive (ca răspuns la gândul furios automat) pot fi trecute pe niște **carduri de coping**, care să fie la îndemână în situațiile în care poate tindem să fim „orbiți” de furie sau emoții din același registru. Putem genera aceste gânduri apelând la imaginea ideală a compasiunii, de care am vorbit anterior, de la eul compasiv, de la un prieten calm și blând. Această tehnică îmi amintește de cardurile de coping utile pentru prevenirea recăderii la cei care au în istoric tentative de sinucidere. (Berk et al, 2004).

Uneori este nevoie să lucrăm cu propria lectură asupra situației, alteori e nevoie să lucrăm chiar cu situația – să facem **problem solving**. Focusul schimbării poate fi deci diferit. Uneori situația chiar este una nocivă, și atunci abilitățile asertive de care am discutat anterior sunt necesare: pentru a opri transgresiunea, pentru **a pune limite** sănătoase. Iarăși e vorba de **a lărgi focusul de la pedeapsă la asigurarea că nu se va mai întâmpla și la a acționa conform propriilor valori** (ce contează pentru mine, cine vreau să devin?).

Pașii pentru rezolvarea de probleme cu compasiune ar fi următorii: (1) **recunoașterea umanității comune** – toți avem creiere înclinate să caute pericole, am fost poate în situația celuilalt și poate că amândoi avem câmpul atenției îngustat de perceperea amenințării și gândim rigid din această cauză; (2) spargerea problemei în unități și începerea cu cea mai ușor de gestionat; (3) listarea cât mai multor soluții; (4) analiza consecințelor pe termen scurt și lung pentru soluțiile propuse și potrivirea cu valorile și aspirațiile personale – **uneori poate conta mai mult ce vrem să obținem, alteori relația, alteori exprimarea emoțiilor**; (5)

alegerea unui răspuns, din rolul eului compasiv, o soluție pe care avem capacitatea să o îndeplinim; (6) evaluarea ajutorului necesar, dacă e cazul; (7) planificarea (repetarea în imaginație) și implementarea (cu un *mindset* de experimentator) și (8) evaluarea – cum a funcționat.

Un exercițiu prin care pot fi exersate și empatia și asertivitatea ar fi cel în care sunt așezate **două scaune față în față**, pentru persoana în cauză și cea căreia i se adresează. Persoana stă mai întâi pe scaunul său și se adresează cum i-ar dicta furia, apoi trece în scaunul ascultătorului și încearcă să simtă cum primește el ceea ce tocmai i-a spus – exersând empatia ca să vadă impactul asupra celuilalt, să își imagineze cum arăta și cum suna acea comunicare agresivă afișată de propriul corp. Ulterior poate alege asertivitatea, trecând din nou în propriul scaun, pentru ca apoi să verifice și impactul ei întorcându-se în rolul ascultătorului.

Abilități pentru relaționare dincolo de conflict. Dacă asertivitatea avea un rol comunicarea clară și sinceră în divergențele de opinie/poziție, în exprimarea emoțiilor și realizarea unei cereri/unui refuz/unei autodezvăluiri, relațiile pot deveni mai bune și cu ajutorul altor abilități de cultivare a lor după conflicte sau în timpul dintre ele. Dacă un conflict apare într-o relație bine îngrijită, probabil că nu va avea mare impact. Kolts (2012) amintește câteva abilități relaționale care pot fi antrenate, precum:

- **reconcilierea** - recomandă un plan agreeat dinainte – cum ne vom împăca dacă ne certăm? Ce e acceptabil? – de exemplu pauzele în dispută. Un exercițiu ar fi, pentru un cuplu, scrisorile care reamintesc dragostea și angajamentul și care pot fi recitate în perioade dificile. Este utilă și oprirea ruminării și focalizarea pe punctele forte ale relației. De asemenea, mai util decât rușinea (care e o evaluare globală a propriei persoane) este regretul (o evaluare a comportamentului), pentru că orientează spre a face mai bine data viitoare.
- **scuzele** – implică a recunoaște vina, a regreta răul pricinuit și a se angaja pentru un comportament diferit în viitor.
- **iertarea** – în sensul de a nu mai duce **povara resentimentului** față de oamenii care au rănit persoana (cu impact în mânia cronică), fără ca acest lucru să însemne absolvirea de vină sau o împăcare – de fapt, cealaltă persoană nu trebuie neapărat să știe despre această schimbare de sentiment, e vorba de relația din minte.

- **interacțiunile pozitive** (Notarius & Markman, 1993, citat în Kolts, 2012) – pentru relații reziliente ar trebui să fie mult mai dese decât cele negative și ar trebui în parte deliberat planificate. Politețea, întâmpinarea și despărțirea călduroase, complimentele sincere, bucuria la succesul celuilalt contribuie la relații în care ne simțim în siguranță și valorizați. Ajută conștientizarea și reducerea interacțiunilor negative de tipul critică/ironie, retragerea într-o muțenie ostilă după conflict.

4. Autocompasiunea și rolul său terapeutic

Multe dintre abordările pe care le-am explorat în paginile anterioare utilizează autocompasiunea fără să folosească exact acest concept, ci unele care în contextul în care sunt inserate de autori au o acoperire similară – uneori compasiune, alteori empatie, bunătate, flexibilitate, introspecție/dialog interior, toleranță și altele.

Ce înseamnă autocompasiune? A-ți da seama și a accepta că suferi, a include suferința ta în experiența colectivă a oamenilor în general (nu izolată doar la tine) și a-ți acorda compasiune pentru suferință, ca și cum ai relaționa cu un bun prieten (deci fără să te identifici cu suferința). Sunt cele trei componente identificate de Kristin Neff (2003), autoarea care a popularizat acest concept și a realizat și validat și chestionarul autocompasiunii pe care l-am utilizat în această cercetare.

Cred că relația dintre furie și autocompasiune este mai ușor de explicat dacă vedem furia ca bazată pe **durere** – furiosul ca persoană rănită. Și după cum am văzut până aici, el suferă într-adevăr o **pierdere**, prin faptul că nu obține ce și-a dorit, că nu i se împlinește nevoia, că imaginea sa în ochii săi sau ai altora a fost deteriorată șamd. În plus, el ar putea suferi și din cauza regretului sau vinovăției după un comportament agresiv care a urmat furiei. Dacă el se poate vedea ca fiind în suferință, atunci poate apela și la autocompasiune pentru a-și schimba starea și intențiile.

Și Judith Belmont (2021) recunoaște puterea acestei perspective în demersul terapeutic: „Adesea, clienții mei sunt foarte surprinși să afle că furia lor este o expresie a durerii, iar această modificare de perspectivă le deschide sufletul să poată renunța la o parte din furia lor plină de critică, lăsând loc de vindecare prin compasiune. [...] Una dintre cele mai puternice

convingeri centrale ale clienților furioși este aceea că sunt **neputincioși** din cauză că viața nu a funcționat așa cum sperau ei că o să funcționeze sau așa cum se gândeau ei că merită”. (p. 166) Autoarea chiar propune un **exercițiu bazat pe fazele doliului**, prin care clienții să proceseze acele pierderi, să ajungă la acceptare și, cu această nouă forță, să se poată schimba – deci deja nu mai sunt neputincioși.

Autocompasiunea pare a fi un mecanism de coping care poate produce efecte terapeutice odată ce devine un obicei. Ca formă practică de cultivare a autocompasiunii, chiar Kristin Neff a creat meditații ghidate disponibile online, în care cel care ascultă își reamintește un eveniment recent în care a suferit și trece apoi prin cele trei moduri de a privi suferința – ca reală, acceptată, împărtășită cu alți oameni și un motiv pentru a se trata el însuși cu blândete. Cei care au probleme cu furia pot exersa pornind de la un eveniment în care au simțit această emoție. Rămâne ca cercetări ulterioare să verifice eficacitatea intervenției. În prezent, a fost verificată mai degrabă legătura dintre autocompasiune ca deprindere deja existentă și intensitatea furiei/agresivității.

Pe o populație de 201 studenți, autocompasiunea a fost studiată recent în relație cu furia și agresivitatea, în ideea că ar putea fi o abordare terapeutică mai bună decât *mindfulness*. Conform cercetărilor anterioare, menționate de articol, autocompasiunea este un predictor mai bun decât *mindfulness* pentru calitatea vieții, sau, când e redusă, pentru depresie și anxietate. Din acest articol (Fresnics & Borders, 2017) a reieșit că, atunci când capacitatea de conștientizare e păstrată constantă, ruminația furioasă prezice supraidentificarea (și astfel autocompasiune mai redusă), deci că, inversând raționamentul, furia/agresivitatea pot fi reduse prin autocompasiune, în special prin scăderea identificării cu gândurile și emoțiile. Studiul a arătat, printre altele, o corelație semnificativă între furie și auto-judecare și supraidentificare, două dintre subscalele chestionarului despre autocompasiune. Mai simplu, cu cât ne criticăm mai mult și suntem mai acaparați de un sistem rigid de gândire, cu atât suntem mai furioși.

În cercetarea de față vom investiga la rândul nostru asocierile între autocompasiune, cu diferitele ei elemente (*mindfulness*, recunoașterea umanității comune și blândete față de propria persoană), și furie, cu diferitele ei corelative – ostilitatea (trăsătură) și agresiunea (comportament) și vom analiza implicațiile pentru psihoterapie.

Partea a II-a

5. Metodologia Studiului

5.1. Tipul cercetării, scop, ipoteze

Am realizat o cercetare cantitativă prin metoda chestionarului pentru a investiga relațiile dintre furie și autocompasiune.

Ipotezele cu care am inițiat acest studiu, pornind de la cele două instrumente folosite (vezi capitolul 5.4), au fost următoarele:

1. Autocompasiunea per total se va corela cu mai puțină atitudine agresivă per total (furie, ostilitate și agresivitate fizică și verbală sunt cele 4 subscale ale chestionarului despre agresivitate),
2. Cea mai puternică corelație inversă va fi între autocompasiune (per total) și ostilitate (subscală), deci la nivel de trăsătură, nu de emoție sau comportament, care probabil variază mai mult cu situația,
3. Furia se va corela semnificativ cu auto-judecarea și supra-identificarea (două dintre subscalele inversate de la autocompasiune), așa cum sugera un studiu din 2017 (Fresnics)

Am verificat dacă aceste corelații sunt mai puternice sau mai slabe în funcție de gen, educație, apartenența la populația clinică, un istoric anterior de psihoterapie. Presupunerea fiind că

4. Terapia are un efect general de flexibilizare a gândirii, deci ar predispute la scoruri mai favorabile pe anumite subscale ale chestionarului despre autocompasiune – de exemplu mai puțină auto-judecare și supra-identificare.

5.2. Procedura de recrutare și de aplicare a chestionarului

Am creat chestionarul în platforma Google Forms și l-am diseminat online prin conturile personale pe rețelele sociale: o postare pe Facebook, o postare pe LinkedIn și o postare pe grupul de WhatsApp al colegilor studenți la Psihologie la distanță, anul 3. Răspunsurile au fost colectate în perioada 14 – 20 decembrie 2021, apoi chestionarul a fost închis. Au răspuns 205 persoane.

5.3. Participanți

Chestionarul a fost completat de 205 respondenți, cu vârste între 20 și 65 de ani, 85,4% femei și 14,6% bărbați. În ce privește nivelul educației, respondenții au declarat minim studii medii, astfel au răspuns că ultima școală absolvită este liceul pentru 5,9%, facultatea pentru 43,4%, masteratul pentru 43,4% și studiile doctorale/postuniversitare pentru 7,3%. Niciunul dintre respondenți nu a avut un nivel educațional de școală generală.

Din totalul participanților, 73,7% au făcut ședințe de psihoterapie în trecut, 26,3% nu au făcut (pentru orice problemă, întrebarea nu a fost specific legat de furie), iar 17,1% din total au primit în trecut un diagnostic psihiatric, în timp ce 82,9% nu au primit (din nou, întrebarea a fost generală, nu a vizat diagnostice specifice).

5.4. Instrumente de evaluare

Self-Compassion Scale (Neff, 2003) este un chestionar cu 26 de itemi (vezi Anexa 1) distribuiți pe 6 scale: auto-amabilitate (*self-kindness*), umanitate comună (*common humanity*), *mindfulness*, auto-judecată (*self-judgement*), izolare (*isolation*) și supraidentificare (*over-identification*) (ultimele trei cu scorare inversă).

Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) este un chestionar cu 29 de itemi (vezi Anexa 1) distribuiți pe 4 scale: agresivitate fizică, agresivitate verbală, furie și ostilitate.

5.5. Rezultate

ANALIZĂ STATISTICĂ

Analiza statistică a fost efectuată folosind programul IBM SPSS Statistics 21.

Testele statistice folosite în analiză:

Testul t pentru eșantioane independente

Testul t pentru eșantioane independente este un test parametric folosit pentru a determina dacă există diferențe între mediile a două grupuri independente atunci când variabila dependentă este una continuă.

Testul Chi-Pătrat

Testul Chi – pătrat este folosit pentru a verifica dacă două variabile nominale / dihotomice sunt asociate. Coeficientul de corelație Phi este utilizat pentru identificarea asocierilor existente între două variabile dihotomice. Ia valori în intervalul de la -1 la 1. Direcția asocierii este dată de semn. Coeficientul de corelație V a lui Cramer măsoară tăria asocierii dintre variabile și ia valori între 0 și +1.

Testul Mann – Whitney U

Testul Mann – Whitney U este un test neparametric folosit pentru a determina dacă există diferențe între două grupuri independente atunci când variabila dependentă este fie ordinală, fie continuă, însă neavând o distribuție normală.

Indicatorul de corelație Spearman

Indicatorul de corelație Spearman măsoară intensitatea și direcția legăturii dintre: două variabile continue, două variabile ordinale, sau dintre o variabilă continuă și una ordinală. Ia valori în intervalul dintre -1 și +1, valoarea 0 indicând absența unei relații între variabilele analizate.

Date generale despre respondenți

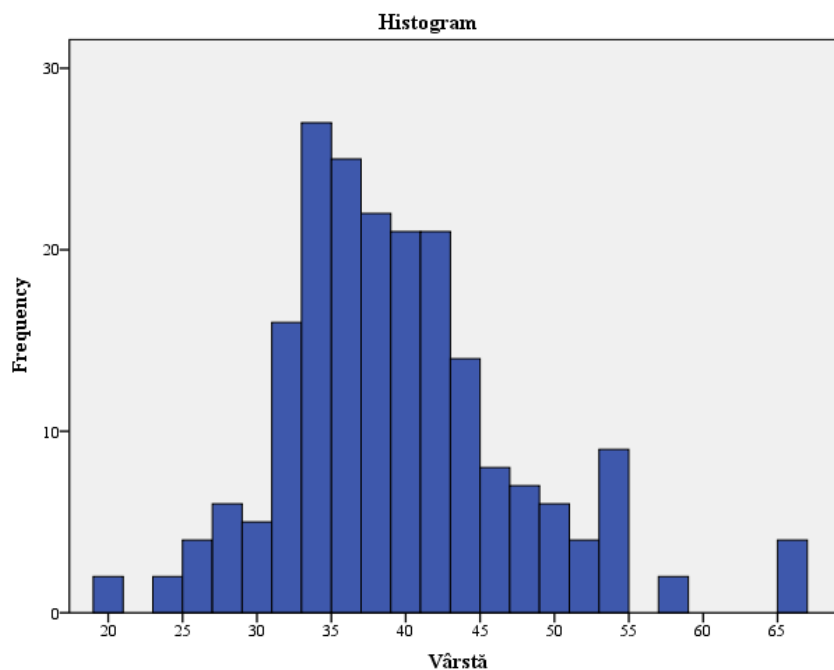
Vârsta și genul

Chestionarul a fost completat de 205 respondenți, 85.37% dintre aceștia fiind femei (n=175), iar 14.63% bărbați (n=30).

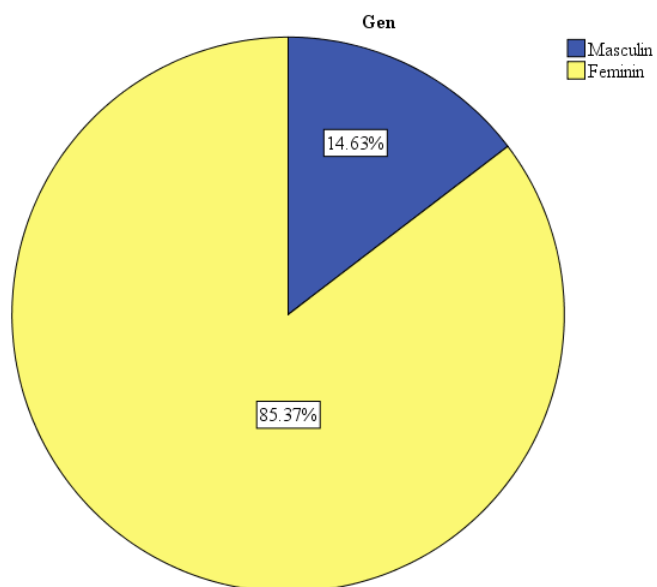
Respondenții au avut vârste cuprinse între 20 și 65 de ani, cu o vârstă medie de 38.93 ani (deviație standard 7.97, CI: [37.83, 40.03]), femeile fiind în medie cu 3.5 ani mai tinere decât bărbații, iar diferența de vârstă dintre sexe fiind semnificativă statistic (U=1885, Z=-2.468, p=0.014). Astfel:

- Femeile au avut vârste cuprinse între 20 și 65 de ani, cu o vârstă medie de 38.41 ani (deviație standard 8.04, CI: [37.21, 39.61]).
- Bărbații au avut vârste cuprinse între 33 și 58 de ani, cu o vârstă medie de 41.97 ani (deviație standard 6.94, CI: [39.38, 44.56]).

Grafic: distribuția respondenților în funcție de vârstă



Grafic: distribuția respondenților în funcție de gen



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pentru vârsta respondenților

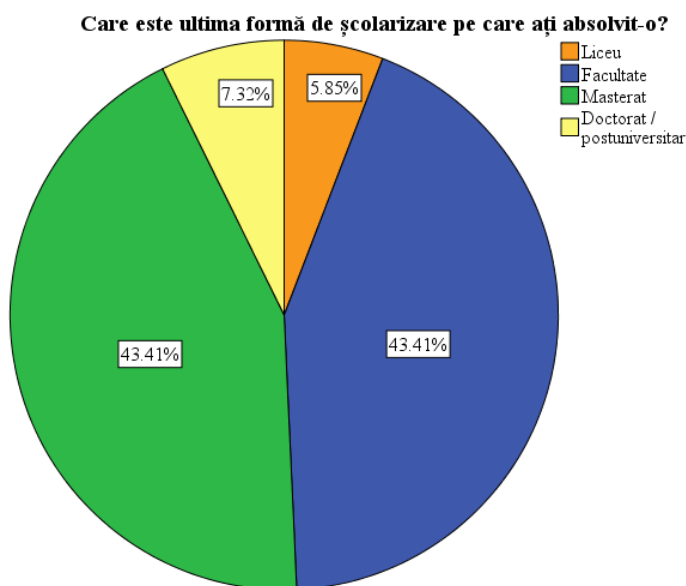
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Vârsta	Mean		38.93	.557
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37.83	
		Upper Bound	40.03	
	5% Trimmed Mean		38.63	
	Median		38.00	
	Variance		63.672	
	Std. Deviation		7.979	
	Minimum		20	
	Maximum		65	
	Range		45	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		.753	.170
	Kurtosis		1.225	.338

Nivelul de școlarizare

În ce privește nivelul educației, predomină respondenții cu studii superioare (facultate sau master), aceștia reprezentând peste 86% din persoanele care au răspuns la chestionar. Astfel, ultima formă de școlarizare absolvită a fost:

- Liceul – pentru 5.85% dintre respondenți (n=12),
- Facultatea – pentru 43.41% (n=89),
- Master – pentru 43.41% (n=89),
- Doctorat / studii postuniversitare – pentru 7.32% (n=15).

Grafic: distribuția respondenților în funcție de nivelul de școlarizare

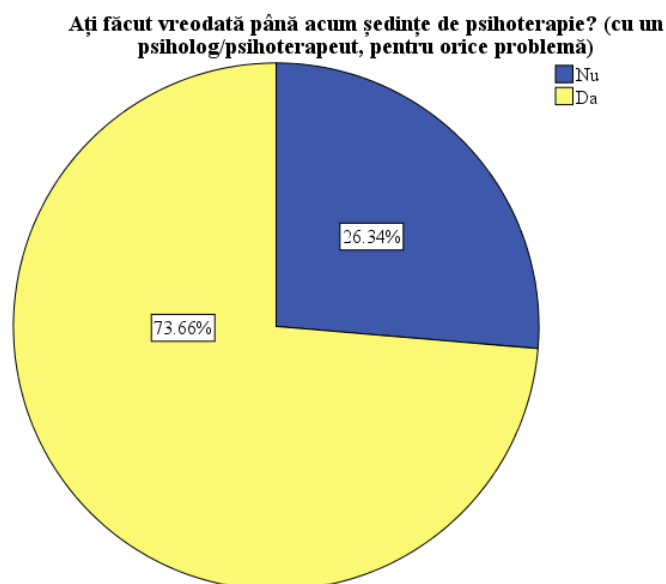


Participarea la ședințe de psihoterapie

Din totalul participanților, 73.66% au făcut ședințe de psihoterapie în trecut (n=151), iar 26.34% nu au făcut (pentru orice problemă, întrebarea nu a fost specific legat de furie) (n=54).

În rândul femeilor se remarcă un interes semnificativ mai crescut pentru psihoterapie decât în rândul bărbaților ($\chi^2 = 5.229$, $p = 0.022$). 76.57% dintre femei (n=134), respectiv 56.67% dintre bărbați (n=17), au participat în trecut la ședințe de psihoterapie. Practic 3 din 4 femei, respectiv 1 din 2 bărbați, au fost la psihoterapeut de-a lungul vieții. Coeficienții Phi și V a lui Cramer (0.160) indică o asocierie ușoară între genul respondentului și participarea sa la ședințe de psihoterapie ($p = 0.022$).

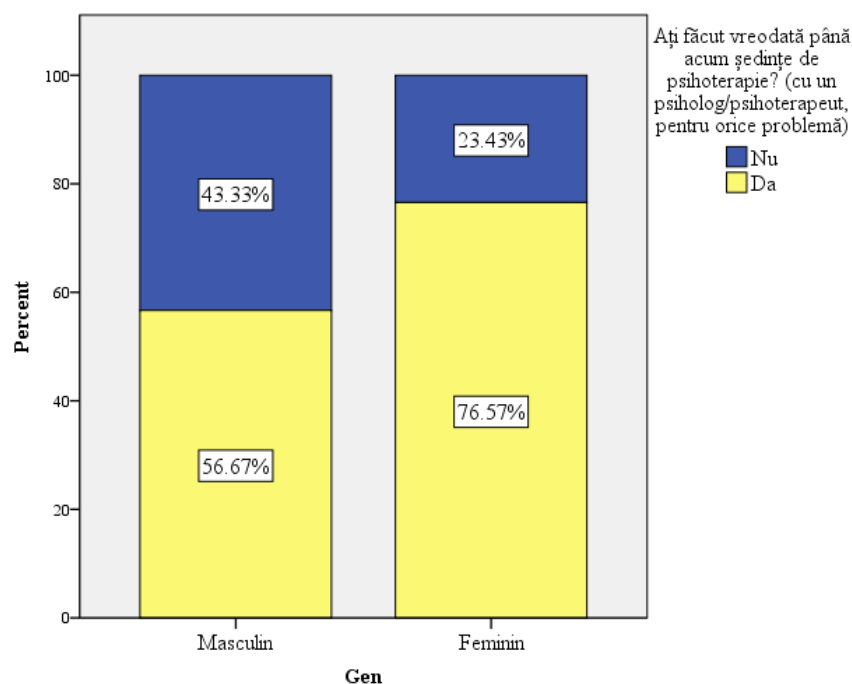
Grafic: distribuția respondenților în funcție de participarea la ședințe de psihoterapie în trecut



Tabel: distribuția respondenților în funcție de participarea la ședințe de psihoterapie în trecut

Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)					
		Frecuență	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nu	54	26.3	26.3	26.3
	Da	151	73.7	73.7	100.0
	Total	205	100.0	100.0	

Grafic: distribuția respondenților în funcție de participarea la ședințe de psihoterapie, pe genuri



Tabele: distribuția respondenților în funcție de participarea la ședințe de psihoterapie, pe genuri (+rezultate rest Chi-pătrat)

Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă) *				
Gen Crosstabulation				
Count				
		Gen		Total
		Masculi n	Feminin	
Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)	Nu	13	41	54
	Da	17	134	151
Total		30	175	205

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.229 ^a	1	.022		
Continuity Correction ^b	4.254	1	.039		
Likelihood Ratio	4.810	1	.028		
Fisher's Exact Test				.041	.023
Linear-by-Linear Association	5.204	1	.023		
N of Valid Cases	205				
a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.90.					
b. Computed only for a 2x2 table					

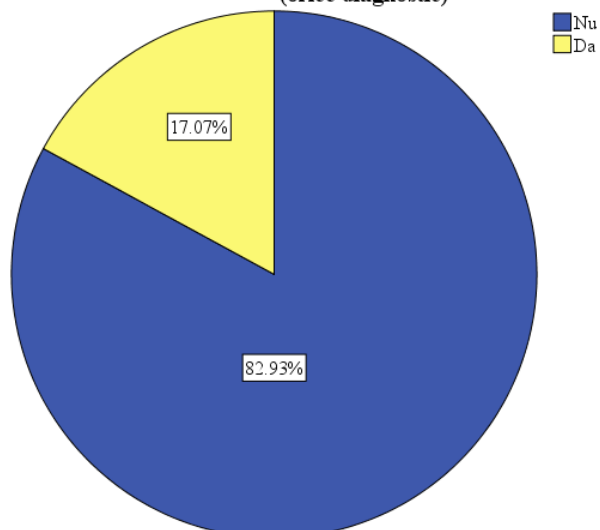
Symmetric Measures			
		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.160	.022
	Cramer's V	.160	.022
N of Valid Cases		205	

Diagnostic psihiatric

17.1% din totalul respondenților au primit în trecut un diagnostic psihiatric (n=35), în timp ce 82.93% nu au primit un astfel de diagnostic (din nou, întrebarea a fost generală, nu a vizat diagnostice specifice) (n=170).

Grafic: distribuția respondenților în funcție de prezența unui diagnostic psihiatric

Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru?
(orice diagnostic)



Tabel: distribuția respondenților în funcție de prezența unui diagnostic psihiatric

Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)					
		Frequență	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nu	170	82.9	82.9	82.9
	Da	35	17.1	17.1	100.0
	Total	205	100.0	100.0	

SCALA DE AUTO-COMPASIUNE

(este desirabil un scor cât mai **mare**, scorul poate lua valori între 26 și 130 puncte)

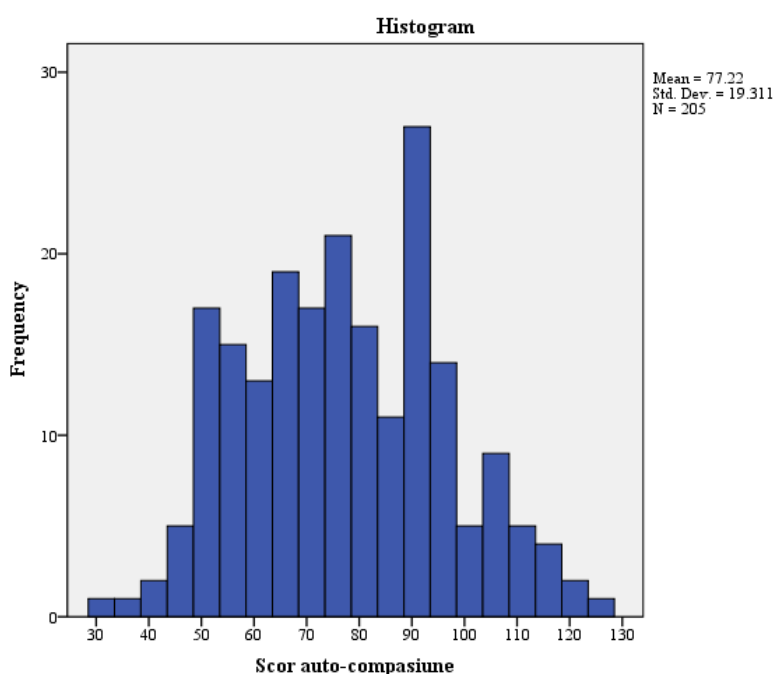
Pentru subscala de auto-compasiune respondenții au obținut scoruri cuprinse între 31 și 126, cu un scor mediu de 77.22 puncte (deviație standard 19.31, CI: [74.56, 79.88]).

Valoarea mediana a fost 76, aceasta însemnând că 50% dintre respondenți au obținut un scor de cel mult 76 puncte pe scala de auto-compasiune, iar 50% un scor mai mare decât această valoare.

Respondenții au obținut scoruri similare pe scala auto-compasiunii indiferent de nivelul de școlarizare al acestora ($p=0.454$),

Nu s-a remarcat vreo asocierie între vârsta respondentului și scorul obținut pe scala de auto-compasiune ($p=0.129$).

Grafic: distribuția scorurilor obținute pe scala auto-compasiunii



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pentru scorul obținut pe scala de auto-compasiune

Descriptives			
			Std. Error
			Statistic
Scor auto-compasiune	Mean		77.22
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	74.56
		Upper Bound	79.88
	5% Trimmed Mean		76.93
	Median		76.00
	Variance		372.917
	Std. Deviation		19.311
	Minimum		31
	Maximum		126

	Range	95	
	Interquartile Range	29	
	Skewness	.160	.170
	Kurtosis	-.538	.338

Asocierea dintre auto-compasiune și genul respondentului

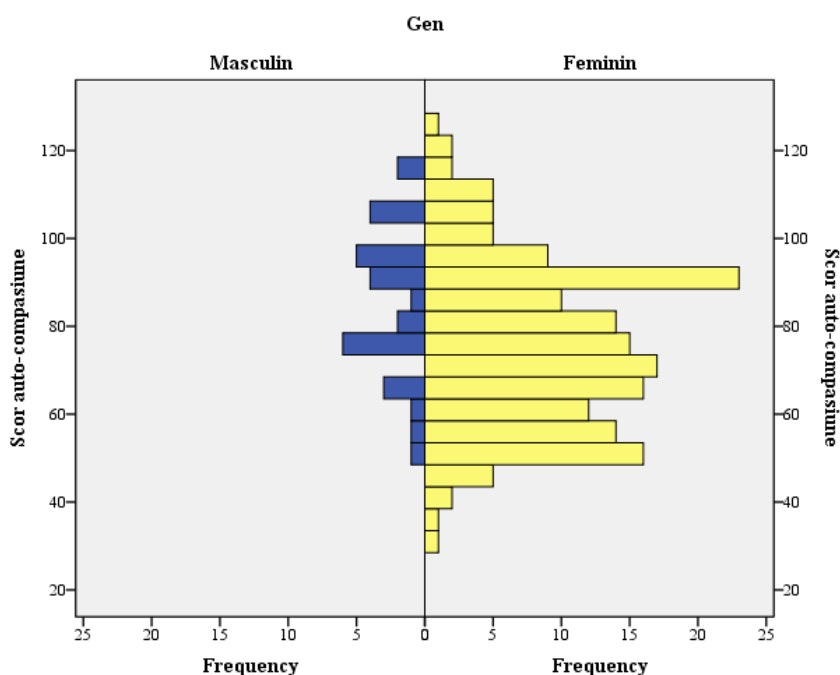
Se observă că **femeile au înregistrat scoruri pentru auto-compasiune semnificativ mai mici decât bărbații** ($p=0.007$). Astfel:

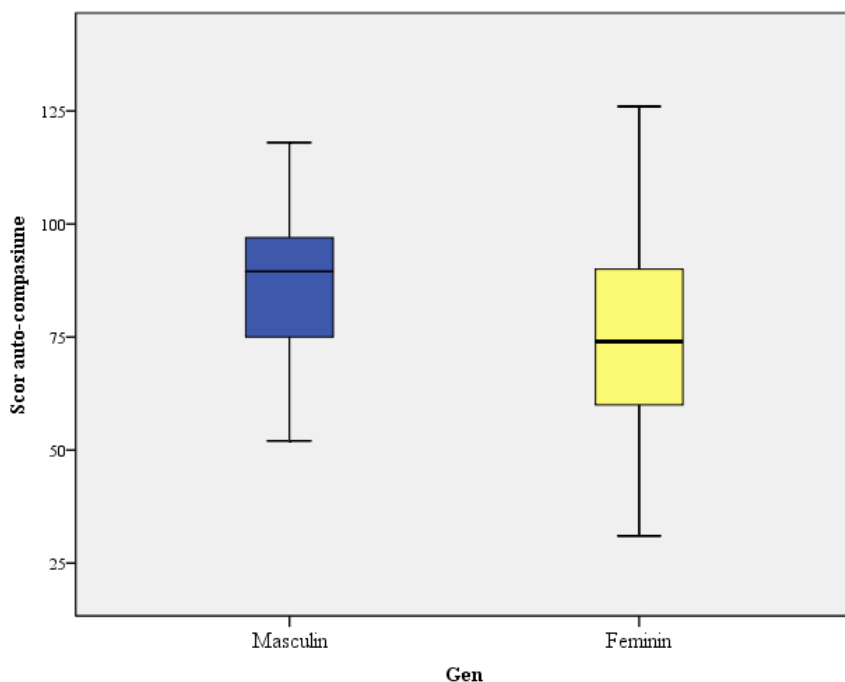
- Respondenții de gen feminin au obținut scoruri cuprinse între 31 și 126 puncte, cu un scor mediu de 75.73 puncte (deviație standard 19.35, CI: [72.84, 78.61]),
- Respondenții de gen masculin au obținut scoruri cuprinse între 52 și 118 puncte, cu un scor mediu de 85.93 puncte (deviație standard 16.89, CI: [79.62, 92.24]).

A fost aplicat un test t pentru a determina dacă există diferențe între bărbați și femei în ceea ce privește scorurile obținute pe scala auto-compasiunii. Nu au fost întâlnite valori aberante în urma evaluării grafice. Scorurile obținute de cele două grupuri de respondenți au fost normal distribuite așa cum reiese din analiza grafică (diagrama Q-Q), iar testul lui Levene indică varianțe omogene ($p=0.462$). Femeile au obținut scoruri mai mici în ce privește auto-compasiunea (75.73 ± 19.35) comparativ cu bărbații (85.93 ± 16.89), diferența de 10.2 puncte pe scala auto-compasiunii fiind una semnificativă statistic (CI: [2.79, 17.62]), $t(203)=2.716$, $p=0.007$.

Acest test ne indică faptul că bărbații sunt mai înțelegători/buni/blânzi cu ei înșiși decât sunt femeile.

Grafice: distribuția scorurilor pe scala auto-compasiunii în funcție de gen





Tabele: indicatori tendință centrală și test t

Group Statistics					
	Gen	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor auto-compasiune	Masculin	30	85.93	16.899	3.085
	Feminin	175	75.73	19.346	1.462

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor auto-compasiune	Equal variances assumed	.543	.462	2.716	203	.007	10.208	3.758	2.799	17.617
	Equal variances not assumed			2.990	43.132	.005	10.208	3.414	3.322	17.093

Asocierea dintre auto-compasiune și participarea la psihoterapie

Se remarcă faptul că persoanele care accesat servicii de psihoterapie tind să înregistreze scoruri mai scăzute pe scala de auto-compasiune comparativ cu cei care nu au fost la psihoterapie. Astfel:

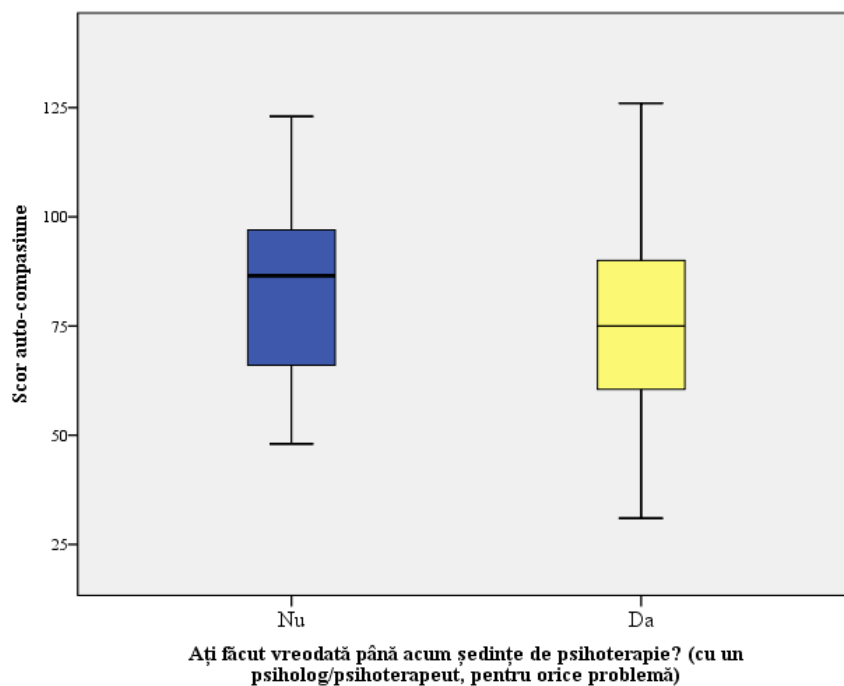
- Respondenții care au avut nevoie de psihoterapie au obținut scoruri cuprinse între 31 și 126 puncte, cu un scor mediu de 75.15 puncte (deviație standard 18.94, CI: [72.11, 78.20]),

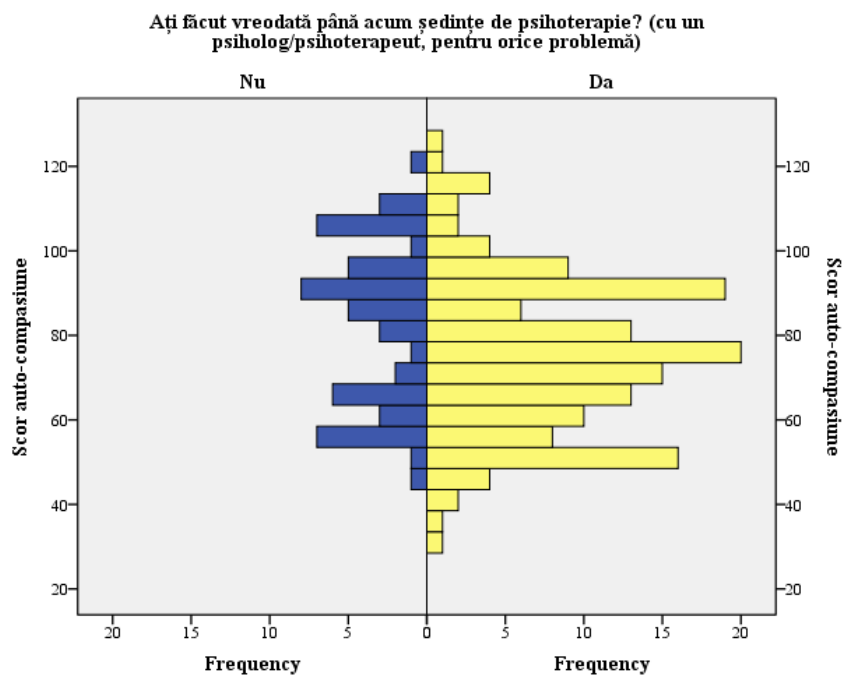
- Respondenții care nu au avut nevoie de psihoterapie au obținut scoruri cuprinse între 48 și 123 puncte, cu un scor mediu de 83 puncte (deviație standard 19.32, CI: [77.72, 88.28]).

A fost aplicat un test *t* pentru a determina dacă există diferențe între respondenții care au participat la psihoterapie și cei care nu au fost la ședințe de psihoterapie în ceea ce privește scorurile obținute pe scala auto-compasiunii. Nu au fost întâlnite valori aberante în urma evaluării grafice. Scorurile obținute de cele două grupuri de respondenți au fost normal distribuite așa cum reiese din analiza grafică (diagrama Q-Q), iar testul lui Levene indică varianțe omogene ($p=0.639$). Cei care au făcut terapie au obținut scoruri mai mici în ce privește auto-compasiunea (75.15 ± 18.94) comparativ cu cei care nu au făcut terapie (83 ± 19.32), diferența de 7.85 puncte pe scala auto-compasiunii fiind una semnificativă statistic (CI: [1.89, 13.80]), $t(203)=2.599$, $p=0.010$.

Acest test ne indică faptul că există o asocierie între participarea la psihoterapie și scorurile mai scăzute legate de auto-compasiune. Persoanele care nu au făcut psihoterapie tind să își acorde mai multă compasiune comparativ cu cei care au făcut psihoterapie.

Grafice: distribuția scorurilor pe scala auto-compasiunii în funcție de participarea la psihoterapie





Tabele: indicatori tendință centrală și test t

Group Statistics					
	Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Scor auto-compasiune	Nu	54	83.00	19.329	2.630
	Da	15	75.15	18.943	1.542

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Scor auto-compasiune	Equal variances assumed	.809	.369	2.599	203	.010	7.848	3.020	1.894	13.802
	Equal variances not assumed			2.574	91.830	.012	7.848	3.049	1.792	13.903

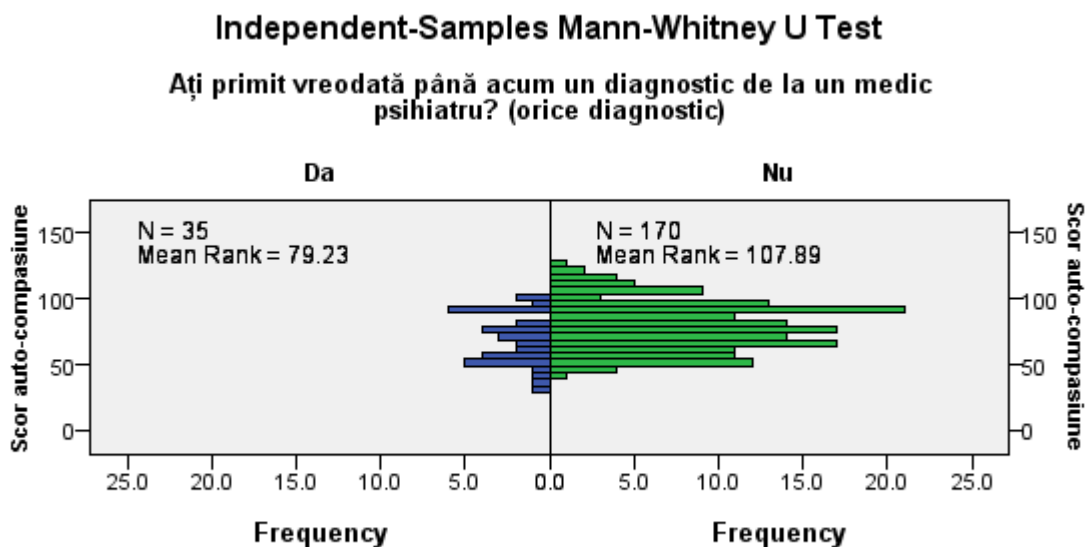
Asocierea dintre auto-compasiune și diagnosticul psihiatric

Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai scăzut de auto-compasiune**. Astfel:

- Respondenții care au avut primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut scoruri cuprinse între 31 și 101 puncte, cu un scor mediu de 68.6 puncte (deviație standard 19.35, CI: [61.95, 75.25]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scoruri cuprinse între 39 și 126 puncte, cu un scor mediu de 78.99 puncte (deviație standard 18.83, CI: [76.14, 81.85]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un diagnostic în ceea ce privește nivelul de auto-compasiune. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 79.23) și scorurile celor fără un diagnostic (rang mediu 107.89), $U=2.143$, $Z=-2.604$, $p=0.009$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai scăzute de auto-compasiune. Poate fi interpretat și că persoanele cu nivel scăzut de auto-compasiune tind să aibă asociat un diagnostic psihiatric. Atenție! testul nu indică faptul că prezența diagnosticului psihiatric determină un nivel scăzut de auto-compasiune, ci că există o asociere între acești parametri.

Grafic: distribuția scorurilor pe scala auto-compasiunii în funcție de diagnosticul psihiatric



Tabel: test Mann – Whitney U

Test Statistics ^a	
	Scor auto-compasiune
Mann-Whitney U	2143.000
Wilcoxon W	2773.000
Z	-2.604
Asymp. Sig. (2-tailed)	.009

a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)

Subscala de auto-amabilitate

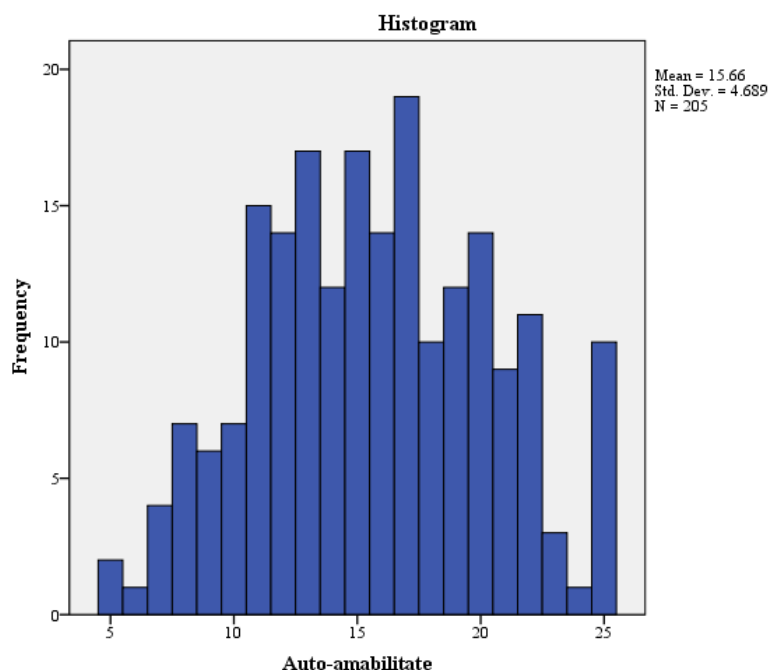
(este dezirabil un scor cât mai **mare**, scorul poate lua valori între 5 și 25)

Pentru subscala de auto-amabilitate respondenții au obținut scoruri cuprinse între 5 și 25, cu un scor mediu de 15.66 (deviație standard 4.68, CI: [15.01, 16.30]).

Valoarea mediana a fost 16, aceasta însemnând că 50% dintre respondenți au obținut un scor de cel mult 16 pe subscala de auto-amabilitate, iar 50% un scor mai mare decât această valoare.

Scorurile obținute au fost similare indiferent de genul, nivelul de educație sau participarea respondentului la ședințe de psihoterapie - auto-amabilitatea respondentului nu este deci influențată de gen ($p=0.381$), de nivelul de educație ($p=0.659$) sau de experiența trecerii acestuia prin ședințele de psihoterapie ($p=0.133$).

Grafic: distribuția scorurilor obținute pe subscala auto-amabilității



Tabel: distribuția scorurilor obținute pe subscala auto-amabilității

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Auto-amabilitate	Mean		15.66	.328
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.01	
		Upper Bound	16.30	

	5% Trimmed Mean	15.63	
	Median	16.00	
	Variance	21.991	
	Std. Deviation	4.689	
	Minimum	5	
	Maximum	25	
	Range	20	
	Interquartile Range	7	
	Skewness	.057	.170
	Kurtosis	-.620	.338

Asocierea scorurilor subscalei auto-amabilității cu diagnosticul psihiatric

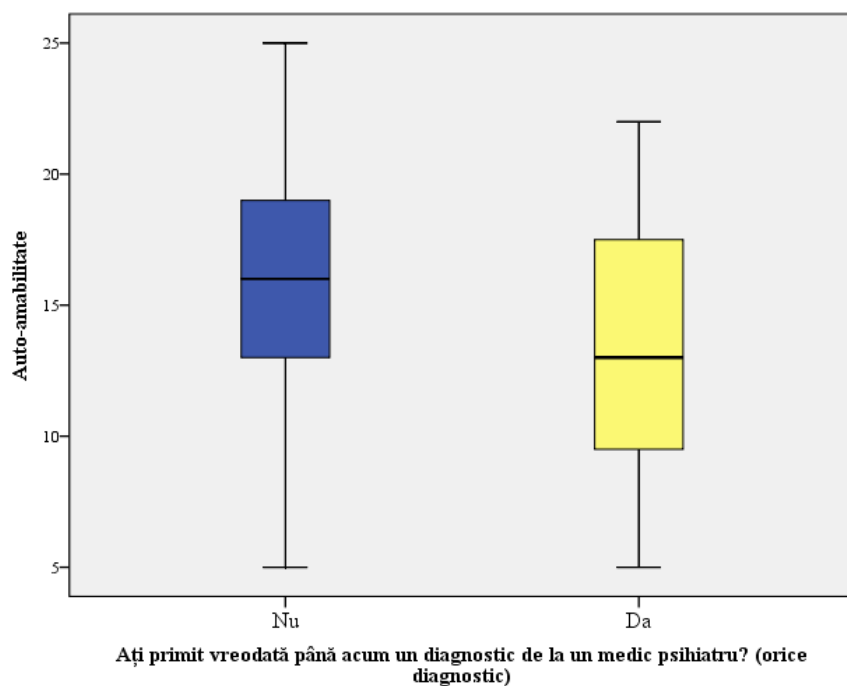
Se observă însă că **persoanele care au primit în trecut un diagnostic psihiatric (indiferent de natura acestuia) au înregistrat scoruri pe subscala auto-amabilității semnificativ mai mici decât cei care nu au avut un diagnostic psihiatric** ($p=0.007$). Astfel:

- Respondenții care au avut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 13.71 (deviație standard 4.94, CI: [12.02, 15.41]),
- Respondenții care nu au avut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 16.06 (deviație standard 4.54, CI: [15.37, 16.75]).

A fost aplicat un test t pentru a determina dacă există diferențe între scorurile obținute pe subscala auto-amabilității de cei care au primit un diagnostic psihiatric și cei care nu au avut vreodată un astfel de diagnostic. Nu au fost întâlnite valori aberante în urma evaluării grafice. Scorurile obținute de cele două grupuri de respondenți au fost normal distribuite așa cum reiese din analiza grafică (diagrama Q-Q), iar testul lui Levene indică varianțe omogene ($p=0.252$). Respondenții care au avut un diagnostic psihiatric au obținut scoruri mai mici în ce privește auto-amabilitatea (13.71 ± 4.94) decât cei fără un diagnostic psihiatric (16.06 ± 4.54), diferența de 2.35 puncte pe scala auto-amabilității fiind una semnificativă statistic (CI: [0.65, 4.03]), $t(203)=2.736$, $p=0.007$.

Acest test statistic ne indică faptul că persoanele cu un diagnostic psihiatric sunt mai puțin “amabile” cu ele însele comparativ cu cele care nu au un diagnostic psihiatric (și care sunt mai amabile cu ele însele).

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala auto-amabilității în funcție de prezența unui diagnostic psihiatric



Tabel: distribuția scorurilor pe subscala auto-amabilității în funcție de prezența unui diagnostic psihiatric

Descriptives				
	Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)		Statistic	Std. Error
Auto-amabilitate	Nu	Mean	16.06	.349
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.37
			Upper Bound	16.75
		5% Trimmed Mean		16.03
		Median		16.00
		Variance		20.683
		Std. Deviation		4.548
		Minimum		5
		Maximum		25
		Range		20
		Interquartile Range		6
		Skewness		.129
		Kurtosis		-.608
	Da	Mean	13.71	.836
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.02
			Upper Bound	15.41

	5% Trimmed Mean	13.74	
	Median	13.00	
	Variance	24.445	
	Std. Deviation	4.944	
	Minimum	5	
	Maximum	22	
	Range	17	
	Interquartile Range	9	
	Skewness	.014	.398
	Kurtosis	-1.167	.778

Tabel: testul t

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Auto-amabilitate	Equal variances assumed	1.319	.252	2.736	203	.007	2.345	.857	.655	4.034
	Equal variances not assumed			2.589	46.592	.013	2.345	.906	.522	4.167

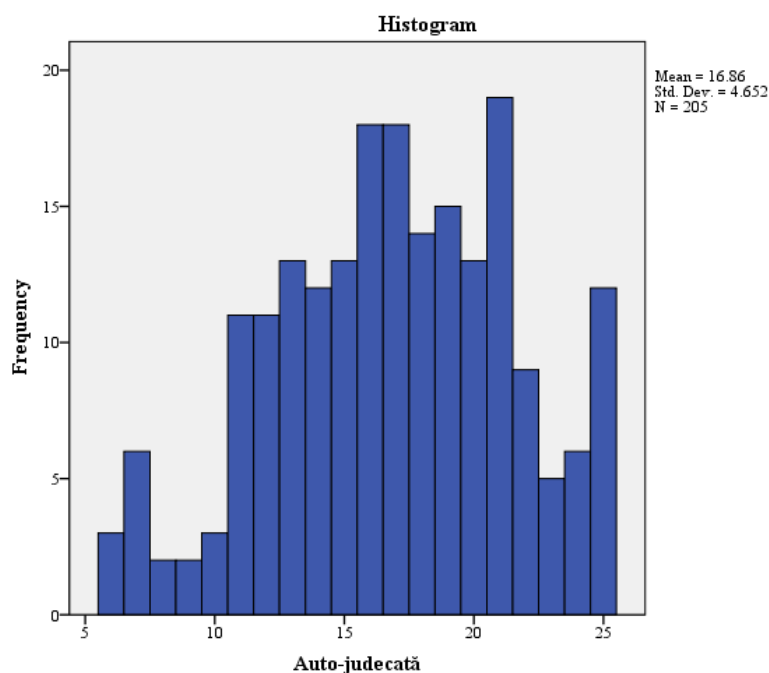
Subscala de auto-judecată

(Este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 5 și 25. La calculul scorului total pe scala auto-compassiunii, întrebările de pe aceasta subscală au fost scorate invers)

Pentru subscala de auto-judecată respondenții au obținut scoruri cuprinse între 6 și 25 puncte, cu un scor mediu de 16.86 puncte (deviație standard 4.65, CI: [16.22, 17.50]) și o valoare mediană de 17 puncte.

Scorurile obținute au fost similare indiferent de vârstă sau nivelul de educație al respondentului - auto-judecata respondentului nu este deci influențată de vârstă ($p=0.065$) sau educația acestuia ($p=0.496$).

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala auto-judecării



Tabel: distribuția scorurilor pe subscala auto-judecării

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Auto-judecată	Mean		16.86	.325
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.22	
		Upper Bound	17.50	
	5% Trimmed Mean		16.96	
	Median		17.00	
	Variance		21.642	
	Std. Deviation		4.652	
	Minimum		6	
	Maximum		25	
	Range		19	
	Interquartile Range		7	
	Skewness		-.224	.170
	Kurtosis		-.492	.338

Asocierea dintre auto-judecată și gen

Se observă că **femeile au înregistrat scoruri semnificativ mai mari decât bărbații** ($p=0.017$). Astfel:

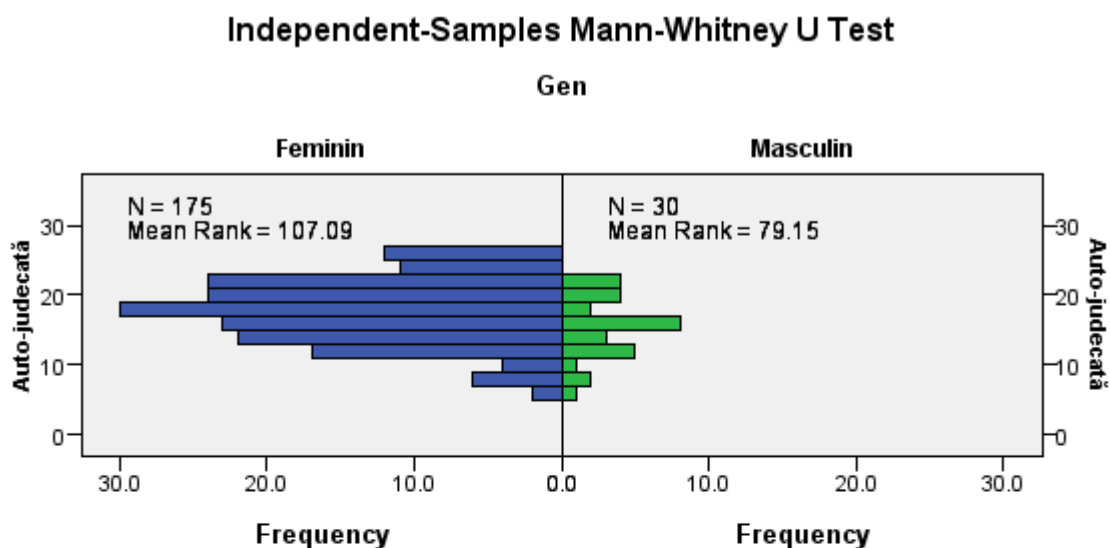
- Respondenții de gen feminin au obținut scoruri cuprinse între 6 și 25 puncte, cu un scor mediu de 17.19 puncte (deviație standard 4.62, CI: [16.5, 17.88]),
- Respondenții de gen masculin au obținut scoruri cuprinse între 6 și 22 puncte, cu un scor mediu de 14.93 puncte (deviație standard 4.37, CI: [13.3, 16.57]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între genuri privește nivelul de auto-judecată. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu

fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile bărbaților (rang mediu 79.15) și scorurile femeilor (rang mediu 107.09), $U=1909.5$, $Z=-2.389$, $p=0.017$.

Acest test ne indică faptul că **femeile tind să fie mai critice cu ele însele comparativ cu bărbații**.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de sex



Tabel: test Mann-Whitney U

Test Statistics^a	
	Auto-judecată
Mann-Whitney U	1909.500
Wilcoxon W	2374.500
Z	-2.389
Asymp. Sig. (2-tailed)	.017
a. Grouping Variable: Gen	

Asocierea dintre auto-judecată și participarea la psihoterapie

Se observă că **respondenții care au participat la ședințe de psihoterapie au înregistrat scoruri pe subscala auto-judecării semnificativ mai mari decât cei care nu au făcut psihoterapie** ($p=0.001$). Astfel:

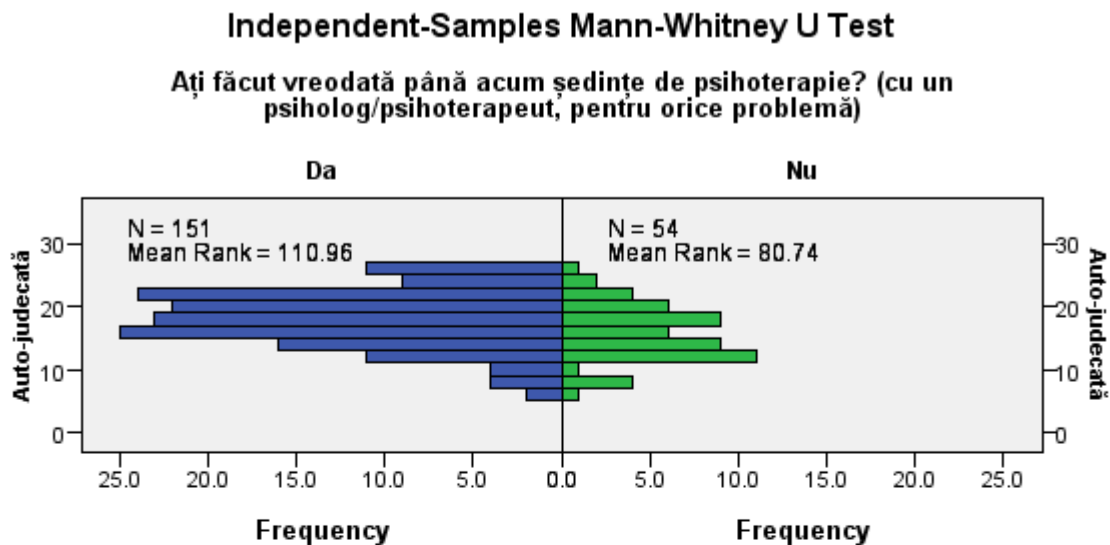
- Respondenții care au făcut terapie au un scor mediu de 17.48 puncte (deviație standard 4.53, CI: [16.75, 18.21]),
- Respondenții care nu au făcut terapie au un scor mediu de 15.11 (deviație standard 4.57, CI: [13.86, 16.36]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între cei care au făcut și cei care nu au făcut psihoterapie în ce privește nivelul de auto-judecată.

Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor care au făcut terapie (rang mediu 110.96) și scorurile celor care nu au făcut terapie (rang mediu 80.74), $U=2875$, $Z=-3.220$, $p=0.001$.

Acest test ne indică faptul că există o asocierie între participarea la psihoterapie și nivelurile mai ridicate de auto-judecată. Cel mai plauzibil este că persoanele care sunt mai critice cu ele însele tind să aibă la un moment dat nevoie de terapie.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de participarea la terapie



Tabel: test Mann – Whitney U

Test Statistics ^a	
	Auto-judecată
Mann-Whitney U	2875.000
Wilcoxon W	4360.000
Z	-3.220
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
a. Grouping Variable: Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)	

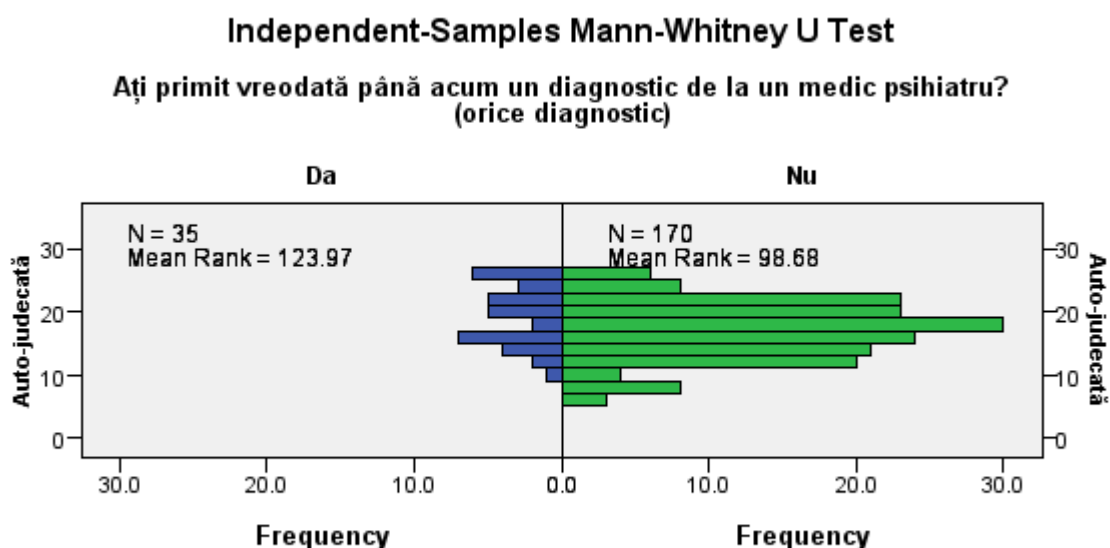
Asocierea dintre auto-judecată și diagnosticul psihiatric

Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de auto-judecată**. Astfel:

- Respondenții care au primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut scoruri cuprinse între 9 și 25 puncte, cu un scor mediu de 18.69 puncte (deviație standard 4.64, CI: [17.09, 20.28]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scoruri cuprinse între 6 și 25 puncte, cu un scor mediu de 16.48 puncte (deviație standard 4.57, CI: [15.79, 17.18]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un diagnostic în ceea ce privește nivelul de auto-judecată. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 123.97) și scorurile celor fără un diagnostic (rang mediu 98.68), $U=2241$, $Z=-2.302$, $p=0.021$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai crescute de auto-judecată, adică să fie mai critici cu ei înșiși. Poate fi interpretat și că persoanele cu un nivel mai crescut de auto-judecată tind să aibă asociat la un moment dat un diagnostic psihiatric. Atenție! testul nu indică faptul că prezența diagnosticului psihiatric determină un nivel scăzut de auto-judecată, ci că există o asociere între acești parametri.

Grafic: distribuția scorurilor



Tabel: test Mann – Whitney U

Test Statistics ^a	
	Auto-judecată
Mann-Whitney U	2241.000
Wilcoxon W	16776.000

Z	-2.302
Asymp. Sig. (2-tailed)	.021
a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)	

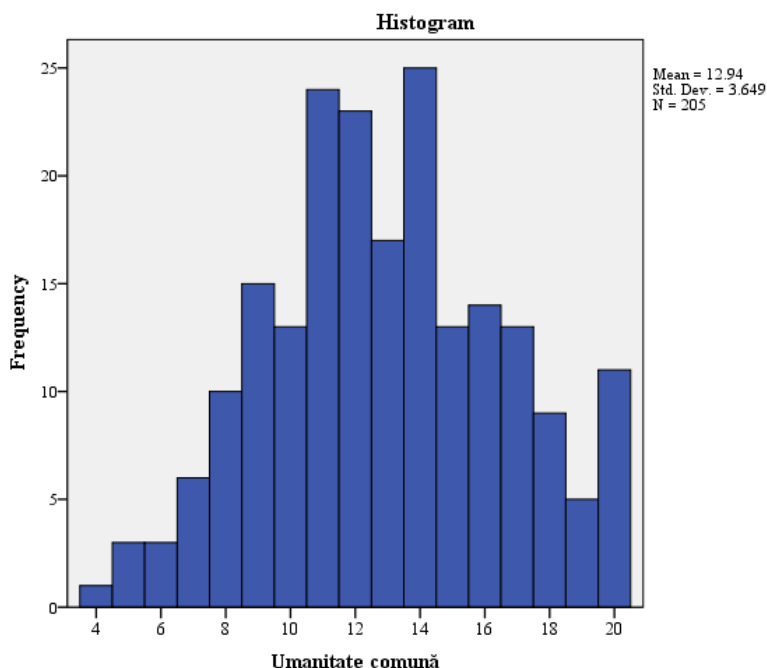
Subscala de umanitate comună

(este dezirabil un scor cât mai **mare**, scorul poate lua valori între 4 și 20)

Pe subscala de umanitate comună respondenții au obținut scoruri cuprinse între 4 și 20 puncte, cu un scor mediu de 12.94 puncte (deviație standard 3.64, CI: [12.43, 13.44]) și o valoare mediană de 13 puncte.

Scorurile obținute au fost similare indiferent de vârstă, genul, nivelul de educație, participarea respondentului la ședințe de psihoterapie sau primirea unui diagnostic psihiatric – scorul respondentului privind umanitatea comună nu este deci influențat de vârstă ($p=0.530$), genul ($p=0.910$), de nivelul de educație ($p=0.311$), de experiența trecerii acestuia prin ședințele de psihoterapie ($p=0.376$) sau de primirea unui diagnostic psihiatric ($p=0.269$).

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala umanității comune



Tabel: distribuția scorurilor pe subscala umanității comune

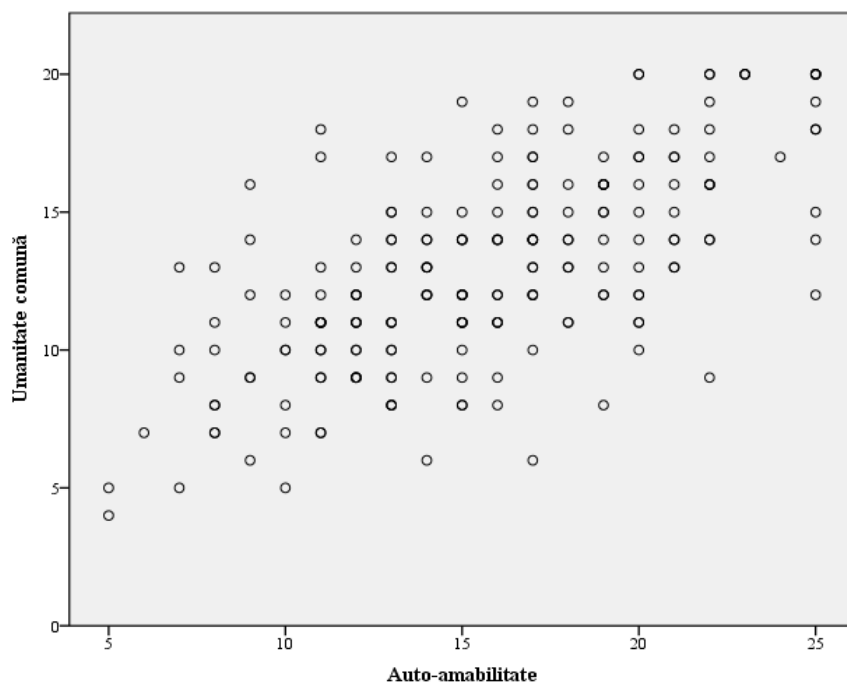
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Umanitate comună	Mean		12.94	.255
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.43	
		Upper Bound	13.44	
	5% Trimmed Mean		12.94	
	Median		13.00	
	Variance		13.315	
	Std. Deviation		3.649	
	Minimum		4	
	Maximum		20	
	Range		16	
	Interquartile Range		6	
	Skewness		.048	.170
	Kurtosis		-.520	.338

Asocierea dintre umanitatea comună și auto-amabilitatea

Se observă o evoluție în același sens a scorurilor înregistrate de respondenți pe subscalele auto-amabilității și umanității comune, astfel încât persoanele care au înregistrat scoruri mai mari în ce privește auto-amabilitatea au înregistrat, de asemenea, scoruri mai mari și în privința umanității comune.

A fost calculat un coeficient de corelare Spearman pentru a evalua relația dintre scorul obținut pe scala auto-amabilității și cel obținut pentru umanitatea comună. Reprezentarea grafică indică o relație monotonă. Există o **asociere directă și puternică între scorurile obținute de respondent pe cele două subscale** (auto-amabilitate și umanitate comună), $r_s(203) = 0.645$, $p < 0.001$.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de subscala auto-amabilității și a umanității comune



Tabel: coeficient Spearman asociere auto-amabilitate și umanitate comună

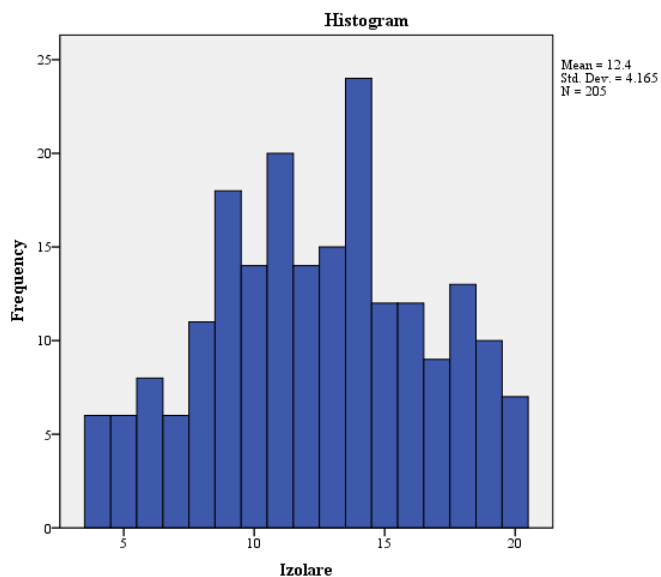
Correlations				
			Auto-amabilitate	Umanitate comună
Spearman's rho	Auto-amabilitate	Correlation Coefficient	1.000	.645**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	205	205
	Umanitate comună	Correlation Coefficient	.645**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	205	205
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Subscala de izolare

(este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 4 și 20. Întrebări cu scorare inversă)

Pentru subscala de izolare respondenții au obținut scoruri cuprinse între 4 și 20 puncte, cu un scor mediu de 12.4 puncte (deviație standard 4.16, CI: [11.83, 12.97]) și o valoare mediană de 12 puncte.

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala de izolare



Asocierea dintre izolare și gen

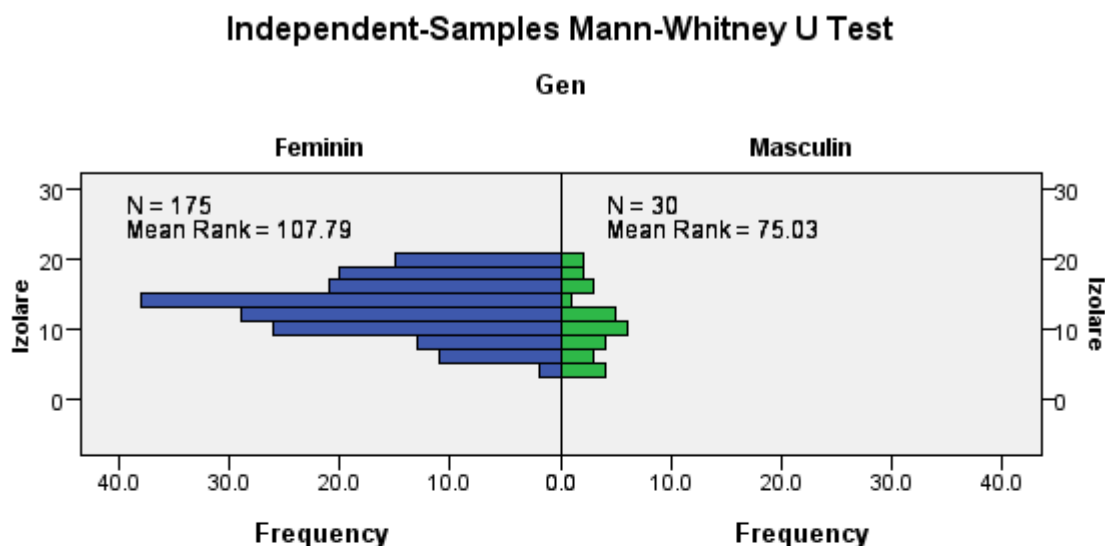
Se observă că **femeile au înregistrat scoruri semnificativ mai mari decât bărbații** ($p=0.005$). Astfel:

- Respondenții de gen feminin au obținut scoruri cuprinse între 4 și 20 puncte, cu un scor mediu de 12.75 puncte (deviație standard 3.96, CI: [12.16, 13.34]),
- Respondenții de gen masculin au obținut scoruri cuprinse între 4 și 20 puncte, cu un scor mediu de 10.37 puncte (deviație standard 4.78, CI: [8.58, 12.15]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între genuri în ceea ce privește nivelul de izolare. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile bărbaților (rang mediu 75.03) și scorurile femeilor (rang mediu 107.79), $U=1786$, $Z=-2.802$, $p=0.005$.

*Acest test ne indică faptul că **femeile tind să aibă un nivel mai ridicat de izolare comparativ cu bărbații.***

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de gen



Tabel: test Mann – Whitney U

Test Statistics ^a	
	Izolare
Mann-Whitney U	1786.000
Wilcoxon W	2251.000
Z	-2.802
Asymp. Sig. (2-tailed)	.005
a. Grouping Variable: Gen	

Asocierea dintre izolare și terapie

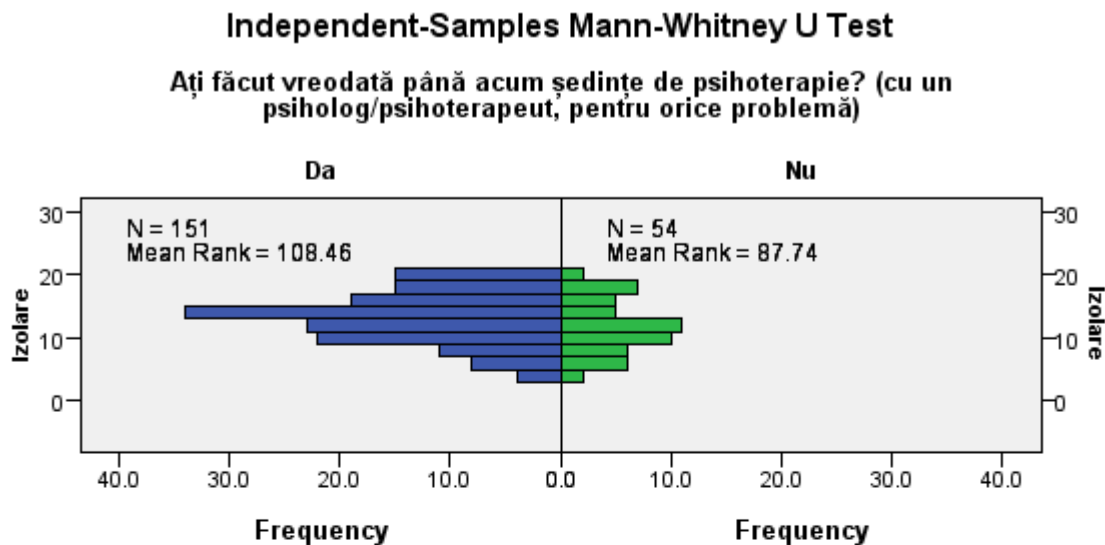
Se observă că **respondenții care au participat la ședințe de psihoterapie au înregistrat scoruri pe subscala izolării semnificativ mai mari decât cei care nu au făcut psihoterapie** ($p=0.027$). Astfel:

- Respondenții care au făcut terapie au un scor mediu de 12.77 puncte (deviație standard 4.08, CI: [12.11, 13.41]),
- Respondenții care nu au făcut terapie au un scor mediu de 11.37 (deviație standard 4.25, CI: [10.21, 12.53]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între cei care au făcut și cei care nu au făcut psihoterapie în ce privește nivelul de izolare. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor care au făcut terapie (rang mediu 108.46) și scorurile celor care nu au făcut terapie (rang mediu 87.74), $U=3253$, $Z=-2.208$, $p=0.027$.

Acest test ne indică faptul că există o asociere între participarea la psihoterapie și nivelurile mai ridicate de izolare.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de participarea la terapie



Tabel: test Mann-Whitney U

Test Statistics ^a	
	Izolare
Mann-Whitney U	3253.000
Wilcoxon W	4738.000
Z	-2.208
Asymp. Sig. (2-tailed)	.027
a. Grouping Variable: Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)	

Asocierea dintre izolare și diagnostic psihiatric

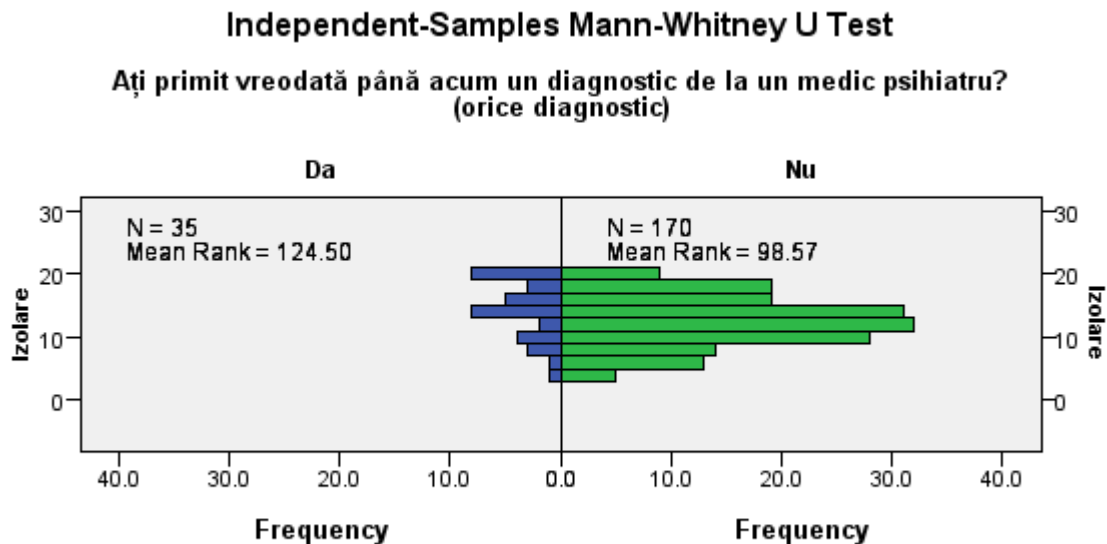
Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de izolare**. Astfel:

- Respondenții care au primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 13.94 puncte (deviație standard 4.58, CI: [12.37, 15.51]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scor mediu de 12.08 puncte (deviație standard 4.01, CI: [11.47, 12.69]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un diagnostic în ceea ce privește nivelul de izolare. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 124.5) și scorurile celor

fără un diagnostic (rang mediu 98.57), $U=2222.5$, $Z=-2.361$, $p=0.018$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai crescute de izolare, dar poate fi interpretat și că persoanele cu un nivel mai crescut de izolare tind să aibă asociat la un moment dat un diagnostic psihiatric.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de diagnosticul psihiatric



Tabel: test Mann-Whitney U

Test Statistics ^a	
	Izolare
Mann-Whitney U	2222.500
Wilcoxon W	16757.500
Z	-2.361
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018
a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)	

Subscala mindfulness

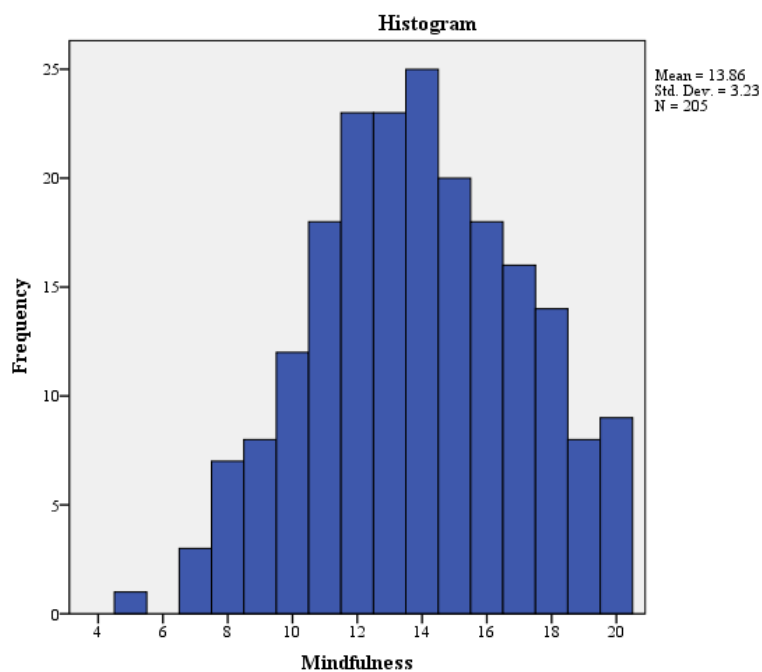
(este dezirabil un scor cât mai **mare**, scorul poate lua valori între 4 și 20)

Pentru subscala de mindfulness respondenții au obținut scoruri cuprinse între 5 și 20 puncte, cu un scor mediu de 13.86 puncte (deviație standard 3.23, CI: [13.41, 14.30]) și o valoare mediană de 14 puncte.

Scorurile obținute au fost similare indiferent de vârsta, nivelul de educație, participarea respondentului la ședințe de psihoterapie sau primirea unui diagnostic psihiatric – scorul

respondentului privind umanitatea comună nu este deci influențat de vârstă ($p=0.189$), de nivelul de educație ($p=0.202$) sau de primirea unui diagnostic psihiatric ($p=0.176$).

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala mindfulness



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pentru subscala mindfulness

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Mindfulness	Mean		13.86	.226
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.41	
		Upper Bound	14.30	
	5% Trimmed Mean		13.88	
	Median		14.00	
	Variance		10.436	
	Std. Deviation		3.230	
	Minimum		5	
	Maximum		20	
	Range		15	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		-.057	.170
	Kurtosis		-.535	.338

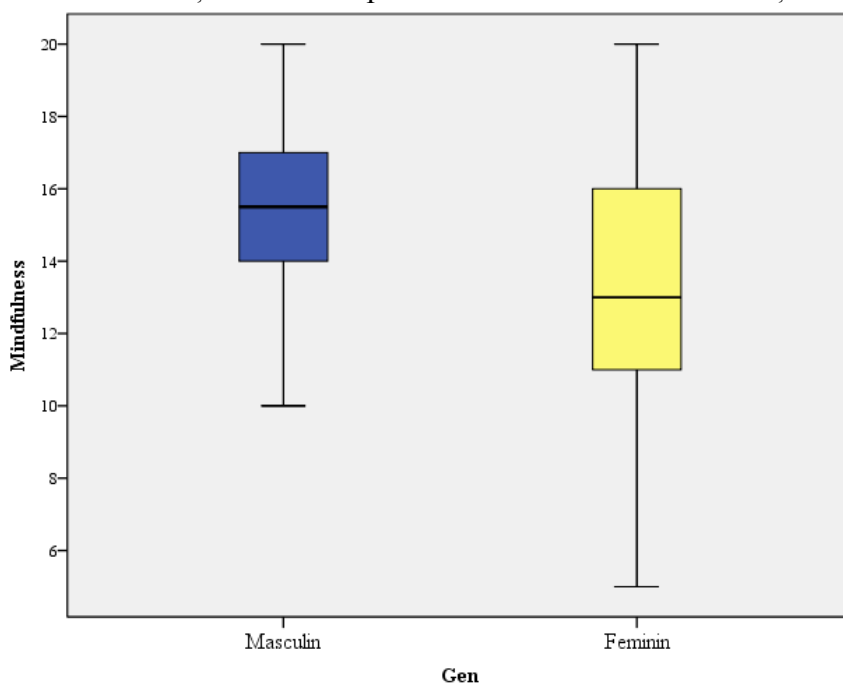
Asocierea dintre scorul subscalei mindfulness și gen

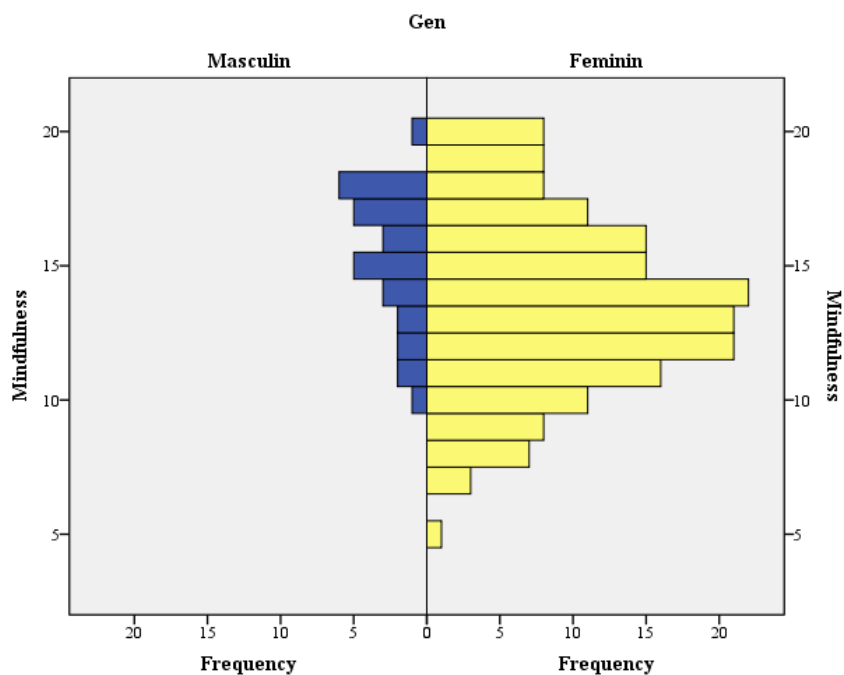
Se observă însă că **femeile au înregistrat scoruri pe subscala mindfulness semnificativ mai mici decât bărbații** ($p=0.007$). Astfel:

- Respondenții de gen feminin au obținut un scor mediu de 13.61 (deviație standard 3.27, CI: [13.12, 14.09]),
- Respondenții de gen masculin au obținut un scor mediu de 15.33 (deviație standard 2.52, CI: [14.39, 16.28]).

A fost aplicat un test t pentru a determina dacă există diferențe între bărbați și femei în ceea ce privește scorurile obținute pe subscala mindfulness. Nu au fost întâlnite valori aberante în urma evaluării grafice. Scorurile obținute de cele două grupuri de respondenți au fost normal distribuite așa cum reiese din analiza grafică (diagrama $Q-Q$), iar testul lui Levene indică varianțe omogene ($p=0.108$). Femeile au obținut scoruri mai mici în ce privește mindfulness-ul (13.61 ± 3.27) comparativ cu bărbații (15.33 ± 2.52), diferența de 1.72 puncte pe subscala mindfulness fiind una semnificativă statistic (CI: [0.49, 2.97]), $t(203)=2.750$, $p=0.007$.

Grafice: distribuția scorurilor pe subscala mindfulness în funcție de gen





Tabel: distribuția scorurilor pe subscala mindfulness în funcție de gen

Descriptives					
	Gen			Statistic	Std. Error
Mindfulness	Masculin	Mean		15.33	.461
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	14.39	
			Upper Bound	16.28	
		5% Trimmed Mean		15.39	
		Median		15.50	
		Variance		6.368	
		Std. Deviation		2.523	
		Minimum		10	
		Maximum		20	
		Range		10	
		Interquartile Range		4	
		Skewness		-.418	.427
		Kurtosis		-.568	.833
		Feminin	Mean		13.61
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	13.12	
			Upper Bound	14.09	
	5% Trimmed Mean		13.60		
	Median		13.00		
	Variance		10.734		
	Std. Deviation		3.276		
	Minimum		5		
	Maximum		20		
	Range		15		

		Interquartile Range	5	
		Skewness	.049	.184
		Kurtosis	-.492	.365

Tabel: testul t

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Mindfulness	Equal variances assumed	2.604	.108	2.750	203	.007	1.728	.628	.489	2.967
	Equal variances not assumed			3.303	47.521	.002	1.728	.523	.676	2.780

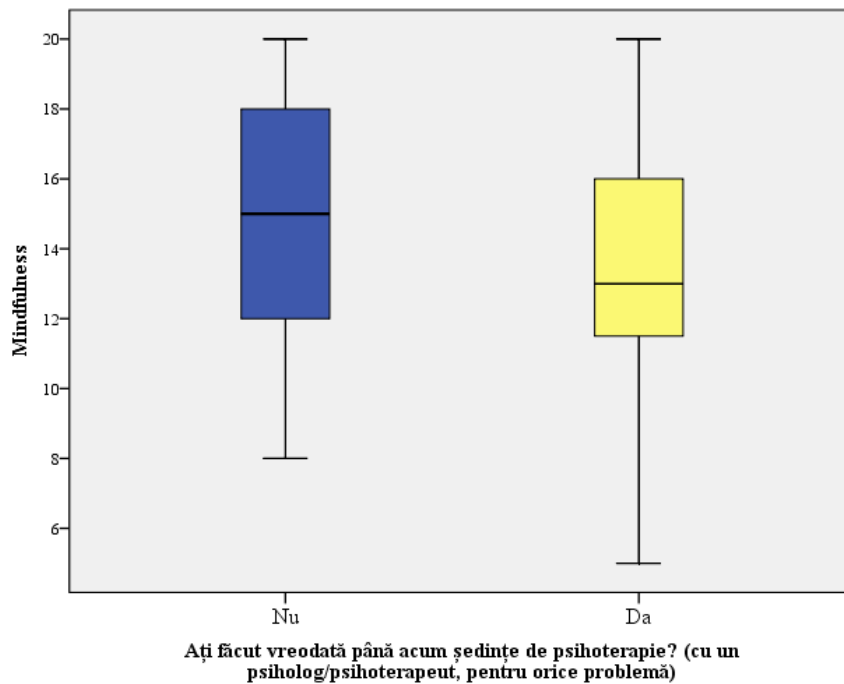
Asociere dintre scorul subscalei mindfulness și psihoterapie

Se observă că **respondenții care au participat la ședințe de psihoterapie au înregistrat scoruri pe subscala mindfulness semnificativ mai mici decât cei care nu au făcut psihoterapie** ($p=0.022$). Astfel:

- Respondenții care au făcut terapie au un scor mediu de 13.55 puncte (deviație standard 3.11, CI: [13.05, 14.05]),
- Respondenții care nu au făcut terapie au un scor mediu de 14.72 (deviație standard 3.42, CI: [13.79, 15.66]).

A fost aplicat un test t pentru a determina dacă există diferențe între cei care au făcut și cei care nu au făcut psihoterapie în ceea ce privește scorurile obținute pe subscala mindfulness. Nu au fost întâlnite valori aberante în urma evaluării grafice. Scorurile obținute de cele două grupuri de respondenți au fost normal distribuite conform analizei grafice (diagrama Q-Q), iar testul lui Levene indică varianțe omogene ($p=0.360$). Respondenții care au făcut terapie au obținut scoruri mai mici în ce privește mindfulness-ul (13.55 ± 3.11) comparativ cu cei care nu au făcut terapie (14.72 ± 3.42), diferența de 1.17 puncte pe subscala mindfulness fiind una semnificativă statistic (CI: [0.17, 2.17]), $t(203)=2.313$, $p=0.022$.

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala mindfulness în funcție de participarea respondentului la psihoterapie



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pentru subscala mindfulness în funcție de participarea respondentului la psihoterapie

Descriptives				
	Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)		Statistic	Std. Error
Mindfulness	Nu	Mean	14.72	.466
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.79
			Upper Bound	15.66
		5% Trimmed Mean	14.80	
		Median	15.00	
		Variance	11.752	
		Std. Deviation	3.428	
		Minimum	8	
		Maximum	20	
		Range	12	
		Interquartile Range	6	
		Skewness	-.271	.325
		Kurtosis	-.744	.639
	Da	Mean	13.55	.253
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.05
			Upper Bound	14.05
		5% Trimmed Mean	13.57	
		Median	13.00	
		Std. Deviation	3.111	

		Minimum	5	
		Maximum	20	
		Range	15	
		Interquartile Range	5	
		Skewness	-.030	.197
		Kurtosis	-.368	.392

Tabel: test t

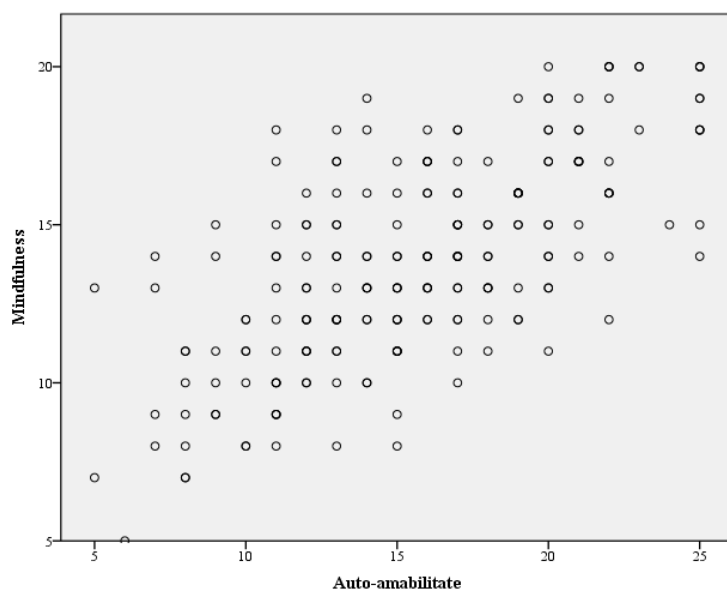
Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Mindfulness	Equal variances assumed	.843	.360	2.313	203	.022	1.173	.507	.173	2.172
	Equal variances not assumed			2.209	86.167	.030	1.173	.531	.117	2.228

Asociere mindfulness și auto-amabilitate

Se observă o evoluție în același sens a scorurilor înregistrate de respondenți pe subscalele auto-amabilității și a mindfulness-ului, astfel încât persoanele care au înregistrat scoruri mai mari în ce privește auto-amabilitatea au înregistrat, de asemenea, scoruri mai mari și în privința mindfulness.

A fost calculat un coeficient de corelare Spearman pentru a evalua relația dintre scorul obținut pe scala auto-amabilității și cel obținut pe subscala mindfulness. Reprezentarea grafică indică o relație monotonă. **Există o asociere directă și puternică între scorurile obținute de respondent pe cele două subscale (auto-amabilitate și mindfulness), $r_s(203) = 0.655$, $p \leq 0.001$.**

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de subscalele mindfulness și auto-amabilitate



Tabel: coeficient Spearman corelare scoruri mindfulness și auto-amabilitate

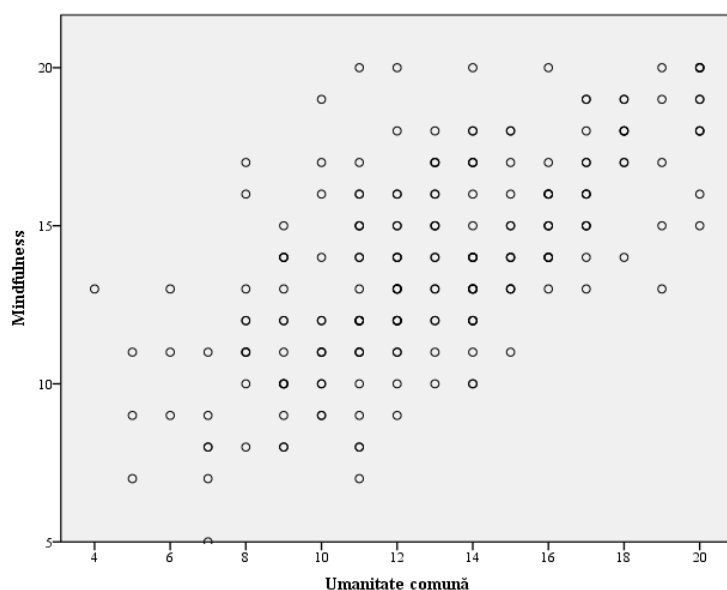
Correlations				
			Mindfulness	Auto-amabilitate
Spearman's rho	Mindfulness	Correlation Coefficient	1.000	.655**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	205	205
	Auto-amabilitate	Correlation Coefficient	.655**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	205	205
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Asociere mindfulness și umanitatea comună

Se observă o evoluție în același sens a scorurilor înregistrate de respondenți pe subscalele umanității comune și a mindfulness-ului, astfel încât persoanele care au înregistrat scoruri mai mari în ce privește umanitatea comună au înregistrat, de asemenea, scoruri mai mari și în privința mindfulness.

A fost calculat un coeficient de corelare Spearman pentru a evalua relația dintre scorul obținut pe subscala umanității comune și cel obținut pe subscala mindfulness. Reprezentarea grafică indică o relație monotonă. **Există o asociere directă și puternică între scorurile obținute de respondent pe cele două subscale (umanitate comună și mindfulness),** $rs(203) = 0.649$, $p \leq 0.001$.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de subscalele mindfulness și umanitate comună



Tabel: coreficient Spearman corelare mindfulness și umanitate comună

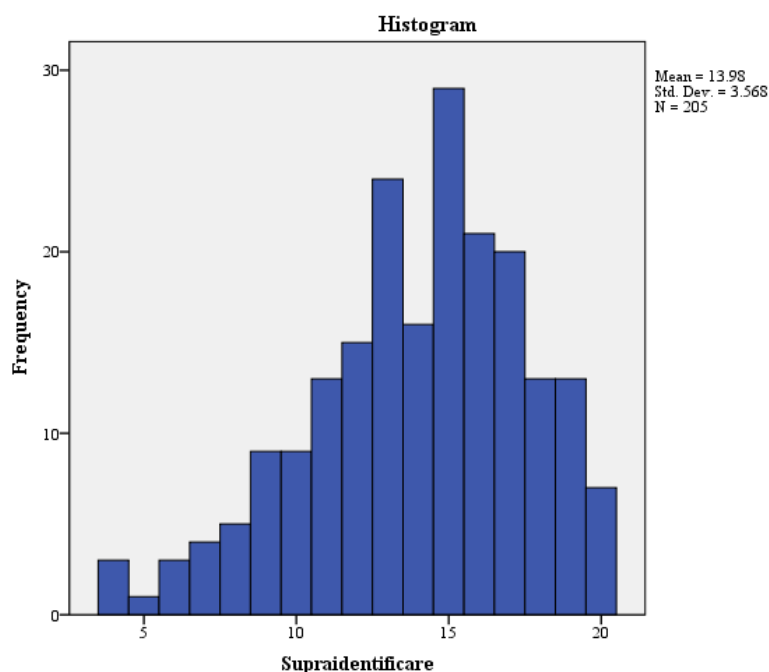
Correlations				
			Mindfulness	Umanitate comună
Spearman's rho	Mindfulness	Correlation Coefficient	1.000	.649**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	205	205
	Umanitate comună	Correlation Coefficient	.649**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	205	205
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Subscala de supraindentificare

(este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 4 și 20. Întrebări cu scorare inversă)

Pentru subscala de supraindentificare respondenții au obținut scoruri cuprinse între 4 și 20 puncte, cu un scor mediu de 13.98 puncte (deviație standard 3.56, CI: [13.48, 14.47]) și o valoare mediană de 15 puncte.

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala de supraidentificare



Tabel: indicatori ai tendinței centrale

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Supraidentificările	Mean		13.98	.249
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	13.48	
		Upper Bound	14.47	
	5% Trimmed Mean		14.12	
	Median		15.00	
	Variance		12.730	
	Std. Deviation		3.568	
	Minimum		4	
	Maximum		20	
	Range		16	
	Interquartile Range		5	
	Skewness		-.547	.170
	Kurtosis		-.048	.338

Asociere supraidentificare si gen

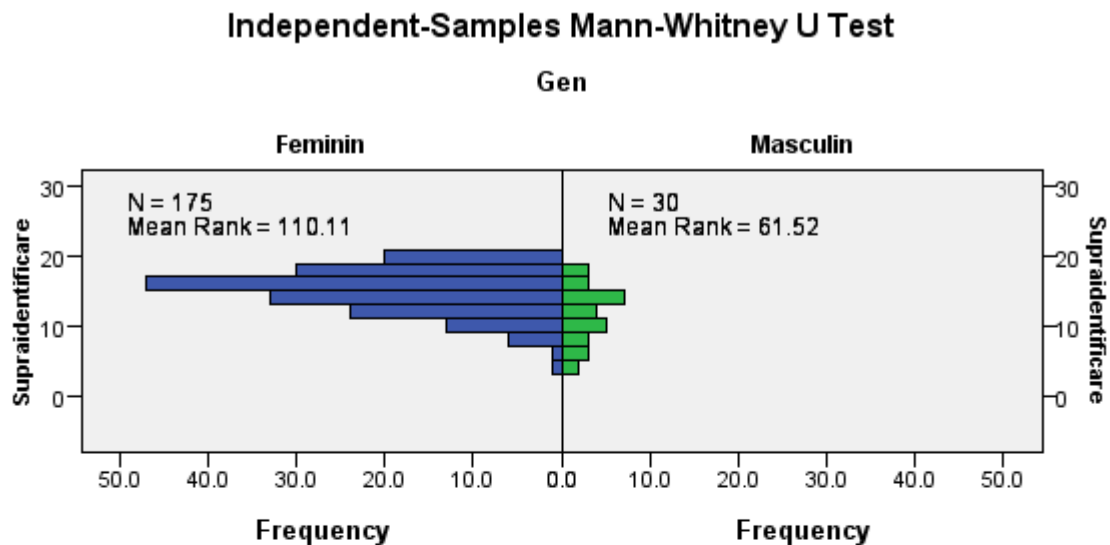
Se observă că **femeile au înregistrat scoruri semnificativ mai mari decât bărbații** ($p \leq 0.001$). Astfel:

- Respondenții de gen feminin au obținut scoruri cuprinse între 4 și 20 puncte, cu un scor mediu de 14.46 puncte (deviație standard 3.26, CI: [13.98, 14.95]),
- Respondenții de gen masculin au obținut scoruri cuprinse între 4 și 18 puncte, cu un scor mediu de 11.13 puncte (deviație standard 3.99, CI: [9.64, 12.63]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între genuri în ceea ce privește nivelul de supraidentificare. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile bărbaților (rang mediu 61.52) și scorurile femeilor (rang mediu 110.11), $U=1380.5$, $Z=-4.163$, $p \leq 0.001$.

Acest test ne indică faptul că **femeile tind să aibă un nivel mai ridicat de supraidentificare comparativ cu bărbații**.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de gen



Tabel: test Mann-Whitney U

Test Statistics ^a	
	Supraidentificare
Mann-Whitney U	1380.500
Wilcoxon W	1845.500
Z	-4.163
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
a. Grouping Variable: Gen	

Asociere supraidentificare și terapie

Se observă că **respondenți care au participat la ședințe de psihoterapie au înregistrat scoruri pe subscala supraidentificării mai mari decât cei care nu au făcut psihoterapie** ($p=0.045$). Astfel:

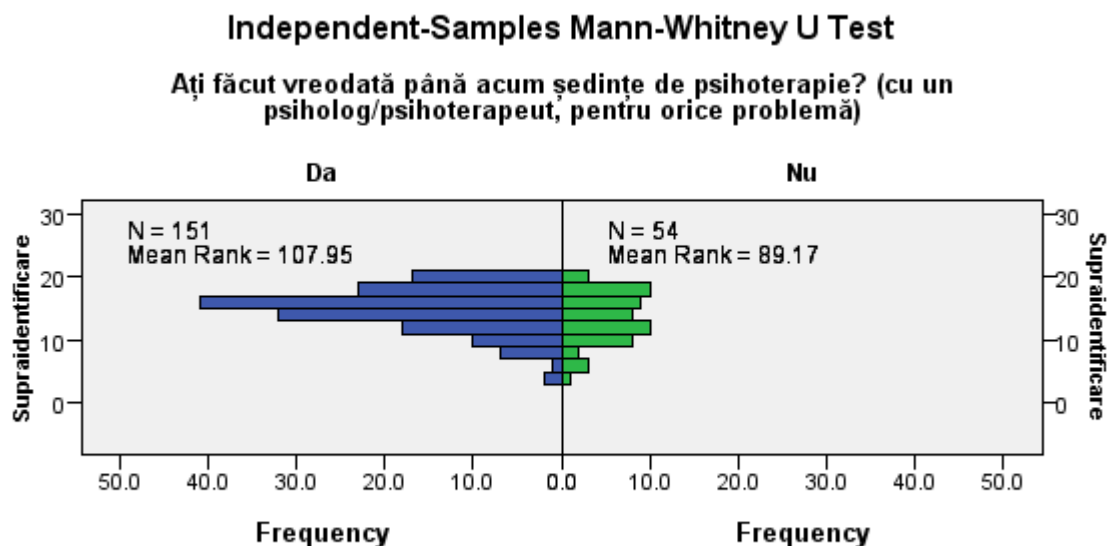
- Respondenții care au făcut terapie au un scor mediu de 14.31 puncte (deviație standard 3.37, CI: [13.77, 14.85]),
- Respondenții care nu au făcut terapie au un scor mediu de 13.04 (deviație standard 3.93, CI: [11.96, 14.11]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între cei care au făcut și cei care nu au făcut psihoterapie în ceea ce privește nivelul de supraidentificare.

Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor care au făcut terapie (rang mediu 107.95) și scorurile celor care nu au făcut terapie (rang mediu 89.17), $U=3330$ $Z=-2.005$, $p=0.045$.

Acest test ne indică faptul că există o asocierie între participarea la psihoterapie și nivelurile mai ridicate de supraidentificare.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de participarea la psihoterapie



Tabel: test Mann -Whitney U

Test Statistics ^a	
	Supraidentificare
Mann-Whitney U	3330.000
Wilcoxon W	4815.000
Z	-2.005
Asymp. Sig. (2-tailed)	.045
a. Grouping Variable: Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut, pentru orice problemă)	

Asocierea supraidentificare și diagnostic psihiatric

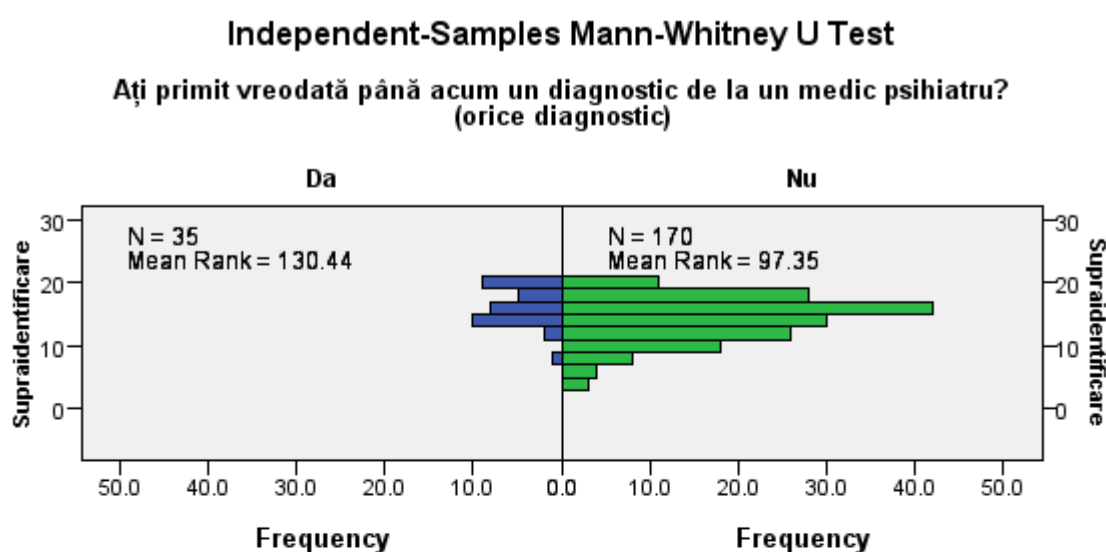
Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de supraidentificare**. Astfel:

- Respondenții care au primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 15.71 puncte (deviație standard 2.97, CI: [14.69, 16.74]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scor mediu de 13.62 puncte (deviație standard 3.58, CI: [13.08, 14.16]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un

diagnostic în ceea ce privește nivelul de supraidentificare. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistice între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 130.44) și scorurile celor fără un diagnostic (rang mediu 97.35), $U=2014.5$, $Z=-3.018$, $p=0.003$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai crescute de supraidentificare, dar poate fi interpretat și că persoanele cu un nivel mai crescut de supraidentificare tind să aibă asociat la un moment dat un diagnostic psihiatric.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de diagnosticul psihiatric



Tabel: test Mann Whitney U

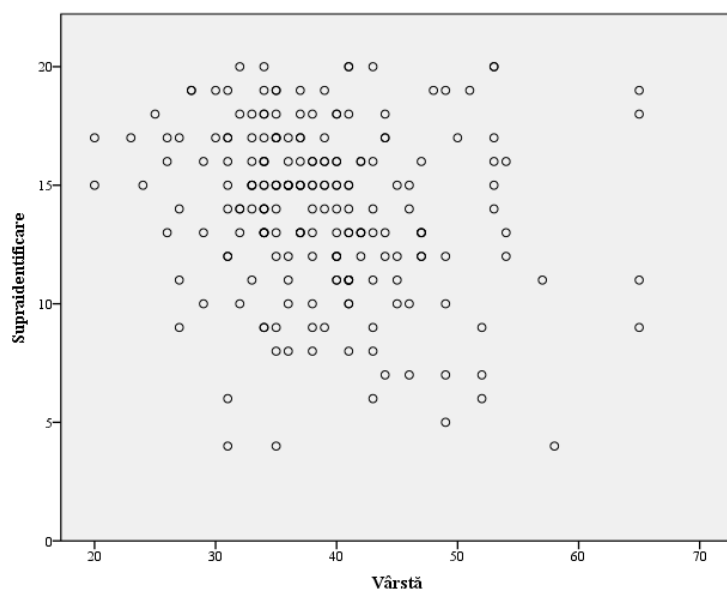
Test Statistics ^a	
	Supraidentificare
Mann-Whitney U	2014.500
Wilcoxon W	16549.500
Z	-3.018
Asymp. Sig. (2-tailed)	.003
a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)	

Asociere supraidentificare și vârstă

Se observă o relație inversă între vârsta respondenților și scorurile obținute pe subscala supraidentificării, astfel încât scoruri mai mari sunt obținute de persoanele tinere, iar **pe măsură ce vârsta acestora crește, nivelul supraidentificării scade.**

A fost calculat un coeficient de corelare Spearman pentru a evalua relația dintre scorul obținut pe subscala supraidentificării și vârsta respondentului. Reprezentarea grafică indică o relație monotonă. **Există o ușoară asociere inversă între scorurile obținute de respondent pe subscala supraidentificării și vârsta acestuia**, $r_s(203) = -0.190$, $p=0.006$.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de vârsta respondenților



Tabel: coeficientul de corelare Spearman

Correlations				
			Vârsta	Supraidentificare
Spearman's rho	Vârsta	Correlation Coefficient	1.000	-.190**
		Sig. (2-tailed)	.	.006
		N	205	205
	Supraidentificare	Correlation Coefficient	-.190**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.006	.
		N	205	205

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

CHESTIONARUL AGRESIVITĂȚII

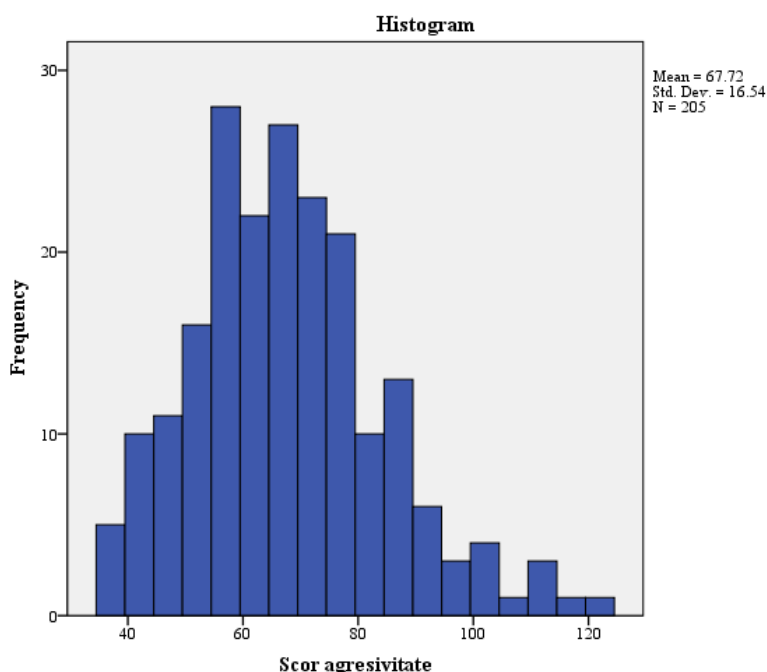
(este dezirabil un scor cât mai *mic*, scorul poate lua valori între 29 și 145 puncte)

Pentru chestionarul agresivității respondenții au obținut scoruri cuprinse între 37 și 121, cu un scor mediu de 67.72 puncte (deviație standard 16.54, CI: [65.44, 69.99]).

Valoarea mediana a fost 66, aceasta însemnând că 50% dintre respondenți au obținut un scor de cel mult 66 puncte la chestionarul agresivității, iar 50% un scor mai mare decât această valoare.

Respondenții au obținut scoruri similare indiferent de genul ($p=0.223$), nivelul de educație ($p=0.325$), participarea la terapie ($p=0.828$) sau vârsta acestora ($p=0.123$)

Grafic: distribuția scorurilor la chestionarul agresivității



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pentru scala agresivității

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Scor agresivitate	Mean		67.72	1.155
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	65.44	
		Upper Bound	69.99	
	5% Trimmed Mean		67.01	
	Median		66.00	
	Variance		273.567	
	Std. Deviation		16.540	
	Minimum		37	
	Maximum		121	
	Range		84	
	Interquartile Range		21	
	Skewness		.622	.170

	Kurtosis	.403	.338
--	----------	------	------

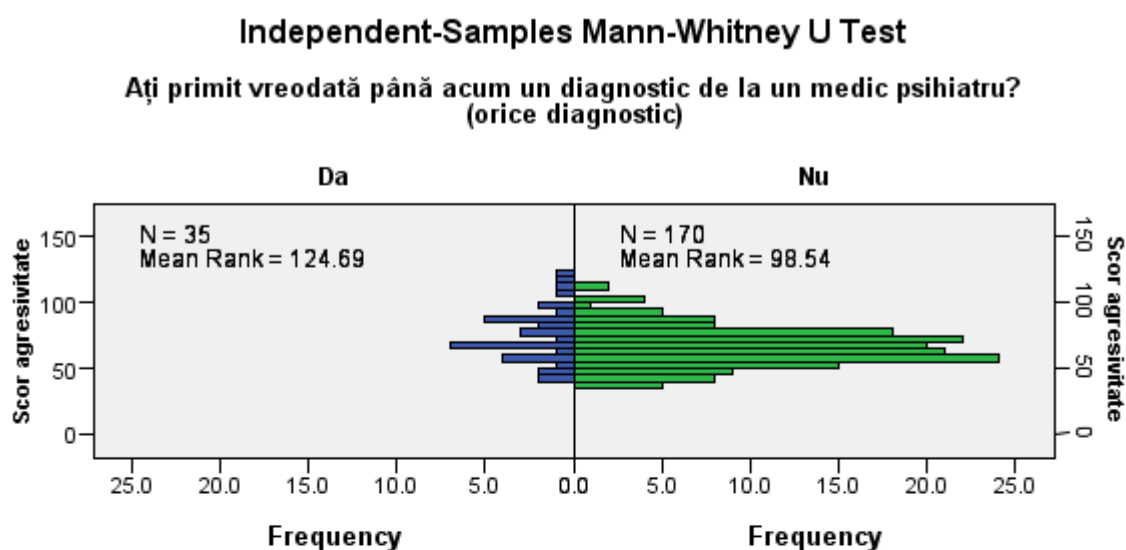
Asocierea dintre agresivitatea generală și diagnosticul psihiatric

Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de agresivitate generală**. Astfel:

- Respondenții care au primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 75.43 puncte (deviație standard 20.42, CI: [68.41, 82.45]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scor mediu de 66.13 puncte (deviație standard 15.21, CI: [63.83, 68.43]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un diagnostic în ceea ce privește nivelul de agresivitate generală. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 124.69) și scorurile celor fără un diagnostic (rang mediu 98.54), $U=2216$, $Z=-2.376$, $p=0.018$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai crescute de agresivitate, dar poate fi interpretat și că persoanele cu un nivel mai crescut de agresivitate tind să aibă asociat la un moment dat un diagnostic psihiatric.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de diagnosticul psihiatric



Tabel: test Mann – Whitney U

Test Statistics ^a	
	Scor agresivitate
Mann-Whitney U	2216.000
Wilcoxon W	16751.000
Z	-2.376
Asymp. Sig. (2-tailed)	.018

a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)

Subscala agresivității fizice

(este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 9 și 45)

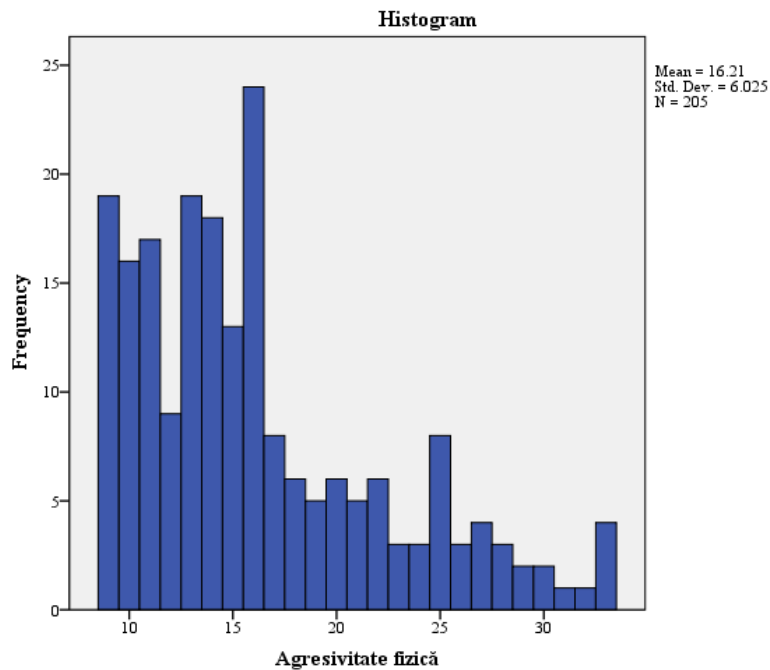
Pentru subscala agresivității fizice respondenții au obținut scoruri cuprinse între 9 și 33 puncte, cu un scor mediu de 16.21 puncte (deviație standard 6.02, CI: [15.38, 17.04]) și o valoare mediană de 15 puncte.

Nu s-au evidențiat asocieri între nivelul de agresivitate fizică și vârsta ($p=0.281$), genul ($p=0.059$), nivelul de educație ($p=0.429$), participarea la terapie ($p=0.974$) sau diagnosticul psihiatric ($p=0.081$)

Tabel: indicatori ai tendinței centrale pe subscala agresivității fizice

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Agresivitate fizică	Mean		16.21	.421
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	15.38	
		Upper Bound	17.04	
	5% Trimmed Mean		15.78	
	Median		15.00	
	Variance		36.307	
	Std. Deviation		6.025	
	Minimum		9	
	Maximum		33	
	Range		24	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		.980	.170
	Kurtosis		.256	.338

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala agresivității fizice



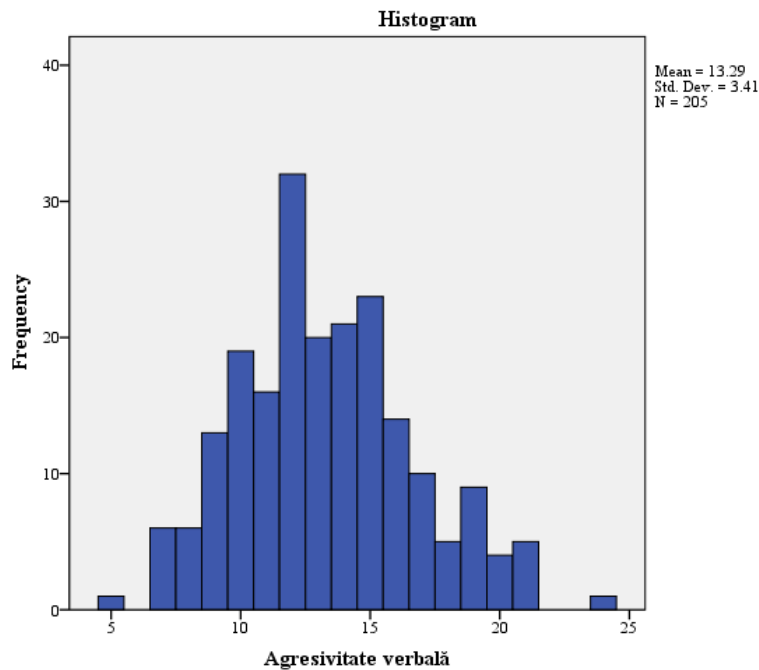
Subscala agresivității verbale

*(este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 5 și 25)*

Pentru subscala agresivității verbale respondenții au obținut scoruri cuprinse între 5 și 24 puncte, cu un scor mediu de 13.29 puncte (deviație standard 3.41, CI: [12.82, 13.76]) și o valoare mediană de 13 puncte.

Nu s-au evidențiat asocieri între nivelul de agresivitate fizică și vârsta ($p=0.715$), genul ($p=0.210$), nivelul de educație ($p=0.790$) sau participarea respondentului la terapie ($p=0.671$).

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala agresivității verbale



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pe subscala agresivității verbale

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Agresivitate verbală	Mean		13.29	.238
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	12.82	
		Upper Bound	13.76	
	5% Trimmed Mean		13.22	
	Median		13.00	
	Variance		11.630	
	Std. Deviation		3.410	
	Minimum		5	
	Maximum		24	
	Range		19	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		.362	.170
	Kurtosis		-.068	.338

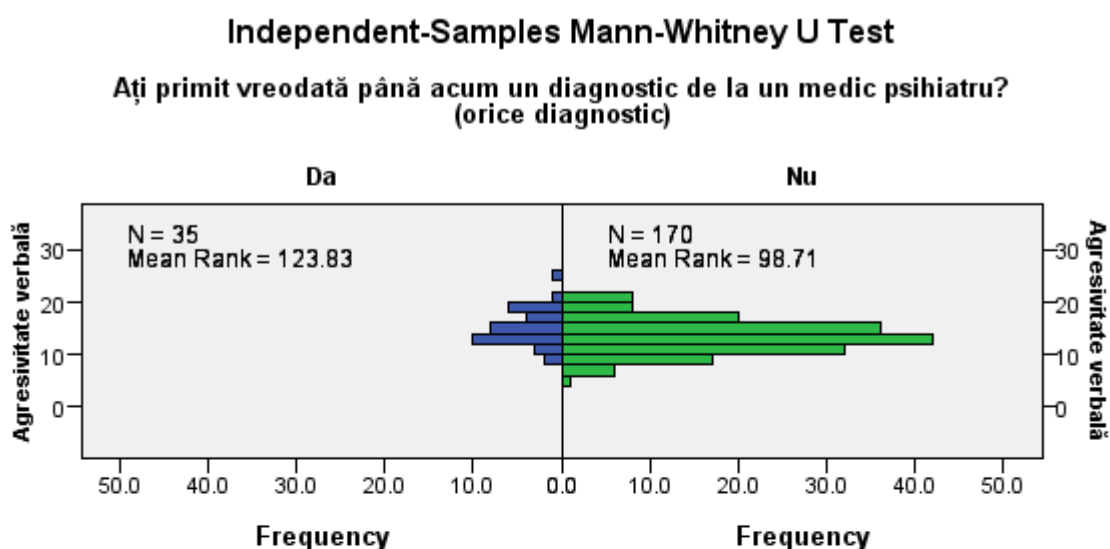
Asocierea dintre agresivitatea verbală și diagnosticul psihiatric

Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de agresivitate verbală**. Astfel:

- Respondenții care au primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 14.57 puncte (deviație standard 3.41, CI: [13.4, 15.74]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scor mediu de 13.03 puncte (deviație standard 3.35, CI: [12.52, 13.54]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un diagnostic în ceea ce privește nivelul de agresivitate verbală. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 123.83) și scorurile celor fără un diagnostic (rang mediu 98.71), $U=2246$, $Z=-2.291$, $p=0.022$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai crescute de agresivitate verbală, dar poate fi interpretat și că persoanele cu un nivel mai crescut de agresivitate verbală tind să aibă asociat la un moment dat un diagnostic psihiatric.

Grafic: distribuția scorurilor pentru agresivitatea verbală în funcție de diagnosticul psihiatric



Tabel: test Mann Whiteny U

Test Statistics ^a	
	Agresivitate verbală
Mann-Whitney U	2246.000
Wilcoxon W	16781.000
Z	-2.292
Asymp. Sig. (2-tailed)	.022
a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)	

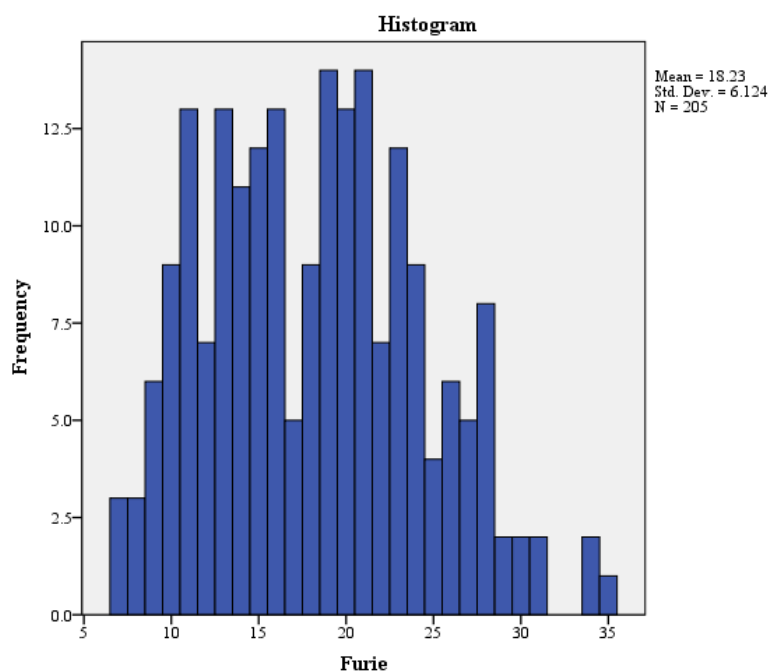
Subscala furiei

(este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 7 și 35)

Pentru subscala furiei respondenții au obținut scoruri cuprinse între 7 și 35 puncte, cu un scor mediu de 18.23 puncte (deviație standard 6.12, CI: [17.39, 19.08]) și o valoare mediană de 18 puncte.

Nu s-au evidențiat asocieri între nivelul de furie și vârsta ($p=0.193$), nivelul de educație ($p=0.205$) sau participarea respondentului la terapie ($p=0.673$).

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala furiei



Tabel: indicatori ai tendinței centrale pe subscala furiei

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Furie	Mean		18.23	.428
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	17.39	
		Upper Bound	19.08	
	5% Trimmed Mean		18.09	
	Median		18.00	
	Variance		37.504	
	Std. Deviation		6.124	
	Minimum		7	
	Maximum		35	
	Range		28	
	Interquartile Range		10	
	Skewness		.302	.170
	Kurtosis		-.537	.338

Asocierea dintre furie și gen

În privința furiei, se observă că **femeile au înregistrat scoruri semnificativ mai mari decât bărbații** ($p=0.03$). Astfel:

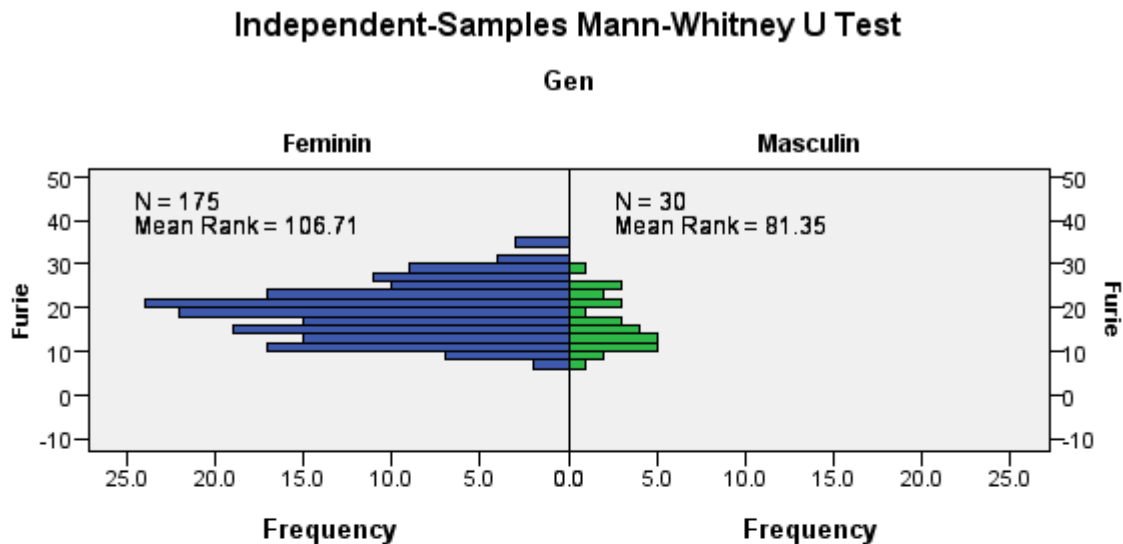
- Respondenții de gen feminin au obținut scoruri cuprinse între 7 și 35 puncte, cu un scor mediu de 18.63 puncte (deviație standard 6.13, CI: [17.71, 19.54]),
- Respondenții de gen masculin au obținut scoruri cuprinse între 7 și 28 puncte, cu un scor mediu de 15.93 puncte (deviație standard 5.63, CI: [13.83, 18.04]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între genuri în ceea ce privește nivelul de furie. Distribuția scorurilor în cele două grupuri analizate nu fost

similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile bărbaților (rang mediu 81.35) și scorurile femeilor (rang mediu 106.71), $U=1975.5$, $Z=-2.166$, $p=0.030$.

Acest test ne indică faptul că femeile tind să aibă un nivel mai ridicat de furie comparativ cu bărbații.

Grafic: distribuția scorurilor pe subscala furiei în funcție de gen



Tabel: test Mann Whitney U

Test Statistics ^a	
	Furie
Mann-Whitney U	1975.500
Wilcoxon W	2440.500
Z	-2.166
Asymp. Sig. (2-tailed)	.030
a. Grouping Variable: Gen	

Asociere furie cu diagnostic psihiatric

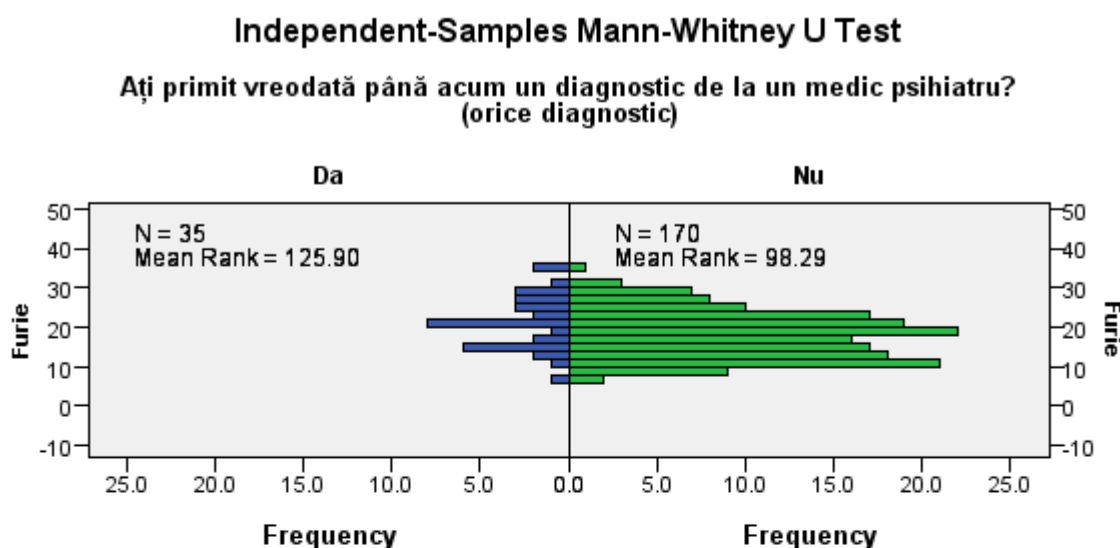
Se observă că **persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de furie**. Astfel:

- Respondenții care au primit în trecut un diagnostic psihiatric au obținut un scor mediu de 20.77 puncte (deviație standard 6.65, CI: [18.49, 23.06]),
- Respondenții care nu au primit vreodată un diagnostic psihiatric au obținut scor mediu de 17.71 puncte (deviație standard 5.89, CI: [16.82, 18.6]).

A fost aplicat testul Mann-Whitney U pentru a determina dacă există diferențe între persoanele care au avut un diagnostic psihiatric și cele care nu au primit vreodată un diagnostic în ceea ce privește nivelul de furie. Distribuția scorurilor în cele două grupuri

analizate nu fost similară, așa cum reiese din analiza grafică. Există diferențe semnificative statistic între scorurile celor diagnosticați psihiatric (rang mediu 125.9) și scorurile celor fără un diagnostic (rang mediu 98.29), $U=2173.5$, $Z=-2.511$, $p=0.012$. Astfel, persoanele cu un diagnostic psihiatric tind să aibă asociate niveluri mai crescute de furie, dar poate fi interpretat și că persoanele cu un nivel mai crescut de furie tind să aibă asociat la un moment dat un diagnostic psihiatric.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de diagnosticul psihiatric



Tabel: test Mann Whitney U

Test Statistics ^a	
	Furie
Mann-Whitney U	2173.500
Wilcoxon W	16708.500
Z	-2.511
Asymp. Sig. (2-tailed)	.012
a. Grouping Variable: Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un medic psihiatru? (orice diagnostic)	

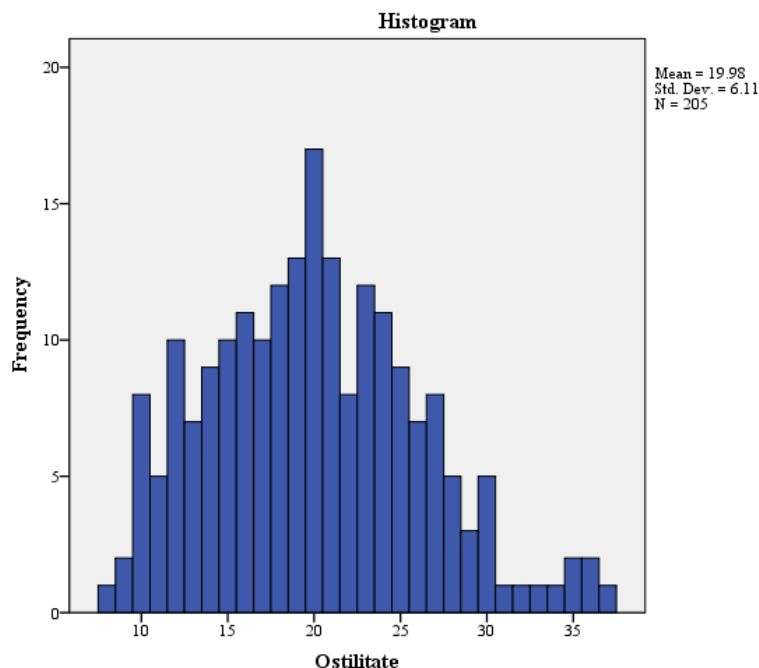
Subscala ostilității

(este dezirabil un scor cât mai **mic**, scorul poate lua valori între 8 și 40)

Pentru subscala ostilității respondenții au obținut scoruri cuprinse între 8 și 37 puncte, cu un scor mediu de 19.98 puncte (deviație standard 6.11, CI: [19.13, 20.82]) și o valoare mediană de 20 puncte.

Nu s-au evidențiat asocieri între nivelul de ostilitate și genul ($p=0.117$), nivelul de educație ($p=0.106$), participarea la terapie ($p=0.492$) sau diagnosticul psihiatric ($p=0.160$).

Grafic: distribuția scorurilor ostilității



Tabel: indicatori ai tendinței centrale

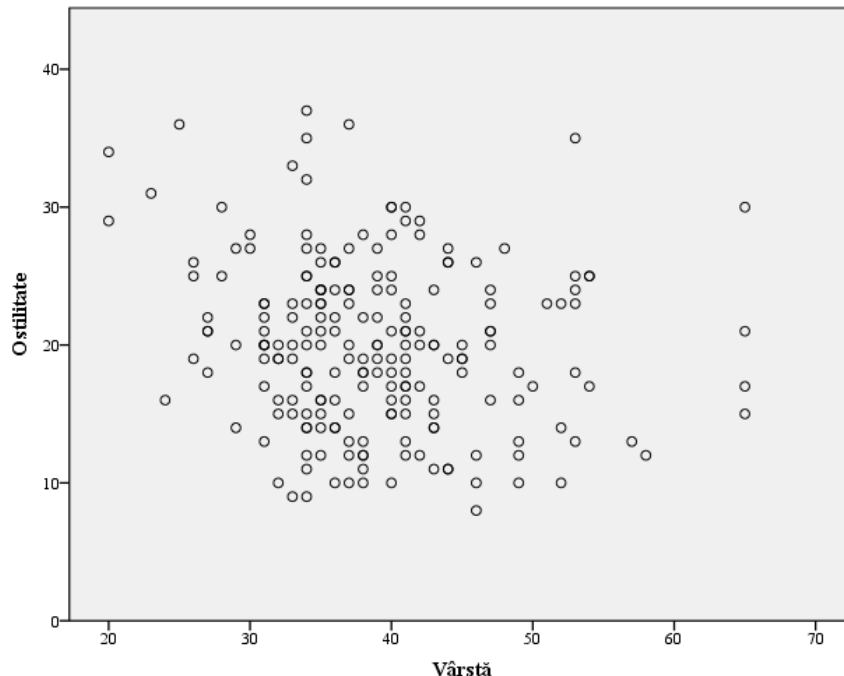
Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Ostilitate	Mean		19.98	.427
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	19.13	
		Upper Bound	20.82	
	5% Trimmed Mean		19.78	
	Median		20.00	
	Variance		37.338	
	Std. Deviation		6.110	
	Minimum		8	
	Maximum		37	
	Range		29	
	Interquartile Range		9	
	Skewness		.365	.170
	Kurtosis		-.183	.338

Asocierea dintre ostilitate și vârstă

Se observă o relație inversă între vârsta respondenților și scorurile obținute pe subscala ostilității, astfel încât scoruri mai mari sunt obținute de obicei de persoanele tinere, iar pe măsură ce vârsta acestora crește, nivelul ostilității scade.

A fost calculat un coeficient de corelare Spearman pentru a evalua relația dintre scorul obținut pe subscala ostilității și vârsta respondentului. Reprezentarea grafică indică o relație monotonă. Există o ușoară asociere inversă între scorurile obținute de respondent pe subscala ostilității și vârsta acestuia, $r_s(203) = -0.152$, $p = 0.030$.

Grafic: distribuția scorurilor ostilității în funcție de vârsta respondentului



Tabel: coeficient de corelare Spearman

Correlations				
			Vârsta	Ostilitate
Spearman's rho	Vârsta	Correlation Coefficient	1.000	-.152*
		Sig. (2-tailed)	.	.030
		N	205	205
	Ostilitate	Correlation Coefficient	-.152*	1.000
		Sig. (2-tailed)	.030	.
		N	205	205
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

ASOCIERI ÎNTRE SCALE ȘI SUBSCALE

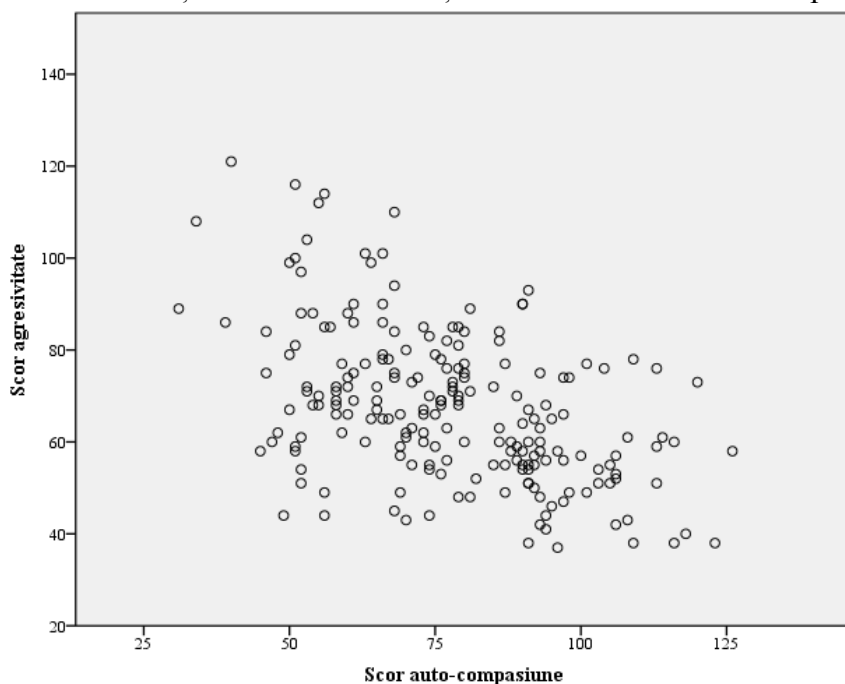
ASOCIEREA DINTRE AGRESIVITATE ȘI NIVELUL DE AUTO-COMPASIUNE

Se observă o relație inversă între agresivitatea respondenților și nivelul acestora de auto-compasiune, în sensul că pe măsură ce nivelul de agresivitate generală este mai

crescut, cel de auto-compasiune scade și, de asemenea, cu cât nivelul de auto-compasiune este mai ridicat, cu atât nivelul de agresivitate generală scade.

A fost calculat un coeficient de corelare Spearman pentru a evalua relația dintre scorul obținut pe scala auto-compasiunii și nivelul de agresivitate a respondentului. Reprezentarea grafică indică o relație monotonă. **Există o asociere inversă și de intensitate medie între scorurile obținute de respondent pe scala auto-compasiunii și nivelul de agresivitate**, $r_s(203) = -0.462$, $p \leq 0.001$.

Grafic: distribuția scorurilor în funcție de nivelurile de auto-compasiune și de agresivitate



Tabel: coeficientul de corelare Spearman

Correlations				
			Scor agresivitate	Scor auto-compasi une
Spearman's rho	Scor agresivitate	Correlation Coefficient	1.000	-.462**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	205	205
	Scor auto-compasiune	Correlation Coefficient	-.462**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	205	205
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

Asocieri între subscale

(toate asocierile au fost obținute prin calcularea coeficientului Spearman. Nu există unanimitate în privința scalei de interpretare a intensității / tăriei asocierii dintre parametri pentru coeficientul Spearman, eu am folosit astfel: 0.2 – 0.39 legătură slabă, 0.4 - 0.59 legătură de intensitate medie, 0.6 - 0.79 legătură puternică)

Se remarcă următoarele corelațiile dintre scorurile obținute pe diferite subscale:

Corelații directe:

Puternice ($r_s = 0.6 - 0.79$):

- auto-amabilitate și umanitate comună ($r_s(203)=0.645$, $p \leq 0.001$) – detaliat anterior
- auto-amabilitate și mindfulness ($r_s(203)=0.655$, $p \leq 0.001$) – detaliat anterior
- auto-judecată și izolare ($r_s(203)=0.680$, $p \leq 0.001$)
- auto-judecată și supraidentificare ($r_s(203)=0.639$, $p \leq 0.001$)
- umanitate comună și mindfulness ($r_s(203)=0.649$, $p \leq 0.001$) – detaliat anterior
- izolare și supraidentificare ($r_s(203)=0.687$, $p \leq 0.001$) – *spre foarte puternică*
- izolare și ostilitate ($r_s(203)=0.629$, $p \leq 0.001$)

Moderate / medii ($r_s = 0.4 - 0.59$):

- auto-judecată și ostilitate ($r_s(203)= 0.492$, $p \leq 0.001$)
- izolare și agresivitate generală ($r_s(203)= 0.454$, $p \leq 0.001$)
- supraidentificare și ostilitate ($r_s(203)= 0.509$, $p \leq 0.001$)
- supraidentificare și agresivitate generală ($r_s(203)= 0.436$, $p \leq 0.001$)
- agresivitatea fizică și furia ($r_s(203)= 0.484$, $p \leq 0.001$)
- agresivitate verbală și furie ($r_s(203)= 0.598$, $p \leq 0.001$) – *legătură moderat spre puternică*
- furie și ostilitate ($r_s(203)= 0.426$, $p \leq 0.001$)

Slabe ($r_s = 0.2 - 0.39$):

- auto-judecată și agresivitate în general ($r_s(203)= 0.351$, $p \leq 0.001$)
- auto-judecată și furie ($r_s(203)= 0.279$, $p \leq 0.001$)
- izolare și agresivitate fizică ($r_s(203)= 0.226$, $p = 0.001$)
- izolare și furie ($r_s(203)= 0.371$, $p \leq 0.001$) – *legătură slabă spre moderată*
- supraidentificare și agresivitate fizică ($r_s(203)= 0.243$, $p \leq 0.001$)
- supraidentificare și furie ($r_s(203)= 0.359$, $p \leq 0.001$)
- agresivitatea fizică și agresivitatea verbală ($r_s(203)= 0.245$, $p \leq 0.001$)
- agresivitatea fizică și ostilitatea ($r_s(203)= 0.302$, $p \leq 0.001$)
- agresivitatea verbală și ostilitate ($r_s(203)= 0.263$, $p \leq 0.001$)

Corelații inverse:

Puternice:

- auto-amabilitate și auto-judecată ($r_s(203)= - 0.669$, $p \leq 0.001$),

Moderate / medii:

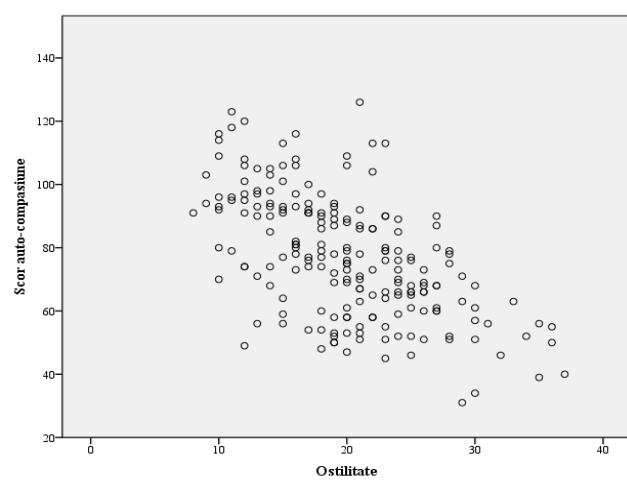
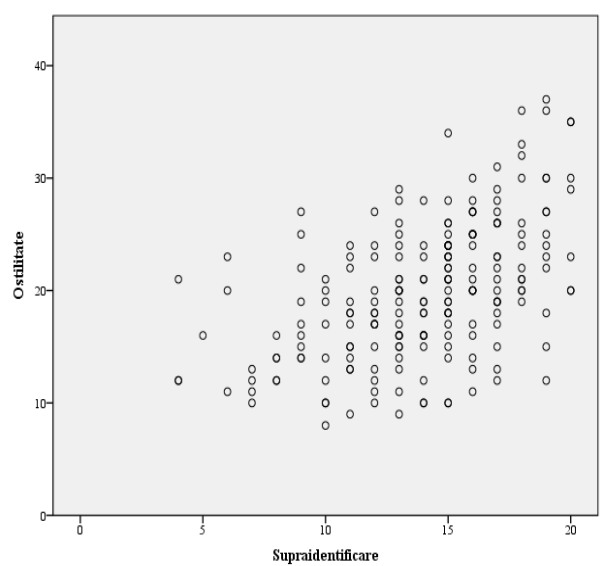
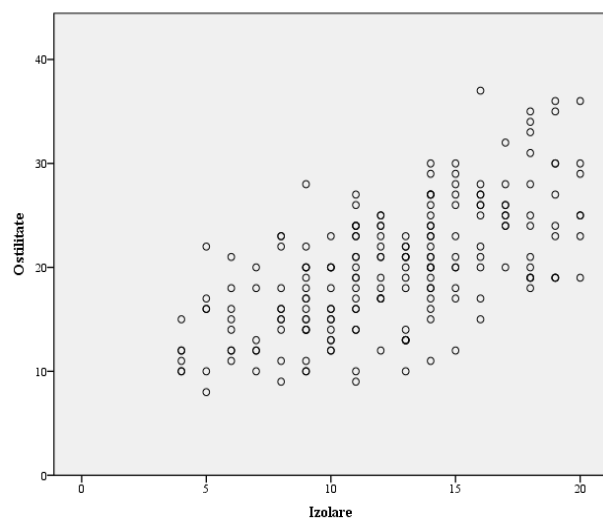
- auto-amabilitate și izolare ($r_s(203)= - 0.567$, $p \leq 0.001$),
- auto-amabilitate și supraidentificare ($r_s(203)= - 0.541$, $p \leq 0.001$),
- auto-amabilitate și ostilitate ($r_s(203)= - 0.461$, $p \leq 0.001$)
- auto-judecată și mindfulness ($r_s(203)= - 0.497$, $p \leq 0.001$),
- auto-judecată și umanitatea comună ($r_s(203)= - 0.438$, $p \leq 0.001$),
- umanitate comună și izolare ($r_s(203)= - 0.447$, $p \leq 0.001$)
- umanitate comună și supraidentificare ($r_s(203)= - 0.445$, $p \leq 0.001$)
- izolare și mindfulness ($r_s(203)= - 0.532$, $p \leq 0.001$)
- mindfulness și supraidentificare ($r_s(203)= - 0.582$, $p \leq 0.001$) – *moderată spre puternică*

- auto-compasiune și ostilitate ($r(203) = -0.587, p \leq 0.001$) – *moderată spre puternică*
- auto-compasiune și agresivitate generală ($r(203) = -0.462, p \leq 0.001$) – detaliată anterior

Slabe:

- auto-amabilitate și agresivitate generală ($r(203) = -0.394, p \leq 0.001$) – *slabă spre moderată*
- auto-amabilitate și furie ($r(203) = -0.300, p \leq 0.001$),
- auto-amabilitate și agresivitate fizică ($r(203) = -0.220, p = 0.002$).
- umanitate comună și furie ($r(203) = -0.210, p = 0.002$)
- umanitate comună și ostilitate ($r(203) = -0.308, p \leq 0.001$)
- umanitate comună și agresivitate generală ($r(203) = -0.245, p \leq 0.001$)
- mindfulness și furie ($r(203) = -0.398, p \leq 0.001$) – *slabă spre moderată*
- mindfulness și ostilitate ($r(203) = -0.382, p \leq 0.001$) – *slabă spre moderată*
- mindfulness și agresivitate generală ($r(203) = -0.378, p \leq 0.001$) – *slabă spre moderată*
- auto-compasiune și agresivitate fizică ($r(203) = -0.214, p = 0.002$)
- auto-compasiune și furie ($r(203) = -0.380, p \leq 0.001$) – *slabă spre moderată*

Grafice: distribuția scorurilor în funcție de diferite subscale. Exemple.



Tabel: coeficienți de corelare Spearman
Correlations

			Auto-a mabilit ate	Auto- judec ată	Umanit ate comun ă	Izol are	Mindful ness	Supra-i dentifi care	Scor auto-co mpasiu ne	Agresi vitate fizică	Agresivi tate verbală	Furi e	Ostili tate	Scor agresiv itate
Spear man's rho	Auto-a mabilita te	Correlation Coefficient	1.000	-.669**	.645**	-.567**	.655**	-.541*	.849**	-.220**	-0.090	-.300**	-.461**	-.394**
		Sig. (2-tailed)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.200	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Auto-ju decată	Correlation Coefficient	-.669**	1.000	-.438**	.680**	-.497**	.639**	-.828**	0.136	0.081	.279**	.492*	.351**
		Sig. (2-tailed)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.052	0.248	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Umanit ate comună	Correlation Coefficient	.645**	-.438**	1.000	-.447**	.649**	-.445*	.726**	-.179*	0.010	-.210**	-.308**	-.245**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.010	0.885	0.002	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Izolare	Correlation Coefficient	-.567**	.680*	-.447**	1.000	-.532**	.687**	-.817**	.226**	0.119	.317**	.629*	.454**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.001	0.089	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Mindful ness	Correlation Coefficient	.655**	-.497**	.649**	-.532**	1.000	-.582*	.788**	-.150*	-0.121	-.398**	-.382**	-.378**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.032	0.084	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Supra-i dentific are	Correlation Coefficient	-.541**	.639*	-.445**	.687**	-.582**	1.000	-.793**	.243**	.143*	.359**	.509*	.436**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.041	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205

	Scor auto-co mpasiu ne	Correlation Coefficient	.849**	-.828**	.726**	-.817**	.788**	-.793*	1.000	-.214**	-0.111	-.380**	-.587**	-.462**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.002	0.112	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Agresiv itate fizică	Correlation Coefficient	-.220**	0.136	-.179*	.226**	-.150*	.243**	-.214**	1.000	.295**	.484**	.302*	.699**
		Sig. (2-tailed)	0.002	0.052	0.010	0.001	0.032	0.000	0.002		0.000	0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Agresiv itate verbală	Correlation Coefficient	-0.090	0.081	0.010	0.119	-0.121	.143*	-0.111	.295**	1.000	.598**	.263*	.638**
		Sig. (2-tailed)	0.200	0.248	0.885	0.089	0.084	0.041	0.112	0.000		0.000	0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Furie	Correlation Coefficient	-.300**	.279*	-.210**	.317**	-.398**	.359**	-.380**	.484**	.598**	1.000	.426*	.859**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.002	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Ostilitat e	Correlation Coefficient	-.461**	.492*	-.308**	.629**	-.382**	.509**	-.587**	.302**	.263**	.426**	1.000	.692**
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
	Scor agresivi tate	Correlation Coefficient	-.394**	.351*	-.245**	.454**	-.378**	.436**	-.462**	.699**	.638**	.859**	.692*	1.000
		Sig. (2-tailed)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
		N	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205	205
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).														
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).														

6. Concluzii

Analiza a revelat corelații directe și corelații inverse **între subscale ale celor două chestionare**. În ce privește corelațiile directe, s-a evidențiat o **corelație puternică între izolare și ostilitate**. Corelații medii s-au evidențiat între auto-judecată și ostilitate, izolare și agresivitate generală, supraidentificare și ostilitate, supraidentificare și agresivitate generală.

În ce privește corelațiile inverse, s-au evidențiat **corelații inverse medii** între auto-amabilitate și ostilitate, auto-compasiune și ostilitate – *moderată spre puternică*, auto-compasiune și agresivitate generală.

Toate aceste relații spun de fapt același lucru, că atunci când sunt apropiați de ei înșiși, oamenii sunt apropiați și de ceilalți. Când sunt izolați, când apare această mare distanță percepută, atunci e loc și pentru ostilitate și în general o poziție adversativă. Totodată prea multă apropiere, până la identitatea cu propriile emoții, duce și ea la aceeași poziționare, apare un joc cu sumă nulă, „eu” versus „tu”.

Variații în funcție de gen, vârstă, existența diagnosticului psihiatric și istoricul de psihoterapie

Nivelul de educație nu pare să influențeze auto-compasiunea sau agresivitatea. O limitare a acestui studiu este că toți respondenții au măcar studii liceale, iar marea majoritate au studii cel puțin de nivel universitar, ceea ce nu este reprezentativ pentru populația generală. În schimb, în legătură cu ceilalți parametri care caracterizează respondenții, s-au distins anumite tendințe.

În ce privește **auto-compasiunea**, analiza statistică a scos în evidență mai multe aspecte interesante. Femeile au înregistrat scoruri pentru auto-compasiune semnificativ mai mici decât bărbații și tot scoruri mai mici au înregistrat persoanele care au accesat servicii de psihoterapie față de cele care nu au făcut terapie (pentru orice problemă, nu neapărat probleme cu furia). De asemenea, persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai scăzut de auto-compasiune.

Din analiza rezultatelor pe cele 6 **subscale ale chestionarului auto-compasiunii**, au reieșit următoarele asocieri.

Persoanele care au accesat servicii de psihoterapie au obținut scoruri mai mari pe scala auto-judecății, pe scala de izolării, pe scala supraidentificării decât cele care nu au făcut terapie, și mai mici pe scala mindfulness.

Persoanele care au primit în trecut un diagnostic psihiatric (indiferent de natura acestuia) au înregistrat scoruri pe subscale auto-amabilității semnificativ mai mici decât cei care nu au avut un diagnostic psihiatric, dar mai mari pe scala auto-judecății, pe scala izolării, pe scala supraidentificării.

Femeile au înregistrat scoruri semnificativ mai mari decât bărbații pe scala auto-judecății, pe scala izolării, pe scala supraidentificării și mai mici pe scala mindfulness.

În ce privește factorul vârstă, s-a observat o scădere a tendinței de supraidentificare pe măsura înaintării în vârstă.

În legătură cu **agresivitatea**, respondenții au obținut scoruri similare indiferent de genul, nivelul de educație, participarea la terapie sau vârsta acestora. În schimb, persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de agresivitate generală.

Tot persoanele care au fost diagnosticate psihiatric tind să aibă un nivel semnificativ mai crescut de **agresivitate verbală** și de **furie** față de cei fără diagnostic.

Femeile au înregistrat scoruri semnificativ mai mari decât bărbații pe subscale furiei.

În ce privește vârsta, se observă o relație inversă între vârstă și nivelul ostilității, persoanele mai în vârstă având un nivel mai scăzut de **ostilitate**.

Asocieri între auto-compasiune și nivelul de agresivitate

În urma analizei datelor, s-a observat o relație inversă între agresivitatea respondenților și nivelul acestora de auto-compasiune, în sensul că pe măsură ce nivelul de agresivitate generală este mai crescut, cel de auto-compasiune scade și, de asemenea, cu cât nivelul de auto-compasiune este mai ridicat, cu atât nivelul de agresivitate generală scade.

Verificarea ipotezelor

(1) Autocompasiunea per total se corelează cu mai puțină atitudine agresivă per total (furie, ostilitate și agresivitate fizică și verbală sunt cele 4 subscale ale chestionarului despre agresivitate),

Ipoteza 1 a fost confirmată.

(2) Cea mai puternică corelație inversă va fi între autocompasiune (per total) și ostilitate (subscală), deci la nivel de trăsătură, nu de emoție sau comportament.

Ipoteza 2 a fost confirmată – a reieșit o corelație medie spre puternică.

(3) Furia se va corela semnificativ cu auto-judecarea și supra-identificarea (două dintre subscalele inversate de la autocompasiune), așa cum sugera un studiu din 2017 (Fresnics)

Ipoteza 3 nu a fost decât parțial confirmată, furia s-a corelat, dar slab, cu auto-judecata, izolarea și supraidentificarea. Corelația puternică observată pe subscalele celor două chestionare a fost între izolare și ostilitate.

(4) Terapia ar trebui să aibă un efect general de flexibilizare a gândirii, deci ar predispune la scoruri mai favorabile pe anumite subscale ale chestionarului despre autocompasiune – de exemplu mai puțină auto-judecare și supra-identificare.

Ipoteza 4 a fost infirmată. Dimpotrivă, persoanele care au făcut terapie au obținut scoruri mai mari la auto-judecare și supraidentificare.

Discuție

În primul rând, agresivitatea geenerală mai scăzută se corelează cu o autocompasiune crescută, prin urmare antrenamentul deliberat pentru creșterea autocompasiunii ar putea avea impact în scăderea agresivității. Mai precis, impactul ar putea fi în ce privește ostilitatea, adică la nivel de trăsătură de personalitate, nu de emoție (furia) sau comportament (agresiune verbală sau fizică), așa cum sugerează corelația moderată spre puternică dintre autocompasiune și ostilitate. Această observație consider că este cea mai importantă observație care a reieșit din această cercetare.

Alte aspecte interesante sunt cele care privesc genul, vârsta, istoricul de psihoterapie și apartenența la populația clinică.

Din cercetare a reieșit că femeile au mai puțină compasiune pentru propria persoană, mai precis se judecă mai mult decât bărbații, se simt mai izolate, se supraidentifică mai mult cu emoțiile lor și sunt mai puțin *mindful* (nu observă cu detașare emoțiile). De asemenea, au un nivel de furie mai ridicat. Aș putea specula că societatea impune femeilor standarde mai multe și mai rigide, precum și că ele le internalizează mai mult decât bărbații și că, atunci când ele încalcă aceste standarde sau când altcineva nu se ridică la așteptările lor, trăiesc mai des sau mai intens emoții din spectrul furiei.

Vârsta se prezintă în urma studiului ca un factor protector. Oamenii mai în vârstă nu se mai supraidentifică cu emoțiile lor, nu mai „pun la suflet” așa de mult, probabil datorită faptului că experiența acumulată le dă perspectivă, nu se mai lasă „duși de val”. De asemenea, sunt mai puțin ostili, poate că au învățat că această atitudine nu este câștigătoare în relațiile interumane sau nu mai au energie pentru a păstra intensitatea acestei raportări la lume.

În ce privește istoricul de psihoterapie și apartenența la populația clinică, deși nu am cerut informații despre problemă sau diagnostic și nu știu deci dacă respondenții au avut probleme care țin de furie, mă așteptam ca terapia să fi avut un efect general de flexibilizare a gândirii și de aceea ca efect secundar să se judece mai puțin, să se raporteze mai prietenos la ei înșiși, să trăiască propriile emoții cu mai multă detașare. Totuși, datele arată exact opusul. Ei au mai puțină autocompasiune. Se judecă mai mult, se simt mai izolați, se supraidentifică cu emoțiile. Persoanele cu un diagnostic psihiatric au o agresivitate generală mai mare, și în special simt mai multă furie și sunt mai agresive verbal. O explicație pentru care terapia nu a adus mai multă autocompasiune poate fi că această atitudine față de sine nu este antrenată implicit când oamenii fac terapie și învață să nu mai gândească în termeni de „trebuie” – „eu trebuie/ei trebuie/lumea trebuie/viața trebuie” șamd. Poate că e nevoie ca autocompasiunea să fie abordată explicit. Sau poate că cei care au făcut terapie aveau dinainte niveluri mai mari de auto-judecate, izolare, supraidentificare și, deși acestea poate s-au atenuat, nu au scăzut sub nivelul celor ale persoanelor care nu au accesat servicii de psihoterapie (putem presupune că nu au avut nevoie).

Studii viitoare ar putea investiga mai mult cauzele diferenței de autocompasiune dintre genuri și modurile în care vârsta ajută la scăderea ostilității și a trăirii intense a emoțiilor. Studii experimentale ar putea verifica impactul intervențiilor care vizează direct creșterea autocompasiunii în ce privește scăderea ostilității, furiei sau a comportamentelor agresive. În partea teoretică am trecut în revistă mai multe exerciții pentru creșterea autocompasiunii, integrate de mai multe abordări terapeutice, care au ajutat de exemplu populații private de libertate să schimbe modul agresiv de raportare la evenimente, ar fi interesant de aflat dacă efectul este semnificativ doar când problema este majoră sau și când nu. De asemenea, ar fi util de aflat dacă persoanele care au un nivel crescut de autocompasiune au fost astfel dintotdeauna sau au devenit astfel și, dacă au devenit, în ce împrejurări, prin ce metode.

BIBLIOGRAFIE

1. Beck, A. T. (2000). *Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility, and Violence*. Harper Paperbacks
2. Belmont, J. (2021). *Soluții-cheie pentru terapeuți. Strategii esențiale, idei și instrumente*. Editura Trei (lucrarea inițială apărută în 2015)
3. Berk, M. S., Henriques, G. R., Warman, D. M., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2004). A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(3), 265-277.
4. Bourne, J. (2019). *Anxietatea și fobia. Ghid practice pentru gestionarea anxietății și a fobiilor*. Editura ALL (lucrarea inițială apărută în 2015)
5. Bower, S., Bower, G. (2004). *Asserting Yourself*. Perseus.
6. Buss, A.H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
7. David, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente*. Editura Polirom.
8. Dimitriu, O. (2020). *Introducere în psihologie clinică*. Editura Tritonic
9. *DSM-5. Manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* (2016). Editura Callisto (lucrarea inițială apărută în 2013)
10. Csikszentmihalyi, M. (2015). *Flux. Psihologia fericirii*. Editura Publica. (lucrarea inițială apărută în 1990)
11. Ellis, A., Tafrate, R. C. *Cum să-ți controlezi furia înainte de a te controla ea pe tine*. (2017). Editura Trei (lucrarea inițială apărută în 2016)
12. Feldman Barrett, L. (2017) *Cum iau naștere emoțiile. Viața secretă a creierului*. Editura ASCR
13. Fresnics, A., Borders, A. Angry Rumination Mediates the Unique Associations Between Self-Compassion and Anger and Aggression. *Mindfulness* 8, 554–564 (2017).
14. Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy. Distinctive Features*. Routledge

15. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion
16. Kolts, R. (2012). *The Compassionate Mind Approach to Managing Your Anger: Using Compassion-focused Therapy*. New Harbinger Publications
17. Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250
18. Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow
19. Notarius, C., Markman, H. (1993). *We can work it out: How to solve conflicts, save your marriage and strengthen your love for each other*. Perigree
20. Potts, C., Potts, S. (2017). *Asertivitatea. Cum să rămâi ferm indiferent de situație*. Editura Trei (lucrarea inițială apărută în 2013)
21. Rosenberg, M. B. (2014). *Comunicarea nonviolentă*. Casa editorială Ponte. (lucrarea inițială apărută în 1999)
22. Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 87(2), 254–268.
23. Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of clinical psychology*, 65(6), 561-573.
24. <http://researchcentral.ro>
25. <https://self-compassion.org/category/exercises/>

Anexe

1. Chestionarul aplicat

Studiu despre furie

Salut!

Fac un mic studiu care să arate ce legături există între autocompasiune și furie, pentru lucrarea mea de licență cu care voi absolvi Facultatea de Psihologie de la Universitatea „Titu Maiorescu”.

Prin urmare, îți mulțumesc că mă ajuți în acest demers academic, completarea chestionarului ar trebui să îți ia cel mult 10 minute. (Sunt 60 de întrebări.)

Vei răspunde anonim, răspunsurile tale vor fi prelucrate statistic și nu pot fi legate în vreun fel de identitatea ta.

Îți mulțumesc mult!

Simina Diaconu

1. Ce vârstă aveți? (ani împliniți)

2. Ce gen aveți?

- Feminin
- Masculin

3. Care este ultima formă de școlarizare pe care ați absolvit-o?

- Școală generală
- Liceu
- Facultate
- Masterat
- Doctorat/postuniversitar

4. Ați făcut vreodată până acum ședințe de psihoterapie? (cu un psiholog/psihoterapeut. Pentru orice problemă)

- Da
- Nu

5. Ați primit vreodată până acum un diagnostic de la un psihiatru?

- Da
- Nu

Vă rog să citiți cu atenție fiecare afirmație înainte de a răspunde. Alegeți cifra corespunzătoare fiecărei afirmații, indicând cât de des vă comportați în modul menționat, utilizând o scală de la 1 (aproape niciodată) la 5 (aproape întotdeauna).

(Neff, K. D. (2003), traducere de Valentina Ana Maria Anghelescu)

1. Sunt dezaprobator/dezaprobatore și critic(ă) în privința propriilor mele defecte și insuficiențe.
2. Când mă simt în trist(ă), am tendința de deveni obsedat(ă) și fixat(ă) pe tot ceea ce este greșit.
3. Când lucrurile nu merg bine pentru mine, văd dificultățile ca pe o parte a vieții prin care toată lumea trece.
4. Când mă gândesc la insuficiențele mele, acest lucru tinde să mă facă să mă simt separat(ă) și izolat(ă) de restul lumii.
5. Încerc să fiu iubitor/iubitoare cu mine atunci când simt durere emoțională.
6. Când eșuez în ceva important pentru mine, devin consumat(ă) de sentimente de insuficiență.
7. Când sunt fără resurse, îmi reamintesc că în lume există o mulțime de oameni care se simt la fel cum mă simt și eu.
8. Când trec printr-o perioadă foarte dificilă, tind să fiu dur(ă) cu mine.
9. Când ceva mă supără, încerc să-mi păstrez emoțiile în echilibru.
10. Când mă simt insuficient(ă) în vreun fel, încerc să-mi reamintesc că sentimentele de insuficiență sunt trăite de majoritatea oamenilor.
11. Sunt intolerant(ă) și neîngăduitor/neîngăduitoare față de acele aspecte ale personalității mele care nu-mi plac.
12. Când trec printr-o perioadă foarte grea, îmi ofer grija și tandrețea de care am nevoie.
13. Când mă simt trist(ă), tind să simt că majoritatea oamenilor sunt probabil mai fericiți decât mine.
14. Când se întâmplă ceva dureros, încerc să am o perspectivă echilibrată asupra situației.
15. Încerc să-mi văd eșecurile ca făcând parte din condiția umană.
16. Când văd aspecte care nu-mi plac la mine, devin critic(ă) cu mine.
17. Când eșuez în ceva ce e important pentru mine, încerc să văd lucrurile în perspectivă.
18. Când mă lupt cu o problemă, am tendința de a simți că alte persoane probabil o rezolvă mai ușor.
19. Sunt bun(ă) cu mine când trec printr-o suferință.
20. Când ceva mă supără, mă las dus(ă) de val de sentimentele mele.

21. Pot fi puțin insensibil(ă) cu mine când trec printr-o suferință.
22. Când mă simt trist(ă), încerc să-mi abordez sentimentele cu curiozitate și deschidere.
23. Sunt tolerant(ă) cu propriile mele defecte și insuficiențe.
24. Când se întâmplă ceva dureros, tind să sufăr mult prea mult din cauza incidentului.
25. Când eșuez în ceva ce este important pentru mine, tind să mă simt singur(ă) în eșecul meu.
26. Încerc să fiu înțelegător/înțelegătoare și răbdător/răbdătoare față de acele aspecte ale personalității mele care nu-mi plac.

Folosind scala în cinci trepte de mai jos, indicați măsura în care enunțurile prezentate în continuare vă sunt sau nu caracteristice. Marcați răspunsul care vi se potrivește cel mai bine, astfel: 1 – nu mă caracterizează deloc, 2 – mă caracterizează în mică măsură, 3 – nici caracteristic, nici necaracteristic mie, 4 – mă caracterizează în mare măsură, 5 – mă caracterizează întocmai.

(Buss, A.H., & Perry, M. (1992), traducere de Alina Chiracu)

1. Unii prieteni spun despre mine că mă enervez ușor.
2. Dacă trebuie să apelez la violență pentru a-mi apăra drepturile, o voi face.
3. Când oamenii sunt deosebit de drăguți cu mine, mă întreb dacă vor ceva de la mine.
4. Le spun deschis prietenilor că nu sunt de acord cu ei.
5. M-am enervat atât de tare încât am spart lucruri.
6. Nu mă pot abține să nu mă cert cu ceilalți atunci când nu sunt de acord cu mine.
7. Mă întreb de ce uneori sunt atât de înverșunat(ă) cu privire la anumite lucruri.
8. Din când în când nu îmi pot controla impulsul de a lovi o altă persoană.
9. Sunt o persoană temperată.
10. Sunt suspicios/suspicioasă față de necunoscuții exagerat de prietenoși.
11. Am amenințat unele dintre persoanele pe care le cunosc.
12. Mă aprind repede, dar mă sting la fel de repede.
13. Dacă sunt provocat(ă), aş putea lovi o altă persoană.
14. Când oamenii mă supără, le spun ceea ce cred despre ei.
15. Uneori sunt ros/roasă de gelozie.
16. Mă gândesc că nu există niciun motiv pentru care să lovesc o persoană.
17. Uneori simt că viața m-a tratat incorect.

18. Am dificultăți în a-mi controla impulsivitatea.
19. Când mă simt frustrat(ă), îmi fac cunoscută iritarea.
20. Uneori simt că oamenii râd de mine pe la spate.
21. De cele mai multe ori nu sunt de acord cu ceilalți.
22. Dacă mă lovește cineva, îl lovesc și eu.
23. Uneori mă simt ca un butoi cu pulbere gata să explodeze.
24. Întotdeauna ceilalți par să fie mai avantajați decât mine.
25. Există persoane care m-au întărâtat atât de tare încât am ajuns să ne luăm la bătaie.
26. Știu că „prietenii” mă vorbesc pe la spate.
27. Prietenii îmi spun că sunt pus(ă) pe ceartă.
28. Uneori îmi ies din pepeni fără un motiv întemeiat.
29. Mă iau la bătaie mai des decât o fac majoritatea oamenilor.