

PROBLEME ACTUALE ALE EVALUĂRII DIMENSIONALE A
PERSONALITĂȚII

Carolina PLATON, dr. hab., prof. univ., Universitatea de Stat din Moldova

Conținutul articolului reflectă analiza abordărilor teoretice și metodologice privind dimensiunile fundamentale și dimensiunile secundare ale personalității, destinate să descrie personalitatea normală și personalitatea patologică.

Cuvinte-cheie: *personalitate, abordare, model, dimensiune fundamentală, dimensiune secundară, trăsătură, chestionar, scală.*

Le contenu de l'article reflète l'analyse des approches théoriques et méthodologiques sur les dimensions fondamentales et les dimensions secondaires de la personnalité, destinées à décrire la personnalité normale et la personnalité pathologique.

Mots-clés : *personnalité, approche, modèle, dimension fondamentale, dimension secondaire, trait, questionnaire, échelle.*

Introducere

În literatura de specialitate sânt prezentate circa 50 de definiții ale personalității. În general, personalitatea este ceea ce caracterizează un individ. Noțiunile de unitate, de diversitate și de stabilitate se regăsesc în cea mai mare parte a definițiilor. Mai exact, personalitatea este văzută ca o unitate stabilă și individualizată a unui ansamblu de conduite și este descrisă ca o regrupare exhaustivă a invariantelor personale. Ea este concepută și ca un ansamblu de trăsături sau dimensiuni care permit caracterizarea individului. Aceste dimensiuni latente sânt considerate ca fiind permanente și suficient de largi pentru a permite diferențierea indivizilor. Or, personalitatea acoperă un domeniu destul de larg și polemic în măsura în care nimeni nu poate aduce probe definitive. Totodată, în ultimii ani, a crescut interesul față de *abordarea dimensională* a personalității. Descrierea personalității se face sub forma *dimensiunilor fundamentale* sau *dimensiunilor secundare* și se adresează fie personalității normale, fie personalității patologice. *Dimensiunile fundamentale* sânt mai mult sau mai puțin obiectul unui consens privind personalitatea normală. Însă, opiniile savanților se împart referitor la personalitatea patologică și tulburările de personalitate. Cercetătorii consideră că evaluarea personalității patologice aparține *dimensiunilor secundare* – dimensiuni care pot fi situate în modelul ierarhic al personalității la un nivel inferior dimensiunilor fundamentale, aparținând domeniului fațetelor/constituantelor acestora. Prezentul articol reflectă o succintă analiză a studiilor destinate abordării dimensionale a personalității – dimensiunilor fundamentale și celor secundare și modalităților de evaluare a lor.

Abordări teoretice și metodologice ale evaluării dimensiunilor fundamentale ale personalității

Cercetarea *dimensiunilor fundamentale* ale personalității constituie subiectul numeroaselor studii psihologice [10, 13, 14, 23, 27, 28]. Deși pe parcursul mai multor ani, teoreticienii au încercat să ajungă la un acord cu privire la numărul și natura dimensiunilor necesare pentru descrierea personalității, acestea au rămas obiectul unei importante polemici până în prezent. În linii mari, există un consens cu privire la ideea că personalitatea

reprezintă un model ierarhic care se constituie din dimensiuni (factori, trăsături) fundamentale și independente. Totodată, acestea pot fi, la rândul lor, subdivizate în entități mai mici, numite fațete. Pe parcursul mai multor ani, autorii acestor modele au utilizat analiza factorială ca tehnică de regrupare a factorilor constitutivi ai personalității. În acest cadru se înscriu modelele clasice ale lui Eysenck și Cattell și modelele mai recente ale lui Costa, McCrae și Goldberg [10, 27, 28].

Primul punct al discuției cu privire la modelele personalității se referă la numărul dimensiunilor fundamentale. Pentru Eysenck, acesta este de doi sau trei, pentru Cattell, de șaisprezece. Totuși, în prezent, în lucrările dedicate descrierii personalității, atât în limbajul curent, cât și în teoriile științifice, se evidențiază, în general, cinci dimensiuni fundamentale (*Big five*) care au fost identificate indiferent de: metoda de analiză factorială utilizată, modul de descriere a personalității (adjective sau fraze), procedura de evaluare a personalității (autoevaluare sau heteroevaluare), populația studiată (sex, cultură etc.). Or, ansamblul diferențelor dintre indivizi ar putea fi descrisă pornind de la diferite combinații ale celor cinci dimensiuni fundamentale.

Dezacordul dintre teoreticieni se referă la natura exactă a dimensiunilor fundamentale. Există mai multe modele a celor cinci factori (*Big five*), două dintre ele fiind cele mai cunoscute. Primul model, NEO PIR a lui McCrae și Costa, a fost elaborat pornind de la un număr de trei factori, *extraversiunea*, *neurotismul* și *deschiderea spre experiență*, autorii adăugând, ulterior, încă doi factori, *agreabilitatea* și *conștiința*. Al doilea model, elaborat de Goldberg, își găsește originea în abordarea lexicală în cadrul căreia se consideră că diferențele individuale privind personalitatea sânt înscrise în limbaj. Goldberg a realizat o analiză factorială pornind de la lista lui Allport și Odbert și, spre deosebire de Cattell, de asemenea, a găsit cinci factori fundamentali. În toate modelele de tip *Big five* factorul 1 este *extraversiunea* și factorul 2 *agreabilitatea sau amabilitatea*, deși compoziția acestor doi factori fundamentali nu este identică la toți autorii. Factorul 3 prezintă similitudini considerabile în diverse modele, cu toate că reprezintă *conștiința* pentru majoritatea și *voința de realizare* pentru celelalte. Și conținutul factorului 4 este același, deși este orientat în direcții opuse: *neurotismul* pentru unii și *stabilitatea emoțională* pentru alții. Finalmente, factorul 5 constituie subiectul celei mai aprinse polemici. La McCrae și Costa el reprezintă *deschiderea spre experiență* în timp ce în modelul lexical al lui Goldberg el devine *inteligentă sau imaginație* [10, 14, 27, 28].

Cattell și Eysenck au fost opozanți fervenți ai teoriei celor cinci factori (*Big five*). Cu toate acestea, contrar structurii inițiale a celor 16 factori de personalitate ale lui Cattell, în ultima ediție a 16PF, Cattell vorbește despre cinci factori de ordinul doi care pot fi considerați drept dimensiuni fundamentale ale modelului său. Acești superfactori apar ca fiind foarte asemănători cu factorii modelului *Big five*. În acest sens, cei 16 factori ar putea fi considerați doar ca fațete ale dimensiunilor fundamentale. Din partea sa, Eysenck insistă asupra a doi factori de bază (*Big two*), *extraversiunea* și *neurotismul*, cărora le adaugă mai târziu o a treia dimensiune, *psihotismul*. Considerând întotdeauna că inteligența (pentru anumiți teoreticieni – factorul 5) nu aparține personalității, autorul o elimină din sistemul său. Primele două dimensiuni ale sistemului Eysenck se regăsesc în toate modelele personalității, fiind în acord cu sistemul *Big five*. Dimensiunea a treia, *psihotismul*, poate fi considerată ca un melanj a factorului 2 (agreabilitate) și a factorului 3 (conștiință). Pentru adeptii modelului *Big five* dimensiunea *psihotism* nu este de un nivel „bun”, pentru Eysenck, din contra. În continuarea polemicii, comparând cele două modele, savanții propun să se discute doar de patru dimensiuni fundamentale, ajungând, astfel, la un anumit consens și oferind posibilitatea unor cercetări ulterioare.

Deși se bazează pe abordarea dimensională a personalității și pe identificarea dimensiunilor fundamentale, modelul Cloninger [10, 27] elaborat mai târziu, apare pentru unii teoreticieni ca destul de contestabil. Specificitatea modelului constă în a crea legături între dimensiunile originale ale personalității și sistemele neurobiologice. Printre altele, acest model diferențiază temperamentul de caracter. Temperamentul este definit ca fațeta ereditară a personalității care se manifestă devreme în viață. Caracterul reprezintă componenta personalității care se dezvoltă sub influența experienței, abilităților și relațiilor interpersonale. Această componentă este mai puțin stabilă și poate fi, de asemenea, supusă discuțiilor. Or, din cele expuse putem conchide că personalitatea normală poate fi descrisă sub forma dimensiunilor fundamentale care reflectă esența ei.

Abordările teoretice consacrate dimensiunilor fundamentale ale personalității și, respectiv, modelele elaborate au fost materializate într-un șir de instrumente/chestionare de tip Big five, Cloninger, Eysenck, Cattell.

Modelele Big five. Mai multe instrumente de tip Big five au fost elaborate pe parcursul ultimilor ani: Inventarul de personalitate NEO PI R, Chestionarul D5D, Chestionarul Alter ego.

Inventarul de personalitate NEO PI R, elaborat de McCrae și Costa în 1990, reprezintă unul dintre cele mai cunoscute instrumente ale modelului celor cinci factori (*Big five*). Chestionarul se bazează pe ideea că trăsăturile personalității sânt organizate ierarhic. El evaluează cinci dimensiuni fundamentale ale personalității: *extraversiunea*, *agreabilitatea*, *conștiința*, *neurotismul*, *deschiderea* și fațetele acestora. Ideea instrumentului este de a permite situarea individului în raport cu cele 5 dimensiuni de bază și de a rafina această analiză cu ajutorul fațetelor. *Extraversiunea* evaluează sociabilitatea și afectele pozitive, activismul și faptul de a fi sigur de sine. Cele șase fațete ale acestei dimensiuni sânt: sociabilitatea, activismul, asertivitatea, căldura sufletească, căutarea senzațiilor și emoțiile pozitive. *Agreabilitatea* măsoară tendințele interpersonale, altruismul, încrederea și dorința de ai ajuta pe alții. Fațetele acestei dimensiuni sânt: modestia, sensibilitatea, încrederea, altruismul, dreptatea, conformitatea. *Conștiința* evaluează planificarea, organizarea și executarea sarcinilor. Fațetele dimensiunii sânt: competiția, ordinea, sentimentul datoriei, reușita, autodisciplina și deliberarea. *Neurotismul* măsoară adaptarea sau stabilitatea emoțională și inadaptația sau neurotismul. Fațetele acestei dimensiuni sânt: anxietatea, furia-dușmănia, timiditatea socială, depresia, impulsivitatea și vulnerabilitatea. *Deschiderea* evaluează curiozitatea intelectuală, imaginația, sensibilitatea estetică, atenția atribuită propriilor sentimente și atitudinile non-dogmatice. Cele șase fațete ale acestei dimensiuni sânt: deschiderea către reverii, estetic, sentimente, acțiuni, idei și valori. Chestionarul conține afirmații pentru care subiectul își exprimă acordul sau dezacordul. De asemenea, sânt prezenți indicatori pentru a verifica tendința spre consimțire, tendința spre negare și tendința spre răspunsuri hazardate. Există forme de autoevaluare, forme de heteroevaluare, forme scurte [3, 10, 27].

Chestionarul D5D (Descrierea în 5 dimensiuni) [11, 27], elaborat de Rolland și Mogenet în 1994, urmărește scopul de a evalua cele cinci dimensiuni fundamentale. Descriptorii utilizați sânt rezultatul analizei lexicale a literaturii engleze. Avantajul D5D este de a permite să se compare eul-real (ce sânt sau cred că sânt) cu eul-ideal (ce aș vrea să fiu) și cu imaginea percepută (persoana așa cum o percep alții). De asemenea, chestionarul este conceput pentru a fi un ajutor în recrutare. El permite recrutorului să stabilească un profil corespunzător postului (calitățile necesare titularului de post) și să le compare cu cele ale candidatului. *Extraversiunea-introversiunea* este dimensiunea clasică cuprinsă în acest chestionar. Ea reflectă necesitatea de contacte, căutare a stimulărilor externe, comportament expansiv. *Bunăvoința* conține un pol pozitiv apropiat de

agreabilitatea descrisă mai sus și un pol negativ apropiat de psihotismul lui Eysenck (instabilitate în raport cu alții, refuzul de compromis). Dimensiunea *conștiința*, exprimă nevoia de reușită și de implicare în muncă, asociată unui caracter scrupulos și meticolos. *Stabilitatea emoțională* este identică modelului precedent. *Deschiderea* exprimă existența intereselor largi și capacitatea de a se implica în experiențe noi.

Chestionarul *Alter ego* [10, 27], elaborat de Caprara, Barbaranelli și Borgogni în 1993, este posterior chestionarului NEO PI. Autorii au încercat să amelioreze conținutul celor cinci dimensiuni, venind cu unele sugestii referitoare la compoziția lor și la numărul subdimensiunilor. Deosebirea esențială a chestionarului *Alter ego* de alte chestionare de acest tip ține de denumirea primei dimensiuni. În loc de *extraversiune* autorii au utilizat termenul *energie*, astfel punând accentul mai mult pe dimensiunea de activitate decât pe cea interpersonală. Cei cinci factori conțin câte două subdimensiuni. Persoanele care obțin scor înalt la factorul *energie* tind să se descrie ca dinamice, active, dominante și elocvente. Cele două subdimensiuni sânt dinamismul și dominanța. Subiecții cu scor înalt la factorul *amabilitate* tind să se descrie ca altruiste, amabile, generoase și empaticе. Subdimensiunile respective sânt cooperarea și atitudinea amicală. Persoanele care obțin scor înalt la factorul *caracter conștiincios* tind să se descrie ca meticuloase, ordonate, reflexive, exacte și perseverente. Cele două subdimensiuni sânt meticulozitatea și perseverența. Subiecții cu scor înalt la factorul *stabilitate emoțională* tind să se descrie ca puțin anxioase, puțin vulnerabile, puțin emotive și puțin impulsive. Cele două subdimensiuni sânt controlul emoțiilor și controlul impulsivității. În fine, persoanele care obțin scor înalt la factorul *deschiderea spiritului* tind să se descrie ca cultivate, informate, interesate de lucruri și experiențe noi, deschise diverselor culturi. Subdimensiunile respective sânt deschiderea către cultură și deschiderea către experiență.

Modelul Cloninger. Printre noile modele ale personalității poate fi menționat și modelul Cloninger. Autorul, conform exemplului predecesorilor săi, a încercat să descrie personalitatea prin câteva variabile fundamentale. Bazat pe o abordare dimensională, modelul cuprinde patru dimensiuni ale temperamentului și trei dimensiuni ale caracterului. În opinia autorului, dimensiunile temperamentului sânt transmise genetic și sânt controlate de sistemele neurobiologice specifice. Acestea sânt: *căutarea noului*, *evitarea pericolului*, *dependența de recompensă* și *persistența*. *Căutarea noului* este controlat de un sistem de activare comportamentală sensibil la stimuli necunoscuți și semnale de recompensă. Această dimensiune măsoară trăsăturile similare extraversiunii lui Eysenck. Persoanele cu scor ridicat la dimensiunea respectivă tind să fie curioase, dezordonate, impulsive, neconformiste. *Evitarea pericolului* este dependent de un sistem de inhibiție comportamentală față de semnalele de frustrare. Această dimensiune evaluează tendințele comportamentale similare neurotismului lui Eysenck. Subiecții cu scor ridicat la această dimensiune sânt timide, pesimiste și evitante. *Dependența de recompensă* este controlată de un sistem de menținere comportamentală în absența fortificării continue. Ea implică atașamentul social. Persoanele cu scor ridicat la această dimensiune sânt sensibile, fragile, cordiale. Primele două dimensiuni sânt destul de stabile, a treia este mai puțin stabilă. Astfel, în 1993, pornind de la dimensiunea mai puțin stabilă, Cloninger identifică o a patra dimensiune a temperamentului, *persistența*. Persoanele cu scor ridicat la această dimensiune au un temperament ambițios, perseverent, voluntar și perfecționist.

Cloninger a identificat și trei dimensiuni ale caracterului, *determinarea*, *cooperarea* și *transcendența*, care reflectă gradul de maturitate și de adaptare a subiectului, dobândite pe parcursul dezvoltării, sub influența mediului și a învățării. Aceste dimensiuni sânt susceptibile să evolueze în funcție de maturitatea subiectului și de eventuale tulburări psihiatrice. *Determinarea*, sau mai exact *autodeterminarea*, este definită de maturitatea

individuală (conștiința de sine), *cooperarea* este definită de maturitatea socială (conștiința socială) iar *transcendența* este definită de maturitatea spirituală (conștiința universală) [13].

Cele șapte dimensiuni ale temperamentului și caracterului sânt evaluate cu ajutorul ***Inventarului de temperament și caracter TCI***. Inventarul urmărește scopul de a evalua personalitatea, fiind, totuși, utilizat cu precădere în cercetarea factorilor predictivi ai alcoolismului și toxicomaniei. Totodată, deși inventarul și-a demonstrat utilitatea în înțelegerea tulburărilor axei I și axei II ai DSM-IV, calitățile sale psihometrice nu s-au adevărat a fi satisfăcătoare. Astfel, în 1999, Cloninger propune o variantă revizuită a chestionarului – ***Inventarul de personalitate TCI R*** care, grație ameliorărilor aduse, poate deveni un instrument promițător al evaluării tulburărilor de personalitate.

Modelul Eysenck. Lucrările lui H. J. Eysenck cu privire la personalitate sânt fundamentale. Chestionarele pe care le-a creat stau la originea unui mare număr de cercetări. Dintre cele mai cunoscute putem evidenția Inventarul de Personalitate (EPI) și Chestionarul de Personalitate (EPQ).

Inventarul de Personalitate, EPI [28, 29] măsoară personalitatea după două dimensiuni fundamentale: una bipolară, extraversiunea-introversiunea, alta unipolară, neurotismul. Cele două dimensiuni fundamentale sânt independente, deci, corelațiile dintre ele sânt nule, sau aproape nule. Subiecții extroverți tind spre exteriorizare, sânt expansivi, sociabili, le place mișcarea și preferă să acționeze. Din contra, subiecții introverți sânt introspectivi, își controlează emoțiile, tind să prevadă lucrurile și le place viața reglată. Subiecții neurotici manifestă o hiperactivitate emoțională, sânt hipersensibili și predispuși spre tulburări anxioase. *EPI* este un chestionar scurt și simplu care conține forme paralele (A și B). Ambele forme măsoară cele două dimensiuni fundamentale. Chestionarul dispune și de o scală de minciună care permite să se detecteze tentativele de falsificare a răspunsurilor în sensul dezirabilității sociale.

Chestionarul de Personalitate, EPQ [10] se deosebește de *Inventarul de Personalitate, EPI* prin introducerea dimensiunii a treia, psihotismul, și o ușoară modificare a conținutului scalei extraversiune. *Extraversiunea* se caracterizează prin emoții pozitive și cuprinde trăsături precum sociabilitatea, activismul, dominarea, căutarea senzațiilor etc. *Neurotismul* se evidențiază prin instabilitate, emoții negative și cuprinde trăsături precum culpabilitatea, anxietatea, lipsa stimei de sine, timiditatea. *Psihotismul* se caracterizează prin impulsivitate, ostilitate, indiferență emoțională și un deficit de socializare. El cuprinde trăsături precum agresivitatea, egocentrismul, impulsivitatea, creativitatea, comportamentul antisocial, lipsa empatiei

Modelul Cattell. Activitatea lui R. B. Cattell în domeniul testelor de personalitate este considerabilă. El este unul dintre primii care a aplicat analiza factorială în acest domeniu și în chestionarul său multidimensional, ***16PF***. Pornind de la lista lui Allport și Odbert care conținea circa 18000 de adjective, descriptori ai ființei umane, Cattell a reținut 4504 de termeni din care a extras 171 de variabile de personalitate pe care mai multe analize factoriale succesive le-au regrupat în 16 trăsături de personalitate bipolare. Aceste 16 trăsături „sursă”, descriptori ai personalității normale sânt: cordialitatea, raționamentul, stabilitatea emoțională, dominanța, vivacitatea, conștiinciozitatea, siguranța, sensibilitatea, vigilența, imaginația, interiorizarea, neliniștea, deschiderea spre schimbare, autonomia față de grup, perfecționismul și tensiunea.

Cattell este, de asemenea, autorul termenului trăsături „de suprafață”, simple rezumate descriptive ale unui ansamblu de caracteristici care merg, de regulă, împreună. Trăsăturile „sursă” permit explicarea conduitelor și a trăsăturilor „de suprafață”. Numărul lor este limitat și ele sânt identificate prin analiza factorială. Diferența dintre dimensiunile lui Eysenck sau *Big five* și trăsăturile „sursă” se referă la nivelul la care sânt situate. Inițial,

Cattell a intenționat să descrie dimensiunile fundamentale prin trăsăturile „sursă”. Ulterior, însă, s-a demonstrat că aceste dimensiuni intercorelează și, deci, pot fi reduse. Astfel, Cattell a descris cinci factori de ordinul doi care regroupează cele 16 trăsături „sursă” de ordinul unu ale personalității normale. Factorii de ordinul doi ai lui Cattell sânt mai mult sau mai puțin comparabili cu dimensiunile fundamentale ale lui Eysenck și dimensiunile modelului *Big five*. Prima dimensiune, *extraversiunea* poate fi definită ca o orientare către o participare socială generală. Ea se caracterizează prin căutarea asigurării în societate, exteriorizării și a necesității de a se afla în grup. Persoanele care obțin un scor scăzut la acest factor au tendința de a nu interacționa cu alții, de a lua viața în serios, de a fi timizi și autonomi. *Anxietatea*, reflectă tendința de a fi reactiv, vigilent, neliniștit, tensionat. Persoanele care au un scor scăzut la această dimensiune sânt mai puțin perturbați și deranjați de evenimente decât alții. Ei sânt stabili emoțional, sânt deschiși și liniștiți. *Duritatea* regroupează subiecții intransigenți care manifestă tendința de a fi rezervați, practici, cu spirit utilitar și atașați tradițiilor. Persoanele cu scor scăzut la această dimensiune sânt deschiși, cu idei noi. *Controlul sinelui* exprimă tendința de a fi respectuos, perfecționist. Subiecții care obțin un scor scăzut la această dimensiune pot fi impulsivi, nonconformiști, neatenți la reguli. *Independența* reflectă tendința de a fi dominant, vigilent și orientat spre schimbări. Subiecții independenți își exprimă deschis opiniile și preferă noul. Persoanele cu scor scăzut la această dimensiune tind să fie agreabile, cooperante, conciliante, nedominante și adaptative. Totodată, ordinea apariției factorilor nu este identică cu cea a modelelor de tip *Big five*: NEO PI R - *extraversiunea*, *agreabilitatea*, *conștiința*, *neurotismul*, *deschidere*; 16 PF: *extraversiunea*, *anxietatea*, *duritatea*, *controlul sinelui*, *independența* [10, 27, 28].

Abordări teoretice și metodologice ale evaluării dimensiunilor secundare ale personalității

Conform opiniei savanților, *dimensiunile secundare* reprezintă personalitatea patologică. În modelul ierarhic al personalității ele pot fi situate la un nivel inferior *dimensiunilor fundamentale*, aparținând domeniului fațetelor/constituantelor acestora și sânt de nivel diferit. Pornind de la ideea posibilității apropierii ierarhiei modelului dimensional al personalității de modelul cognitiv care clasifică cognițiile subiectului de la nivelul conștient până la nivelul inconștient, adepții acestei abordări descriu trei niveluri ale *dimensiunilor secundare*, pornind de la nivelul superficial spre cel profund: 1. dimensiuni secundare specifice, 2. dimensiuni secundare generale și 3. dimensiuni secundare centrale [10].

1. Dimensiunile secundare specifice se află la nivelul cel mai apropiat conștiinței și reflectă scheme care se aplică, de regulă, unei singure patologii. Tulburările care ar putea fi incluse în această categorie sânt: depresia, tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietatea generalizată și ipohondria.

Evaluarea tulburării obsesiv-compulsive

În 1997, o echipă internațională de lucru (*Obsessive Compulsive Cognitions Working Group*) a fost constituită cu scopul de a studia cognițiile specifice tulburării obsesiv-compulsive pentru a putea deosebi subiecții obsesiv-compulsivi de alți subiecți. La momentul primei reuniuni existau 16 chestionare care evaluau subiecții obsesiv-compulsivi. Itemii acestor chestionare au fost regrupați în 19 teme dintre care, prin consens, au fost reținute șase categorii de dimensiuni. Acestea sânt: *responsabilitatea excesivă* – credința că individul posedă puterea unică de a prevedea sau de a provoca consecințe negative, considerate cruciale, care pot fi reale sau situate la nivel moral, *importanța excesivă a gândirii* – credința că doar prezența gândirii este importantă și semnificativă

pentru individ, *controlul gândurilor* – credința că controlul este posibil și dezirabil, că eșecul de a controla gândurile conduce la consecințe negative, *supraestimarea pericolului* – credința că orice problemă comportă pericol și risc, *perfectionismul* – credința că există o soluție perfectă pentru fiecare problemă și că a face ceva perfect este nu numai posibil dar și necesar, *intoleranța la incertitudine* care regroupează trei tipuri de credințe - credința privind necesitatea de siguranță, credința de a fi incapabil să faci față unei schimbări imprevizibile și credința în dificultatea unei funcționări adecvate în situații ambigue. Chestionarele prezentate în continuare sânt relevante pentru a evalua tulburarea obsesiv-compulsivă.

Scala fuziunii gândire-acțiune [30] exprimă tendința de a supraevalua semnificația și consecințele gândurilor intruzive. Ea se caracterizează prin credința că gândurile măresc probabilitatea evenimentelor negative (probabilitatea fuziunii gândire-acțiune) sau că gândurile sânt echivalentul acțiunilor (fuziunea gândire-acțiune morală). Trei dimensiuni pot fi determinate: *fuziunea gândire-acțiune* (credința că gândirea, din punct de vedere moral, este echivalentă acțiunii), *probabilitatea fuziunii gândire-acțiune pentru sine* (credința privind influența propriilor gânduri asupra evenimentelor care i se întâmplă subiectului), *probabilitatea fuziunii gândire-acțiune pentru alții* (credința privind influența propriilor gânduri asupra evenimentelor lumii reale care li se întâmplă altora).

Inventarul privind interpretările intruzive [30] reflectă interpretările gândurilor, imaginilor, impulsurilor nedorite care-i survin subiectului pe neașteptate. Inventarul conține itemi în raport cu care subiectul indică forța gândurilor sau imaginilor intruzive din experiența sa recentă. Trei categorii de credințe specifice tulburării obsesiv-compulsive sânt determinate: *importanța gândirii*, *controlul gândirii* și *responsabilitatea*.

Evaluarea tulburării anxioase generalizată. Conform DSM-IV tulburarea anxioasă generalizată se definește ca o anxietate nejustificată sau excesivă față de mai multe situații sau evenimente. Caracteristica principală a tulburării de anxietate generalizată este neliniștea. Din această perspectivă, subiectul anxios are dificultăți privind controlul neliniștii, stare care se manifestă printr-o incapacitate de a-și modifica ideile. De regulă, stările de neliniște gravitează în jurul următoarelor teme: bani, muncă, boală. Conform cercetărilor efectuate, 91% dintre pacienții suferinzi de această tulburare manifestă neliniște excesivă față de evenimentele minore sau neimportante, dar incontrolabile, care generează suferință. Grijile și anxietatea subiectului sânt asociate cu simptome de nervozitate, supraexcitare, fatigabilitate, iritabilitate, tensiuni musculare, tulburări de somn. Dimensiunile specifice asociate tulburării anxioase generalizată se referă la variabilele cognitive care mențin tulburarea sau stau la baza evoluției ei, la credințele eronate față de neliniște, la intoleranța la incertitudine și altele. În context, mai multe chestionare de evaluare a acestor dimensiuni prezintă interes.

Chestionarul intoleranței la incertitudine [21] identifică motivele care-l fac pe subiect să se neliniștească. El evaluează credința centrală a subiecților care prezintă tulburarea anxioasă generalizată, tendința de a considera inacceptabilă incertitudinea legată de viața cotidiană. Chestionarul cuprinde itemi cotați de subiect în raport cu gradul de acord/dezacord cu fiecare item. Cinci scale sânt determinate: *refuzul la incertitudine*, *incertitudinea privind imaginea de sine*, *incertitudinea privind situațiile ambigue*, *incertitudinea privind stresul* și *incertitudinea privind acțiunea*.

Chestionarul evitării cognitive [22] evaluează diferitele strategii utilizate de subiect pentru a evita gândurile deranjante. Recurgerea la evitarea cognitivă este specifică subiecților care prezintă o tulburare anxioasă generalizată, fiind un factor de dezvoltare și de menținere a ei. Cinci tipuri de strategii de evitare cognitivă pot fi relevate: *suprimarea gândurilor* (suprimarea conținutului gândurilor prin eforturi cognitive), *evitarea stimulilor*

declanșatori de gânduri dezagreabile (evitarea stimulilor generatori de gânduri dezagreabile), *distracția* (utilizarea unei acțiuni pentru a evita gândurile deranjante), *verbalizarea imaginilor* (înlocuirea imaginilor amenințătoare printr-un discurs verbal interior), *substituirea gândurilor* (înlocuirea gândului deranjant cu un gând mai puțin deranjant sau agreabil).

Chestionarul „De ce să te neliniștești?” [20] reflectă motivele care fac persoana cu tulburare anxioasă generalizată să se neliniștească. El evaluează interesul subiectului față de neliniște și gradul lui de convingere că neliniștea este pozitivă și utilă. Cele cinci scale care evaluează credințele eronate sânt: *motivația* sau credința că neliniștea este utilă pentru că ea stimulează persoana și o incită la acțiune, *rezolvarea problemei* sau credința că neliniștea ajută la soluționarea problemei, *previziunea emoțiilor negative* sau credința că neliniștea permite să fii mai pregătit pentru a înfrunta consecințele emoționale a unei situații imprevizibile, *gândirea magică* sau credința că neliniștea este un act mental care afectează evenimentele și *personalitatea* sau credința că neliniștea reprezintă o trăsătură pozitivă a personalității.

Evaluarea ipohondriei.

Conform criteriilor DSM-IV ipohondria sau anxietatea legată de sănătate rezultă dintr-o interpretare eronată a simptomelor fizice. Ipohondria se caracterizează prin neliniște continuă, teamă, preocupare obsesivă a subiectului de starea sănătății proprii, fiind convins că suferă de o boală pe care în realitate nu o are. Teama sau preocuparea persistă în ciuda controalelor sau consultațiilor medicale în urma cărora subiectul este asigurat că boala nu există. Există multiple similarități între ipohondrie și tulburările anxioase. În opinia savanților [10, 26], mai multe procese pot fi implicate în acest tip de anxietate: intoleranța la incertitudine, evitarea cognitivă, supraestimarea neliniștii, căutarea reasigurării, sensibilitatea față de anxietate, amplificarea somato-senzorială etc. Simptomele ipohondrice sânt, pe de o parte, credințe generale referitoare la sănătate iar, pe de altă parte, credințe asociate neliniștii referitoare la sănătate. În acest sens, două chestionare destinate să evalueze diferitele tipuri de credințe asociate ipohondriei prezintă interes.

Chestionarul credințelor legate de sănătate [26] identifică credințele eronate referitoare la sănătate care ar putea menține anxietatea legată de sănătate la persoanele excesiv de anxioase privind acest domeniu. Aceste credințe se referă, de exemplu, la responsabilitatea față de starea de boală sau față de consecințele cauzate de boală. Subiectul utilizează scala de cinci puncte pentru a-și exprima gradul de acord/dezacord cu fiecare enunț. Indicatorul gradului de credințe eronate corespunde sumei notelor obținute la ansamblul itemilor.

Chestionarul “De ce să te neliniștești cu privire la sănătate?”[26] evaluează credințele eronate legate de neliniștea cu privire la boală. Aceste credințe joacă un rol important în evoluția și menținerea neliniștii. Subiectul utilizează scala de cinci puncte pentru a exprima în ce măsură fiecare enunț corespunde felului de a fi.

Evaluarea depresiei.

Mai mulți autori, aparținând diverselor școli, au descris două dimensiuni ale personalității care corelează cu depresia: dependența afectivă și nevoia de autonomie și de împlinire personală. Se presupune că aceste două trăsături de personalitate se dezvoltă în cursul experiențelor precoce. Totodată, se subliniază că este nevoie de o congruență între evenimentele negative de viață și tipul de personalitate pentru a se dezvolta o tulburare depresivă [5, 8]. În optica celor relatate, Blatt [8] descrie două dimensiuni care pot fi dezvoltate de individ: *dependența* și *autocritica*. Personalitatea dependentă este incapabilă să dezvolte reprezentări mature despre sine și doar în cadrul relațiilor interpersonale își poate consolida propria valoare. În acest caz, depresia survine dacă individul dependent se

simte marginalizat sau abandonat. Pe de altă parte, *personalitatea autocritică*, centrată pe realizarea obiectivelor pe care și le propune, se caracterizează prin dificultăți în dezvoltarea reprezentărilor adecvate despre sine anume în cadrul relațiilor interpersonale. În acest caz depresia survine dacă individul nu reușește să atingă propriile standarde sau standardele altora. El resimte sentimente de inferioritate și de culpabilitate asociate cu pierderea plăcerii și a interesului. În acest sistem teoretic, important pentru subiectul dependent este de a fi iubit, iar pentru subiectul autocritic de a fi recunoscut, respectat și admirat.

Un sistem mai mult sau mai puțin echivalent cu cel al lui Blatt a fost descris de Beck [5]. Savantul analizează două dimensiuni ale personalității – *sociotropia* și *autonomia*, dimensiuni asemănătoare cu cele expuse de Blatt. Subiectul sociotrop are nevoie de încurajare și atenție din partea altora în ceia ce face, pe când subiectul autonom nu suportă când i se dictează ce trebuie să facă. Deși foarte apropiate de modelul prezentat de Blatt, aceste trăsături de personalitate prezintă și diferențe. Pentru Blatt, ambele trăsături de personalitate au legătură cu valoarea eului, iar pentru Beck subiectul sociotrop este descris ca având nevoie de aprobare, în timp ce subiectul autonom este descris ca relativ indiferent la critici și laude din partea altora. În fine, pentru Blatt autocritica este o constantă a individului în timp ce pentru Beck individul autonom devine autocritic doar când este deprimat. În acest context, mai multe eforturi au fost depuse de savanți în vederea elaborării instrumentelor de evaluare a depresiei.

Scala de sociotropie-autonomie [5] a fost elaborată pentru a testa teoria lui Beck privind două caracteristici ale personalității, relativ stabile, care, în funcție de anumite evenimente, pot predispuce individul la depresie. *Sociotropia* se definește ca tot ceia ce atrage individul către alte persoane și-l face dependent de relațiile sale cu alții pentru a fi satisfăcut. *Autonomia* se definește ca necesitatea subiectului de a se centra pe realizarea obiectivelor proprii, fără controlul sau constrângerea din partea altora. Un subiect sociotrop ar putea deveni depresiv dacă factorii externi sau interni sânt percepuți ca un obstacol pentru „aprovizionarea socială”, în timp ce un subiect autonom ar putea deveni depresiv dacă acești factori sânt percepuți ca un obstacol pentru realizarea propriilor obiective. Dimensiunile evidențiate califică subiectul drept sociotrop, autonom sau subiect care posedă ambele caracteristici.

Inventarul revizuit al stilului personal [32], elaborat de Robins, întrunește abordările metodologice ale lui Blatt și Beck și evaluează dimensiunea *sociotropie* compusă din trei subdimensiuni teoretice: dependența, preocuparea de gândurile altora, producerea plăcerii altora și, respectiv, dimensiunea *autonomie* compusă, de asemenea, din trei subdimensiuni teoretice: perfecționism, nevoia de control, separarea defensivă. Chestionarul cuprinde itemi, cotați de subiect în dependență de gradul său de acord/dezacord cu fiecare enunț.

2. Dimensiunile secundare generale reprezintă un nivel mai profund decât dimensiunile specifice și sânt comune mai multor tulburări. În opinia teoreticienilor [10, 14] mai multe dimensiuni pot fi incluse în această categorie, și anume: perfecționismul, locul de control, stima de sine, alexitimia, responsabilitatea, impulsivitatea, rolul sexual, căutarea senzațiilor. Literatura de specialitate ne oferă un șir de abordări teoretice explicative și modalități practice de evaluare a dimensiunilor menționate, analiza succintă a cărora este prezentată în cele ce urmează.

Evaluarea perfecționismului. Conceptul *perfectionism* a apărut în psihologie relativ nu demult, însă a reușit să se impună printr-o largă problematică. Perfecționismul este un construct multidimensional și în acest sens are mai multe accepțiuni. Astfel, perfecționismul, este considerat o trăsătură de personalitate, o motivație, un comportament, o maladie. Perfecționismul reflectă tendința de a stabili și a urmări realizarea unor standarde

de performanță sau obiective personale foarte ridicate, însoțite și de alte caracteristici, precum tendința de a stabili norme ireale, tendința de a se judeca pe ei înșiși, precum și pe cei din jur. Perfecționismul este definit și ca o nevoie de a fi sau de a părea perfect, persoanele perfecționiste fiind perseverente, minuțioase, organizate. Conform lui Hewitt [40] perfecționismul are trei aspecte: perfecționismul orientat spre sine, perfecționismul orientat spre alții și perfecționismul social impus. Autorii consideră perfecționismul ca fiind o structură profundă a gândirii care se manifestă prin anumite comportamente sau emoții specifice. Astfel, această structură cognitivă se poate manifesta atât într-un mod pozitiv, oferind motivația și energia necesară pentru atingerea scopurilor, cât și într-un mod negativ, prin apariția problemelor de anxietate, depresie, surmenaj, astfel înrăutățind calitatea vieții. Or, perfecționismul poate fi analizat din mai multe optici: 1. perfecționismul funcțional, sănătos și 2. perfecționismul patologic, nevrotic [8, 9, 15, 16, 31, 39].

Perfecționismul funcțional este caracterizat prin sentimentul de libertate a individului de a fi mai mult sau mai puțin perfect în dependență de situație. Atitudinea perfecționistă este preluată în scopul obținerii unei satisfacții personale și nu pentru a obține aprobarea altora sau pentru a evita consecințe negative. Obiectivele stabilite sânt realiste și accesibile, în urma realizării cărora persoana obține satisfacție. În același timp, persoana este capabilă să recunoască și să accepte că poate face erori, fiind conștientă de valoarea sa personală, percepută ca fiind independentă de valoarea celor din jur.

Perfecționismul patologic este caracterizat prin disconfort emoțional permanent, probleme interpersonale, neadaptare etc. Subiecții perfecționiști de tip patologic întotdeauna cred că ar fi putut face mai bine, sânt în general nesatisfăcuți de propriile performanțe și tind să nu-și ierte greșelile chiar dacă ele sânt minime. De mai multe ori, tendința spre perfecțiune duce la pierderea posibilității de relaxare, tensiunea permanentă cauzând crize nervoase. În asemenea cazuri, perfecționiștii reacționează bolnăvicios la orice critică, cu greu se acomodează în condiții noi, nu colaborează cu cei din jur, ci doar concurează [36]. Drept rezultat, perfecționiștii simt oboseală, griji, disperare, iar problemele de sănătate generează dureri de cap, slăbiciune, acutizarea bolilor cronice. Din cauza tensiunii psihice în care se află în permanență persoana se dezvoltă nevrozele. Cercetările științifice au demonstrat că printre perfecționiști sânt foarte multe persoane care suferă de anxietate și depresie [38]. Prin urmare, perfecționismul într-adevăr reprezintă o problemă a societății contemporane. O astfel de trăsătură de personalitate poate împiedica atât persoana care o posedă, cât și persoanele din anturaj. Or, cert este că de această trăsătură depinde eficiența activității și capacitatea de adaptare a personalității în situațiile de stres. Mai multe chestionare sânt destinate evaluării perfecționismului dintre care două, în opinia noastră, sânt cele mai relevante.

Scala multidimensională a perfecționismului [19], numită *scala standardelor personale*, se bazează pe șase dimensiuni ale perfecționismului. Ea cuprinde itemi cotați de subiect în raport cu gradul de acord/dezacord cu fiecare item. Șase subscale pot fi identificate: *preocuparea de erori* care exprimă tendința de a interpreta eroarea ca un eșec și de a crede că după un eșec respectul altora este pierdut; *standarde personale* care reflectă criteriile și standarde foarte înalte în evaluarea propriei persoane; *așteptări parentale* care indică tendința de a crede că părinții aveau standarde înalte pentru subiect; *critici parentale* care exprimă tendința de a crede că părinții erau foarte critici și că subiectul nu a atins standardele lor; *dubii privind acțiunile* care reflectă tendința de a considera că planurile de viață nu pot fi realizate; *organizarea* care indică importanța ordinii, organizării, preocupării de detalii.

Chestionarul perfecționismului [31] a fost elaborat în scopul diferențierii a două tipuri de perfecționism: *perfecționismul funcțional* și *perfecționismul patologic*. Subiecții

care demonstrează tendințe perfecționiste înalte asociate cu puține consecințe negative sânt perfecționiști funcționali, pe când subiecții care demonstrează tendințe perfecționiste înalte asociate cu multe consecințe negative sânt perfecționiști patologici. Chestionarul cuprinde itemi cotați de subiect în raport cu gradul de acord/dezacord cu fiecare item și identifică trei scale independente: *tendințe perfecționiste, domenii privind perfecționismul și consecințe negative.*

Evaluarea alexitimiei. *Alexitimia* exprimă dificultatea marcată a subiectului de a-și conștientiza propriile emoții și sentimente, de a le descrie, de a le exprima. Există două tipuri de alexitimie: alexitimia trăsătură și alexitimia stare. *Alexitimia trăsătură* este o variabilă dispozițională care favorizează tulburările psihosomatice. În acest sens ea este considerată o dimensiune a personalității. Trăsăturile alexitimice demonstrează o relație invers proporțională cu trăsăturile histrionice. Prezența trăsăturilor alexitimice a fost notată în tulburările adictive și depresie. *Alexitimia stare* se manifestă după un șoc sau o maladie gravă. Ea ar putea reprezenta o strategie de ajustare, jucând rolul unui factor protector împotriva semnificației emoționale a maladii sau a evenimentului și poate fi regăsită în stresul post-traumatic și maladiile organice. Chestionarele care evaluează alexitimia sunt numeroase, două dintre ele prezentând calități psihometrice satisfăcătoare.

Scala de alexitimie Toronto, TAS [2] determină diversele fațete clinice ale alexitimiei: dificultatea de a descrie sentimentele, dificultatea de a face diferență dintre sentimente și senzațiile corporale, limitarea aptitudinilor introspective, conformismul social. Chestionarul conține itemi cotați de subiect în funcție de gradul de acord/dezacord cu fiecare enunț. Trei scale pot fi determinate: *dificultatea de a-și identifica sentimentele, dificultatea de a descrie propriile sentimente altor persoane și gândirea orientată spre exterior.*

Chestionarul de alexitimie, BVAQ, elaborat de Bermond și Vorst [7], evaluează cinci dimensiuni teoretice ale alexitimiei: *verbalizarea* (capacitatea subiectului de a-și descrie sau comunica emoțiile), *viața fantasmatică* (capacitatea subiectului de a-și imagina), *identificarea emoțiilor* (capacitatea subiectului de a-și defini, numi emoțiile), *excitabilitatea emoțională* (capacitatea subiectului de a fi stimulat emoțional de un eveniment inductor de emoții) și *analiza emoțiilor* (capacitatea subiectului de a-și exprima și analiza emoțiile). Chestionarul conține itemi cotați de subiect în funcție de gradul de acord/dezacord cu fiecare enunț. Chestionarul prezintă interes prin faptul că evaluează toate dimensiunile alexitimiei.

Evaluarea locului de control. Conceptul de *loc de control* se referă la relația de cauzalitate între acțiunea subiectului și rezultatul ei. El corespunde opiniei individului cu privire la originea evenimentelor care i se întâmplă. Subiecții manifestă un control intern dacă au sentimentul că ceia ce li se întâmplă este o consecință a propriilor acțiuni. Subiecții manifestă un control extern dacă au sentimentul că ceia ce li se întâmplă este efectul hazardului/întâmplării sau a factorilor independenți de controlul lor. Subiecții cu loc intern de control se simt responsabili de ceia ce li se întâmplă, ei au o mai mare încredere în sine și o mai mare rezistență la schimbările de opinii. Subiecții cu loc extern de control consideră că hazardul sau alte persoane sânt responsabile de evenimente. Astfel, subiecții externi manifesta tendința de a renunța în fața dificultăților, riscând, totodată, să dezvolte sentimentul de culpabilitate în situațiile de problemă. În plus, teoreticienii disting două tipuri de externalitate: o externalitate asociată cu hazardul/întâmplarea și o externalitate asociată cu puterea altuia. Atribuirea cauzalității evenimentelor hazardului/întâmplării rămâne a fi o externalitate imprevizibilă, pe când atribuirea evenimentelor persoanelor "atotputernice" devine mai previzibilă pentru individ. O revistă a literaturii a evidențiat

rolul disfuncțional al externalității și impactul favorabil al internalității care ar avea un efect pozitiv asupra sănătății și a stării de bine emoționale a individului [10].

Chestionarul locului de control tridimensional, elaborat de Levenson [25] identifică trei dimensiuni ale locului de control: *intern*, *extern-alții* și *extern-șansa*. Pentru fiecare dimensiune sânt propuse opt situații care abordează responsabilitatea gestionării unei situații, responsabilitatea unui accident de automobil, realizarea planurilor personale, stima altora în raport cu sine, manifestarea diverselor evenimente, apărarea propriilor interese, obținerea unui lucru dorit și controlul global al vieții sale.

Căutarea senzațiilor.

Zuckerman [34] a elaborat un model psihobiologic a căutării senzațiilor pornind de la conceptul nivelului optim de stimulare. El a sugerat că acest nivel optim de activare variază de la individ la individ, determinând o trăsătură multidimensională a personalității - *căutarea senzațiilor*. Amatorul de senzații a fost definit ca o persoană care, pentru a menține un nivel optim de activare, are nevoie de experiență și de senzații variate. O definiție mai recentă a căutării senzațiilor se referă la căutarea experiențelor noi, intense, complexe și la voința de a risca în cadrul lor. În modelul său, autorul a identificat diverse componente ale căutării senzațiilor: căutarea pericolului și a riscului, căutarea experiențelor noi și excitante, dezinhibarea și utilizarea substanțelor, susceptibilitatea la plictiseală. Căutarea senzațiilor este caracteristică psihopatiei și maniei. Amatorii de senzații sânt atrași de jocurile de noroc, de utilizarea substanțelor, de variate experiențe sexuale. Totodată, relațiile dintre toxicomanie, alcoolism și căutarea senzațiilor sânt complexe.

Conceptul de căutare a senzațiilor a fost studiat și în relație cu dimensiunile fundamentale. Conceptul este mai mult sau mai puțin integrat în dimensiunea *impulsivitate* a lui Eysenck. El este asociat aspectelor impulsive și nonconformiste ale *extraversiunii*, *agresivității*, *psihotismului*. Într-un studiu realizat de Zuckerman se menționează că trei din patru factori ai scalei de căutare a senzațiilor corelează cu dimensiunea *deschiderea spre experiență* a modelului celor cinci factori (*Big five*) a lui Costa și McCrae. Factorul *dezinhibare* corelează mai mult cu dimensiunea *conștiință*. Conceptul de căutare a senzațiilor corespunde și dimensiunii *căutarea noului* a lui Cloninger. Subiecții care manifestă o necesitate ridicată de stimulare sânt impulsivi, extravertiți, activi, nonanxioși, manifestă tendințe nonconformiste, chiar antisociale. Căutarea senzațiilor se manifestă în diverse domenii: activități, comportamente etc.

Scala căutării senzațiilor [35] identifică patru dimensiuni independente. *Căutarea pericolului și a aventurilor* se manifestă prin activități care comportă elemente de viteză și pericol sau prin sport, *căutarea experienței* se manifestă printr-un stil de viață nonconvențional, sau prin turism, artă, muzică, *dezinhibarea* se manifestă prin utilizarea drogurilor, căutarea distracțiilor și a experienței sexuale variate, *susceptibilitatea la plictiseală* se manifestă prin aversiunea față de orice activitate rutinieră și repetitivă, prin fuga de monotonie și de oameni morocănoși.

Evaluarea impulsivității. *Impulsivitatea* exprima absența reflecției prealabilă unei acțiuni sau incapacitatea de a rezista la frustrare. Inițial, impulsivitatea a fost văzută ca o dimensiune care exprimă vivacitate, absența planificării, căutarea senzațiilor, toate aceste elemente corelând, în diferite feluri, cu dimensiunile fundamentale ale modelului Eysenck. Ulterior, savanții [17] au modificat definiția limitând-o la o dimensiune care caracterizează indivizii inconștienți de riscurile pe care le parcurg sau indivizii conștienți de riscuri dar aventurieri, Impulsivitatea este prezentă în multe tulburări ale axei I ca, de exemplu, tulburările conduitei alimentare, tulburările legate de dependența de substanțe. Ea este de asemenea unul dintre criteriile a două tulburări de personalitate: personalitatea borderline și personalitatea antisocială.

Chestionarul de impulsivitate [17] evaluează subiectul impulsiv, subiectul care nu conștientizează pericolul pe care-l poate cauza sie sau altora, subiectul aventurier care știe să aprecieze consecințele acțiunilor sale dar care totuși le comite. Chestionarul conține itemi cotați de subiect în funcție de cât de adevărat sau fals este considerat itemul. Trei dimensiuni pot fi stabilite: *impulsivitatea* – dimensiune caracteristică indivizilor care acționează fără a se gândi, inconștienți de riscurile asociate acțiunilor, *căutarea aventurilor* – dimensiune caracteristică indivizilor conștienți de riscurile asociate acțiunilor și *empatia* – dimensiune, totalmente independentă, care servește drept distractor în raport cu impulsivitatea.

Scala de impulsivitate, BIS-10 [4] prezintă interes prin faptul că evaluează trei dimensiuni teoretice ale impulsivității: impulsivitatea motrică, impulsivitatea cognitivă și impulsivitatea neplanificată. *Impulsivitatea motrică*, definită ca acțiune în absența reflecției, se caracterizează prin impulsivitatea comportamentului. *Impulsivitatea cognitivă*, definită ca o luare rapidă a deciziilor cognitive, se caracterizează prin posibilele dificultăți în soluționarea sarcinilor intelectuale. *Impulsivitatea neplanificată*, definită ca o orientare spre prezent, se caracterizează prin absența anticipării și prin orientarea spre viitor. Chestionarul cuprinde itemi cotați în funcție de faptul cum gândește sau acționează subiectul în situații diferite. În baza chestionarului *BIS – 10*, Patton propune o versiune nouă, *BIS – 11*, cu itemi care identifică următoarele trei dimensiuni: *impulsivitate atențională*, *impulsivitate motrică* și *dificultate de planificare*.

Evaluarea stimei de sine. Conceptul *stima de sine* reflectă aprecierea pozitivă sau negativă a propriei persoane, generată de sistemul de valori personale sau impuse în cursul copilăriei din exterior (părinți, prieteni, educatori). Percepțiile, ideile și credințele în raport cu sine fac parte componentă a stimei de sine. Dezvoltată în copilărie, stima de sine este relativ stabilă dar nu și absolut statică. Ea se înscrie într-un proces dinamic susceptibil să se modifice pe parcursul vieții. Totodată, individul poate avea o stimă de sine diferită în dependență de domeniu: muncă, timpul liber, relațiile sociale. Complexitatea acestei noțiuni se datorează faptului că ea reflectă concomitent o stare și o trăsătură. Ea este o variabilă importantă dat fiind faptul că o stimă de sine negativă ar putea să influențeze rezultatele terapeutice. Studiile au demonstrat că subiecții care suferă de episoade depresive majore sau tulburări distimice au stima de sine negativă. Stima de sine, în particular stima de sine socială, face parte din criteriile tulburărilor personalității evitante. În această ordine de idei, mai multe instrumente au fost elaborate în scopul identificării dimensiunilor specifice ale acestui construct.

Scala stimei de sine Rosenberg[29] foarte utilizată în cercetări, evaluează stima de sine globală. Chestionarul conține itemi cotați de subiect în funcție de gradul de acord/dezacord cu fiecare enunț. Scorul stimei de sine se obține adăunând punctajele obținute la fiecare item după inversările necesare realizate.

Inventarul stimei de sine sociale [24] evaluează doar o singură dimensiune a stimei de sine - stima de sine în situațiile sociale. Chestionarul conține itemi cotați de subiect în funcție de gradul de similaritate existent între el și conținutul enunțului. Subiecții caracterizați print-un deficit asertiv sau o tulburare a personalității evitante, indică un grad al stimei de sine inferior subiecților din grupele de control.

Evaluarea rolului sexual. *Feminitatea și masculinitatea* fac parte din scalele de atitudini și sânt legate de trăsături de personalitate diferite. Ambele sânt caracteristici prezente atât la bărbați cât și la femei, dar în grade diferite de manifestare, în dependență de genul individului. Masculinitatea se raportă la o „bună” sănătate mentală și corelează cu extraversiunea și performanțele, în timp ce feminitatea are tangențe cu neurotismul, dependența, depresia și corelează cu un nivel scăzut al psihotismului [1].

Inventarul rolului sexual [6] este unul dintre cele mai utilizate inventare referitoare la rolul sexual. El conține itemi care diferențiază bărbatul și femeia în cultura nord americană și europeană. Itemii masculini sânt itemi socialmente dezirabili pentru bărbați, iar itemii feminini sânt itemi socialmente dezirabili pentru femei în aceste culturi. Individul masculin este cel care posedă un grad ridicat de caracteristici masculine, individul feminin este cel care posedă un grad ridicat de caracteristici feminine. Individul androgin este cel care prezintă, concomitent, un grad ridicat de caracteristici masculine și feminine, iar individul nediferențiat este cel care posedă, concomitent, un grad scăzut de caracteristici masculine și feminine. Inventarul identifică trei scale independente: *scala de masculinitate*, *scala de feminitate* și *scala de dezirabilitate socială*.

Evaluarea responsabilității. *Responsabilitatea* reprezintă realizarea controlului exterior și interior asupra îndeplinirii propriei activități, respectării regulilor și normelor sociale. Responsabilitatea se manifestă în mai multe forme, în dependență de ce sau cine, pentru ce și cum persoana o are. Conceptul are o structură ramificată care include în sine componenta cognitivă, emoțională și comportamentală. Responsabilitatea se definește și în funcție de consecințele unui eveniment. Tendința de a-și asuma responsabilitatea evenimentelor nu caracterizează o anumită patologie. Totuși, se postulează că subiecții care prezintă o tulburare obsesiv-compulsivă ar poseda o schemă de responsabilitate patologică. Această schemă îl face să interpreteze, în termeni de responsabilitate, gândurile intruzive obsedante. Gândul automat astfel produs se referă la posibilitatea de a cauza prejudicii sie și altora. Tendința de a-și asuma responsabilitatea poate fi prezentă și în alte patologii ca depresia sau fobia socială [10, 37].

Atitudinile individului privind responsabilitatea pot fi evaluate prin intermediul **Scalei responsabilității** [10] care reflectă credințele generale privind responsabilitatea și nu se referă la interpretările, în termeni de responsabilitate, a gândului intruziv. Scala conține itemi cotați de subiect în dependență de gradul de corespundere / necorespundere dintre el și conținutul itemului.

3. Dimensiunile secundare centrale reflectă nivelul cel mai profund al conștiinței și pot fi localizate mai dificil. În această ordine de idei, abordarea privind *schemele precoce inadaptate* ale lui Young [33] prezintă un interes deosebit. Schemele precoce inadaptate reprezintă o viziune globală a personalității disfuncționale. Ele reflectă credințele fundamentale inadaptate care se dezvoltă, pornind de la experiențele afective și relaționale, trăite cu persoanele semnificative din anturaj, în timpul copilăriei. Or, ele sânt rezultatul interacțiunii dintre temperament și experiențele negative ale copilului și evoluează în cazul în care nevoile fundamentale specifice copilăriei nu sânt satisfăcute. Schemele precoce inadaptate reprezintă adevăruri absolute privind propria persoană și lumea înconjurătoare. Ele sânt necondiționate în loc să fie condiționate și sânt neflexibile, suprageneralizate și, deci, mai rezistente la schimbări. Autorul a definit schemele precoce inadaptate în felul următor: un model sau o temă importantă, constituită din amintiri, senzații corporale, emoții și cogniții, cu privire la sine și la relațiile cu alții, constituite în cursul copilăriei sau adolescenței, dezvoltate de-a lungul vieții și disfuncționale la un grad semnificativ. Inițial, Young a distins cincisprezece scheme precoce inadaptate. În final, autorul descrie optsprezece scheme repartizate în cinci domenii. Diverse chestionare au fost elaborate pentru a evalua schemele precoce inadaptate.

Chestionarul schemelor Young [11] evaluează următoarele optsprezece scheme: carențe afective, abandon, abuz, izolare socială, imperfecțiune, eșec, dependență-incompetență, teamă de pericol/boală, fuziune, supunere, abnegație, supracontrol emoțional, idei exigente, drepturi personale exagerate, autodisciplină insuficientă, negativism-pesimism, pedeapsă, căutarea aprobării și a recunoștinței. Aceste_scheme

reflectă cinci domenii teoretice: separare și respingere, lipsa autonomiei și a performanței, lipsa limitelor, orientarea către alții, supravigilența și inhibiția.

Chestionarul atitudinilor parentale [12] ne arată ce experiențe precoce ale copilului au generat schemele precoce inadaptate. El reprezintă principalul mijloc de identificare a originii schemelor și reflectă anturajul copilului susceptibil să genereze o schemă precoce inadaptată.

Concluzii

Abordarea dimensională a personalității constituie subiectul numeroaselor studii psihologice. Descrierea personalității se poate face sub forma *dimensiunilor fundamentale* sau *dimensiunilor secundare* și se adresează fie personalității normale, fie personalității patologice. *Dimensiunile fundamentale* sânt mai mult sau mai puțin obiectul unui consens privind personalitatea normală. Însă, opiniile savanților se împart referitor la personalitatea patologică și tulburările de personalitate. Un șir de cercetători consideră că evaluarea personalității patologice aparține *dimensiunilor secundare* ale personalității – dimensiuni care pot fi situate în modelul ierarhic al personalității la un nivel inferior dimensiunilor fundamentale, aparținând domeniului fațetelor/constituantelor dimensiunilor fundamentale, fiind, totodată, de nivel diferit. Pornind de la ideea posibilității apropierii ierarhiei modelului dimensional al personalității de modelul cognitiv care clasifică cognițiile subiectului de la nivelul conștient până la nivelul inconștient, adepții acestei abordări descriu trei niveluri ale *dimensiunilor secundare*, pornind de la nivelul superficial spre cel profund: dimensiuni specifice, dimensiuni generale și dimensiuni centrale. *Dimensiunile secundare specifice* (depresia, anxietatea generalizată, ipohondria, tulburarea obsesiv-compulsiv etc.) se află la nivelul superficial, mai apropiat conștiinței și reprezintă schemele care se aplică, de regulă, unei singure patologii. Raportate la dimensiunile specifice, *dimensiunile secundare generale* (perfecționism, locul de control, stima de sine, alexitimie, responsabilitate, impulsivitate, rol sexual etc.) reprezintă un nivel mai profund decât cele specifice și sânt comune mai multor tulburări, *dimensiunile secundare centrale* reflectă nivelul cel mai profund al conștiinței (schemele precoce inadaptate) și reprezintă o viziune globală a personalității disfuncționale. În contextul celor relatate, abordările teoretice și metodologice ale evaluării dimensionale a personalității analizate în articol reflectă o viziune lărgită privind personalitatea – domeniu care a suscitat multiple cercetări dar care rămâne în continuare un domeniu neexplorat pe deplin.

Bibliografie:

1. Arrindell W.A. et coll. Gender roles in relation to assertiveness and Eysenckian personality dimensions. *Sex roles*. 36, 1997, p. 79-92.
2. Bagby R.M. et all. The Twenty item Toronto Alexithymia Scale. *J. Psychosom. Res.* 38, 1994, p. 23-32.
3. Barbaranelli C. et all. A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood, *Personaty and Individual Differences* n. 34, 2003, p 645-64.
4. Barratt E.S. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral and environmental data in the impulsive client. *The American Psychological Association*, 1993, p. 39-56.
5. Beck A.T. et coll. Development of the Sociotropy Autonomy Scale: a mesure of personality factors in psychopathology. University of Pennsylvania, Philadelphia, 1983, p. 15-46.
6. Bem A. The measurement of psychological androgyny. *J. Consult. Clin. Psych.* 42, 1974, p. 155-162.
7. Bermond B. et coll. The Amsterdam Alexithymia Scale. *Psychother. Psychosom.* 68, 1999, p. 241-251.

8. Blatt S.J. Level of object representation in anaclitic and introjectiv depression. *Psychoanalytic Studies of Children*, 29,1974, p. 107-157.
9. Boivin I., Marchand A, Le perfectionnisme et les troubles anxieux, *La revue quebecoise de psychologie*, vol.17, nr.1, 1996, p.125-130.
10. Bouvard M. Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité, Masson, Paris, 2009, p. 9-323.
11. Bouvard M. Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité, Masson, Paris, 2009, p. 295-296.
12. Bouvard M. Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité, Masson, Paris, 2009, p. 299-300.
13. Cloninger C.R. et coll. A psychobiological model of temperamental and character. *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 1993, p.975-990.
14. Cottraux J.I., Blackburn M. *Therapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris, 1995, p. 19-32.
15. Crăciun B. Dimensiunile perfecționismului: implicații și intervenții psihologice, *ProUniversitaria*, București, 2014, p. 10-13.
16. Crăciun B., Dudău D. P. The relation between perfectionism, perfectionistic self-presentation and coping strategies in medical employees, *Social and Behavioral Sciences* 127 (2014) p. 509-513.
17. Eysenck S.B.G., Eysenck H. J. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 16, 1977, p. 57-68.
18. Freeston M.H. et coll. Why do people worry? *Person. Individ. Diff.* 17, 1004, p. 791-802.
19. Frost R.P. et all. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Ther. Res.* 14, 1990, p. 449-468.
20. Gosselin F. et coll. Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances à l'égard des inquiétudes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 53, 2003, p. 199-211.
21. Gosselin F. et coll. Le questionnaire d'attitude face aux problèmes: développement et analyse préliminaires. Communication présentée au XXIII conférence de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Canada, octobre, 2000.
22. Gosselin F. et coll. Le questionnaire d'évitement cognitif. *Jurnal de terapie cognitivă și comportamentală*, 12, 2002, p. 24-37.
23. Huteau M. *Les conceptions cognitives de la personnalité*. Paris, 1985, p. 89-170.
24. Lawson L.S. et all. The Social Self-Esteem Inventory. *Ed. Psycho. Meas.* 39, 1979, p. 803-811.
25. Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J. Consult. Clin. Psycho.* 41, 1973, p. 397-404.
26. Pelletier O. et all. Etude des propriétés psychométriques de deux nouveaux instruments évaluant les croyances présentes dans l'hypocondrie auprès d'une population non clinique. *Encephale*, XXIII, 2002, p. 298-309.
27. Platon C. Evaluarea personalității: dimensiuni fundamentale. *Studia Universitatis Moldaviae*, nr. 5, 2017, http://studiamsu.eu/wp-content/uploads/22_p.143-148_Psihologie_105.pdf
28. Platon C. *Introducere în psihodiagnostic*. Chișinău, 2007, p. 96-100.
29. Platon C. *Psihodiagnostic clinic*. Chișinău, CEP USM, 2012, 220 p.
30. Rahman S. et all. Perceived responsibility: structure and significance. *Behav. Res. Ther.* 33, 1995, p. 779-784.
31. Rheaume J. et coll. Functional and dysfunctional perfectionists. *Behav. Res. Ther.* 38, 2000, p. 119-128.
32. Robins et coll., 1994. Version française Loas G. et Dhee-Perot P., 1995. Questionnaire publié par l'Encephale, XXIV, 1998, p. 38-39.
33. Young J.E. Lindeman M.D. An integrative schema-focused model for personality disorders. *J. Cogn. Psychoter.* 6, 1992, p. 11-23.
34. Zuckerman M. Sensation seeking and impulsivity: a marriage of traits made in biology? *The American Psychological Association*, 1993, p. 71-91.
35. Zuckerman M., Link K. Construct validity for the sensation-seeking scale. *J. Consult. Clin. Psych.* 32, 1968, p. 420-426.

36. Андраханова Н., Перфекционизм: нормальная патология или патологическая норма, Профессия – директор, 2009, №8, <http://psy.m-sk.ru/Html/article.php?id=12>
37. Дементий Л., Лейфрид Н., Ответственность как детерминанта социальных представлений об успехе и условиях его достижения, Вестник омского университета, №3, 2012, р. 289-295.
38. Ильин Е. Работа и личность: трудоголизм, перфекционизм, лень, СПб, Питер, 2011, р. 75-100.
39. Ларских М., Матюхина Н., Взаимосвязь между перфекционизмом и прокрастинацией у студентов, Universum: Психология и образование: электрон. Научн. Журн. 2015, №7(17), www.universum.com/ru/psy/archive/item/2370
40. Многомерная Шкала Перфекционизма Хьюитта–Флетта, www.psylab.info/