

ELENA DIMITRIU

**TIMIDITATEA
ȘI TERAPIA EI**

ȘTIINȚĂ & TEHNICĂ
BUCUREȘTI, 1998

Redactor de carte: ADINA CHELCEA
Tehnoredactor: RADU DOBRECI
Coperta: FLORINA MATRAN, LUCIAN MATRAN,
CRISTIAN ROMÂN

© 1997 SC „ȘTIINȚĂ & TEHNICĂ” SA
București, Piața Presei Libere nr. 1, sector 1, cod 70781
Telefon: 617 58 33; fax: 222 84 94.

Lucrare apărută cu sprijinul
MINISTERULUI CERCETĂRII ȘI TEHNOLOGIEI

Toate drepturile sunt rezervate. Reproducerea sau transmiterea,
chiar și fragmentară, indiferent de formă sau mijloc,
este permisă numai cu acordul scris al editorului.



MULTIPRINT

Tipografia MULTIPRINT Iași

Str. Sf. Lazăr 49, Iași 6600

tel: 032 230060

tel/fax: 032 211225, 211252

I.S.B.N. 973-9236-32-4

În loc de... prefată

O carte bună se recomandă cititorilor, în primul rând, prin forța de sugestie și interesul stârnit de titlu și de măiestria cercetării științifice și mai ales de eficiența sa aplicativă.

Desigur, cartea vizează cercetătorii și specialiștii - medici, psihologi, psihoterapeuți, educatori de toate categoriile - și, special le-am lăsat la sfârșitul inventarului, persoanele cu timiditate.

Efortul major al autoarei a fost acela de a oferi o cunoaștere cât mai profundă a structurii intime a timidității și a factorilor cauzali. Însă, ni se pare că substanța cărții este conceperea și structurarea pe bază de experiment operațional a unui model de psihoterapie.

Celui care se identifică prin cunoaștere și recunoaștere, faptul fiind mult facilitat de portretele psihologice ale timidului, i se oferă - credem în premieră - o modalitate credibilă de autopsihoterapie, tot așa cum prin cunoașterea diferitelor categorii de factori inductori ai fenomenului acei care modelează personalitatea umană vor putea să evite sau să anuleze factorii nocivi.

În mod eronat se consideră că timiditatea cu o frecvență sporită la vârsta copilăriei și adolescenței, nu prezintă prea mare importanță pentru devenirea personalității.

Într-o societate bazată pe libera concurență, în care realizarea individului și succesul se bazează pe capacitatea de interrelaționare eficientă, timiditatea constituie un serios handicap, întrucât nu permite ținerea sub control a echilibrului emoțional, aceasta producând fenomenul de retra-

gere a eului, instalarea sentimentului de inferioritate, agresivitatea ori abandonul.

În cartea sa „Personalitatea nevrotică a epocii noastre” Karen Horney atribuie simptomatologia psihoafectivă caracteristică persoanelor cu timiditate fenomenelor consecutive ale relațiilor interioare din societatea postindustrială spre care ne îndreptăm.

Conținutul cărții oferă o viziune asupra necesității de prevenire și reducere a disfuncționalităților afective și relaționale, cu alte cuvinte lucrarea poate fi utilizată ca un paravan de protecție împotriva conflictualității inerente generată de procesul complex de integrare socială.

“Timiditatea și terapia ei” este o carte pe care o poate deschide fără teama caracteristică cel mai timid cititor.

Profesor doctor Constantin Păunescu

CUPRINS

Introducere	9
Capitolul I. Timiditatea în literatura de specialitate	15
A. Diferențieri conceptuale	15
B. Formele și gradele timidității	20
C. Vârstele timidității	29
D. Principalele cercetări experimentale și de laborator asupra timidității și terapiei ei. Viziune cronologică	31
E. Schiță de portret literar-psihologic al timidului	35
Bibliografie	39
Capitolul II. Factorii structurali și structuranti ai timidității într-o nouă clasificare. Spre o nouă definiție a timidității	41
A. Factori structurali	41
B. Natura dublă endogeno-exogenă a factorilor structuranti	42
I. Factori organici neuroendocrini	44
II. Factori afectogeni	46
III. Factori psihointelectuali	63
IV. Factori motivaționali, de perturbare a conștiinței de sine	65
V. Factori socio-educaționali	68
Bibliografie	76
Capitolul III. Mecanismele psihologice ale timidității. Dinamica internă a timidității	79
1. Percepție negativă — apercepție negativă	79
2. Hipersensibilitate — hipoexpresivitate	80

3. Nevoia de oameni — fuga de oameni	82
4. Atenția — neatenția	84
5. Evocare — falsă evocare	85
6. Hiperautoanaliză — raționament postacțional	85
7. Complex de inferioritate — supracompensație	87
Bibliografie	96
Capitolul IV. Timiditatea și boala psihică	97
Bibliografie	109
Capitolul V. Școli și curente psihoterapeutice.	
Terapiile scurte. Concepte și metode	
care au revoluționat psihoterapia	111
Bibliografie	121
Capitolul VI. Terapia timidității.	
Un nou model de psihoterapie a timidității:	
psihoterapia comunicațională	123
Terapia educațională a timidității	131
Bibliografie	139
Capitolul VII. Cercetarea experimentală	141
A. Ipoteza	141
B. Lotul experimental	142
C. Metodologia	143
D. Grupe experimentale și de control	147
E. Experimentul terapeutic	151
F. Terapeutici specifice scurte	163
Bibliografie	177
Capitolul VIII. Evaluarea cercetării	181
Semnificația diferenței între mediile variabilelor E, I, T la	
grupele experimentale și de control, înainte și după terapie, și	
interpretarea ei psihologică	181

Semnificația diferenței între mediile variabilei	
autopercepția timidității (A), măsurată pe baza scalei	
autopercepției la grupele experimentale înainte și	
după terapie	184
Semnificația corelației între variabilele emotivitate (E),	
introversie (I), autopercepția timidității (A)	
și interpercepția timidității (Z), implicate	
în experimentul terapeutic	189
Bibliografie	192
Studii de caz	193
CONCLUZII FINALE	222
Anexe:	
1. Chestionar caracterologic (după G. Berger)	229
2. Interpretarea calitativă a inventarului de timiditate	
Zimbardo	245
3. Metoda aprecierii obiective a personalității	
după Zapan	251
4. Interpretarea statistică a inventarului de timiditate	
Zimbardo	252
5. Stabilirea gradelor de intensitate la emotivitate,	
introversie, timiditate	254
6. Declarații postterapeutice ale subiecților,	
părinților și psihologului școlar	256
Bibliografie generală	261

INTRODUCERE

Timiditatea, fenomen complex și contradictoriu, realitate dureroasă pentru timizi și neatrăgătoare pentru ceilalți, face treptat obiectul studiului literar, etic, psihologic și psihosociologic, accentul deplasându-se de la aspectele predominant teoretice spre cele experimentale, de la cunoaștere spre terapie.

Fenomenul timidității este extrem de răspândit. După unul dintre cele mai cunoscute chestionare de timiditate, Zimbardo, 1977, aplicat de autor și de colaboratorii săi pe un eșantion de 10 000 de subiecți în America, Asia și Europa, 80% dintre cei testați s-au autodeclarat timizi. Același test aplicat de noi a dat rezultate asemănătoare, dar după metodologia mai amplă elaborată și aplicată ulterior procentul de timizi de la noi este de aproximativ 42%.

Și totuși dacă cercetăm cu insistență dicționare de prestigiu din domeniu, termenul de timiditate este dificil de identificat. Vom găsi termenii de teamă, anxietate, angoasă, rușine, stres, dar nu timiditate, ceea ce înseamnă că și în cazul timidității drumul de la fenomen la concept este foarte anevoios. Poate tocmai banalitatea, cvasinormalitatea fenomenului a funcționat ca un baraj în cercetarea timidității?!

Pare normal pentru noi ca un copil să fie mai timid decât un adult? Până la ce punct? Pare mai normal ca femeia să fie mai timidă decât bărbatul? De ce? Pare normal ca

atunci cînd spunem timiditate să ne gîndim și la aspectele pozitive ale personalității?

Ne propunem să scoatem din înțelegerea empirică, saturată de simțul comun, fenomenul timidității, să atragem atenția asupra lui, asupra pericolului pe care îl poate constitui acesta dacă nu este descoperit la timp și tratat în mod adecvat. De altfel timizii cunosc acest pericol, dar au nevoie de ajutorul celor din jur. Și acest lucru nu este foarte simplu. Timiditatea este un fenomen complex și contradictoriu, care nu poate fi cu ușurință cunoscut și tratat.

Dar ce este timiditatea? Timiditatea este ceea ce se vede: comportamentul ezitant, înroșirea, tremurul, oboseala. Timiditatea este ceea ce nu se vede: conflictul intern între două tendințe opuse: a vorbi și a nu vorbi, a acționa și a nu acționa.

Poate fi timiditatea indusă, determinată social? Eticheta de timid pe care o punem noi, grupul social, societatea, poate genera timiditate?

Din cei 834 de subiecți testați de noi, timizii au răspuns pozitiv la toate aceste întrebări. De altfel Zimbardo susține că behavioriștii au interpretat timiditatea comportamentalist, psihanaliștii psihanalitic, sociologii sociologic, psihosociologii psihosociologic. Atunci unde se situează acest fenomen?

Apelul pe care l-am făcut la înțelegerea interacționistă a timidității a constituit soluția atît din punct de vedere teoretic, cît și practic, metodologic și terapeutic. Domeniul de cercetare a timidității este, considerăm, unul de graniță: între psihologia personalității, psihologia socială și psihopatologie.

Persistența timidității autentice pe parcursul întregii vieți trimite la o structură de personalitate, handicapul social

pe care îl instaurează ne orientează către psihopatologia socială. Timiditatea autentică, sistematizată, generalizată este constituțională, dar numai într-un context social specific devine din latentă manifestă, se agravează și poate constitui „sala de așteptare” a nevrozelor sau socionevrozelor.

Domeniul psihopatologiei sociale este, el însuși, dificil de conturat. Timiditatea este un comportament asocial, nesocial, antisocial? Poate sta timiditatea alături de agresivitate? Poate deveni ea o formă a acesteia? Într-o anumită măsură, da! Timizii autentici se autopedepsesc pentru că sînt timizi și sînt timizi pentru că se autopedepsesc. Și astfel cercul se închide. De altfel, cercul vicios, deficiențele de autoreglare constituie mecanismele psihologice, „pîrghiile” timidității: autoperpetuarea, autoconstrucția, automodelarea (Mc Murdoch, 1986).

Cibernetica psihologică ne-a ajutat să înțelegem circularitatea vicioasă a timidității, punînd într-o altă lumină dinamica sa internă, mecanismele de transformare a percepției negative în a percepție negativă, a hipersensibilității în hipoexpresivitate, a „nevoii” de oameni în fuga de oameni, a atenției exterioare în atenție interioară, a evocării în falsă evocare, a hiperautoanalizei în raționament postacțional, a complexului de inferioritate în supracompensație.

După trecerea în revistă a celor 100 de ani în care literatura de specialitate face referiri la timiditate, după prezentarea factorilor care determină timiditatea (pe care i-am denumit factori structurali și structurânți ai timidității, într-o nouă clasificare: organici neuroendocrini, afectogeni, psihointelectuali, motivaționali și de perturbare a conștiinței de sine și socio-educaționali), am făcut tentativa, ocolită pînă acum, de elaborare a unei definiții a timidității, o definiție

preexperimentală, ce va fi completată cu una postexperimentală.

Considerăm timiditatea ca fiind o tulburare afectogenă a conștiinței de sine, de autoestimare și interesimare, în limitele personalității normale sau între normal și patologic, care se manifestă în prezența oamenilor sau a reprezentării lor prin blocaje verbale și acționale repetate și care determină în ultimă instanță inadaptarea socială sau adaptarea negativă.

Un nou model, atât de interpretare, cât și de terapie a timidității, era necesar și acesta s-a dovedit a fi **modelul comunicational**, care interacționează elemente psihanalitice, cognitiviste, comportamentaliste, gestaltiste, de terapii rațional-emoțive umaniste, de programare neuro-lingvistică, într-o nouă structură.

În aceeași viziune cibernetică după Max Pagès, am formulat problema comunicării intrasistemice între sistemul corporal (S.C.), sistemul emoțional (S.E.) și sistemul discursiv (S.D.), cât și a comunicării intersistemice între sistemul psihic uman (S.P.U.) și sistemul socio-familial (S.S.F.).

Comunicarea intrasistemică și intersistemică, perturbată la timid, conduce la constituirea blocului sau amalgamului defensiv: formarea unei legături automate între mecanismele de apărare a două sau mai multe sisteme - carapacea musculară; conduita semiotică emoțională: privire, mimică, gestică, specifice timidului; conduita semantică: limbajul, raționamentul postacțional.

Timiditatea se poate vindeca, ameliora, corecta? Fiind o problemă de imagine autoreflectată, mai mult mintală decât comportamentală, corectarea timidității este posibilă, deși dificilă. Desigur, după programul terapeutic prelungit, de 1-2 ani, sau scurt, de 21 de zile, nu vom transforma timizii autentici în netimizii, dar ei vor ști și vor putea să se mani-

feste ca netimizii. Timizii situaționali vor ține în frâu mai bine propria timiditate.

Încheiați un contract psihoterapeutic cu voi înșivă sau cu psihoterapeutul specializat, relaxați-vă, descoperiți psihanalitic acele clișee mintale și comportamentale care vă blochează acțiunea și spontaneitatea, faceți un autoportret real și unul ideal, punând în balanță propriile calități și defecte: privirea directă, zîmbetul, mersul ferm, vocea puternică, flexibilă, arta conversației; faceți o listă cu injuriile și complimentele pe care le-ați primit, o listă cu persoanele și situațiile intimidante; strângerea de mână fermă, psihodrama, negația, artterapia, colaborarea, modelul și rolul asumat, interviul, discursul, auto și interevaluarea, petrecerea, toate acestea vă ajută să depășiți situațiile intimidante.

Educația ar putea avea un rol în corectarea timidității?

Educația pentru noutate, descoperire, inițiativă, educația extraversiiei, comunicării, acțiunii, educația pentru simpatie, empatie, zîmbet; educația aptitudinilor sociale se pot constitui în noi forme terapeutice ale timidității. Terapia educațională este necesară și eficientă la vârsta copilăriei pentru a preveni sistematizarea unei dispoziții constituționale într-o timiditate gravă, la vârsta adolescenței și tinereții pentru a evita sau ameliora suferința și supracompensația, iar la vârsta adultă pentru a evita sau corecta formele de adaptare negativă: manierismul, artificialitatea, teatralismul, agresivitatea, perfecționismul, izolarea.

Metodologia aplicată diferențiază timidul de netimid, timidul predominant endogen de timidul predominant exogen, formele și gradele timidității.

Structura complexă a timidității, pusă în evidență de Melchior (1991) prin descrierea unui factor general de

timiditate și a factorilor specifici, a fost confirmată și de experimentul nostru, cu unele deosebiri. Astfel am disociat: factorul general de timiditate - autopercepția timidității -, prezent în orice tip, formă și grad de timiditate; factorii specifici: emotivitatea și introversia, care definesc tipul de timiditate predominant endogenă sau exogenă, și factorii individuali cognitivi, afectivi, volitivi, comportamentali care identifică forma de timiditate.

Tipurile, formele și gradele diferite ale timidității au condus la elaborarea unei terapeutici generale a timidității, care se adresează factorului general, și a unei terapeutici specifice, care se adresează factorilor specifici și individuali.

Terapia de scurtă durată s-a dovedit a fi necesară și eficientă în perioadele de criză ale timidului autentic sau pentru timidul situațional; pentru timidity autentică, terapia intensivă trebuie urmată de o terapie de întreținere pe parcursul întregii vieți.

Studiul de caz și psihoterapia de grup au relevat curturarea unei noi imagini a timidului, atât asupra lui însuși, cât și a relațiilor sale de grup.

Capitolul I

Timiditatea în literatura de specialitate

A. Diferențieri conceptuale

Termenul de timiditate apare pentru prima dată în literatura anglo-saxonă într-un poem scris în jurul anului 1000, unde este definit ca "faptul de a se **speria** ușor". Dictionarul englez Oxford arată că timid înseamnă "a fi greu abordabil prin **rezervă, prudență, neîncredere**; timidul, animat de un anumit sentiment de prudență, are oroare să întâlnească anumite persoane sau să facă anumite lucruri". Le Robert definește timiditatea ca **lipsa ușurinței și siguranței** în societate.

Analizând această terminologie, se cuvine să facem unele observații și diferențieri conceptuale.

1) Astfel, timiditatea nu este corect identificată cu simpla **frică** sau **teamă**. Timidul nu este un banal fricos, care se teme de întuneric, obiecte ascuțite, persoane autoritare, situații dificile; timidul este un fricos "nobil", care se teme de oameni, a cărui frică este spontană sau "sistemată" și care, în anumite împrejurări, poate da dovadă de un curaj ieșit din comun. Este cunoscută îndrăzneala timidului: el se manifestă uneori în situații în care chiar curajoșii recunoscuți devin fricoși (timidul "sare calul").

2) Deși neliniștea caracterizează ambele fenomene, timiditatea nu trebuie identificată cu **anxietatea**. Timidul nu se teme de orice sau de tot, ci numai de oameni. Dacă anxietatea implică o neliniște nedeterminată, fără obiect, timiditatea este o neliniște ce implică prezența oamenilor sau reprezentarea lor.

Apropieri mai mari între timiditate și anxietate se pot produce în cazul unor boli psihice, când, de la o timiditate perseverentă, sistematizată, se face un pas destul de mare către nevroză sau diferite sindroame de autism - pas favorizat de anumite traume psihice sau somatice supraadugate timidității.

3) Timiditatea este deseori confundată cu **intimidarea**. Intimidarea este o stare pasageră și normală în situațiile neprevăzute, noi, neașteptate. Ea poate să conducă sau nu la timiditate. În ultimul caz, tracul este cel mai bun exemplu. Intimidarea este o fază necesară în timiditate, dar nu este suficientă, timiditatea nu se reduce la intimidare. Sîntem intimidați în anumite situații noi, stresante, sîntem timizi în toate împrejurările care implică prezența oamenilor, de la cele mai banale, ca mersul pe stradă, pînă la cele mai neobișnuite, ca vorbirea în public. În intimidare rolul determinant îl au factorii externi de mediu, în timiditate există o conlucrare greu de decelat între factorii endogeni și exogeni. Trecerea de la intimidare la timiditate se realizează prin reflecție, pe baza legilor asociației și ale memoriei afective. Timiditatea nu este o simplă acumulare a situațiilor intimidante din trecut, ci o prelucrare a acestora de către spiritul analitic al timidului.

4) Timiditatea nu se identifică cu **deficiența psihică**, deși timizii apar deseori defavorizați pe plan intelectual, întîmpină dificultăți de comunicare cu ceilalți oameni, lipsindu-le acel fenomen de simpatizare spontană cu semenii, numit "magnetism social". Timiditatea presupune o capacitate intelectuală și o bogăție afectivă reală, dar care se ignoră, nu se pot manifesta sau sînt transformate în opusul lor datorită mecanismelor psihologice ale ei.

5) Deși timidul este un emotiv constituțional, nu se poate pune semnul egal între timiditate și emotivitate. Emotivitatea este elementul structural, de fond al timidității, care numai în interacțiune cu alți factori endogeni (ca introversia) sau exogeni (influențe ale mediului socio-cultural) determină timiditatea. Orice timid este emotiv, dar nu orice emotiv este timid. Emotivii extravertiți se manifestă deseori în mod asemănător cu timizii, dar nu se blochează. Ei reușesc, tocmai datorită capacității energetice ieșite din comun, să depășească blocajul verbal sau acțional și să iasă din situație.

În încercările de definire a timidității au fost surprinse anumite manifestări, cauze sau efecte ale acestui fenomen, ca inhibiția, teama, emoția, conflictul, dar nu s-a elaborat o definiție unică și general acceptată a acesteia, datorită complexității și caracterului contradictoriu al fenomenului.

Astfel, **emoția** este fenomenul cel mai frecvent analizat în raport cu timiditatea (Dugas, 1903). Hipersensibilitatea timidului determină lipsa prezenței de spirit (Dugas, 1925).

Conținutul negativ al emoției - teama - este leitmotivul tuturor studiilor și cercetărilor asupra timidității (de la Mosso, 1890, pînă la Zimbardo, 1979, Jagot, 1990)

Momentul în care se produce emoția - înainte, după sau în timpul acțiunii - relevă caracterul de anticipare și persistență a emoției, specific timidității (Lacroix, 1936). De asemenea este scos în evidență efectul principal al timidității - inhibiția sau dezorganizarea ei - fie la nivelul actelor, fie al gândirii, fie al sentimentelor (Dugas, 1903). La nivelul actelor se face precizarea că timiditatea conduce la "perturbarea mișcărilor voluntare" (Dugas, 1903).

Persistența și fixarea emoției vor constitui criteriul de clasificare a timidității în cele două forme fundamentale: timiditate spontană și timiditate sistematizată (Dugas, 1903).

Caracterul de **handicap social** al timidității apare în definirea timidității ca incapacitatea de a simpatiza cu alții sau, mai bine spus, sentimentul acestei incapacități (Dugas, 1903). Janet consideră esențial în timiditate neputința de a acționa în prezența oamenilor, într-o adevărată abulie socială.

Fiind unul dintre cele mai contradictorii fenomene psihosociologice, timiditatea a fost definită prin însuși termenul de "conflict între tendințe contrare" (Lacroix, 1936).

Caracterul hiperanalitic al timidului, care se degradează pînă la dualitate și duplicitate, este descris în mod plastic de Amiel, care numește timiditatea "conștiința conștiinței" (Dugas, 1903).

În literatura de specialitate s-a procedat fie într-o manieră descriptivă, atomistă, liniară, afectivistă (Dugas, Hartemberg, Judet, Le Gall, Lacroix), fie explicativă globală, dar reduționistă.

Astfel Zimbardo (1979) arată că:

1) Teoreticienii **trăsăturilor de personalitate** susțin că timiditatea este o trăsătură care se moștenește la fel ca statura sau culoarea ochilor. O versiune mai modernă a aces-

tei teorii, după care ar exista o transmitere ereditară a timidității, este apărută de R. Cattell. După el, nu se moștenește timiditatea ca întreg, ci un factor de personalitate - factorul H (threctia). Astfel, timidul avînd acest factor H s-a născut cu un sistem nervos mai sensibil, mai ușor excitabil, care îl predispune la o sensibilitate crescută la situațiile amenințătoare de natură socială.

2) **Behavioriștii** arată că timizii nu și-au dezvoltat aptitudinile sociale necesare pentru a stabili raporturi satisfăcătoare cu alții, ci au învățat reacții fobice la evenimentele sociale: teama de a nu se comporta "cum trebuie", care întreține un climat permanent de anxietate, autodenigrarea, experiențe negative, de eșec social.

3) **Psihanaliștii** spun că timiditatea nu este decît un simptom, o manifestare conștientă a conflictelor inconștiente, reprimite în adîncul psihismului lor: de exemplu, visele de grandoare ale timizilor, care sînt desfășurate în cea mai mare intimitate.

Alți autori pun accentul pe procesul prin care copilul se separă din punct de vedere psihologic de mama sa și își dezvoltă propria individualitate. Dacă această separare are loc prea devreme sau în modalități traumatizante, Eul abandonat va trăi teama de a nu putea face față incertitudinilor vieții. Orientarea psihanalitică subliniază legăturile care pot exista între timiditate și sexualitate, nevoia de putere, de superioritate și ostilitatea.

4) **Sociologii** cred că timiditatea se poate explica în termenii programării sociale. Individul trebuie analizat în raport cu mediul său și nu putem neglija forța determinantă

a situației. Astfel, mobilitatea socială cunoscută în America, societatea bazată pe principiul concurenței, "a fi primul", creează condiții ce favorizează instalarea timidității: singurătatea, dezrădăcinarea de un anumit climat protector, obținerea performanței cu orice preț.

5) **Psihosociologii** consideră că timiditatea se naște o dată cu atribuirea unei simple etichete, aceea de timid. Forța "etichetei", care poate să nu fie decât o falsă atribuire, o prejudecată, constă în adecvarea comportamentului celorlalți și a subiectului în cauză, potrivit acestei etichete.

Limitele tuturor acestor orientări constau în absolutismul și reduccionismul lor. Ele reduc multitudinea determinărilor timidității la una singură, izolată din interacțiunea complexă.

Considerăm timiditatea o trăsătură de personalitate care are elemente native, dar și rezultatul nedezevoltării aptitudinilor sociale, ea este atât sindromul unui conflict intrapsihic, dar și efectul unor condiții sociale nefavorabile (etichete, atribuirii).

B. Formele și gradele timidității

O clasificare unică și general valabilă, acceptată de toți cercetătorii timidității, nu s-a elaborat încă.

L. Dugas (1903) clasifică timiditatea în funcție de **procesele psihice afectate** în:

- **Timiditate volitivă** sau stângăcie, cu cele două subforme: **inerția motorie** - incapacitatea de a acționa sau a regla actele motorii - și **agitația motorie**, executarea unor acte inutile atât cantitativ (prea multe), cât și calitativ (nea-

decvate). Gesturile timidului sînt nemăsurate, grotești, vocea este prea puternică sau prea joasă, debitul este prea lent sau prea rapid, se bîlbîie, nu găsește cuvintele potrivite. Dar fie că se traduce prin imobilitate, fie prin agitație, stîngăcia înseamnă întotdeauna o voință slabă, timidul nefiind niciodată stăpîn pe actele sale.

- **Timiditatea intelectuală** sau stupiditatea. Aceasta prezintă de asemenea două forme: stupiditatea totală și stupiditatea parțială.

Stupiditatea totală sau "paralizia" inteligenței constă în incapacitatea atenției de a se fixa, de unde derivă și incapacitatea inteligenței de a realiza un înțeles. Această paralizie a inteligenței este momentană, inteligența revine la nivelul ei după îndepărtarea stimulului stresant.

Timiditatea intelectuală a lui J.J. Rousseau, de exemplu, se traducea prin imposibilitatea de a se adapta ideilor altora într-o conversație, imposibilitatea de a adapta aceste idei la propriile gesturi și sentimente. "Despre tot ceea ce se spune, despre tot ceea ce se petrece în prezența mea nu înțeleg nimic. Semnul exterior este cel ce mă frapază. Dar după ce totul a luat sfîrșit, toate acestea îmi revin în minte, îmi amintesc de loc, timp, ton, priviri, gesturi, nimic nu mă miră. Atunci, despre cel ce a făcut și a spus ceva, eu știu ce a gîndit și rareori mă înșel." (L. Dugas, "La timidite", 1903).

Constatăm din acest exemplu că timiditatea deformează răspunsurile inteligente, spontane, dar favorizează actele reflectate. Această caracteristică poate constitui premisa valorificării adecvate a timidității.

Stupiditatea parțială este dispersia atenției manifestată prin dezordinea și incoerența ideilor. Adeseori ideile „se grăbesc” tumultoase, dar nu se impun voinței, nu se pun de acord între ele cu sentimentele sau actele adecvate.

Între stîngăcia volitivă și stupiditatea intelectuală există o strînsă legătură, mai mult, o relație de dependență. "Curajul este o facultate de adaptare rapidă la pericolul care apare. El nu este decît o formă a prezenței de spirit sau, mai bine spus, sentimentul că această prezență de spirit lipsește." (L. Dugas, "La timidité, 1903)

● **Timiditatea afectivă**, este denumită de Dugas stupoare; are de asemenea două aspecte: fie o pierdere completă a sentimentelor, un "gol afectiv", fie un haos de sentimente contrare. Așa cum există spirite lente și greoaie care nu știu să-și fixeze sau ordoneze gîndurile, așa sînt persoane care nu știu cînd să-și deschidă sufletul, cum să-și adapteze sentimentele, să le armonizeze cu ale altora, să le facă viabile. Dacă J.J. Rousseau a fost luat ca exemplu pentru stupiditatea intelectuală, iată un exemplu din jurnalul lui Amiel pentru stupoarea afectivă: "O reculegere profundă se face în mine, aud cum îmi bate inima și îmi curge sîngele. Mi se pare că am devenit o statuie pe marginea unui fluviu, care este timpul. Mă simt anonim, impersonal, cu ochii ficși ca un mort, spiritul este gol ca neantul sau absolutul: sînt în suspensie." (L. Dugas, 1903).

Această stare pare foarte departe de timiditate. Totuși ea este efectul unei emoții puternice, paralizante.

Alături de această stupoare profundă și de timidul pierdut în extaz, există și o semistupoare, produsă de fluctuația sentimentelor: timidul are sentimente contrare, între care nu poate alege.

În funcție de intensitatea și momentul instalării **timidității**, L. Dugas afirmă că există:

● **Timiditatea brută sau spontană** este forma cea mai intensă și mai comună de timiditate și se numește **trac**.

Tracul este o emoție violentă pe care voința cea mai puternică nu o poate domina, pe care rațiunea n-o poate stăpîni. L. Dugas, pentru a ilustra această formă de timiditate, dă următorul exemplu: "unul dintre bătrînii mei profesori - profesorul de elocință - nu putea vorbi dacă nu era așezat pe scaun. În acest timp picioarele îi tremurau așa de tare, încît trebuia să renunțe la triumful pe care-l obținea, pentru că, discursul o dată terminat, el nu se putea scula de pe scaun, nici nu putea merge." (L. Dugas, 1903).

Această formă de timiditate a fost asemuită de Dugas cu fobiile. S-ar pare că timiditatea brută sau spontană este determinată numai de cauze fizice sau fiziologice, nu și psihologice. Tracul s-ar putea defini ca "teamă de mulțime", pentru că el se instalează numai în prezența oamenilor. Mulțimea exercită prin ea însăși o acțiune fizică asupra timidului, îi biciuiește nervii, îi exaltă sentimentele. Dar nu ea creează timiditatea. Aspectul și numărul persoanelor au o importanță deosebită; dar hotărîtoare în declanșarea tracului sînt judecățile pe care le face timidul asupra publicului. El are intuiția rapidă a rupturii afective, care există între el și mulțime, iar teama lipsei de simpatie declanșează timiditatea spontană. Iată deci că în timiditatea brută acționează și factorul psihic: mai mult, el are un rol determinant. În concluzie, timiditatea brută sau spontană nu poate fi izolată complet de cea reflexivă, sistematică, deși între cele două forme există mari deosebiri.

● **Timiditatea reflexivă sau sistematică** este forma tipică, veritabilă de timiditate. Replierea asupra sinelui, dublarea sinelui în Eul individual-sentimental și Eul-social gînditor, toate acestea sînt cauze psihologice care determină și accentuează timiditatea, conducînd-o spre forma reflexivă sau sistematică. Întoarcerea Eului asupra sa, analiza propri-

ilor stări psihice, gânduri, acțiuni, sentimente, într-un cuvânt spiritul autoanalitic reprezintă o trăsătură caracteristică a timidului. Ea constituie o cauză psihologică ce se suprapune cauzelor fizice sau fiziologice (infirmități, boli), care n-ar putea declanșa singure timiditatea. Spiritul autoanalitic și analitic compensează la timizi lipsa spontaneității. Ne fiind capabil să dea răspunsurile adecvate în mod spontan din cauza hiperemotivității dizolvante, el reține toate datele problemei pentru a le așeza corect în schema unui răspuns, atunci când va fi singur. Desigur, acest procedeu este involuntar.

În singurătate, unde lipsește factorul intimidant, timidul, față în față cu el însuși, va găsi cu ușurință cuvântul potrivit, la momentul potrivit. Dar el nu va depista cauza reală - spiritul autoanalitic - care a început să se manifeste chiar în momentul când trebuia să dea răspunsul respectiv. Timidul observă, ajutat de emoție și susceptibilitate, semnele unei atitudini nefavorabile lui chiar în gesturile nesemnificative ale celorlalți. De exemplu, un zîmbet binevoitor este interpretat ca un zîmbet ironic sau malițios. Imediat timidul se întreabă de ce. Am greșit cu ceva? Sînt ridicol? Atenția, în loc să fie îndreptată spre alții și spre acțiune, se îndreaptă subit spre interior. Timidul începe să se analizeze cu un sentiment de panică. Și cu aceasta începe criza de intimidare.

G. Judet arată că "timiditatea începe când subiectul încetează a fi absorbit de ceea ce are de făcut, pentru a se gândi la el însuși." (G. Judet, "La timidité"). În acel moment, timidul se dedublează în Eul individual-sentimental, cel analizat, și Eul social, judecător al emoțiilor Eului individual. Această dedublare și autoanaliză critică se interpune între începutul și sfîrșitul acțiunii, blocînd-o. Intensitatea intimidării depinde de intensitatea dedublării și de exigența critică.

Nu analiza în sine este intimidantă, cît mai ales rezultatul acesteia, deoarece, indiferent de situație, timidul își reprezintă o reacție negativă, ostilă lui.

Atunci cînd această analiză devine o obișnuință sau mai corect un viciu, un scop în sine, pierzînd contactul cu un impuls sau un obiectiv, atunci se instalează timiditatea sistematică. Timidul își analizează eșecurile amplificîndu-le, proiectînd eșecuri asemănătoare, nelăsîndu-și nici o șansă de scăpare. Spiritul analitic și caracterul secundar al timidului - care-l fac să-și trăiască intens amintirile - determină timiditatea sistematică. Timiditatea se transformă dintr-un accident de comportare în conduită permanentă.

G. Judet (1921) descrie mai multe forme de timiditate:

a) Timiditatea constituțională

În funcție de modul în care se combină cele trei trăsături ale sentimentalului (emotivitatea, inactivitatea și secundaritatea) și de gradul în care predomină una sau alta, apar mai multe variante de timiditate constituțională:

- **timiditatea eruptivă**, în care crizele de timiditate sînt frecvente și puternice (predomină emotivitatea);

- **timiditatea taciturnă**, în care predomină inactivitatea, caracterul pasiv, închis, reținut. În acest caz, intimidarea durează mai mult, timizii reacționează cu întîrziere. Ei sînt taciturni numai atunci cînd nu sînt înconjurați cu simpatie. Dacă atmosfera le inspiră încredere, devin volubili și se adaptează ușor.

- **timiditatea secretă** este o timiditate mascată prin izolare, aer distant, superior. Se caracterizează prin emotivitate puternică dar reținută, amintiri persistente și chinuitoare, compensate de o capacitate de acțiune aproape normală.

- **timiditatea "descumpănită"** este dominată de inactivitate, inhibiție. Timidul își observă intimidarea, trăiește un șoc emotiv și intră în blocaj.

- **timiditatea "consolidată"**, ca și timiditatea secretă, durează și derutează. Omul pare lent, apatic, dar nu timid. El nu este prea emotiv, dar este inactiv și dominat de amintiri neplăcute.

b) **Timiditatea specifică** este timiditatea care apare în anumite situații speciale. Ea prezintă mai multe forme, dintre care amintim: tracul, timiditatea sexuală etc.

c) **Timiditatea localizată** este provocată de o anumită persoană și în anumite condiții în care s-a produs prima intimidare. De exemplu, cazul elevului care este intimidat de profesor numai în clasă, nu și pe stradă, sau al copilului care este perfect degajat într-un anumit cerc de copii sau de adulți, dar se intimidează intens în altul.

d) **Timiditatea excepțională** apare din cauza intensității factorului intimidant, o amenințare reală și neprevăzută, indiferent de temperamentul individului. Aceasta nu este o formă veritabilă de timiditate.

Alt autor care s-a ocupat de timiditate, **Andre Le Gall** (1906), admite doar două forme principale de timiditate:

- **timiditatea accidentală**, care este timiditatea provizorie și "normală", manifestată de temperamentele cele mai ferme în fața unui eveniment neașteptat;

- **timiditatea constituțională**.

Andre Berge clasifică timiditatea în:

- **generală**, care-l urmărește pe timid în toate împrejurările;

- **electivă** - provocată de un anumit factor intimidant.

Mihai Ghivirigă (1970) este autorul următoarei clasificări după criteriul ariei de manifestare a timidității:

- timiditate generalizată;

- timiditate selectivă;

- timiditate excepțională.

Timiditatea generalizată este forma cea mai gravă de timiditate, care se manifestă chiar în cele mai nesemnificative ocazii: în clasă sau într-un cerc restrâns de prieteni, pe scenă sau acasă, față de oameni prietenoși sau care inspiră teamă. Este timidul sută la sută.

În această formă de timiditate predominante sînt dispozițiile înnăscute: emotivitate exagerată, sistem nervos slab, introversie, dificultate de comunicare interpersonală. De aceea, reprezentantul acestei forme de timiditate se emoționează rapid, chiar și la agenți foarte slabi, se inhibă ușor, mergînd pînă la blocaj, reacționează lent, este lipsit de dinamism și re trăiește îndelung evenimentele datorită inerției proceselor nervoase. Experiențele copilului apărute pe acest fond congenital și fixate prin eșecuri repetate conduc la grade diferite de intensitate a timidității în funcție de dispoziția de moment și de intensitatea factorului intimidant.

Timiditatea selectivă apare numai în anumite ocazii și față de anumite persoane care au provocat anterior stări de intimidare. Diferența dintre timiditatea generalizată și cea selectivă este de frecvență, dar nu și de intensitate. Mihai Ghivirigă consideră că nu se poate identifica factorul determinant, și anume emotivitatea sau experiențele negative ale

timidului. Este posibil ca un copil cu o emotivitate intensă să aibă puține ocazii de intimidare și eșecuri și rămâne sensibil doar la câteva situații delimitate. Dar este posibil ca cineva să aibă nenumărate experiențe negative și totuși să fie intimidat de un număr redus de agenți, din cauza unei emotivități mai slabe sau aproape de limita normalului.

Timiditatea selectivă se manifestă în fața unui public numeros, în relațiile cu sexul opus, cu autoritățile, cu omul admirat.

Zimbardo Ph. (1979) vorbește despre timiditatea autentică, ce se manifestă tot timpul, în toate situațiile și cu toată lumea, și **timiditatea situațională**, prezentă numai în anumite situații.

Jennings S. R. (1986) confirmă ipoteza lui Pilkonis potrivit căreia ar exista două forme de timiditate: **timiditatea publică**, în care comportamentul este mai pregnant, și **timiditatea privată**, în care sentimentele sînt mai proeminente.

J. Chartier (1988), descriind trei factori ai timidității: voința slabă, complexul de inferioritate și teama emotivă, subsumează implicit la cele trei forme ale timidității: voluntară, intelectuală și sentimentală.

Din cele șase tipuri de personalitate propuse de **Holland** (1977), **Fitzsimmons J.C.** (1989) a cercetat cuplul investigativ-întreprinzător, constatînd faptul că tipul de **personalitate investigativă** tinde să fie mai timid decît tipul de **personalitate întreprinzătoare**.

P. Jagot (1990) amintește despre timiditatea latentă și timiditatea manifestă.

Din această prezentare se poate observa că timiditatea a fost abordată într-o logică bivalentă, descriindu-se două forme fundamentale și extreme ale ei: **timiditatea constituțională**, sistematică, generalizată, autentică și **timiditatea accidentală**, spontană, localizată. Desigur, din punct de vedere didactic timiditatea se poate clasifica în: timiditate constituțională sau dobîndită; timiditate generalizată sau localizată; spontană sau sistematică; latentă sau manifestă; intelectuală sau nonintelectuală; reală sau aparentă; normală sau patologică, precum și alte numeroase combinații ale acestor forme.

Important este să înțelegem logica polivalentă a timidității, adică interacțiunea indisolubilă dintre elementul ereditar și cel dobîndit, intelectual și nonintelectual, spontan și sistematizat, ca și trecerea discretă de la o formă la alta, de la un grad la altul, pînă la constituirea formelor extreme care marchează polii timidității.

C. Vîrstele timidității

Timiditatea nu este aceeași la toate vîrstele. Copiii se intimidează mai des decît adulții și totuși ei nu sînt timizi veritabili. Adolescenții sînt timizi prin specificul vîrstei lor și totuși nici ei nu intră în categoria timizilor autentici. Atunci cine sînt timizii autentici? Timiditatea copiilor este într-un fel normală, adică o reacție firească la un stimul nou, intimidant. Preșcolarul care vine la grădiniță poate să fie stîngaci, retras sau chiar timid dacă în familie nu a fost obișnuit să se joace cu alți copii. Un elev se poate intimida

la tablă din mai multe motive: nu știe lecția, îi este teamă de notă, îl impresionează înfățișarea profesorului. Aceasta nu este timiditate propriu-zisă, "generalizată" sau selectivă, nu sînt decît crize de intimidare, cu cauze diferite. De timiditate autentică putem vorbi în cazurile cînd intimidarea apare cu regularitate, în condiții identice sau similare și cînd reacția se sistematizează.

Cei mai mulți cercetători consideră că adolescența este "vîrsta timidații", așa cum copilăria este "vîrsta jocului" și tinerețea "vîrsta dragostei", deoarece adolescenții devin timizi chiar dacă nu au fost deloc timizi înainte, dar nu rămîn timizi după această vîrstă. Și aceasta indiferent de temperamentul căruia îi aparțin. Ei explică instalarea timidații la vîrsta adolescenței prin transformările fiziologice, care au drept consecință creșterea emotivității, dezvoltarea conștiinței de sine, aceasta din urmă conducând la autoanaliză și la dorința de autoperfecționare, prin lărgirea cadrului social în care se mișcă adolescentul, care amplifică contactele lui cu oamenii, sporește numărul problemelor noi pentru care el nu are încă soluții.

Timiditatea veritabilă este prezentă încă din copilărie, se intensifică în adolescență, descrește o dată cu vîrsta, dobîndind forme disimulate, dar nu dispăre de la sine.

Ph. Lazarus (1982), într-un studiu efectuat pe 396 de copii, a constatat diferențe în funcție de sex, fetele înregistrînd o cotă mai mare de timiditate.

Zimbardo (1979) constată în urma aplicării testului Stanford pe 10 000 de persoane că nu există diferențe între cota de timiditate prezentă la adulții de sex diferit.

D. Principalele cercetări experimentale și de laborator asupra timidații și terapiei ei. Viziune cronologică

1. Darwin (1890) - timiditatea depinde de gradul de sensibilitate față de opiniile celorlalți.
2. James (1890) înțelege timiditatea ca frica de scenă.
3. Mc Dougall (1924) subliniază sensibilizarea sentimentului de considerație față de sine.
4. Flannagan (1935) - încrederea în sine este considerată criteriu de deosebire între timizi și netimizi.
5. Guilford și Guilford (1936): timiditatea este identificată cu introversia socială.
6. Sears (1937) scoate în evidență teama de evaluare socială negativă.
7. R. Cattell (1943, 1963, 1973) - timiditatea este considerată polul negativ al factorului de personalitate numit thretic, temperament care se caracterizează prin rolul determinant al simpaticului față de parasimpatic.
8. Fenichel (1945) se referă la scoptofobia sau teama de a privi.
9. Aisnworth (1958) - timiditatea este starea de insecuritate psihologică.
10. Comrey (1961, 1966, 1970): timiditatea ca factor de personalitate se caracterizează prin izolare, evitarea contactelor și activităților sociale, conștiință de sine crescută, rezervă, teamă de scenă.
11. Singer (1967) - implicarea tranzațională interrelațională determină un răspuns cardiovascular.
12. Cattell, Eber și Tatsuoko (1970): timiditatea este considerată un factor de personalitate.

13. Rappaport (1963), Bromberg (1967), Sarnoff (1971), Zimbardo (1961) identifică timiditatea cu anxietatea socială.

14. Zimbardo (1970), Prentice-Dunn, Rogers (1980) se referă la preocuparea pentru evaluarea socială și auto-supraveghere.

15. Maslach (1971) - timiditatea este o stare alterată a conștiinței de sine și a comportamentului.

16. Zimbardo (1971) diferențiază patru tipuri de timiditate: fizică, comportamentală, cognitivă, afectivă.

17. Kaplan (1972) scoate în evidență narcisismul.

18. Hobbs T. (1976) elaborează un program de camping pentru modificarea productivității verbale la timizi prin două grupuri de activitate: recreativă și discuție în grup.

19. De Stefano M. (1977), prin intermediul unei "scări a adaptabilității", compară judecățile făcute de profesori cu judecățile medicilor psihiatri, psihologilor, asistenților sociali, în legătură cu posibilitățile de tratament a timidității extreme în clinică.

20. Pilkonis (1977) arată că:

- situațiile nestructurate sînt considerate de timid mai dificile decît cele structurate;

- timiditatea publică (comportamentală) se deosebește de cea particulară (afectivă).

21. Sarraff (1980) identifică cinci componente ale timidității: evitarea socială, conștiința de sine, egocentrismul, stinghereala, jena.

22. Cheec și Buss (1981), corelînd timiditatea cu sociabilitatea, identifică patru tipuri:

- timid sociabil
- timid nesociabil

- netimid sociabil

- netimid nesociabil.

Aceasta demonstrează că timiditatea nu se confundă cu nesociabilitatea deoarece există și timidul sociabil și netimidul nesociabil. În timpul experimentului timizii sociabili s-au dovedit mai inhibați decît timizii nesociabili, datorită nevoii mai mari de afiliere la primii.

23. Carducci și Webber (1981) au procedat la măsurarea fizică a timidității prin măsurarea distanței interpersonale. Timizii identificați prin testul Zimbardo s-au diferențiat de netimizi prin distanța intersubiectivă mai mare.

24. Meles, Turner (1981) - contactul interpersonal determină creșterea dezordinii psihologice.

25. Hatvany, Sonza, Silva, Zimbardo (1981) studiază relația timiditate-memorie, concluzionînd că timiditatea scade readucerea în memorie a informației.

26. Brodt S. (1981) abordează problematica modificării timidității prin intermediul atribuirii greșite.

27. Loweinstein L (1983) în tratamentul timidității extreme folosește metode implozive ca furia, înotul, jocurile, zgomotele puternice, dramoterapia, obținînd o creștere a extraversiei, modificări pozitive în lectură, scriere, învățare, comportament social.

28. După Scott (1984), timiditatea implică patru componente structurale: cogniție negativă, sentiment de anxietate, reacții fizice și comportament nonasertiv. Ca urmare, programul de tratament și-a propus: antrenamentul deprinderilor sociale, restructurarea cognitivă, diminuarea reacțiilor fizice prin metoda relaxării progresive și modelul de grup Solomon.

29. Mc Murdock (1986), pentru validarea conceptului de construct multidimensional al timidității, aplică testul

Stanford prescurtat, inventarul dezvoltării anterioare și scara conștiinței de sine. El obține șase dimensiuni structurale ale timidității și 11 profiluri ale timidului.

30. Maróldo G. (1987) prezintă procedee de intervenție a familiei în terapia timidității.

31. Prin terapia educațională a timidității M. Harwas (1986) urmărește creșterea autoestimării și modificarea formelor nedorite de funcționare socială.

32. Belles D. (1987) măsoară efectele relaxării asupra reacțiilor fizice ale timizilor: ritmul cardiac, conductibilitatea pielii etc.

33. Ishiyama F. (1987) folosește terapia Morita de autoacceptare, autoactualizare a anxietății sociale și de reevaluare a cognițiilor maladaptative.

34. J. Chartier (1988) elaborează exerciții de autosugestie pentru vindecarea timidității în trei săptămâni.

35. P. Jagot (1990) pornește de la punerea la punct a exteriorului: igiena generală, fața, corpul, vestimentația, vorbirea, atitudinea, expresiile și recomandă educarea impasibilității prin inhibarea reacțiilor, acumularea de reprezentări mintale de imperturbabilitate prin analiză psihologică și autosugestie grafică, valorificarea tăcerii, întărirea fermității și a voinței.

În concluzie, principalele elemente ale structurii timidității, așa cum apar în cercetările experimentale și de laborator, sînt: teama de contact social, teama de evaluare socială, neîncrederea în sine, egocentrismul, conștiința de sine.

Principalele metode de terapie a timidității sînt: relaxarea, reevaluarea cognitiv-afectiv-volitiv-comportamentală, antrenamentul deprinderilor sociale, metodele asertive, implozive, sugestive.

E. Schiță de portret literar-psihologic al timidului

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

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

Pe timid îl caracterizează tăcerea. Dar cîte feluri de tăcere cunoaște timidul și le oferă cu generozitate partenerilor? Tăcerea cuminte, supusă, ascultătoare: tăcere stimulativă pentru ceilalți. Timidul este un bun ascultător. Tăcerea încruntată, tensionată, agresivă, inhibantă și autoinhibantă. Este blocajul cel mai frecvent la timid. Tăcerea ironică, dezaprobatore, disprețuitoare, cu rol defensiv-ofensiv. Tăcerea meditativă, filozofică, în armonie cu Universul, transcendentă. Timidul este un "filozof", un idealist, un spirit nobil, un ateluric. Tăcerea golită de prea multul sens sau mustind de sensuri, tăcerea bruscă sau prelungită este, poate în chip paradoxal, modul cel mai specific de comunicare al timidului. Limbajul tăcerii. A cunoaște timidul înseamnă a-i înțelege în primul rînd tăcerile.

Nici o altă dispoziție a personalității nu este atît de mult marcată de tăcere ca timiditatea. Tăcerea la timid este generată de singurătatea interioară și din celălalt sens de frică: nevoia de singurătate, plăcerea singurătății și teama de oameni.

Teama ancestrală, matriceală, atavică de catastrofă, foame, boală, filtrându-se în teama genetic-temperamentală a strămoșilor, se cristalizează în teama personală inconștientă sau în constructul conștient de teamă: teama de teamă. Teama și nu orice fel de teamă, ci teama de oameni și de prezența sau reprezentarea lor. Dacă această teamă poate fi reală - o amenințare reală din partea oamenilor, specifică timidului este amenințarea mai mult imaginară, presupusă, construită.

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

Introvertit, autocentrat, neempatic, timidul își creează o imagine falsă asupra "socialului": fie îl supraestimează, în sensul că acele componente sociale armonioase, eficiente sînt transformate în idoli inaccesibili, de neatins și ca urmare se conturează complexul de inferioritate socială a timidului, fie îl subestimează, reducîndu-l la mască, teatralism, manierism, conturîndu-se la timid un complex de superioritate personală. În ambele cazuri patternul social este grav afectat la timid.

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

Celălalt, ceilalți îi par atît de diferiți de el, atît de străini, încît se întreabă ce poate avea el în comun cu ei. Ei știu să zîmbească, să privească interlocutorul în ochi, să întrețină o conversație, totul la ei se desfășoară între spontaneitate și o normalitate extrem de curioasă pentru timid.

Neîncrederea funciară a timidului în forțele sale, expectanța eșecului îl vor conduce la eșec. "Eu nu voi putea niciodată să fiu atît de natural ca ei. Eu mă împiedic, mă bîlbîi, mă înroșesc. Nu voi reuși niciodată." Supraestimarea socialului se corelează în mod necesar cu subestimarea forțelor proprii.

În celălalt caz, timidul subestimează "socialul", îl minimalizează, reduce matricea la mască, îngroașă contururile, caricaturizează comportamentele sociale. Dacă în primul caz eșuează într-un individualism împietrit, în al doilea se cantonează într-o socializare forțată, într-un colectivism abrutizant.

Timidul caută, dar nu găsește echilibrul între individual și social. El eșuează pendulînd între cele două extreme: fie izolîndu-se pînă la narcisism, autism și viață imaginară, fie aruncîndu-se în vîltoarea socialului (manierism, teatralism, eroism, perfecționism, orgoliu, agresivitate). Neînțelegînd **convenția socială**, o creează sau o exacerbează.

Nevoia și fuga de oameni, gustul pentru singurătate și dorința ardentă de sociabilitate, bogăția afectivă și sărăcia sau masca expresivo-comportamentală îl pot conduce la ambivalență socio-afectivă.

Funcția socială a emoției, de comunicare, capacitatea empatică a timidului, de transpunere în situația interlocutorului, sînt grav afectate. Transpunerea este un risc. Teama de risc, de experiment, de necunoscut este atît de mare la timid, încît el preferă să gîndească viața decît să o trăiască.

Trăirea mintală a vieții este strategia pe care timidul o adoptă pentru a se pune la adăpost. El se apără prea tare, își exacerbează simțul autoapărării. Timidul este un luptător care își pune armura în fiecare dimineață și nu și-o scoate decît la culcare. Numai în somn rămîne descoperit. El se

apără atât de tare pentru că este extrem de fragil. Din punct de vedere emoțional timidul este ca o mimoză. Atingeți-l numai și el se va închide în turnul de fildeș pentru a nu-i fi rănite petalele.

Preaplinul afectiv, lovindu-se mereu de marginile lumii, se întoarce mereu către sine, într-un reflex continuu, se autoconsumă și se mistuie în labirintul propriu. Turnul de fildeș al timidului este în interiorul lui.

Prea sensibil pentru lumea aceasta, el trăiește într-o lume imaginară și visează la cea reală. Raportul dintre imaginar și real se inversează. Cu aripile prea mari pentru a putea merge, el zboară și acolo, din înălțime, deplînge soarta lumii și a lui, fundamental diferite. Turnul de fildeș îi este refugiu, dar și închisoare. Închisoarea dorințelor, tendințelor, aspirațiilor sale către lume, închisoarea avîntului său lumesc. Dincolo de ziduri nu se aude nici încheștarea armelor - războiul tuturor împotriva tuturor -, nici strigătul disperării, nici chemarea iubirii. Dincolo de ziduri este liniște. Incendiar în interior și glacial în afară, turnul de fildeș rămîne o lume a oglinzilor care se autorefectă și dau iluzia lumii reale. Timidul știe că aceasta este o iluzie, dar nu se poate desprinde singur din cercul ei vicios. Este ca un dans macabru pe o muzică vrăjită, din ritmul căreia nu te poți desprinde. Muzica nu se mai oprește, iar timidul, prins în tornada ei, se rotește într-un perpetuum mobile înnebunitor, pînă la autodisoluție. Timidul are nevoie de o zîină bună care să rupă vraja, iluzia. Iar iluzia nu poate fi ruptă decît printr-o altă ILUZIE.

Bibliografie

1. Belles D. (1987), **Effects of cure - controled relaxation on the control of heterosocial performance anxiety among shy males**, în *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 1, p. 133-151.
2. Berge A. (1967), **Defectele părinților**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
3. Berge A. (1967), **Școlarul dificil**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
4. Berge A. (1967), **Defectele copiilor**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
5. Biemer D. (1984), **Shyness control. A systematic approach to social anxiety management in children**, în *Psychological Abstract*, vol. 71, nr. 7.
6. Brodt S. (1981), **Modifying shyness - related social behaviour through symptom missattribution**, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41, p. 437-449.
7. Chartier J. (1990), **La timidité guérié en trois semaines**, Ed. Dangles, Paris.
8. Dugas L. (1903), **La timidité. Etude psychologique et morale**, Alcan, Paris.
9. Dugas L. (1921), **Les grands timides**, Alcan, Paris.
10. Dugas L. (1925), **Les timides, dans la litterature et l'art**, Alcan, Paris.
11. Fitzsimmons J. (1989), **Shyness and sociability. Impact vocational choice**, dissertation abstract.
12. Glass C. (1988), **Common and specific factors in clients description and explanation for change**, în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 7, p. 427-440.

13. Ghivirigă M. (1970), **Copiii timizi**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
14. Ghivirigă M. (1970), **Copilul unic**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
15. Ishiyama F. (1987), **Use of Morita therapy in shyness counselling in the West**, în *Journal of Counselling and Development*, vol. 65, p. 547-551.
16. Hobbs T. (1976), **Modification of verbal productivity in shy adolescents during a short term camping program**, Bureau of Mental Health, Birmingham A.L.
17. Jagot P. (1990), **La timidité vaincue**, Ed. Dangles, Paris.
18. Lacroix J. (1936), **Timidité et adolescence**, Alcan, Paris.
19. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implosive counselling and conditioning approaches**, în *A.E.P. Journal*, vol. 6, p. 64-69.
20. Mc Murdock (1986), **Validation of the "Mc Murdock multidimensional shyness index"**, dissertation abstract.
21. De Stefano (1977), **Teachers view of treatability of children school adjustment problems**, în *Journal of Special Education*, vol. 11, p. 275-288.
22. Le Robert (1992), **Dictionnaire d'aujourd'hui**.
23. Zimbardo P. (1979), **Comprendre la timidité. Ce qu'elle est, et comment la dominer**, InterEditions, Paris.
24. Zimbardo P. (1982), **Shyness and stress of the human connection**, în *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press, p. 466-481.

Capitolul II

Factorii structurali și structuranți ai timidității într-o nouă clasificare. Spre o nouă definiție a timidității

Cibernetica, teoria informației, teoria generală a sistemelor (1948) oferă instrumente teoretico-explicative de interpretare interacționistă, sistemică a proceselor și fenomenelor psihice și a întregului psihic uman. În această viziune avansăm următoarele ipoteze ale structurii și structurării acestui fenomen atât de contradictoriu, timiditatea.

A. **Factorii structurali** ai timidității sînt în același timp structuranți. Este legea cercului vicios (Dugas, 1903) potrivit căreia, în timiditate, cauzele determină efectele și efectele se transformă în cauze, totul pe lungimea de undă a negativului.

La o persoană care nu a reușit să aibă o reacție adecvată într-o anumită situație această nereușită nu este semnificativă prin ea însăși, însă analizată, disecată de subiect se va transforma în stimulul unui șir întreg de nereușite în situații asemănătoare.

Deci efectul negativ (eșecul) se transformă în cauză (teama de eșec, expectația eșecului), care anticipează alte

efecte negative (eșecuri). Biemer David J. (1983) subliniază și el caracterul de autoperpetuare și autointensificare a timidității.

B. Natura acestor factori este dublă, endogeno-exogenă. Toți cercetătorii care au studiat timiditatea sînt de acord că aceasta are o dublă origine: endogenă și exogenă. Fără existența unor predispoziții native nu se instalează timiditatea autentică, chiar dacă apar condiții exterioare favorabile acesteia. Se produc stări de emotivitate, de intimidare, timiditate situațională, limitată, dar nu timiditate autentică.

De asemenea, dacă experiența de viață este pozitivă și nu se produc greșeli educative, este probabil ca predispozițiile native ale timidității să nu se actualizeze și să nu genereze timiditatea. Deci atunci cînd lipsește un factor sau altul, timiditatea nu apare. Nu se poate spune că timiditatea este sau înnăscută sau dobîndită, ea este în același timp înnăscută și dobîndită, dar proporția celor două componente este extrem de greu de determinat, ea variînd de la un timid la altul.

După criteriul corelației indisolubile între factorii endogeni și exogeni, clasificăm factorii structurali și structuranți ai timidității în:

I. Factori organici neuroendocrini:

1. constituția fizică
2. tipul de sistem nervos
3. activitatea glandulară.

II. Factori afectogeni:

1. teama anxioaso-fobică
2. emotivitatea
3. introversia
4. distimia.

III. Factori psihointelectuali:

1. raționamentul afectiv, hiper(auto)analitic, intuitiv
2. limbajul intern și comunicarea specifică acestuia prin tăcere

IV. Factori motivaționali și de perturbare a conștiinței de sine:

1. conflictul
2. complexe de inferioritate
3. frustrarea
4. stresul

V. Factori socio-educaționali:

1. lipsa de dragoste
2. hiperprotecționismul
3. perfecționismul
4. spiritul posesiv
5. narcisismul
6. nervozitatea
7. competiția
8. etichetarea și atribuirea
9. conflictul rol-status-sine
10. învățarea socială negativă

C. Din punct de vedere structural, acești factori sînt situați pe niveluri ierarhice diferite de organizare, apropiindu-se tot mai mult de nucleul personalității - Eul -, dar din punct de vedere funcțional interacționează în aceeași circularitate vicioasă. După această prezentare sistemică a factorilor timidității, este necesar un demers analitico-explicativ care să pună în evidență raporturile specifice ale acestor fenomene cu timiditatea.

I. Factorii organici neuroendocrini

Defectele morfofuncționale

Acestea nu constituie în sine cauze ale timidității. Dovadă că există copii sau adulți cu astfel de defecte care nu sînt timizi. Acestea devin factori structuranți și structurali ai timidității dacă ajung subiecte de meditație și suferință pentru posesorii lor (Dugas, 1903), deci dacă intră în corelație cu ceilalți factori ai timidității.

Deci nu defectul în sine, ci atitudinea Eului față de acest defect, centrarea Eului pe defect, desprinderea Eului din context și hipertrofierea lui, obsesia inferiorității generează timiditatea. Astfel, sentimentul de inferioritate se transformă în complex de inferioritate (Adler, 1925).

Tipul de sistem nervos

Analizînd manifestările temperamentale ale timidului după criteriile pavloviene: echilibrul, mobilitatea, intensitatea (forța) proceselor nervoase fundamentale, se observă că acestea trădează un tip slab, neechilibrat, la care predomină mobilitatea redusă, inerția, inhibiția. Timidul se inhibă intens și rapid, intrînd adesea în blocaj.

După Eysenck (apud Crăciunescu, 1980) la acest tip de sistem nervos, specific introvertitului, predomină excitația. Contradicția este doar aparentă. Timidul este excitabil la stimuli slabi, dar semnificativi, și inhibabil la cei puternici și rapid schimbători, proces specific introvertitului (Crăciunescu, 1980). De asemenea el este excitabil pe plan central și inhibabil pe plan periferic.

Considerăm că un rol extrem de important în explicarea neurofiziologică a timidității îl are sistemul cortex-subcortex, în care funcția reticulară este comutatorul principal (Crăciunescu, 1980).

După clasificarea lui Heymans și Wiersma, timidul se poate încadra în categoria sentimentalilor, fiind emotiv, non-activ și secundar.

Hiperemotivitatea timidului provoacă, prin inducție negativă, inhibiția totală sau incompletă a actelor voluntare de gîndire, vorbire, comportament, de unde efectul de "paralizie" sau dezorganizare a acestora în funcție de intensitatea stimulilor (teama pasivă și respectiv activă, Dumas G., 1932).

Inactivismul predispune la lipsă de inițiativă, nehotărîre. Secundaritatea se manifestă prin predominarea reprezentărilor asupra percepțiilor, înclinația spre trecut, autoanaliza.

După datele lui G. Judet, 62,74% dintre timizii studiați de el făceau parte din tipul sentimental și numai 37,26% aparțineau celorlalte tipuri.

După tipologia lui Kretschmer, timidul se poate situa în clasa astenicilor și poate evolua spre schizotimie la cele două extreme ale sale: hiperestezia sau hipoestezia. Dacă timidul este prin definiție un hipersensibil, în urma blocărilor repetate se poate produce o alterare a funcției afective, pînă la inversiune, hiposensibilitate, corelată cu un alt factor psihologic, renunțarea.

În legătură cu dominanța cerebrală, s-a constatat că reacția emoțională ține mai mult de emisfera dreaptă decît de cea stîngă (S. Dimond, J. L. Harnod, 1973, G. E. Schwartz, 1977). G. E. Schwartz a demonstrat că și direcția privirii variază în funcție de conținutul emoțional al sarcinii. Astfel, el a arătat că întrebările cu conținut afectiv care induc anxietate antrenează mai mult mișcări oculare spre stînga (S. Chelcea, 1983).

Activitatea glandulară

La timid emotivitatea determină o activitate glandulară mai intensă decât la netimid, iar aceasta, prin feedback, contribuie la accentuarea hiperemotivității în grade diferite (transpirația, salivația, glandele interne, glandele sexuale).

II. Factorii afectogeni

Teama anxioaso-fobică

Teama are o acțiune specifică raportată la timiditate prin cele două mecanisme intelectuale care intervin asupra ei: anticiparea și reprezentarea (G. Dumas, 1932).

Obiectul acestui factor structural și structurant al timidității îl constituie prezența oamenilor sau reprezentarea prezenței lor. Timiditatea se apropie de anxietate prin neliniște, dar se deosebește de ea prin determinare. Poate avea elemente de fobie, fiind obsesivă, disproporționată, sistematizată.

Teama de oameni (sociofobia) este afectogenă și structurantă, nu atunci când există un factor agresiv real, ci atunci când "creează" acest factor agresiv prin anticiparea și reprezentarea lui. Deși afect, teama este afectogenă deoarece în cazurile grave involuează către „teama de teamă“.

Emotivitatea

Timidul este o fire emotivă care se caracterizează prin reacții de mare sensibilitate și profunzime în sfera sentimentelor subtile. S-a pus întrebarea dacă emotivitatea lui este constituțională sau dacă rezultă din mai multe șocuri emoționale.

Dupré (1925), pe baza observațiilor psihopatologice, a vorbit pentru prima dată despre o constituție emotivă ce se

caracterizează printr-un dezechilibru al sistemului nervos, printr-o sensibilitate difuză și insuficiența inhibiției motrice și voluntare, prin reacții anormale prin vivacitatea, extensivitatea și durata lor și care îl fac pe timid incapabil de a se adapta situațiilor imediate, neprevăzute. La întrebarea dacă emotivitatea este ereditară, Dupré, Delmas și Boll răspund afirmativ pe baza observațiilor clinice.

Pentru a realiza cercetări decisive ar trebui studiați la aceeași vîrstă părinți și copii, în condiții identice și cu mijloace comparabile. Lacey a găsit corelații între răspunsurile neurovegetative ale mamelor și copiilor. Ceea ce este dificil la om este realizabil la animale. Hall, în 1941, a condus un experiment interesant, utilizînd testul său de emotivitate. El a observat adesea că urinarea și defecația erau frecvente la șobolanii plasați în situații traumatizante. Hall s-a gândit să plaseze șobolanii în situații stresante, de exemplu în centrul unui câmp puternic luminat. Hall a găsit că acest criteriu are o profundă corelație cu refuzul hranei, care este de asemenea considerat un semn de emotivitate. Folosind acest test, Hall a studiat ereditatea emotivității. Plecînd de la un grup inițial, el a selecționat șobolanii neemotivi de cei emotivi, cei ce continuau a urina și a defeca în situația test. Încrucîșînd șobolanii între ei din fiecare grup, a obținut următoarele rezultate din opt generații (cifrele indică numărul de zile cît șobolanii au urinat și defecat în cursul a 12 încercări).

	Emotivi	Neemotivi
G1	3,07	0,46
G2	4,72	1,94
G3	3,92	1,02
G4	4,69	1,40
G5	4,96	0,41
G6	6,87	0,51
G7	7,82	0,17
G8	8,37	1,07

În timp ce grupul neemotiv rămîne stabil, animalele din celălalt grup devin din ce în ce mai emotive. În concluzie, ereditatea emotivității a fost demonstrată. Factorul de emotivitate măsurat prin testul Hall a fost regăsit în analizele factoriale ale lui Billingslea, ca și în cele ale lui Willingham. Alături de acest factor principal, Billingslea a găsit un factor de freezing (tremurături de frică) și unul de timiditate.

În concepția lui Billingslea, timiditatea este un factor care stă pe același plan cu emotivitatea. Noi considerăm timiditatea mai complexă, generată de un ansamblu de factori, dintre care emotivitatea este endogenă.

S-a dovedit prin acest experiment că emotivitatea este constituțională, ereditară. Dar o excitabilitate exagerată poate decurge de asemenea din una sau mai multe experiențe anterioare, care au sensibilizat subiectul într-o manieră mai mult sau mai puțin generalizată. Aceste experiențe se produc mai facil la subiecții care au o construcție emotivă, dar nu numai la ei. S-a dovedit de asemenea că o sănătate deficientă antrenează o creștere a numărului și intensității reacțiilor emotive. Astfel, Stratton a confruntat dosarele medicale ale unui număr de 1 000 de studenți cu răspun-

surile date de aceștia la un chestionar despre frecvența fricii și a mîniei, obținînd următoarele concluzii:

- persoanele care au avut în trecut o gravă maladie răspund mai intens situațiilor care pot suscita mînia și teama decît cele care au avut întotdeauna o sănătate bună;

- printre persoanele care au fost bolnave, cele care au avut boli mai variate răspund mai intens la situații care pot provoca teama, mînia decît celelalte;

- vîrsta la care persoanele au fost bolnave are o mare importanță: teama este mai ales legată de bolile care s-au produs între 11 și 15 ani, iar mînia de bolile care s-au produs înainte de 6 ani.

Am văzut în experimentul lui Hall că anumite reacții emotive au fost condiționate. Cînd condiționarea are o influență durabilă, ea poate deveni sursa emotivității. Hall și Whiteman au făcut următorul experiment: au luat două grupe de șobolani crescuți în aceleași condiții. Dar în prima săptămîină de existență șobolanii grupului experimental au suportat efectul unui sunet foarte intens și ascuțit. La maturitate, cele două grupe au fost testate prin metoda lui Hall (numărul de zile cît durează urinarea și defecația într-o situație traumatizantă) și autorii au găsit că grupul experimental manifestă mai mult timp reacțiile emotive decît grupul de control.

Sidell a creat la oi stări de emotivitate, pe care el le consideră nevroze experimentale cu efect durabil. Dacă se aplică un șoc electric pe piciorul unei oi și dacă șocul este precedat de un semnal de avertisment de 10 secunde, iar dacă această succesiune semnal-șoc se repetă cîte 5 minute într-o anumită perioadă de timp, în loc să rămînă calm între semnal și șoc, animalul devine agitat, pulsațiile inimii și ale respirației devin neregulate și acționează violent la fiecare

șoc electric. Mai mult, chiar în afara laboratorului animalul manifestă încă o anumită neliniște atât ziua, cât și noaptea. Noaptea, în loc să doarmă, animalul rămîne treaz și prezintă o accelerare cardiacă la cel mai mic zgomot. Aceste efecte sînt de durată. Este remarcabil faptul că dacă șocul electric nu este precedat de semnale sonore, acest fenomen nu se dezvoltă.

Condiționarea emotivității și sensibilizarea emotivă se manifestă și la om. În cursul ultimului război mondial soldații supuși la bombardamente intense și repetate au trebuit să fie evacuați. Ei au suferit un șoc care îi împiedica să suporte cel mai mic zgomot. Efectul șocului emotiv este mai mult sau mai puțin generalizat și, prin urmare, emotivitatea poate fi mai mult sau mai puțin selectivă. Astfel, fobiile sînt temeri electivă (claustrofobie, agorafobie, nosofobie) și sînt cel mai adesea urmările șocurilor emotive (Lacroze).

Complexul are ca origine un conflict emotiv care se manifestă prin reacții violente și adesea ambivalente. Complexul de inferioritate descris de Adler este un exemplu clasic. La un nivel mai mare de generalitate, anxietatea sau sentimentul unui pericol iminent și nedeterminat - însoțit de convingerea neputinței - este o sursă pentru numeroase reacții emotive.

Anxiosul este un emotiv. Malmo a arătat că anxioșii puși într-o situație dureroasă, de exemplu stimulare termică pe frunte, au avut mai multe tremurături, mișcări ale capului, încordarea gâtului decît subiecții grupului de control plasați în aceeași situație.

În concluzie, la subiecții emotivi prin constituție sau în urma unei experiențe penibile există o puternică mobilizare energetică, dificil de controlat și care generează în mod frecvent reacții emotive, în tip ce la subiecții neemotivi sau puțin emotivi nu se observă decît reacții adaptate. Astfel,

s-a constatat că emotivitatea este fie constituțională, fie dobîndită în urma unor șocuri emotive și de asemenea se poate condiționa mai ușor la naturile emotive (Paul Fraisse, "La psychologie experimentale", p. 142-148). Emotivitatea constituțională sau dobîndită este un factor necesar dar nu suficient în generarea timidității. În absența lui timiditatea nu se produce, dar nici singură nu determină timiditatea. Timidul este totdeauna emotiv. El reacționează mai violent și mai rapid decît neemotivul la stimulii emoționali. De asemenea, datorită surplusului de energie emoțională neordonată el reacționează poate, de multe ori, neadecvat stimulilor.

Timidul acționează astfel nu numai în situațiile noi, neprevăzute, ci în majoritatea cazurilor: în fața unui public numeros sau în fața unei singure persoane, în fața unor oameni străini sau în fața unor persoane familiare. Tulburările prin care se manifestă un timid într-o anumită situație - ca tremurul buzelor, clipitul, tusea, dilatarea vaselor capilare (înroșirea) - sînt efectele emotivității. Ele au fost grupate în trei categorii: cele care determină timiditatea, cele care o exprimă și cele care o ascund.

Dar distincția între mișcările și tulburările care produc timiditatea și cele pe care ea le produce este artificială. Fie că atitudinea nehotărîtă, nesigură este cea care evocă sentimentul de timiditate, fie că sentimentul de timiditate este cel care provoacă reacția emotivă, este același lucru. Astfel, de exemplu, înroșirea cauzează rușinea și rușinea ne face să ne înroșim. O mișcare stîngace, neadecvată va evoca sentimentul de timiditate, iar acesta, instalîndu-se, va genera alte mișcări neadecvate. De asemenea, este posibil ca sentimentul de timiditate să preexiste și tocmai acesta să provoace o mișcare neadecvată. Teamă de a nu reacționa adecvat determină reacția neadecvată. Este cercul vicios al hipersensibilității.

Introversia

A doua predispoziție a timidității este introversia. Din punct de vedere fiziologic, introversia a fost explicată ca rezultatul inhibiției constante pe care o exercită activitatea corticală asupra centrilor nervoși inferiori. Cea mai importantă funcție nervoasă care este supusă inhibiției este funcția afectivă sau emoțional-conativă a regiunii talamice. Datorită acțiunii inhibitive a cortexului, impulsurile nervoase plecate din centrele afective talamice sînt deturnate de la căile lor normale de expresie și conduse spre cortex, unde cooperează la susținerea procesului reflexiv al gândirii. Cu alte cuvinte, impulsurile emotive și conative, în loc să o ia pe drumul aferent care duce la expresia corporală a emoțiilor, sînt purtate prin scoarța cerebrală. Datorită căilor lungi pe care le parcurg și datorită procesului gândirii care intervine, aceste impulsuri își pierd din intensitate în așa fel încît expresia lor externă este aproape neobservată. În acest fel se explică din punct de vedere fiziologic dificultatea reacției afectiv-spontane, expresivitatea redusă, lipsa "magnetismului social", stabilitatea sentimentelor. Aceste trăsături nu pot fi explicate doar prin prisma mecanismelor fiziologice, ci prin interacțiunea acestora cu mecanismele psihologice și psihosociale ale timidității.

Din punct de vedere psihologic, C. G. Jung este cel dintîi cercetător care se ocupă de problema introversie-extraversie, de la el păstrîndu-se acești termeni. El definește extraversia ca atitudinea și mecanismul de orientare în afară a energiei psihice, un raport deschis între subiect și obiect, în sensul unei mișcări pozitive a subiectului către obiect. Dacă extraversia este de natură intelectuală, subiectul va gândi în obiect; dacă este de natură afectivă, subiectul se va simți în obiect. Introversia este mecanismul de dirijare a libidoului în

interior. În acest caz există un raport negativ între subiect și obiect. Interesele se orientează nu spre obiect, ci spre subiect. Cel cu o dispoziție introvertită gîndește, simte și reacționează astfel încît se poate vedea cu ușurință că subiectul este preocuparea principală, iar obiectul nu are decît o valoare secundară.

Problema introversie-extraversie a fost reluată după Jung și studiată de psihologii americani Nicoll, Tansley, McDougall, Kempf, White, Allport. Powers, bazîndu-se pe studiile americane în această problemă, atribuie următoarele însușiri introvertitului și extravertitului (apud Todoran D., "Psihologia temperamentului"):

Introvertit	Extravertit
- Conștient, timid, pudic - Nu vorbește în public și simte mare greutate să vorbească - Preferă să se joace și să lucreze singur - Nu insistă pentru acceptarea ideilor și planurilor sale - Încălinat spre activitățile care cer multă grijă. Ține la amănunte - Deliberativ, întîrziat în luarea deciziilor - Indiferent la evenimentele exterioare. Tinde să se izoleze de mediul social	- Vioi - Dornic de a se manifesta în fața grupului social - Preferă activitatea, jocul sau munca în grup - Insistă în a i se accepta propriile idei și planuri - Preferă activitatea care cere energie. Neglijază amănuntele - Impetuos, impulsiv, ia decizii rapid - Plin de curiozitate pentru lucrurile exterioare. Atașat mediului social

- Lipsit de încredere în sine și de inițiativă	- Încrezător în sine, dorește succesul social, are inițiativă și vrea să comande
- Rezervat și distant în atitudine față de cei intimi. Se împrietenește greu	- Cordial, deschis, face cunoștințe repede, se împrietenește ușor
- Tinde spre depresie, melancolie, nu are simțul umorului	- Este vesel, spiritual
- Independent și indiferent	- Reacționează puternic la laudă sau blam
- Preferă formele habituale de viață; se retrage de la noile ajustări	- Adaptabil noilor situații
- Are persistență puternică. Nu renunță ușor la activitățile începute în vederea succesului	- Persistență slabă; trece repede de la o activitate la alta, urmărind succesul
- Este încet și rezervat în expresia emoțiilor	- Își exprimă cu ușurință emoțiile
- Se devalorizează pe sine	- Înclinat să pară mai mult decât este
- Constant în dispoziția psihică. Nu trece cu ușurință de la o stare afectivă la alta	- Fluctuant în dispoziția psihică

În lucrarea "Noi și eu", Vladimir Levi, analizând fenomenul introversie-extraversie, face și el o clasificare a însușirilor ce caracterizează introvertitul în opoziție cu cele ale extravertitului:

1. Este de ajuns un eveniment lipsit de importanță ca judecata introvertitului să se declanșeze oarecum spontan și să ajungă la concluziile cele mai importante.

2. Se cufundă adesea în amintiri. Memoria introvertitului se deapănă ca un ghem și nu poate fi oprită ușor.

3. Un spectacol sau un concert bun îl satisface pentru o lună întreagă.

4. Introvertitul își păstrează un prieten bun pentru toată viața. Nu leagă ușor prietenii.

5. El reține mai ușor sensurile generale decât detaliile, de aici înclinația spre filozofie.

6. Cu cât sînt mai puține vești și evenimente, cu atât mai bine. Introvertitul are timp să se reculeagă.

7. Preferă să aibă puține lucruri cu condiția ca ele să se armonizeze cu persoana lui.

8. Nu se simte cu adevărat bine decât singur. Nu este lacom, dar preferă să ia masa singur.

9. Îi vine greu să se obișnuiască cu împrejurările noi.

10. Rămîne, orice s-ar întîmpla, fidel principiilor lui.

11. Introvertitul găsește un dublu sens acolo unde alții nu găsesc nici unul. Pe de altă parte, ceea ce altora li se pare a avea un dublu sens pentru el nu are nici unul.

12. I se spune adeseori că nu vede lumea așa cum este, că este departe de evenimentele acestei lumi, dar el personal nu are această impresie.

Karl Leonhard, în lucrarea "Personalități accentuate", consideră că introvertitul își trăiește mai mult reprezentările decât percepțiile. Din această cauză, evenimentele din afară îl ating mai puțin decât propriile sale gânduri despre ele. În majoritatea cazurilor, introvertitul ajunge pe această cale la o judecată corectă și obiectivă, pentru că vede mai departe de clipa prezentă și ia în considerare și experiența anterioară.

O anumită doză de introversie favorizează formarea unor păreri juste. În cazul unei accentuări mai puternice însă, personalitatea introvertită se îndepărtează de realitate. Ea trăiește atît de intens în lumea sa imaginară, încît ceea ce poate fi perceput în mod obiectiv nu mai este luat îndeajuns în considerare. Acesta este cazul timidității. În acest caz, ideile nu mai primesc corecția necesară prin ceea ce este dat în mod nemijlocit, ele putînd să se dezvolte pe propria lor bază și să dobîndească o realitate subiectivă, căreia îi lipsește un fond obiectiv. În timp ce o doză sănătoasă de introversie slujește mai ales la formarea unei judecăți independente, omul cu o introversie mai pronunțată trăiește în mare parte într-o lume ireală a ideilor. Adesea introvertiții sînt stimulați de probleme greu de rezolvat. De aceea ei reflectează mult asupra filozofiei, religiei, politicii, își formează propria lor opinie, care poate fi din punct de vedere obiectiv mai întemeiată decît a majorității oamenilor, dar care tot atît de bine poate fi o opinie ruptă de viață, care nu ține seama de realitate. La introvertiți acțiunea urmează ideile sau nu le urmează deloc. Pe de o parte, o încercare de a acționa s-ar lovi adesea de realitate, insuficient inclusă în calcul, pe de altă parte, o prea puternică idee este adeseori în sine opusă acțiunii. Acțiunea este îndreptată spre un obiect. Dacă obiectul atrage mai puternic atenția, așa cum se întîmplă la persoanele extravertite, subiectul ajunge mai ușor la acțiune. Dacă atenția este îndreptată spre interior, pornirea acțiunii este întîrziată, deoarece solicitarea care emană de la ea își pierde din eficacitate. Așa ia naștere o anumită legătură între o înclinație accentuată spre gîndire și o predispoziție minimă spre acțiune.

O mai pronunțată introversie duce la izolarea de ceilalți oameni, care nu au înțelegere pentru ideile neobișnuite. Mai mult, legătura cu oamenii din jur poate fi

stingerită de o inaptitudine primară pentru contacte, adică o lipsă de expresivitate în gesturi și în modulația vorbirii. Cînd capacitatea de a stabili contacte este bună, chiar în ciuda introversiei, persoana respectivă caută să aibă legături cu alți oameni, dar se lovește mereu de dificultatea de a găsi înțelegere. Dacă reușește totuși, se bucură de acea relație umană și este capabilă să aibă un contact nemijlocit, plin de căldură.

După această privire descriptivă, analitică asupra introversiei, așa cum a fost înțeleasă de mai mulți autori, putem sintetiza (apud A. Cosmovici, "Metode de cunoaștere a personalității"):

Tema	Introvertitul	Extravertitul	Autorul
1. Încredere în alții	Suspectează pe oricine	Încrezător în buna credință și intențiile altora	Murray (1938)
2. Nivel de aspirație	Crescut	Redus	Eysenck (1947)
3. Aprecierea performanței proprii	Subestimează	Supraestimează	Eysenck (1947) D.
4. Viteza reacției	Înceată	Rapidă	Todoranu (1932)
5. Expresia emoțiilor	Tendință spre interiorizare și reacție imaginativă	Expresie spontană și naturală în sfera emoțiilor	Allport (1937)
6. Intensitatea	Redusă	Mare	Todoranu, Powers

7. Orientarea	Spre interior	Spre exterior	Jung
8. Forma	Potențială	Cinetică	Murray
9. Tensiunea	Redusă	Puternică	Todoranu
10. Impulsul motor	Redus	Mare	
11. Ca schimbare	Imposibilitatea de schimbare momentană	Schimbare ușoară	Todoranu
12. Ca potență	Constantă	Fluctuantă	Powers
13. În raport cu cauza reală	Fără cauză	Cauză reală	Heidebreder
14. Ca formă către care tinde	Depresie, melancolie	Dispoziție bună	Powers, Eysenck

În concluzie:

1. Introversia și extraversia sînt atitudini generale, opuse care determină în ansamblu manifestarea vieții psihice preponderent în activitatea interioară, subiectivă sau în cea exterioară, în lumea obiectelor și a relațiilor sociale. Aceste atitudini vizează aspectul emoțional, afectiv din structura personalității și au rolul de reglare a echilibrului psihic privind consumul energetic în activitatea interioară sau exterioară.

2. Preponderența relativ permanentă a uneia sau alteia din cele două atitudini determină stabilizarea unor caractere integrale de fire care se manifestă constant în variate împrejurări de viață. Întrucît mișcarea psihică presupune o dimensiune afectiv-energetică la orice nivel de manifestare, dis-

tinția introversie-extraversie se răsfrînge asupra diferitelor procese psihice, privind percepția și cunoașterea, imaginația și vorbirea, organizarea relațiilor interpersonale, stabilirea sistemului de valori personale.

3. Dintre cele două tipuri psihologice, introversia este în corelație evidentă cu timiditatea. Axa schizo-ciclo creată de Kretschmer nu poate oferi decît o imagine mai clară asupra corelației introversiei cu timiditatea. Dacă plasăm în mijlocul emisferei un om obișnuit, normal - rațional Kretschmer - putem considera că la el radicalele schizo-ciclo sînt într-un echilibru relativ. Cu alte cuvinte, el are șanse egale de a contacta una din cele două maladii opuse: schizofrenia și ciclotimia (sindromul maniaco-depresiv).

De o parte a axei se află schizotimicul: individul care simte ca un schizofrenic, este un om perfect sănătos, dar a cărui structură psihoafectivă prezintă o oarecare doză schizofrenică (schizoradical). Dacă dintr-un motiv sau altul îi este dat să contracteze o maladie psihică, la el probabilitatea apariției unor tulburări schizofrenice este mai ridicată. După el urmează schizoidul. Între boală și starea normală se interpun individualitățile de graniță, care prezintă, sub o formă atenuată, simptomele fundamentale ale psihozei schizofrenice.

Individul normal, marginal, care se apropie de particularitățile schizofrenice este numit de Kretschmer schizoid. Mulți schizoizi - spune Kretschmer - sînt ca unele case romane: vile care au închis obloanele contra unui soare prea arzător, însă unde la lumina strecurată din interior se celebră orgii. Această închidere în sine este ceea ce a numit Bleuler autism. La schizoizi predomină următoarele însușiri (de la hipersensibilitate la orbire și răceală afectivă):

1. Nesociabil, liniștit, rezervat, serios, fără umor, bizar, tăcut.
2. Timid, fricos, nervos, sensibil, susceptibil, agitat, impresionabil, prieten al naturii și cărților.
3. Docil, cu sînge rece.

Schizoizii, în măsura în care sînt capabili de acțiune, au un ritm de activitate neregulat, cu zig-zaguri. Curba de activitate a temperamentului schizoidului este formată din salturi. Individualitățile schizoide oscilează în cea mai mare parte între tenacitate și instabilitate. Schizoizii mai posedă o calitate numită ambivalență. Această însușire simbolizează alternanța afectivității schizoide care nu cunoaște decît două posibilități extreme: sînt sau încîntați, sau jigniți, iubesc cu pasiune sau urăsc de moarte. Totul sau nimic. Le trebuie laurii lui Schiller sau nu sînt decît niște ratați, al căror unic mijloc de scăpare este sinuciderea.

În ceea ce privește particularitățile sociale ale schizoizilor, ceea ce apare unui cicloid sau om normal ca firesc în lume, ca stimulent pentru desfășurarea vieții, este considerat de către schizoizi ca urît și brutal. Disprețuiesc lumea exterioară și se închid în interior. Schizoizii caută mereu solitudinea, pentru a se înveli în gogoșa de mătase țesută de propriul lor suflet (D. Todoranu, "Psihologia temperamentului"). În general, scrie Kretschmer, ei sînt sau cu desăvîrșire nesociabili, sau au o sociabilitate redusă la un cerc rigid, sau sînt sociabili superficial, fără nici o comuniune sufletească cu anturajul. Neliniștea profundă pe care o simt schizoizii în situații neobișnuite și aversiunea pentru schimbările în situația lor îi fac să iubească natura și cărțile. Mimica persoanelor cu o constituție net schizoidă este cînd săracă, cînd excesivă, ajungînd pînă la grimasă. La persoanele cu o constituție cicloidă mimica este întotdeauna armonioasă și adec-

vată. La schizoizi predomină uneori o expresie permanentă, un zîmbet sarcastic, de exemplu. Se observă uneori o surprinzătoare disparitate între mobilitatea unor părți ale feței, frunții sau gurii și fixitatea restului. Vorbirea este incoerentă, vocea monotonă sau, dimpotrivă, puternică și inexpressivă. Uneori registrul se poate schimba brusc, într-un mod foarte clar, individul făcînd pauze ciudate și adoptînd un ton bizar, tăcînd cînd te aștepți să vorbească sau rostind cîteva cuvinte cînd crezi că este pe punctul de a tăcea. Atitudinile sînt uniforme, ele nu se schimbă prea des, iar cînd se schimbă, se schimbă în mod brusc.

Din descrierea relației introversie-timiditate se poate observa că trăsăturile introvertitului sînt prezente la timid: neîncrederea în sine; subestimarea; lipsa de spontaneitate; nehotărîrea, nesiguranța; nivel de aspirație crescut; viteză de reacție lentă; exprimarea defectuoasă a emoțiilor; izolarea; imposibilitatea de schimbare momentană a dispoziției și a activității; spiritul autoanalitic; grija pentru amănunte; tendința spre melancolie, depresie; orientarea spre trecut; inapt pentru acțiune; dificultatea comunicării interpersonale.

Cînd introversia este mai accentuată sub formă de schizoidie, timiditatea alunecă spre granița patologicului. Kretschmer a identificat printre trăsăturile schizoidului timiditatea. La schizoizi întîlnim aceeași căutare a solitudinii, același dispreț pentru lumea exterioară, aceeași dorință de perfecțiune, aversiunea pentru schimbări ca și la timid. Gradul de manifestare a acestor simptome este în funcție de gravitatea timidității. Analizînd intro-extraversia, schizocicloidia, schizoidia în relație cu timiditatea, se poate concluziona:

a) Nu orice persoană la care predomină introversia este timidă, dar orice timid este un introvertit, schizotimic sau schizoid în fazele grave ale timidității.

b) Introversia în diferitele ei grade este un factor necesar, dar nu suficient pentru instalarea timidității. Dacă lipsesc ceilalți factori: hiperemotivitatea, dificultatea de a stabili contacte sociale, cauzele exogene, timiditatea nu se manifestă.

c) În majoritatea cazurilor, un individ extrem de introvertit stabilește foarte greu contacte afective și sociale, dar această dificultate poate fi înfrântă și la indivizii extravertiți. De asemenea, există indivizi introvertiți care au capacitatea de a stabili în mod facil contacte afective și sociale. Această distincție între introversie și dificultatea de a stabili contacte a fost făcută și de K. Leonhard în lucrarea "Personalități accentuate".

Distimia

Timidul face parte din categoria oamenilor "serioși din fire" (K. Leonhard, 1979). Starea permanentă de teamă, neliniște, care devine o adevărată obsesie a iminenței producerii răului, eșecului, neîncrederea în sine, autoanaliza, susceptibilitatea afectează capacitatea timidului de a se bucura. Ca urmare, empatia timidului se orientează spre polul său negativ, spre receptarea evenimentelor triste ale vieții. Dar între recepția și reacția empatică se instalează un blocaj al comunicării, care se explică prin inhibiția segmentului expresivo-comportamental, indusă de hipersensibilitatea timidului. Este aceeași explicație a contradicției între bogăția afectivă reală și sărăcia expresivă a timidului.

În mod sintetic am putea prezenta acțiunea stucturantă a factorilor afectogeni astfel:

- la început teama are un obiect real, se referă la o situație concretă, obiectivă - eșecul;
- apoi teama prin anticipare și reprezentare negativă "creează" noi obiecte conflictuale, noi eșecuri;
- prin generalizare, teama se detașează de obiect și acționează de sine stătător, într-o circularitate vicioasă.

Acest mecanism este mai bine pus în evidență la nivelul factorilor psihointelectuali.

III. Factorii psihointelectuali

Raționamentul afectiv, hiperanalitic, intuitiv

Raționamentul timidului este unul afectiv, pasional (Ribot, 1988), bazându-se pe indicii și nu pe date complexe, conducând la formarea unor concepte false, rezumate de experiența afectivă, negativă, care au fost denumite de Bourlourd implexe (apud Mucchielli R., 1971).

Este necesară observația că raționamentul afectiv este specific timidului numai în relația sa cu ceilalți și nu în general. În raporturile de intercomunicare timidul este interesat nu atât de încărcătura informațională a comunicării, cât de ecoul ei, de componenta afectivă; de aici dezechilibrul celor două componente.

Afectivizarea relației de comunicare este și rezultatul altui dezechilibru: dintre aspectul intuitiv și cel discursiv al comunicării. Predominarea intuiției oferă o imagine globală, dar de cele mai multe ori falsă, datorită lipsei elementului discursiv și a generalizărilor forțate.

Hiperautoanaliza timidului în momentul acțiunii determină dedublarea lui în Eul individual - sentimental, cel analizat, și Eul social, judecător al emoțiilor Eului individual (Dugas, 1903).

Această dedublare în autoanaliză se interpune între începutul și sfârșitul acțiunii. Factorii psihointelectuali au un rol extrem de important deoarece acționează atât de sine stătător, cât și asupra celorlalți factori ai timidității. Astfel, percepția timidului sub influența anticipării eșecului se transformă în a percepție negativă, iar în corelație cu factorii motivaționali chiar în autosugestie negativă.

Unii autori (M. Ghivrigă, "Copiii timizi") consideră cauzele psihologice drept o consecință a cauzelor fiziologice. Timidul este lent în gândire, își "rumegă" îndelung eșecurile, nu are spontaneitate din cauza inerției proceselor nervoase. El are momente de dezorganizare a gândirii din cauza emoției și a inhibiției intense. Este nehotărât, nesigur, are tendințe spre melancolie și depresie tot din cauza inhibiției. Toate aceste însușiri psihologice sînt expresia mai mult sau mai puțin inevitabilă a unei formule fiziologice specifice. Sîntem de acord cu această interpretare, cu specificația că actele psihologice ca nehotărîrea, nesiguranța, lipsa de spontaneitate, orientarea spre trecut, tendința spre melancolie nu se reduc la fenomene fiziologice. În acest caz am identifica în mod incorect timiditatea cu tipul de sistem nervos slab și am ajunge la ipoteza inferiorității tipului de sistem nervos slab în comparație cu celelalte tipuri de sistem nervos. Or, după cum știm, între temperamente nu s-a instituit o scară valorică, trăsăturile de temperament sînt calități sau defecte în funcție de împrejurările mediului social, cultural, în funcție de orientarea lor în activitate. Transformarea inhibiției în nehotărîre, nesiguranță și nu în prudență depinde de intervenția conștientă a timidului asupra lui însuși. Este vorba despre procesele intelectuale care pot declanșa sau agrava timiditatea, fără ca ele să fie consecința directă a unor fe-

nomene fiziologice, dar avînd totuși la bază elemente constituționale, cum ar fi introversia. Dugas făcea observația că transformarea intimidării în timiditate are loc în două feluri: sau timiditatea se formează și se dezvoltă după legile asociației și ale memoriei, sau ea se naște din gândire. În primul caz este vorba despre timiditatea spontană, în al doilea caz despre timiditatea autentică, sistematizată. În primul caz o reacție neadecvată a timidului se asociază cu o anumită împrejurare și mai ales cu o anumită persoană și ori de cîte ori timidul se află într-o situație identică sau asemănătoare și în prezența persoanei respective legile asociației și ale memoriei afective determină în mod automat, spontan, aceeași reacție neadecvată.

În al doilea caz timiditatea ia naștere prin meditația timidului asupra posibilității de a se intimida într-o împrejurare nouă, de a nu găsi răspunsul potrivit, gestul adecvat: disecarea unui răspuns posibil în toate variantele imaginabile, variante care se neutralizează unele pe altele și tocmai prin excesul de pregătire și analiză devin neaplicabile.

IV. Factorii motivaționali, de perturbare a conștiinței de sine

Conflictul, complexul, frustrarea, stresul și raporturile de interdependență dintre ele acționează la nivelul nucleului personalității timide, Eul, și au ca rezultat perturbarea conștiinței de sine și, corelativ, a conștiinței de alții.

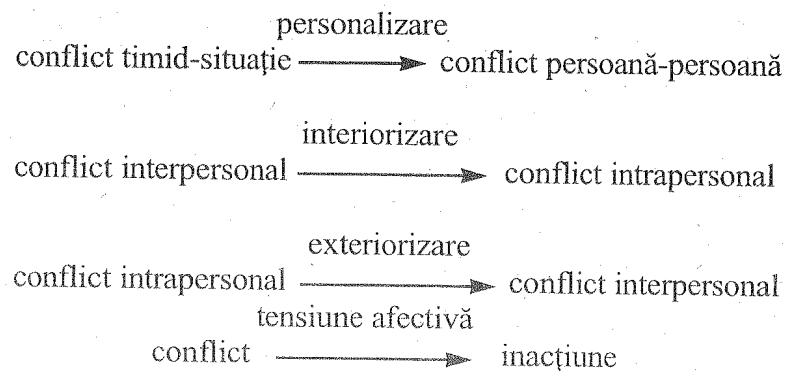
Astfel, **conflictul** se prezintă sub cele două forme ale sale: conflictul interpersonal și conflictul intrapersonal, cu posibilitatea trecerii de la o formă la alta prin mecanismele de interiorizare și exteriorizare (Ane-Marie Rocheblave-Spenlé, 1970).

Aceste tipuri de conflicte au, în cazul timidității, o acțiune specifică. În cazul timidității spontane specific este faptul că lupta între timid și situație se personalizează, se afectivizează și devine un conflict între persoană și persoană, între timid și netimid.

Timiditatea sistematizată, autentică (Dugas, 1903) se dezvoltă prin meditația timidului asupra posibilității de a se intimida, expectația eșecului, conflictul între Eul spiritual și cel social, între Eul fundamental și Eul secund (Bergson), între Eul manifest și Eul latent. Cu cât timidul este mai intelectualizat, cu atât această dedublare este mai mare.

Astfel, se poate spune că specific timidității brute, spontane este conflictul interpersonal, iar timidității sistematizate conflictul intrapersonal. Circuitul între aceste două tipuri de conflict este atât de la exterior spre interior, cât și de la interior spre exterior. Conflictul interpersonal, prin repetare, generalizare forțată se fixează, se interiorizează în conflict intrapersonal, iar acesta, prin mecanismele de apărare ale Eului, se exteriorizează în conflict interpersonal, "creînd" noi persoane - stimuli negativi.

Schematic, am putea prezenta aceste procese conflictuale astfel:



Complexul de inferioritate, așa cum a fost definit de Freud (1906), poate conduce la timiditatea autentică, sistematizată, formată prin cronicizarea și sistematizarea timidității brute, spontane.

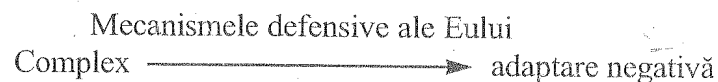
Complexul în viziunea lui Jung (apud Mucchielli R. 1971) este responsabil de instalarea timidității condiționate, formate prin legea asociației, în urma unui lanț de eșecuri.

De asemenea, Freud, definind complexul ca "organ de dezvoltare psihică" (Mucchielli, 1971), ne amintește că timiditatea autentică este un autoconstruct, o suprastructură maladivă, rău integrată în structura personalității. Ideea compensației și supracompensației lansată de Adler (1907) este esențială pentru înțelegerea timidității.

Timiditatea pornește de la un sentiment de inferioritate, care poate fi real sau imaginar, dar mecanismele defensive ale Eului (apud Claparede, 1936) declanșează procesul compensației și supracompensației, care transferă sentimentul de inferioritate din zona normalului în zona marginalității normalului, transformându-l în complex.

Mecanismele operatorii ale complexului (Mucchielli 1971) sînt perfect funcționabile în timiditate. Percepția timidului se transformă, prin anticipare și reprezentare negativă, prin mecanismul asociației afective, în a percepție negativă. Procesele cognitive, raționamentul afectiv, pasional, specific timidității, conduc la formarea de false concepte. Atît timiditatea brută, cât și cea sistematizată se automatizează în deprinderi negative.

În comparație cu conflictul, care conduce la blocarea acțiunii, complexul duce la adaptarea negativă:



Frustrarea se apropie de timiditate prin "faptul că se produce numai în cazul unui raport social, în condițiile unui conflict motivațional uman, implică cu necesitate actul evaluării și interpretării, prin care persoana frustrată atribuie conduitei persoanei frustrante reaua intenție, acțiunea în sensul privării unui drept" (Rudică, 1979). Acesta, la timid, este dreptul la dragoste, la simpatia necondiționată a semenilor.

Un alt argument al apropierii între timiditate și frustrare este conștiința unei stări de privațiune.

Stresul este de asemenea structural și structurant în raport cu fenomenul timidiității. Anticiparea răului, tensiunea afectivă, neliniștea sînt specifice atît stresului, cît și timidiității. Schematic, acțiunea frustrării și stresului poate fi reprezentată astfel:

Frustrare, stres $\longrightarrow$ inadaptare socială.

Toți acești factori: conflictul, complexul de inferioritate, frustrarea, stresul conduc la concentrarea personalității timide pe Eu, la afectivizarea relațiilor sociale și expectanța simpatiei necondiționate, la ambivalența socio-afectivă (nevoia și fuga de oameni), indecizia între autosubestimare și autosupraestimare, pînă la disocierea Eului între componenta individuală și cea socială.

V. Factorii socio-educationali

Cauzele endogene nu acționează izolat, ci într-o relație indisolubilă cu cauzele exogene. Timiditatea fiind o "socio-fobie", în producerea ei raporturile timidului cu gru-

pul - familia, școala, grupul profesional, societatea în general - au un rol specific. Dacă greșelile educative nu ar exista, nu ar orienta negativ predispozițiile înnăscute ale timidului, timiditatea ar apărea accidental sau în împrejurări excepționale, care s-ar agrava numai pe un teren congenital foarte receptiv (M. Ghivirigă). Hiperemotivul ar deveni mai degrabă artist decît timid, iar reprezentantul tipului de sistem nervos slab ar rămîne un om liniștit, retras, puțin melancolic, dar fără complexe de inferioritate și fără crize de intimidare.

Greșelile educative accentuează însă tendința înnăscută de orientare spre pozițiile de retragere, atitudinea de permanentă defensivă a candidatului posibil la timiditate. În lucrarea "Defectele părinților", A. Berge (1967) analizează o serie de defecte ale părinților, cum ar fi: incapacitatea de a iubi, teama, hiperprotecționismul, perfecționismul, spiritul posesiv, narcisismul, nervozitatea. Aceste defecte ale părinților pot duce la actualizarea fondului nativ de timiditate al copiilor lor.

Lipsa de dragoste în familie poate accentua și dezvoltarea timidității. Această lipsă de dragoste se poate datora următoarelor situații: cînd copilul nu a fost dorit în familie; cînd apare concurența între mamă și fiică (mama, îmbătrînind, vede în fiica ajunsă la strălucitoarea frumusețe a adolescenței o rivală), deci o cauză freudiană; ura din copilărie a unui părinte față de tatăl său este transferată de acesta copilului său față de el. Părintele își imaginează că este urmărit de un fel de lege a talionului. El atribuie fiului său unele sentimente filiale pe care le-a cunoscut, asemănîndu-se cu regii din legendă care vor ca urmașul lor să fie ucis încă din leagăn pentru că oracolul le-a prezis că tînărul prinț va deveni într-o zi patricid. Un copil interiorizat și cu un sistem nervos slab, care nu este nici iubit în familie și simte acest

lucru, se va închide și mai mult în sine, se va teme și mai mult de oamenii din jur.

Hiperprotecționismul este un defect al părinților izvorât din teamă și dintr-un excesiv simț de proprietate. Acești părinți își imaginează idealul pentru copilul lor, acela de a fi pus în vitrină și de a nu fi scos decât pentru a fi arătat vizitatorilor de seamă. Copilul hiperprotejat nu va dobândi încredere în sine și siguranță în viață. El pare să fie destinat să rămână mereu timid, să se simtă întotdeauna, chiar când va deveni adult, în stare de contravenție ori de câte ori va manifesta o oarecare tendință de a deveni independent. Este pregătit pentru o existență ștearsă, un sentiment permanent de inferioritate, în afara unor răbufniri posibile de revoltă care îl salvează sau care îl aruncă în extrema cealaltă.

Perfecționismul. Părinții doresc în acest caz să-și transforme copiii în cei mai cuminiți, mai inteligenți, cei mai curajoși, cei mai cei din lume. A cere unui copil mai mult decât poate să dea înseamnă a risca să obții mai puțin decât ar fi putut da. Copilul părinților perfecționiști fie că nu mai îndrăznește să trăiască, fie că face contrariul lucrurilor care i se cer. În primul caz el devine timid, pasiv, își pierde originalitatea, în cazul opus poate deveni delincent.

Nervozitatea este unul dintre defectele majore ale părinților. Se poate spune că este un superdefect. Cum reacționează copiii la nervozitatea părinților? Fie că-și imită înfricoșătorii părinți, fie că, dimpotivă, devin timizi și abia îndrăznesc să spună ceva, neavînd curajul să dezvăluie ceea ce au pe suflet.

Lipsa de concordanță în exprimarea cerințelor față de copil duce la dezorientarea acestuia, la nesiguranță în atitudini și acțiuni. Copilului îi lipsește un model cert, o soluție

sigură pentru o situație tip. Lipsa de încredere în sine și de inițiativă, lipsa de curaj și spontaneitate pot proveni din dezacordul amintit.

Narcisismul părinților este o greșală aparte. În loc să se oglindească într-un lac ca Narcis, ei se oglesc în persoana copiilor lor. Deosebirea dintre perfecționist și narcisist constă în faptul că primul este mereu nemulțumit, iar al doilea este în general mulțumit. Părintele perfecționist se supără pe copil dacă acesta este criticat, în timp ce părintele narcisist în aceste împrejurări se supără pe cel ce formulează criticile.

De ce suferă copilul unui părinte narcisist? El se teme că nu este atît de remarcabil pe cît își închipuie alții. Dar și prea multă admirație îl face deseori mai mult timid decât încrezător în sine. Narcisismul părinților dezvoltă la copil sentimentul că el este punctul de atracție al tuturor celor pe care îi întâlnește. Unui copil cu predispoziție spre timiditate îi va fi foarte greu să acționeze după propria conștiință. Ceilalți îi vor ține loc de conștiință, o conștiință foarte schimbătoare și superficială. În felul aceste timiditatea lui se va accentua.

Toate aceste defecte ale părinților se întîlnesc și la profesori. Lipsa de dragoste din familie se transformă în lipsa de dragoste a profesorului față de elevi. Lipsa de dăruire profesională și umanistă va fi resimțită de toți elevii, dar mai ales de cei timizi care au nevoie, pentru a răspunde cu succes sarcinilor școlare, de mai multă afecțiune decât ceilalți elevi. Elevii timizi simt o nevoie vitală de a se ști înțeleși, protejați (nu hiperprotejați), de a ști că profesorul nu le este ostil sau indiferent. Ostilitatea profesorilor față de elevii timizi îi determină pe aceștia să învețe din obligație, dar le neutralizează originalitatea, dorința de afirmare. Indiferența îi îndepărtează de școală și de profesor poate mai mult decât

ostilitatea, pentru că ei nu concep să nu fie în atenția celorlalți într-un fel sau altul. Iar când realizează acest lucru se simt dezorientați, neajutorați. Indiferența profesorilor față de elevii timizi poate conduce la tratarea nenuanțată a lor. Tratarea nediferențiată a elevilor timizi se poate concretiza în: ascultarea elevului timid chiar în ziua când are loc o inspecție; nesalvarea elevului timid de hazul și critica colegilor când acesta face o gafă sau dă un răspuns greșit la lecție; lipsa de tact care se manifestă prin expresii ce-i amintesc elevului că este timid, îi fac publică timiditatea, accentuându-i-o.

Hiperprotecționismul școlar se manifestă în foarte multe forme, însă nu toate sînt legate de timiditate. Dacă fenomenele cunoscute și acceptate într-o anumită măsură, al haloului, de exemplu, au efecte reduse la netimizi, la timizi ele pot conduce la accentuarea timidității.

Perfecționismul școlar se concretizează prin impunerea unor sarcini prea greu de rezolvat pentru elevii timizi.

Nervozitatea profesorului determină instalarea unei atmosfere de tensiune în clasă, deloc favorabilă desfășurării procesului instructiv și mai ales educativ. Pedepsirea elevului timid pentru greșeli minore sau chiar majore trebuie făcută cu grijă, deoarece poate duce la accentuarea timidității (timidul exagerează importanța pedepsei). Este poate mai util pentru timid încurajarea unei conduite mai libere, permițându-i să se mai abată uneori de la regulile prestabilite, pedepsindu-l cu bunăvoință.

Competiția, a fi primul (Zimbardo, 1979) reprezintă una din exigențele anumitor medii și grupuri sociale, care constituie o cauză exogenă a timidității. Societățile construite pe principiul competiției și succesului personal sînt generatoare de condiții favorabile instalării timidității.

Etichetarea și atribuirea (Zimbardo, 1979). Adevărată sau falsă, eticheta inversează raportul firesc cauză-efect. Dacă în mod normal o reacție neadecvată sau un lanț de reacții neadecvate ar putea conduce la etichetarea unei persoane ca timidă, punerea unei etichete și exploatarea ei cu sau fără acoperire poate genera timiditate, transformînd-o din prejudecată în cauză a ei (tendința de a te conforma expectanțelor celorlalți). O etichetare reprezintă totdeauna o concentrare de fapte, o generalizare socială și are puterea generalizării și a experienței sociale.

Conflictul status-rol-sine. Când între rol-status și sine există o neconcordanță, care poate evolua pînă la opoziție și conflict, acestea disociază Eul în Eul social manifest și Eul individual latent, între personaj și persoană (Alexandrescu I., 1988). Astfel este alegerea unei profesii care necesită calități (care la timizi sînt deficitare), cum ar fi: viteza mare de reacție, atenție distributivă, întreținerea unor relații permanente cu publicul, luarea unor decizii rapide.

Un rol deosebit de important în evitarea eșecului sau insuccesului profesional îl are orientarea școlară și profesională, ca și testarea psihologică a candidatului la angajare.

Învățarea socială negativă. În acest tip de învățare esențiale sînt răspunsul anticipativ (Miller și Dollard, 1941), care la timid este negativ, condiționarea emoțiilor și nu a comportamentului (Mowrer, 1960), în cazul timidului a emoției de teamă, medierea centrală, intelectuală a învățării sociale (Bandura, 1966), intelectualismul timidului (apud Mureșan P., 1980).

Alte procese implicate în învățarea socială negativă sînt autosugestia negativă pentru eșec, imitația negativă a timizilor, hipermotivația, superconștientizarea, antrenamentul eșecului.

Dacă în literatura de specialitate s-a afirmat că timiditatea acționează fie asupra actelor, fie asupra gândirii, fie a sentimentelor, din avansarea ipotezei factorilor structuranți și structurali ai timidității s-a constatat că timiditatea afectează întreaga personalitate, dar în grade diferite, în funcție de predominarea unora sau altora dintre factori.

Astfel, putem concluziona:

1. Timiditatea este o tulburare de personalitate care gravitează în jurul perturbării conștiinței de sine de auto și interesimare.

2. Obiectul timidității îl constituie teama de oameni, de prezența sau reprezentarea lor. Dacă această teamă poate fi reală, o amenințare reală din partea oamenilor în cazul timidității situaționale, specific timidității autentice este amenințarea mai mult imaginară, presupusă.

3. Conținutul acestui fenomen este configurat prin interacțiunea anumitor factori endogeni și exogeni, cu predominarea unora sau altora, în grade și forme diferite.

4. În literatura de specialitate nu s-a precizat în ce sferă poate fi inclus acest fenomen, a normalului sau a patologicului. Timiditatea se desfășoară pe un traseu larg, de la normal (timiditatea brută, spontană) până la granița normalului cu patologicul (timiditatea sistematizată, autentică, numită și „sala de așteptare“ a nevrozelor).

5. Efectul acestei tulburări a personalității este inadap-tarea socială sau adaptarea negativă.

Ca urmare, avansăm următoarea definiție a timidității: timiditatea este o tulburare afectogenă a personalității, a conștiinței de sine, de auto și interesimare, care se manifestă

în prezența oamenilor sau a reprezentării lor și determină inadap-tarea sau adaptarea negativă.

Această definiție preexperimentală va fi completată cu una operațională, rezultată în urma experimentului terapeu-tic, care pune în evidență structura internă a timidității: fac-tori generali, factori particulari și factori individuali (a se vedea concluziile finale).

Bibliografie

1. Adler A. (1991), **Cunoașterea omului**, Editura Științifică, București.
2. Alexandrescu I. (1988), **Persoană, personalitate, personaj**, Editura Junimea, Iași.
3. Allport G.W. (1981), **Structura și dezvoltarea personalității**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
4. Chelcea S. (1983), **Eu, tu, noi. Viața psihică: ipoteze, certitudini**, Editura Albatros, București.
5. Cosmovici A. și colab. (1972), **Metode pentru cunoașterea personalității**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
6. Crăciunescu R. (1980), **Intro-extraversiunea**, teză de doctorat.
7. Dugas L. (1903), **La timidité. Etude psychologique et morale**, Alcan, Paris.
8. Dugas L. (1921), **Les grands timides**, Alcan, Paris.
9. Dugas L. (1925), **Les timidité, dans la litterature et l'art**, Alcan, Paris.
10. Dumas G. (1932), **Nouveau traité de psychologie**, vol. 2, Alcan, Paris.
11. Fraisse P., Piaget J. (1970), **Traité de psychologie expérimentale**, vol. 5, PUF, Paris.
12. Jung C.G. (1975), **L'homme et la découverte de son ame**, Payot, Paris.

13. Lacroix J. (1936), **Timidité et adolescence**, Alcan, Paris.
14. Leonhard K. (1979), **Personalități accentuate în viață și literatură**, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
15. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implozie counselling and conditionning approaches**, în *A.E.P. Journal*, vol. 6.
16. Mucchielli R. (1971), **Les complexes personnels**, E.S.F., Paris.
17. Mureșan P. (1970), **Învățarea socială**, Editura Albatros, București.
18. Owen R. (1987), **The relationship between social anxiety and need for approval shyness**, dissertation abstract.
19. Roscheblave-Spenlé A.M. (1970), **Psychologie du conflict**, Paris.
20. Rudică T. (1977), **Curs de psihopatologie, psihologie medicală în psihoterapie**, Editura "A.I. Cuza", Iași.
21. Rudică T. (1984), **Niveluri ale conduitei umane**, Editura Junimea, Iași.
22. Rudică T. (1990), **Maturizarea personalității**, Editura Junimea, Iași.

Capitolul III

Mecanismele psihologice ale timidității. Dinamica internă a timidității

Am analizat fenomenele structurale și structurante ale timidității, care sînt: teama, complexul, fobia, introversia, distimia, conflictul, frustarea, stresul. Toate acestea acționează prin intermediul unor mecanisme psihologice proprii asupra întregii personalități timide.

Timiditatea, fiind o tulburare a personalității, circularitatea funcțional-cibernetică a psihicului este perturbată în psihologia timidității, iar feedback-ul se constituie într-un mecanism psihologic fundamental, înțeles ca model operatoriu de autoconstrucție a timidității, marcat de negație și supracompensație. Ne propunem să analizăm cîteva dintre cercurile vicioase ale timidității, ca mecanisme psihologice ale ei.

1. PERCEPȚIE
NEGATIVĂ

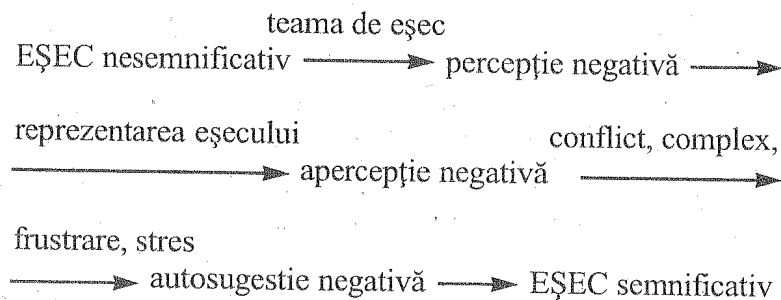


APERCEPȚIE
NEGATIVĂ

O persoană nu a reușit să aibă o reacție adecvată într-o anumită situație. Această situație nu este semnificativă prin ea însăși, însă secundaritatea timidului o va transforma în stimulul unui șir de nereușite asemănătoare: **teama de eșec.**

TEAMA DE EȘEC (emoția negativă de teamă) atrage într-o consonanță negativă și mediază fenomenele intelectuale de reprezentare negativă și anticipare a eșecului și pe cele motivațional-conflictuale de autosugestie negativă.

Astfel:



A.D.: "Țin minte că alergând prin clasă am răsturnat vaza de flori peste catalog. Pentru mine acest lucru a fost catastrofal și cred că de atunci am început să mă închid în mine. Mă deranjează orice observație și dacă fac o greșală cât de mică, mă mustră conștiința săptămîni în șir." (Jurnal intim).

inducție negativă

2. HIPERSENSIBILITATE → HIPOEXPRESIVITATE

Este unanim admis că timidul, prin natura sa, este un emotiv. Hipersensibilitatea timidului se manifestă printr-o reactivitate interioară exagerată, și anume prin frecvență, intensitate, durată, extensiune, printr-o sensibilizare difuză și mobilizare energetică necontrolată. Hiperemotivitatea timidului provoacă prin inducție negativă inhibiția totală sau incompletă a actelor voluntare, de gândire, vorbire, compor-

tament, de unde efectul de "paralizie" sau dezorganizare a acestora în funcție de intensitatea stimulilor. Astfel, apar manifestări de stîngăcie în timiditatea volitivă, de stupiditate în timiditatea intelectuală și de stupoare în cea afectivă sau toate aceste forme manifestate la un loc în timiditatea constituțională, sistematizată în grade diferite: de la agitație la inerție, de la gol la haos.

A.D.: "Această sensibilitate mă face să mă simt deseori în afara celorlalți pe care îi cunosc, iar relațiile mele cu cei din jur constituie pentru mine o problemă. De multe ori nu pot să mă manifest în mod firesc, într-un grup oarecare de cele mai multe ori nu particip la discuții, iar atunci cînd mă duc la o petrecere mă simt oarecum străină." (Jurnal intim).

AFECTIVITATEA este marcată de hipersensibilitate, anxietate, fobie, introversie, distimie, care prin intermediul mecanismelor de intempestivitate (disproporție între cauză și efect), perseverare (tendință la repetiții, stereotipii), hipermnezie (incapacitatea de a încheia acțiunile) mai ales pentru stimulii negativi (Erikson, Davis, 1955), obsesie, fixație, determină următoarele procese specifice timidității:

a) **afectivizarea relațiilor sociale.** Timidul construiește edificiul relațiilor sale sociale pe un criteriu unic, acela al simpatiei sau antipatiei semenilor lui. Toate celelalte criterii, de interacțiune cognitivă, interese, influență, sînt subordonate relației afective.

b) **generalizare afectivă.** Timidul este un om al extremelor. Pentru el nu există cale de mijloc. El interpretează relațiile sociale fie ca foarte favorabile, fie ca foarte nefavorabile. Această nediferențiere este rezultatul afectivizării sociale, deoarece funcția afectivității este de globalizare, unificare și nu de disociere, ca a raționamentului. Rousseau, un mare timid, recunoștea: "a fi iubit de toți cei de care mă apropiam era cea mai vie dorință a mea" (L. Dugas, 1921).

c) **ambivalența socio-afectivă**: Nevoia și în același timp fuga de oameni, gustul pentru singurătate și dorința ardentă de sociabilitate, bogăția afectivă și sărăcia expresiv-comportamentală se explică prin disocierea între conținutul afectiv bogat și forma de exprimare a acestui conținut, săracă, redusă. La acest nivel este afectată funcția socială a emoției, de comunicare, capacitatea empatică, de transpunere în situația interlocutorului.

S. Marcus (1987) descrie trei mecanisme psihologice ale empatiei: condiția externă (un model de comportament), condiția internă (sensibilitate, imaginație, dorință de comunicare), credința în convenție. Dacă cea de-a doua condiție, cea internă, este asigurată la timid, condiția externă a modelului și credința în convenție nu sînt respectate. Timidul este prin definiție un aconvențional.

funcția socială
a emoției

3. NEVOIA DE OAMENI —————> FUGA DE OAMENI

Afectivitatea timidului pendulează dureros între nevoia și fuga de oameni. Sufletul timidului este avid de simpatie, prietenie, dragoste. Această necesitate acută se explică prin faptul că viața afectivă interioară a timidului este foarte bogată, trăirile sale sînt mai intense, mai profunde și mai stabile decît la majoritatea oamenilor. Și totuși, deși timidul resimte simpatia ca pe o necesitate vitală, el este mereu nesatisfăcut de ceea ce primește, pentru că într-adevăr primește foarte puțin. (El nu știe să-și regleze contururile între a primi și a da.) Și primește foarte puțin pentru că dă foarte puțin. Cum se explică această contradicție, acest sentiment ambivalent care îl torturează pe timid: "nevoia și fuga de oameni"?

Timidul nu posedă de la natură dispoziția de a simpatiza cu ușurință cu semenii, de a-și transmite sentimentele, de aceea comunicarea interindividuală afectivă este deficitară la timid. Lipsa de "magnetism social" a timidului se datorează introversiei, elementul nodal al timidității și experienței afective negative pe care el a acumulat-o. Timidul autentic se intimidează atît în fața unui public numeros, cît și în fața unei singure persoane, atît în prezența străinilor, cît și a persoanelor familiare. În fața unui public numeros compus din persoane diferite el simte imposibilitatea reală de a simpatiza cu toți, căci - raționează timidul - aceleași motive pentru care el ar putea fi simpatice unora îi pot aduce antipatia altora. Mai mult, un public numeros este în mare parte un public necunoscut și cu necunoscuții timidul nu poate avea puncte de contact.

Cînd este intimidat de persoane cunoscute, familiare, este pentru că își dă seama pînă la ce punct simpatia lor față de el este veritabilă, pentru că a măsurat abisul care separă gîndirea și sentimentele lor de ale lui. Foarte frecventă este timiditatea între părinți și copii. Această timiditate, ascunsă de familiaritatea exterioară, este reală și dureroasă de ambele părți. Timiditatea poate subzista în cea mai mare intimitate.

Persistența timidității afective explică timiditatea atît în discuțiile banale, cît și în cele elevate. În discuțiile elevate, timidul se teme că nu este capabil să se ridice la acest nivel; această teamă îi "paralizează" atenția și inteligența, încît el ajunge cu adevărat la acest rezultat. Iar acest eșec, fixat în memorie, actualizat și supraevaluat, va declanșa o reacție în lanț de eșecuri în raport cu orice discuție elevată. Discuțiile banale sînt considerate de timid nedemne pentru

el, deoarece în timpul lor nu se realizează un schimb real de idei și sentimente, iar timidul disprețuiește "pălăvrăgeala".

Timidul se teme ca sentimentele sale delicate și originale să nu fie interpretate greșit, vulgarizate, banalizate. De asemenea, el se teme de a nu-și profana singur sentimentele, de a nu le putea reda sau de a le reda greșit; se teme să nu pară exagerat când nu este decât sincer. Această teamă, care se suprapune peste dificultatea reală de a comunica, este o cauză psihologică a timidității afective. Și astfel timidul rămîne un izolat, cu foarte multe dificultăți de comunicare afectivă cu semenii.

A. D.: "Eu cred că o prietenie adevărată stă la baza tuturor lucrurilor; fără prieteni te simți foarte singur, iar singurătatea duce la deprimare. Și eu am știut ce înseamnă să fii singur și să-ți treacă prin cap tot felul de gânduri, unele chiar absurde. Dar mi-am găsit un remediu în culegerile de probleme." (Jurnal intim).

4. ATENȚIA → SEMIATENȚIA → NEATENȚIA

Emoția are efect pozitiv, stimulator, dar și negativ, inhibitor. Atunci când depășește o anumită limită specifică subiectului, emoția dezorganizează atenția, transformînd-o în semiatenție sau chiar în neatenție, dispersia atenției sau incapacitatea de a se fixa. Totuși, există un fenomen aparent contradictoriu: pe de o parte, neatenție exterioară, pe de altă parte, concentrarea atenției asupra propriei persoane. Acest mecanism a fost pus în evidență și de Crozier W. R. (1982) în urma experimentului său. De asemenea, Timberlake M. H. (1985) consideră atenția îndreptată asupra propriei persoane și inversarea perspectivei actor - spectator drept factori cauzali ai timidității.

5. MEMORIA



La timid, memoria, fiind filtrată de repertoriul specific, selectează din exterior informațiile cu cea mai mare încărcătură afectivă și în mod paradoxal negativă.

Raționamentul, și el de natură afectivă, și mai ales imaginația fabulatorie acționează asupra informației înmagazinate, transformînd evocarea în postevocare, semievocare, ajungînd pînă la falsă evocare (din cum a fost, așa cum ar fi vrut să fie).

6. HIPERAUTOANALIZĂ → DISOCIEREA EULUI → INACȚIUNE → RAȚIONAMENT POSTACȚIONAL

Raționamentul timidului este unul afectiv, pasional, bazîndu-se pe indicii și nu pe date complete, conducînd la formarea unor false concepte, care pot fi numite implexe (apud Mucchielli, 1972).

B.M.: "Cu timpul am reușit să revin în vîrf, dar numai în cercul prietenilor buni, cînd nu mă gîndesc la părerea lor despre mine."

Pare o butadă, dar timidul devine inteligent abia după ce totul a luat sfîrșit (raționament postacțional). În afara situației stresante, timidul se caracterizează printr-o preocupare mai mare pentru gîndire decât pentru acțiune, este înclinat mai mult către gîndirea abstractă decât spre cea concretă. Timiditatea deformează răspunsurile inteligente, spontane, dar favorizează actele reflectate. Spiritul analitic al timidului, hipertrofiat de centrarea pe Eu, intră în funcțiune în momentul acțiunii. Atenția timizilor, în loc să fie îndreptată

spre alții și spre acțiune, se îndreaptă spre interior. Timidul începe să se analizeze cu un sentiment de panică. În acel moment, el se dedublează în Eul individual-sentimental, cel analizat, și Eul social - judecător al emoțiilor Eului individual. Această dedublare și autoanaliză critică se interpune între începutul și sfârșitul acțiunii, blocînd-o. Intensitatea intimidării depinde de intensitatea dedublării și exigența critică. Dar nu numai analiza critică este intimidantă, ci și reprezentarea eșecului, pentru că, indiferent de situație, timidul își reprezintă o situație negativă, ostilă lui.

C.R.: "La ore adesea nu ridic mîna, cu toate că știu, de teamă că voi fi întrebată de colegii mei: Mai tare nu poți să vorbești?"

Limbajul verbal și nonverbal

La timid limbajul intern predomină asupra limbajului extern. Limbajul extern, comunicarea atunci cînd se manifestă are caracteristicile limbajului intern, fiind sincopată, supraconcentrată, lapidară și fragmentară; timidul prezintă concluziile raționamentului său, nu și desfășurarea lui, neimplicînd interlocutorul în acest demers.

Neconcordanța limbajului verbal cu cel nonverbal este tot o caracteristică a limbajului intern, care se manifestă în limbajul extern al timidului, în comunicare. Relația de comunicare este profund tulburată la timid, la toate verigile acesteia: emițător, cod, mesaj, receptor.

Emițătorul (timidul) are un cîmp de referință reprezentat de neîncrederea în sine, nesociabilitate, susceptibilitate. Ca urmare, el emite un mesaj în care componenta cognitivă, pe care dorește să o transmită explicit, se împletește cu componenta afectivă implicită, care va transmite o primă contradicție la nivelul mesajului. Indiferent de me-

sajul informațional, acesta va purta amprenta neîncrederii în sine, dar și în alții, nevoia, dar și teama de comunicare. Deci timidul transmite informația (mesajul cognitiv), dar și neîncrederea în ea (mesajul afectiv).

Așteptarea timidului este și ea contradictorie: pe de o parte timidul se așteaptă la o simpatie necondiționată din partea interlocutorului, pe de altă parte el este susceptibil, nu are încredere în celălalt. Atît contradicția de la nivelul mesajului, cît și cea de la nivelul așteptării se transmit receptorului și deci interlocutorului. Cîmpul de referință al acestuia este de cele mai multe ori necunoscut pentru timid, datorită nedevelopării capacității sale empatice; el va emite un feedback care va reflecta în mod pasiv sau activ (întărit) mesajul disonant al timidului.

mecanisme de apărare
ale Eului

7. COMPLEX —→ SUPRACOMPENSAȚIE DE INFERIORITATE

Timidul autentic este o persoană cu un puternic complex de inferioritate (Dugas, 1903, Chartier, 1990).

A.D.: "Nu înțeleg de ce nu poate exista cineva care să mă accepte așa cum sînt!"

Dacă acest complex nu este totdeauna anterior instalării timidității, el este în mod definitoriu posterior ei, deoarece timiditatea constituie obstacolul social responsabil de cele mai multe insuccese ale timidului.

C.R.: "De multe ori nu mă jucam doar de teamă să nu rîdă ceilalți copii de mine."

Nevoia de succes și apreciere, fiind o condiție vitală a autorealizării și neputînd fi satisfăcută la timid, conduce la hipertrofierea mecanismelor de compensație ale Eului (A. Freud, 1965).

În realitate, așa cum vom vedea, aceste mecanisme de compensație ale Eului, hipertrofiate, se transformă în cauze psihologice ale timidității. Trecerea compensației în supra-compensație (atît pozitivă, cît și negativă) reprezintă mecanismul care întreține și întărește circularitatea vicioasă a timidității.

A.I.: "Unii cred că sînt prea încrezută sau mă consider superioară lor și de aceea nu vorbesc cu ei, însă mie îmi este teamă să nu mă ia în rîs."

Supracompensația poate fi numită schema organizatoare responsabilă în ultimă instanță de acel construct semi-patologic, care este timiditatea. La timid, la nivelul factorilor afectogeni se produce o primă alterare a imaginii de sine - narcisismul; la nivelul factorilor psihointelectuali o altelare de gradul doi - disocierea Eului; la nivelul conștiinței o alterare de gradul trei - reconstrucția Eului absolutist, supracompensat.

La toate aceste niveluri se realizează treptat o înstrăinare a mecanismelor de compensație de rolul lor: din mijloace pentru reconstrucția personalității ele devin scopuri în sine, compensație în sine, pentru sine, fără agent corector (celălalt), supracompensație goală, într-un circuit închis.

Adler clasifică următoarele mecanisme de compensație ale Eului: compensația eroică, protectoare, agresivă, derivatoare.

Compensația eroică se întâlnește la indivizii înzestrați cu un puternic amor propriu, care suferă de o inferioritate de natură organică. Ei își simt inferioritatea ca un fel de sfidare care le stimulează instinctul combativ. Și pentru a fi siguri de reușită ei nu se mulțumesc cu compensația, ci supracompensează. Demostene este un exemplu tipic. Nu numai că și-a biruit defectul de pronunțare și timiditatea,

dar a devenit și cel mai mare orator al timpului său. Asemănător este Beethoven, atins de surzenie. Adler prezintă o statistică după care 70% dintre pictori ar suferi de un oarecare defect de vedere. Acest tip de compensație este pozitiv și singurul care oferă o răscumpărare a inferiorității prin calități superioare celor absente. Această răzbunare legitimă a binelui contra răului, a dreptății contra nedreptății se întâlnește în creația populară, care a oglindit-o în multe mituri și povești: de exemplu, Cenușăreasa, Prichindelul. Aici vedem pe cel mai mic, slab și disprețuit învingînd pînă la urmă răutatea fraților mai mari și destinul, datorită înțelepciunii și răbdării lui.

Compensația protectoare nu prezintă eficiența compensației eroice. Cînd individul care suferă de o inferioritate nu este capabil să o depășească, dezvoltîndu-și aptitudini superioare care să o compenseze, și cînd nu-i destul de "filozof" ca să accepte să fie inferior altora, el va adopta simularea. De exemplu: mincinosul sau palavragiul care caută cu atît mai mult să strălucească cu cît simte nulitatea sa. Simularea face parte din psihologia parvenitului, a cărui întreagă activitate urmărește să mascheze inferioritatea originii sau a culturii sale. Copilul care suferă de inferioritate va lua înfățișarea unui individ tare. Acesta este un semn de slăbiciune, pentru că cel cu adevărat tare nu are nevoie să se laude. Delirul de grandomanie nu are rațiune de a fi decît pentru a compensa o slăbiciune reală.

Compensația consolatoare reprezintă o îndepărtare de realitate, refugiul în ficțiune și reverie. Cerem visului autoritatea și puterea pe care ni le refuză realitatea. Copilul umilit și neavînd destulă putere să răspundă își dorește puterea uriașului din poveste pentru a-l pedepsi. Dar cîteodată aceste reverii capătă o dimensiune neliniștitoare. Unii copii

trăiesc în acest univers imaginar construit de ei. Vorbesc despre frați imaginari cu aceeași siguranță ca și cum ar vorbi despre persoane reale. Acest delir nu este primejdios în sine. El este semnul unei suferințe secrete. Această fugă de realitate poate să evolueze pînă la somnambulism. Dar acest tip de compensație consolatoare poate avea și aspecte pozitive. Producții compensatoare la adulți sînt toate creațiile în care autorul se zugrăvește așa cum ar vrea să fie, luînd conturul situației sale reale: tristețea clovnului este proverbială, după cum și temperamentul melancolic al umoriștilor.

Moliere a negat boala sa în "Bolnavul închipuit" pentru că era adînc torturat de starea sănătății sale. De asemenea s-a remarcat adesea că Germania a produs cea mai optimistă și idealistă literatură pe care o cunoscut-o vreodată lumea, tocmai în momentul cînd nemții gemeau sub călcîiul lui Napoleon.

Compensația derivatoare. Nefiind capabil de a realiza lucruri mari, individul se va înșela pe sine însuși și poate și pe alții, dînd atenție lucrurilor mici. Astfel, un elev puțin inteligent va face totuși impresie bună în clasă învățînd mecanic lecțiile, compensînd reflecția prin memorizare și prin disciplină ("micul sfînt"). Un alt exemplu: copilul ros în subconștientul său de ambiție în loc de a tăinui o anumită inferioritate o scoate la iveală, o exagerează și o exploatează. El își va cuceri astfel importanța pe care cei din jurul său i-o refuzau. Exploatarea infirmității urmărește două scopuri: atrage atenția asupra copilului respectiv, deformînd critica și autocritica. Aceste mobiluri inconștiente sau semiconștiente constituie rădăcina mai multor manifestări isterice și simptome ale nervozității infantile.

Compensația agresivă. Agresivitatea se poate manifesta în două direcții: asupra celorlalți și asupra subiectului

însuși. Agresivitatea compensatorie, care este orientată împotriva celorlalți, se manifestă prin înjosirea celor care sînt superiori subiectului. Dacă nu sîntem capabili să ne ridicăm pe noi înșine, aplicînd în mod elementar principiul relativității, vom înjosi pe alții, și anume pe cei care ne fac umbră. Sîntem mai adesea bîrfitori din cauza vanității decît din cauza răutății, spunea La Rochefoucauld.

Compensația agresivă, numită și răzbunătoare pentru că ne determină să ne răzbunăm pe alții din cauza propriilor noastre lipsuri, poate lua și o înfățișare mai tragică. Ea determină copilul la sinucidere. Evident că sinuciderea nu este o compensație, dar gîndul care a dictat-o are rol compensator.

Orice formă ar lua compensația, există un sentiment pe care acesta nu-l poate învinge: susceptibilitatea. Aceasta este o sensibilitate cu totul specială față de tot ceea ce este în legătură cu complexul de inferioritate. Este reacția uneori violentă de apărare pe care o provoacă atingerea punctului sensibil și care trădează existența unui complex.

Toate aceste categorii de compensații se întîlnesc și la timid, avînd însă specificul timidității. Să urmărim funcționarea acestor mecanisme de compensație ale Eului la timid.

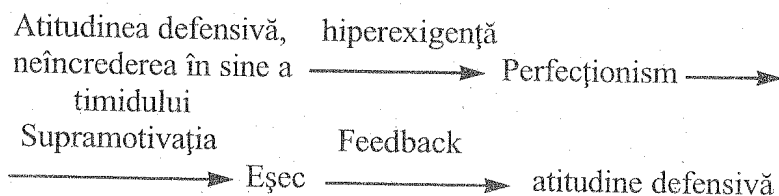
Compensația eroică

Perfecționismul

Timidul este hipermotivat și scrupulos. El ezită să înceapă acțiunea de teamă să nu rateze perfecțiunea, iar o dată începută, activitatea este reluată iar și iar (perseverare), tinzînd către perfecțiune. Perfecțiunea însă nu va fi atinsă tocmai datorită neîncrederii funciare a timidului în propriile lui forțe și a nemulțumirii sale permanente. Teamă de a nu atinge perfecțiunea este cauza perfecționismului său și inclusiv a eșecului.

D.A.: "Nu-mi doresc decât să fiu frumoasă, inteligentă, sociabilă."

Perfecționismul sau maladia absolutului provine din atitudinea defensivă a timidului față de viață și oameni care funcționează ca un mecanism de supracompensatie. Cercul vicios al perfecționismului poate fi reprezentat grafic astfel:



Hiperexigența

Datorită opacității sale sociale și autoizolării, timidul este dificil de cunoscut de către grup sau fals perceput prin prisma eșecurilor sale sociale reale sau autoreprezentate. Prin efectul haloului subestimarea socială a timidului este extinsă de către grup și de către timidul însuși prin feedback la întreaga sa personalitate. Ca urmare, timidul își fixează scopuri greu de atins, supracompensatorii, pentru a corecta această imagine de sine neconvenabilă.

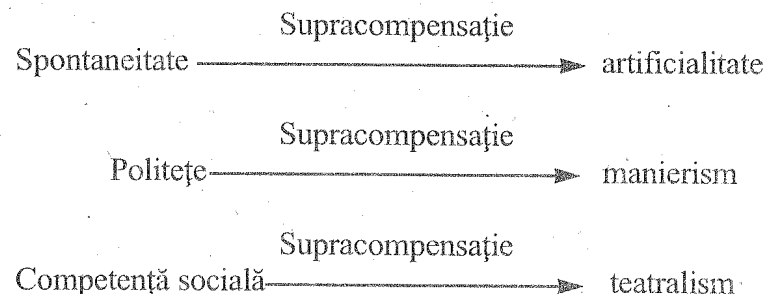
Alegerea acestor sarcini dificile este o cursă pe care timidul și-o întinde singur. El alege aceste sarcini dificile nu atât pentru a le rezolva (competență profesională), ci pentru a demonstra altora că poate să le rezolve (competență socială).

Atitudinea demonstrativă a timidului funcționează ca mijloc de supracompensatie și conduce la eșec. Ambiția de a-și fixa scopuri greu de atins este generată de neîncrederea funciară a timidului în sine și de imaginea reală sau presupusă a unui Eu social incompetent.

Vedetismul social

Dorința de a face impresie bună, de a plăcea cu orice preț, este o trăsătură constantă a tuturor timizilor. Ei doresc să placă cu orice preț, să facă impresie bună tocmai pentru că nu și-au dezvoltat acel "magnetism social" în virtutea căruia să atragă semenii. În jurul lor se creează de multe ori o atmosferă de stînjeneală sau tensiune chiar. Ei se tem de această nereușită și încearcă să o prevină. Dar cu cît încearcă mai mult să facă impresie bună, cu cît doresc mai mult să fie simpatici, să câștige bunăvoința celorlalți, cu atît devin mai sîngăci, agasanți sau trec în cealaltă extremă: artificialitate, teatralism, manierism.

Grafic, am putea reprezenta vedetismul astfel:



Compensația consolatoare

Refugiul timidului în ficțiune și reverie poate avea aspecte pozitive și negative. Dacă fuga de realitate este însoțită de crearea unui univers propriu, dar inaccesibil celorlalți oameni, și de un sistem de decodificare propriu, de asemenea inaccesibil, este posibil ca timidul să se apropie de simptomele schizoidiei sau schizofreniei. Dar pentru declanșarea acestora nu timiditatea are rolul determinant.

Experiența a dovedit însă că foarte mulți timizi au devenit mari creatori. Cazul cel mai cunoscut de mare timid creator a fost J.J. Rousseau. Torturat de una din cele mai diabolice forme de timiditate, a reușit totuși să o depășească, orientînd-o spre creație. Alte exemple de creturi timizi sînt: Spinoza, Kant, Fichte, Hegel, Nietzsche, Lermontov, Holderlin, Schumann. Însă acești mari creatori de filozofie, literatură, muzică au orientat și valorificat pozitiv propria lor timiditate. Defectele timidității au fost transformate, prin inteligență și cultură, în calități: spiritul analitic a fost orientat spre lumea interioară în măsura în care acest lucru este necesar pentru cunoașterea și transformarea lumii exterioare, hipersensibilitatea a devenit o sursă inepuizabilă de decantare a nuanțelor și sensurilor, nesiguranța s-a transformat în prudență.

Compensație agresivă

Heteroagresivitatea timidului se manifestă în grade și forme diferite, de la cea inofensivă (ironii, tăceri descurajante) pînă la cea ofensivă, cînd timidul autentic "sare calul", devenind din neagresiv prin definiție, agresiv prin supracompensație (dominator, autoritar, tiran).

Nonagresivitate supracompensație
definitorie —————→ agresivitate

Specifică timidului este însă agresivitatea îndreptată asupra lui însuși, care se manifestă prin tendințe de autopepsire ce pot să ajungă, în cazurile grave, pînă la sinucidere. Timiditatea poate fi impulsul spre acțiune (sinuciderea), dar prin deficitul volițional ea este în același timp și bariera care oprește această acțiune.

Autoagresivitatea se perpetuează prin menținerea și întărirea clișeelelor timidității în circuit închis și vicios (stîngăcie, stupiditate, stupoare).

C.A.: "În 1990 în vară am fost admis la seral. Un semieșec."

A.I.: "Acum am încă perioade cînd totul mă lasă rece."

Interdependența mecanismelor psihologice ale timidității: cercul vicios, compensația negativă sau supracompensația explică tulburarea personalității ca sistem, dar se dezvăluie în același timp ca o sursă generatoare de mecanisme derivate ale corectării ei.

Bibliografie

1. Chartier J. (1990), *La timidité guérie en trois semaines*, Ed. Dangles, France.
2. Claparède E. (1936), *Sentimentul de inferioritate la copil*, Constanța.
3. Crozier W. (1982), *Differentiating assertiveness, aggressiveness and shyness*, în *Psychological Review*, vol. 53.
4. Dimitriu E. (1992), *Timiditatea. Concept și structură*, Analele Științifice ale Universității „Al.I. Cuza”, Iași.
5. Dugas L. (1903), *La timidité. Etude psychologique et morale*, Alcan, Paris.
6. Freud A. (1967), *Le moi et les mécanismes de la défense*, PUF, Paris.
7. Marcus S. (1987), *Empatia și relația profesor-elev*, Editura Academiei R.S.R., București.
8. Mucchielli R. (1971), *Les complexes personnels*, Ed. E.S.F., Paris.

Capitolul IV

Timiditatea și boala psihică

Corelația între timiditate și boala psihică nu a stat în centrul atenției cercetătorilor din aceste domenii decât în mod tangențial. Astfel, timiditatea gravă, „sistematizată”, prelungită a fost numită „sala de așteptare” a nevrozelor. Fondul nativ al timidului, caracterizat prin hiperemotivitate, este foarte receptiv pentru instalarea nevrozelor. De asemenea, greșelile educative care transformă timiditatea din potențialitate în actualitate, cum ar fi hiperprotecționismul, perfecționismul, autoritatea excesivă, nervozitatea părinților sau experiențele afective negative, pot fi factori definitorii pentru nevroze.

Nevrozele reprezintă un grup de reacții și dezvoltări patologice determinate psihogen, fiind exprimate clinic printr-un complex de tulburări psihice cu răsunet somatic, care este trăit în mod conștient și penibil de bolnav. Acestor afecțiuni nu le este caracteristică alterarea proceselor de cunoaștere și în general alterarea trăsăturilor definitorii ale caracterului și personalității. Definind categoria nevrozelor, P. Pichot menționează că în accepțiunea actuală acest ansamblu de afecțiuni prezintă în comun o serie de caracteristici:

1. Tulburările de comportament pe care le determină sînt în general minore.

2. Bolnavul păstrează conștiința caracterului morbid al tulburărilor sale.

3. Tulburările sînt psihologic comprehensibile, în sensul că se poate face o legătură inteligibilă între ceea ce bolnavul a fost anterior, circumstanțele vieții lui premorbide și tabloul morbid actual.

Vasile Predescu (1976) clasifică nevrozele în următoarele forme:

1. nevroza astenică (neurastenie)
2. nevroza obsesivo-fobică
3. nevrozele mixte
4. nevroza isterică.

Nevroza astenică (neurastenia) este o afecțiune psihogenă, exprimată clinic printr-un complex de tulburări psihice și somatice grupate în mod predominant în sindromul caracteristic astenic. În lucrarea monografică despre nevroze, Kreindler definește nevroza astenică astfel: o boală a creierului determinată de un factor psihogen, la baza căruia stă o tulburare în dinamica scoarței cerebrale și care se traduce clinic printr-o serie de semne somatice (astenție, cefalee, insomnie) și semne psihice (deprăsie, anxietate).

Schaefer și Baer admit că epuizarea astenică este facilitată de o serie de particularități de teren, cum ar fi capacitatea mică de rezistență, caz în care se situează timidul.

I.P. Pavlov, studiind terenul pe care apar mai frecvent nevrozele experimentale, a constatat că acestea se produc și se întîlnesc mai ușor la animalele cu un tip de sistem nervos slab și dezechilibrat, care obosesc ușor datorită risipei de energie, mobilizînd cantități mari de energie pentru stimulii minori.

Complexitatea simptomelor neurastenice se caracterizează prin două laturi:

- slăbiciune iritativă (creșterea excitabilității nervoase);
- scăderea rapidă a vivacității și tonalității psihice.

În funcție de latura predominantă întîlnim o neurastenie cu caracter zgomotos, coleros, exploziv, ușor hipomaniacal, sau o neurastenie depresivă, inhibată, somnolentă (hipersomnie nereconfortantă). Complexul somatic al excitabilității crescute și iritabilității se manifestă pe plan psihic printr-o sensibilitate și impresionabilitate crescute, prin scăderea pragului de toleranță față de incitațiile mai mult sau mai puțin obișnuite din mediul ambiant. Timidul este, prin natura sa, un hipersensibil, un impresionabil.

Neurastenia prezintă patru forme clinice: forma simplă, forma depresivă, forma anxioasă și cenestopată. Probabilitatea evoluției timidului mai ales către forma depresivă și anxioasă este foarte mare.

Forma depresivă a neurasteniei se caracterizează prin scăderea activității psihomotorii, dispoziție tristă, depriată, facies care trădează o stare de suferință morală, o frămîntare anxioasă legată de momente traumatizante și o oarecare scădere a interesului pentru elementele de ambianță. Neurastenicul este depresiv, inhibat, lipsit de inițiativă în relațiile cu cei din jur, hipoactiv, monoton în gesturi, deseori dramatic. Observăm că toate aceste trăsături le găsim și la timizi într-o formă mai atenuată.

Forma anxioasă. Anxietatea este comună tuturor formelor de nevroze, dar în unele tablouri clinice are o pondere mai mare, astfel încît neliniștea și frămîntarea permanentă a bolnavilor devin o notă specifică. La definirea timidității am făcut diferența între timiditate și anxietate, arătînd că ele nu se identifică: timiditatea este teama de oameni, iar anxietatea

este o teamă fără obiect. Dar în urma unor traume psihice prelungite, marcate prin dezamăgire și renunțare, teama de oameni se poate generaliza către o teamă nedeterminată printr-o extindere și accentuare a fenomenului de teamă.

Nevroza obsesivo-fobică este afecțiunea psihică determinată în principal de factori psihotraumatizanți, dominant în tabloul clinic fiind sindromul obsesivo-fobic (fobiile, obsesiile, acțiunile obsesive).

Obsesiile ideative sînt caracterizate prin apariția și persistența anumitor cuvinte sau conținuturi de gîndire cu caracter obsesiv, de obicei cu aspect neplăcut. Timidul este un teren foarte receptiv pentru obsesii, deoarece el se caracterizează printr-o persistență mare a ideilor, sentimentelor, acțiunilor în memorie și prin obișnuința de a le rumega și analiza.

Ideile obsesive îmbracă forme diverse. Unele au caracterul unor filozofări prelungite la nesfîrșit, contradictorii, asupra unor probleme metafizice, formale, fără a avea vreo legătură cu viața reală a bolnavului. Astfel, un bolnav descris de A.E. Popov era absorbit de întrebarea de ce omul are două mîini și nu trei și dacă ar fi avut-o pe a treia, unde ar fi trebuit plasată, în sînga, în dreapta sau median?

În formarea obsesiilor se citează o tendință accentuată către scrupule, cu autoanaliza minuțioasă a faptelor proprii pe care le recapitulăm adesea seara înainte de culcare, judecîndu-le aspru din punct de vedere etic. Totodată bolnavii nu mai reușesc să le înlăture din minte pe cele considerate greșite sau nepotrivite. Timidul este o persoană susceptibilă și scrupuloasă. Autoanaliza și hiperexigența critică sînt procese tipice timidității. El se autoanalizează atît în timpul acțiunii, inhibînd-o, cît și după acțiune, oprindu-se asupra eșecurilor pe care le exagerează. Astfel, în scoarța cerebrală

a timidului se creează în jurul acestor eșecuri un cîmp de excitație așa de puternic încît este nevoie de o ușoară stimulare sau asociere cu stimulul inițial ce a provocat eșecul pentru ca timidul să reacționeze violent și tot neadecvat printr-un nou eșec.

Îndoilele obsesive constituie un alt aspect care tinde să cuprindă întreaga viață a bolnavului și se manifestă prin nesiguranță referitoare la acțiunile proprii. Astfel, bolnavul devine preocupat, neliniștit, nesigur, întrebîndu-se dacă a efectuat sau nu o serie de acte obișnuite, semiautomatizate, cum ar fi închiderea ușii, a aragazului, lipirea timbrelor pe o scrisoare. De la nesiguranța caracteristică timidului, care provine dintr-o extremă neîncredere în sine, drumul către îndoilele obsesive pare mai scurt.

Tendențele și acțiunile obsesive. Tendențele obsesive reprezintă impulsuri către acte vătămătoare, periculoase, fără nici un sens. Ele sînt legate de ideile obsesive de contrast, dar, spre deosebire de acestea, sînt caracterizate printr-o puternică pulsione către acțiune, fapt ce trezește o adevărată panică din partea bolnavului. Starea de teamă de a nu comite actul impulsional se numește compulsiune. Unor bolnavi le apare, de exemplu, dorința să lovească peste față un trecător oarecare, să-i vorbească urît, să-l ironizeze, să scoată ochii vecinului său sau unei rude apropiate, să arunce de la etaj un obiect greu în capul trecătorilor. Alte impulsuri au caracter suicidal și se manifestă cînd bolnavul se află în fața unei prăpastii, pe o înălțime, la balcon. Atunci îi apare ideea de a sări în gol, însoțită de compulsiunea respectivă. Coborînd de la etaj, fenomenele legate de potențialitatea comiterii actului și anxietatea trăirii compulsionale dispar. Cîteodată, deși actul compulsiv nu este efectuat, bolnavul

face totuși o schiță simbolică de gest care este echivalentul impulsivității frinate: astfel, în locul gestului de lovire, atinge sau chiar mîngîie persoana sau obiectul respectiv. Bolnavii cu nevroză obsesională nu transformă de obicei aceste tendințe în acte infracționale, iar atunci cînd ele totuși se produc, se pune problema dacă acestea nu au depășit granițele intensității nevrotice. Alte tendințe obsesive, deși inofensive, sînt neplăcute, pentru că sînt absurde și uneori chiar ridicole. De exemplu, tendințele de a citi toate afișele de pe stradă, de a număra pașii, de a face totul simetric, astfel încît dacă se împiedică împlinitor cu piciorul stîng bolnavul simte nevoia să facă același lucru și cu piciorul drept.

Multe din tendințele obsesive au fost înglobate de unii autori printre **acțiunile de apărare** menite să dea bolnavului, aflat în stare de neliniște și îndoială de sine, siguranța simetriei, a corectitudinii și a perfecțiunii.

Deoarece teama, ca și conduita de apărare, sînt definitorii pentru timid, asemănarea între timiditate și manifestările nevrozei obsesivo-fobice nu poate fi eludată, deși timidul nu ajunge la tendințe și acțiuni obsesive.

Fricile obsesive sau fobiile

Fobiile sînt frici cu obiect, bine determinate, dar spre deosebire de frica normală, aproape întotdeauna proporțională cu gravitatea pericolului, ele sînt reacții intensive, disproporționate, care se manifestă față de stimuli inofensivi. În raport cu complexitatea tematicii, ele au fost împărțite în:

- pantofobii (fobii difuze);
- monofobii (concentrate asupra unui singur stimul).

În cazul pantofobiilor domină o stare de anxietate difuză, permanentă, care însă se exacerbează prin declanșarea unor paroxisme ce apar fără motiv aparent. După

Ribot, pantofobia ar fi o frică de tot și de nimic. În fobiile sistematizate anxietatea se fixează asupra unui anumit obiect. Fricile cu aspect fobic nu suferă procesul normal de obișnuire și estompare, ci dimpotrivă se consolidează după un contact prelungit cu obiectul fobic. În fața acestei stări de anxietate paroxistică se constituie de cele mai multe ori conduite de apărare, cum ar fi evitarea, găsirea unui truc sau a unei stratageme securizante. Un prim aspect este dat de conduita de evitare, care impune limitarea importantă a spațiului de viață a individului, a contactelor sociale. Această atitudine poate să fie mai puțin pregnantă atunci cînd evitarea duce la inhibarea tendinței către anumite activități. Astfel, H. Ey, J. Ajuriaguerra, W. Brantingham includ printre comportamentele fobice unele inhibiții parțiale, cum ar fi timiditatea, inhibiții sexuale, refuzul contactului cu alții, izolarea.

Iată deci că timiditatea este considerată ea însăși un comportament fobic. La timid se pot dezvolta mai ales fobii legate de contactele sociale: teama de a nu roși în public, teama de a mîncă, teama de a lucra sau chiar de a gândi în prezența altor persoane.

O serie de studii experimentale psihofiziologice și psihologice au scos în evidență prezența a trei categorii de factori semnificativi care ar putea să explice atît formarea de obsesii și fobii, cît și persistența excesivă în unele cazuri. În ceea ce privește terenul care predispune la apariția fenomenologiei obsesivo-fobice se menționează următorii factori:

1. **Factorul perseverativ**, de inerție a proceselor psihofiziologice, care a fost sesizat încă de P. Janet, I.P. Pavlov, Stoerring, R. Goldstein și care se caracterizează prin dificultăți în angajarea într-o activitate, tendința la persistență,

stereotipii, rigiditatea mecanismului mintal cu revenire către aceleași conținuturi psihologice, prelucrarea anevoioasă, slaba mobilitate, incapacitatea de desprindere de o activitate începută.

2. **Hipermnezia** reprezintă un aspect descoperit prin studii experimentale de condiționare clasică electroencefalografică (H. Eysenck), ca și prin metode psihologice. Erickson și Davids (1955) au descris hipermnezia pentru stimuli negativi, elemente prin care obsesivii ar fi în contrast cu istericii, care au capacitatea deosebită de a-i uita. Legată de hipermnezie este incapacitatea de a încheia acțiunile, de a uita evenimentele neînsemnate ale trecutului, desprinderea de acestea.

3. **Modificările de afectivitate** ar consta în existența unui anumit teren anxios cu oarecare dezechilibru vegetativ și scăderea controlului asupra reacțiilor primitive vegetative.

Toți acești factori sînt prezenți într-o anumită măsură, atenuată, în timiditate. Traumatismele psihice care supraadăugate acestui teren favorabil determină nevroza obsesivo-fobică sînt: situațiile de nemulțumire, de frustrație, unele probleme sexuale sau conjugale nerezolvate. Un rol extrem de important îl au momentele situaționale de insecuritate exterioară sau interioară declanșate de moartea unei rude, de bolile persoanelor dragi, de accidente de circulație, emoțiile de tip șoc. De asemenea, importanța greșelilor educative ca factori traumatizanti în copilăria nevroticilor obsesivi a fost subliniată de numeroși autori ca Freud, Stengel, Weitbrecht, Kanner, care au semnalat ca tipuri mai frecvente educația autoritară, perfecționistă, supraprotecția, greșeli educative care sînt semnificative în geneza timidații.

O serie de cercetări neobehavioriste au adus unele completări referitoare la mecanismul fobiilor. Se constată o

situație paradoxală: persistența comportamentului nevrotic este apreciată ca rezultat al conținutului lui neplăcut. Astfel, copilul care a avut o experiență neplăcută într-o anumită situație tinde să evite contactul cu situația respectivă. Acest efort de evitare îi oferă satisfacție prin protecția pe care o creează, dar această atitudine întărește frica respectivă. S-a insistat asupra existenței unui interval liber între momentul psihotraumatizant și apariția fobiei, timp în care pacientul ar retrăi de multe ori scena respectivă, angajînd emoții asociate, care cresc treptat în intensitate, amplificînd acțiunea inițială a factorului patogen. Atît conduita de evitare, cît și obișnuința de a retrăi fenomenul psihotraumatizant sînt caracteristice timidului. Întrucît concepția behavioristă limita procesul patologic la relația dintre stimulul nociv și organism, H. Eysenck a introdus și unii parametri legați de personalitate, considerînd că aceste răspunsuri emoționale, dezadaptive ar apărea pe un fond distimic, introvertit, constituțional, la care se adaugă trăsături de neuroticism, adică tendința constituțională a sistemului vegetativ de a reacționa puternic și prelungit.

Într-o lucrare referitoare la interpretarea neurofiziologică a nevrozei obsesivo-fobice, S.H. Kraines a încercat să realizeze un sistem unitar de interpretare a acesteia. El consideră că nevrozele se caracterizează prin existența a două componente distincte: una psihologică și una neurofiziologică. Fiecare stimul semnificativ sau concept ar activa un mod de răspuns în hipotalamus și în circuitele emoționale cerebrale. În stările nevrotice acest model devine sensibilizat încît cea mai indirectă asociere, cel mai fragmentar simbol al traumei psihice duce la declanșarea emoției patologice. Ele nu numai că sînt ușor declanșabile, dar structurile respective au tendința de a răspunde exagerat, prelungit, reverberînd și

generînd cantităţi excesive de emoţii. Timidul reacţionează violent şi rapid la cei mai slabi stimuli emoţionali. Mai mult, el are şi tendinţa de a acorda o importanţă exagerată stimulilor negativi mai ales. Această reacţie disproporţionată în raport cu stimulul emoţional se prelungeşte mult timp după încetarea acţiunii acestuia. În concluzie, între timiditate şi nevroză există o relaţie biunivocă.

Timiditatea nu poate fi singurul determinant al nevrozei, deşi este un teren favorizant. Pe de altă parte, nevroza, în diferitele ei forme şi tipuri, se caracterizează prin multe trăsături care sînt specifice timidităţii.

Corelaţia între timiditate şi schizofrenie se situează la nivelul ipotezei bazată pe constatarea unor trăsături comune între timid şi schizofrenic: autismul, negativismul, ambivalenţa, răceala afectivă. Kretschmer identifică printre caracteristicile schizoizilor şi timiditatea. Timidul nu posedă un autism real, el nu-şi creează o lume total indescifrabilă şi inaccesibilă celorlalţi. Totuşi, pentru timidul autentic viaţa reală este mai mult cea din imaginaţie, cea ideală, construită de el, decît cea trăită de semenii lui, lume în care nu se poate adapta şi care nu-l mulţumeşte. Tendinţa de închidere în sine, tipică pentru orice timid, poate evolua către ruperea totală a contactului cu realitatea şi către construirea unei realităţi noi, unice. Tendinţa spre extreme a timidului, oscilaţia între totul sau nimic pot explica ambivalenţa şi sărăcia afectivă a schizofrenicului. Exacerbarea sentimentelor duce, printr-o reacţie curioasă, la golirea lor de conţinut. Timidul aspiră la perfecţiune: simpatie totală, prietenie absolută, dragoste ideală, dar imposibilitatea atingerii acestor culmi îl propulsează în cealaltă extremă. El nu se mulţumeşte cu jumătăţi de măsură.

Cum poate evolua bogăţia afectivă a timidului în sărăcia afectivă a schizofrenicului? La începutul bolii, pe planul emotivităţii predomină o anumită hipersensibilitate, o labilitate emotivă sau un anumit grad de irascibilitate. Această hipersensibilitate şi labilitate, întâlnite şi la timid, se concretizează într-o deficienţă a capacităţii de modulare afectivă, prin trecerea bruscă de la o stare afectivă la alta, pînă se ajunge la rigiditatea afectivă. Această lipsă de nuanţare afectivă este caracteristică şi timidului. Timidul nu cunoaşte sentimente medii ca intensitate, el ori iubeşte cu pasiune, ori urăşte de moarte, el nu ştie să se adapteze sentimentelor celorlalţi, interpretează exagerat cel mai neînsemnat gest (un zîmbet de politeţe drept ironie), nu ştie să-şi transmită emoţiile, sentimentele, fie retrăindu-le pentru el, fie comunicîndu-le într-o formă exagerată, grotescă; pendulează între tăcere şi explozie expresivă.

O altă posibilă zonă de întâlnire între timiditate şi sindromul schizofrenic este negativismul. Este posibil ca introversia excesivă, lipsa contactelor sociale, afective, izolarea, fuga de oameni să se accentueze, evoluînd pînă la negativismul schizofrenicului. În ceea ce priveşte aspectele constituţionale ale schizofrenicului, Bleuler consideră că mulţi dintre schizofrenicii de mai tîrziu sînt tineri ciudaţi, retraşi, autişti. Pe baza studiilor asupra rudelor bolnavilor, ale personalităţilor prepsihotice şi ale tabloului psihic după un puseu psihotic, Kretschmer a descris cunoscuta serie schizotimie-schizoidie-schizofrenie, paralelă cu seria ciclotimie-cicloidie-psihoză maniaco-depresivă. Dacă schizotimia este concepută ca o variantă caracterială în limitele normalului, schizoidia este o stare de graniţă între bolnav şi sănătos. În

concepția lui Kretschmer, trăsăturile de caracter ale schizozilor sînt grupate în trei categorii:

1. Nesociabil, liniștit, rezervat, nervos, serios, lipsit de umor, ciudat.
2. Timid, sfios, blînd, sensibil, nervos, iubitor al naturii și al cărților.
3. Docil, blînd, cumsecade, lipsit de afectivitate.

Din punct de vedere social, schizoidul poate fi nesociabil, sociabil în mod eclectic sau superficial.

Bibliografie

1. Brânzei P. (1979), **Itinerar psihiatric**, Editura Junimea, Iași.
3. Rudică T. (1977), **Curs de psihopatologie, psihologie medicală și psihoterapie**, Editura Universității „Al.I. Cuza”, Iași.
4. Pamfil Ed. și Ogodescu D. (1974), **Nevrozele**, Editura Facla, Timișoara.
5. Pamfil Ed. și Ogodescu D. (1976), **Psihozele**, Editura Facla, Timișoara.
6. Pavelcu V. (1969), **Din viața sentimentelor**, Editura Enciclopedică, București.
7. Predescu V. (1976), **Psihiatrie**, Editura Medicală, București.

Capitolul V

Școli și curente psihoterapeutice. Terapiile scurte. Concepte și metode care au revoluționat psihoterapia

Psihanaliza a fost considerată copilăria psihoterapiei, maturitatea ei fiind reprezentată de terapiile scurte (D. Megglé, 1990). Din 1943, psihologii americani abandonează tratamentul psihanalitic lung și inefficient și promovează un tratament imediat, hic et nunc, obținând rezultate spectaculoase.

Deși se schimbă doar punctuația, cum spune Watzlawich (apud Megglé, 1990), apare astfel embrionul unei revoluții epistemologice în domeniul tulburărilor mintale.

Dar pe terenul pragmatismului empiric american se limitează nu numai timpul analizei, ceea ce este în anumite condiții un avantaj, ci și aria de manifestare a tulburărilor mintale. Astfel, psihiatria devine o medicină de comportament, nu de suflet.

Alungată din cetate, afectivitatea revine în galop, ceea ce determină imigrația analiștilor europeni celebri, în timpul războiului, în America. Din ramura analiștilor freudieni dogmatici se desprind dizidenții, culturaliștii, care nu se mai orientează numai spre copilărie, ci și spre relațiile interumane,

personale, către analiza Eului. Analistii dizidenți pun fundamentele mișcării terapiilor scurte.

Terapiile scurte s-au născut și din gestiunea crizelor dramatice în condițiile sociale cele mai grele. De asemenea, necesitatea unui limbaj unic în cazul tulburărilor mintale a condus la elaborarea unui manual diagnostic și statistic al tulburărilor mintale (D.S.M. I, II, III). D.S.M. III, elaborat în 1980 și revizuit în 1987, a refuzat statutul de maladie fenomenelor psihiatrice, înlocuind-o cu cea de tulburare.

Fondatorii psihoterapiilor scurte sînt: Milton H. Erickson, Frits Perls, Virginia Satir, Eric Berne, Albert Ellis, Carl Whitaker, Nathan Ackerman, Murray Bowen, Salvador Minuchin (apud Megglé, 1990), care produc o adevărată ruptură cu vechiul continent, psihoterapia devenind o nouă cucerire a vestului, iar ei fiind numiți charismatici, eroi. Mișcarea terapiilor scurte n-ar fi fost posibilă fără California. Coasta de est a Americii, prea aproape de Europa, a rămas mai clasică, mai psihanalitică. În California s-au constituit două centre permanente de dezvoltare a potențialului uman: Palo Alto și Esalen, care deși au promovat metodologii radical opuse, și-au cucerit reputația internațională.

A. Sigismund Freud și dizidenții săi progresiști

Deși S. Freud poate fi considerat primul reprezentant al psihoterapiei scurte, încă din 1906 discipolul său cel mai iubit, Sandor Ferenczi, vorbește pentru prima dată, în 1918, despre terapia activă, depășind neutralismul freudian.

Otto Rank consideră traumatismul nașterii mai important decît complexul Oedip, reconstruindu-și terapia în jurul conceptului de voință. Toate psihoterapiile scurte actuale vor prelua de la Rank criteriul motivațional al subiectului.

Lui **Wilhelm Reich** i se atribuie observația potrivit căreia conștientizarea conflictelor refulate nu antrenează în mod automat vindecarea. Reich va avea cea mai mare influență asupra terapiilor umaniste. Centrul de la Esalen, gestalt-terapia și metoda bioenergetică sînt inseparabile la Reich.

În 1941 se organizează primul congres consacrat psihoterapiei scurte. În 1946 Alexander și French publică o lucrare în care expun tehnicile analitice scurte. Principiile acestor tehnici sînt:

- intensitatea emoțională a celor doi parteneri implicați în interacțiunea psihoterapeutică;
- experiența emoțională corectoare;
- mediul real exterior celor patru pereți;
- provocarea de noi experiențe de viață.

Toate aceste principii depășesc neutralismul freudian, continuînd sau înlocuind transferul ca nucleu psihoterapeutic.

Peter Sifneos consideră **criza emoțională** o veritabilă placă turnantă, care explică orice patologie mintală, iar intervențiile practicate în plină criză - susține el - previn formarea nevrozei.

B. Terapiile comportamentale

Concepția de bază a acestor teorii vine în opoziție directă cu teoriile psihanalitice. Astfel, nevroza nu este rezultatul unei dezvoltări psihoafective defectuoase, ci o simplă problemă de condiționare. Întărirea negativă este considerată modelul tulburărilor nevrotice umane. Se folosesc diferite metode ca: desensibilizarea sistematică, expunerea graduală, imersiunea, implozia, modelarea, tratamentul asertivității, bio-feedback-ul (Megglé, 1995).

C. Terapia cognitivă

Se ocupă de tratamentul intern al informației, inspirându-se din modelele furnizate de informatică și inteligența artificială. Anxietatea și depresia sînt afecțiunile cel mai bine exploatate de cognitiști.

Modelul informatic al terapiei cognitive este următorul (Megglé, 1990):

1. Stimulul este o informație de intrare (input), care trebuie tratat de ordinatorul mintal.

2. Acesta, ordinatorul, are un hardware și un software. Hardware-ul este reprezentat de sistemul nervos, suportul fizic, memorie moartă, scheme cognitive inconștiente. Software-ul este reprezentat de procesele cognitive. Din interacțiunea schemelor cu procesele cognitive rezultă evenimentele cognitive, care reprezintă output-ul, ce determină un anumit comportament.

Problema psihoterapeutică este de a accede la schemele cognitive defectuoase care, filtrînd informația exterioară, distorsionează procesele cognitive și le modifică.

D. Terapia rațional-emoțională (R.E.T.)

Albert Ellis, fondatorul terapiei rațional-emoționale, a rezumat esența R.E.T. în cei trei „trebuie” (Megglé, 1990):

- **Eu trebuie** să fiu bun, perfect, altfel nu valorez nimic;

- **Ceilalți trebuie** să fie buni cu mine, altfel înseamnă că Eu nu merit;

- **Condițiile** în care trăiesc **trebuie** să fie perfecte, astfel încît Eu să pot fi fericit.

Dacă între psihanaliști și comportamenaliști a existat un război permanent, între analiști și cognitiști s-a instalat un consens curios, deoarece primii pornesc de la afectivitate

spre gîndire, ceilalți de la gîndire la afect și totuși se apropie mai mult unii de alții.

Erickson critică însă toate cele trei teorii și școli, comparîndu-le cu Patul lui Procust (apud Megglé, 1990).

E. Terapiile umaniste

Mișcarea umanistă s-a născut în SUA în anii '50 ca reacție împotriva imperialismului psihanalizei și a comportamentalismului. Această orientare pune în evidență libertatea de alegere și responsabilitatea subiectului în procesul psihoterapeutic. Africanii numesc cauzele pe care occidentalii le consideră a determina tulburările mintale anonime, adică nu presupun persoana. Împotriva anonimatului cauzelor, a pesimismului psihanalizei și a reducionismului comportamentalist se revoltă umanismul. Teoria lui Carl Rogers este modelul terapiilor umaniste din această perioadă. Terapeutul favorizează emergența produselor de creștere a personalității prin atitudinea sa (empatie, încredere); se creează un context, o situație pentru actualizarea potențialului uman.

Analiza tranzacțională și redecizia, gestaltterapia și retrăirea de către pacient a trecutului înscriu în corpul său bioenergia. Reich, Rank, Perls reprezintă momente semnificative ale mișcării psihoterapeutice umaniste.

Milton H. Erickson, datorită importanței și originalității sale, neputînd fi încadrat în nici o școală, este considerat fondatorul mai multor orientări, curente, apropiindu-se de Jay Halley, Paul Watzlawich.

F. Curentul terapiilor familiale

Evoluția terapiei individuale către terapia familială a fost cea mai mare revoluție epistemologică după Freud în

psihoterapie (Megglé, 1990). După o lungă gestație reprezentată de culturaliști (Karen Horney, H.R. Sullivan), de dinamica grupului (K. Lewin, J. Moreno), constituirea Centrului de la Palo Alto dă drept de cetate terapiei familiale cu cei doi reprezentanți ai ei, Gregory Bateson și Milton H. Erickson.

Momentul de glorie a Centrului de la Palo Alto este teoria dublei legături, rezultatul culminant al întâlnirii congruente sau discordante între ele, considerate a fi cauze ale sănătății și, respectiv, tulburării mintale. Gregory Bateson elaborează o adevărată epistemologie ecosistemică ce înglobează și o originală teorie a învățării schimbării. El susține că pentru a studia fenomenele umane, microscopul freudian nu mai este util, acum avem nevoie de un microscop.

Mișcarea terapiei familiale are două figuri feminine cu o reputație legendară: Cloe Madanes și Virginia Satir. Cloe Madanes conduce, împreună cu Jay Haley, Institutul de terapie familială de la Washington. Virginia Satir se ocupă de rolul comunicării în familie, considerînd „ucigătoare” comunicarea indirectă, subînțeleasă, aluzivă, suspensivă. Cu cît comunicarea în familie este mai directă, mai onestă, cu atît familia ve deveni un loc de dezvoltare a personalității.

G. Din studiile lui Perls, Satir și Erickson s-a născut **programarea neuro-lingvistică (P.N.L.)**. P.N.L. pornește de la observația că limbajul reflectă și structurează experiența lumii. Experiența noastră este engramată în cartele cu o structură V.A.K.O. (văz, auz, mișcare, miros). Accesul psihoterapeutic la aceste cartele are mai multe faze: operații logice, transferuri lingvistice (Chomsky), sincronizarea, starea dorită, calibrarea, ancorarea, disocierea, ajungîndu-se pînă la schimbarea istoriei de viață (Megglé, 1990).

În concluzie, dr. D. Megglé arată că psihoterapia a trăit pînă acum trei vârste:

1. Psihanaliza, în care terapeutul se interesează de trecutul persoanei; ipoteza pe care o susține este că descoperind cauzele problemei aceasta dispare.
2. Terapiile umaniste, hic et nunc, care susțin că nu atît cauzele, cît problema reprezintă nucleul terapiei.
3. A treia direcție consideră că nici cauza, nici problema, ci soluția este esențială și asupra ei terapeutul trebuie să-și focalizeze atenția.

La întrebarea ce tratează psihoterapia, unii spun că tratează conflictele afective inconștiente, alții deprinderile rele, gîndurile automate, creșterea Eului, gestalturile neterminate, perturbările de comunicare. La întrebarea cum, prin ce mijloc, se răspunde: schimbînd punctul de vedere sau, invers, schimbînd comportamentul.

Dar persoana globală, vie și concretă nu posedă doar dimensiunea psihică, ci și pe cea somatică și socială. Dacă în antichitate se intervenea asupra acestor trei dimensiuni: se dădea un sens bolii (posesiunea de către un spirit, de exemplu), se intervenea asupra trupului (masaje) și se integra mediul social în tratament (familia, satul), medicina modernă le-a disociat, investigînd numai trupul organic bio și fiziologic. Psihoterapia verbală a reintrodus dimensiunea spirituală, socioterapia grupală a introdus dimensiunea socială, iar somatoterapia trupul trăit calitativ. În secolul XX se constituie somatoterapia ca realitate specifică, avînd două curente distincte: unul provenit din psihoterapie, altul din practicile corporale, care au fost multă vreme disjuncte. Astfel, somatoterapia desemnează ansamblul psihoterapiilor corporale, ansamblul tentativelor de integrare a trupului în

travaliul psihoterapeutic. În lucrarea **Irupția trupului în psihoterapie**, Richard Meyer (1996) realizează un istoric al somatoterapiei din Occident:

Tabelul 1

Curente somatoterapeutice Perioada	Curente rezultate din practicile corporale	Curente rezultate din psihanaliză
1875	Practici corporale	Hipnoza - Bernheim. Metoda catartică - Breuer.
1890-1920		Psihanaliza - Freud.
1920-1940 trup funcțional	Somatoterapii funcționale: mișcare, postură, destindere	Vegetoterapia. Terapia activă-Reich. Neocatarsis - Ferenczi.
1960-1970 trup emoțional	Somatoterapii emoționale - Janov, Casriel	Curent neoreichian
1970 trup senzual	Somatoterapii sen- zuale: masaj, sexo- terapie, boding	Curent neoferen- czian Socio-somatoanaliză
1980 trup transfunc- țional	Somatoterapii trans- funcționale, transă, meditație, talking	Psiho-somato- analiză

Tabelul 1 (continuare)

Funcții corporale	Clasificare științifică	Somatote- rapii spe- cializate	Somato- terapii analitice	Somato- analize
			reichiene, Ferenc- ziene	
Formă de organizare		Structurate ca tehnică	Structurate ca terapie	Structurate în cadru

În aceeași lucrare clasificarea somatoterapiilor oferă o imagine de ansamblu a somatoterapiilor, deosebindu-le de psihoterapii și socioterapii.

Forma de terapie Locul aplicării	Structurală	Analitică
psyché socius soma	psihoterapie socioterapie somatoterapie	psihanaliză socioanaliză somatoanaliză

Clasificare științifică	Somatoterapii specializate	Somatoterapii inter-acionale, neoreichiene, neoferencziene	Somatoanalize	Funcții corporale
Forme de terapie	Structurate ca tehnică	Structurate în cursă	Structurate în cadru	
Mișcare	Expresie corporală, antigimnastică, dans, terapie	Expresie primitivă		
Postură	Yoga, metoda Alexander. Prezența exactă	Biosinteza	Abordare corporală a relației	
Tensiune. Destindere	Eutonie, relaxare, psihomotricitate senzorială	Bioenergie		Eco-somato-analize
Voce	Terapie prin râs, cântec, strigăt			
Respirație	Rebirth	Vegetoterapie	Paligeneză	
Sens	Arterapia	Organoterapie		
Atingere	Leibterapie Hipnoterapie Masaj, Integrare posturală	Biodinamică	Heptoanaliză; morfo-analiză; psihoterapie centrată pe trup	Psihosomato-analiză
Ascultare	Muzicoterapie		Psihanaliza dinamică	
Viziune	Vizualizare. Metoda Simonton			
Stări de conștiință	Talking, hipnoză, terapie prin transă, meditație, psihosintează		Somato-gestaltterapie	
Emoție	Strigăt primal. New identity Process	Psihoterapie funcțională corporală	Analiză primală, psihoterapie analitică cu mediere corporală	Sociosomato-analiză

Bibliografie

1. Barrucaud D. (1970), *La catharsis dans le théâtre, la psychanalyse et la psychoterapie de groupe*, Epi - SA, Paris.
2. Megglé D. (1992), *Les thérapies breves*, Ed. Retz, Paris.
3. Reich W. (1990), *L'analyse caractérielle*, Science de l'homme, Payot, Paris.
4. Pierson M. (1993), *Ghide de psychothérapie de la psychanalyse au developpement personnel*, Bayard Edition, Paris.
5. R. Meyer (1996), *Irupția trupului în psihoterapie*, Editura Răzeșu, Piatra Neamț.

Capitolul VI

Terapia timidității. Un nou model de psihoterapie a timidității: psihoterapia comunicațională

În psihoterapia actuală, cu atât mai mult în cea a timidității, demersul explorativ al fenomenului comunicării este semnificativ.

Înțelegem comunicarea în sensul cibernetic (apud Paul Popescu-Neveanu, 1976) ca un proces de schimb substanțial, energetic și informațional între două sau mai multe sisteme, pe baza căruia se asigură reflectarea sistemului emițător în sistemul receptor.

În psihoterapia timidității am formulat problema comunicării pozitive sau negative intrasistemice, între sistemul corporal (S.C.), sistemul emoțional (S.E.), sistemul discursiv (S.D.), în cadrul sistemului psihic uman (S.P.U.) și a comunicării intersistemice, între individ și ceilalți sau sistemul socio-familial (S.S.F.) (apud M. Pagès, 1993). Comunicarea internă între corp, emoție și discurs este pozitivă și sanogenă atunci când nu apar distorsiuni, perturbări sau blocaje, și negativă sau patogenă atunci când aceste distorsiuni se produc într-o formă sau alta. Astfel, funcționarea pozitivă sau negativă a unui sistem se transmite prin circularitatea intern-externă a celorlalte sisteme.

Sistemul corporal (S.C.) se referă la procesele homeostatice fundamentale și se diferențiază (apud M. Pagès, 1993) de tradiția psihanalitică, dar și de cea antipsihanalitică reichiană prin accentuarea funcției de comunicare a acestuia cu celelalte sisteme. La timid este extrem de semnificativ pentru sistemul corporal fenomenul numit cirasă musculară (Reich), Eul-piele (Anzieu), anvelopă corporală, carapace, care permite construirea unei anvelope interne. Acest termen este foarte des întâlnit în limbajul de toate zilele: timidul se ascunde în sine, în propriul corp, ca într-o carapace. Manifestările corporale ale timidului sînt atît de evidente încît fenomenul carapacei se materializează și poate fi vizualizat în:

- imobilitatea facială și corporală sau agitația extremă;
- facies gen Sfinx pe care nu poți citi nimic sau, dimpotrivă, o multitudine de imagini care se reflectă una în cealaltă și care nu se unesc într-o imagine unică și unitară, ci alcătuiesc un fel de caricatură, o mască caricaturală;
- mersul aplecat „pe lîngă ziduri” sau cît mai departe de oameni - principalul pericol al timidului;
- strîngerea defensivă de mîna ca și cum ar regreta acest lucru în momentul în care a dat mîna.

Timidul se apără prea tare, anticipînd și intensificînd pericolul. Își construiește o carapace pentru a se apăra, dar rămîne claustrat în ea, nu mai poate ieși, pentru a se apropia și comunica cu ceilalți.

Sistemul emoțional (S.E.) este considerat (M. Pagès, 1993) ca o conduită semiotică, o conduită de comunicare, dar nu de limbaj. Semnalul emoțional nu are arbitrariul, suplețea, subtilitatea infinită a semnului lingvistic. Emoția este un dispozitiv inerțial, tributar originilor, apropiată de expresia instinctuală primară. A roși, a păli, a striga, a plînge, a

tremura, căile emoției sînt limitate și urmează drumul ereditar.

Timidul este un emotiv, un hipersensibil, care nu știe și nu poate să transmită acest surplus emoțional. Surplusul emoțional și globalitatea semnalului întăresc inerția dispozitivului biologic. La timid, în relația de comunicare emoțională blocajul se produce atît la nivelul emițătorului, cît și la nivelul mesajului emoțional sau al receptorului. Dar mecanismele responsabile de aceste distorsiuni ale comunicării emoționale sînt atît așteptarea emoțională, cît și răspunsul afectiv.

Așteptarea emoțională este totdeauna supradimensionată din punct de vedere cantitativ, dar și calitativ, timidul așteptîndu-se mai mult sau mai puțin conștient la o simpatie necondiționată din partea interlocutorului. Răspunsul nu corespunde așteptării, pentru că nimic nu este necondiționat și atunci se produce distorsiunea comunicării. Neprimind ceea ce așteaptă, timidul este nelămurit, se blochează, se închide în sine și oferă și el din punct de vedere emoțional mai puțin decît se așteaptă în mod legitim interlocutorul. Astfel, relația de comunicare emoțională sărăcește din ce în ce mai mult.

Sistemul emoțional este o noțiune asemănătoare cu pictograma lui P. Aulagnier, cu protoreprezentarea lui M. Pinol-Dourrier, unind obiectul cu o parte a corpului omenesc.

Terapia la nivelul sistemului emoțional constă în a opune ciclului vicios inhibiție expresivă —> suprimare afectivă —> refulare imaginativă, ciclul virtuos dezinhibarea emoției —> revirimentul afectului —> defularea imaginativă prin tehnici de relaxare, retrăire, psihodramă emoțională.

În psihologia timidității, inhibiția expresivă este un adevărat nod gordian.

Dacă în psihanaliză problema este una de **sens**, iar evoluția este deplasarea energetică și substituția, în psihoterapia reichiană se acordă o importanță excesivă palierului corporal în detrimentul expresiei emoționale, în timp ce în **psihoterapia comunicatională** complexă (apud M. Pagès, 1993) la nivelul trăitului terapeutic specificul constă în **polifonia simțurilor**.

Răspunsul adecvat emoționalului este emoțional: a privi, a atinge pacientul (se renunță la interdicția freudiană a atingerii pacientului), a-l asculta activ, a comunica cu el la nivel emoțional și nu numai semantic sau coroporal. Angajarea emoțională a celor doi parteneri în **jocul psihoterapeutic** nu constă în faptul de a putea spune un sentiment, ci de a-l arăta, de a exprima afectele fundamentale prin gest, mimică, privire. Dacă pentru Reich **cuirasa musculară** este un fenomen pur biologic, iar pentru Freud simptomul (expresia emoțională) este semnul fantasmului inconștient, care a înlocuit amintirea unui traumatism real, pentru **psihoterapia comunicatională** emoția este un **palier intermediar** între cele două, fiind anterioară discursului lingvistic.

Specificitatea sistemului emoțional constă în funcția sa **integratoare**, de a uni într-un ansamblu unitar afectul, imaginea și expresia. El nu este nici satisfacerea directă a pulsionii, nici limbaj, ci o primă metabolizare a pulsionii. Sistemul emoțional realizează nu fuziunea, ci **inseparabilitatea** subiectului de obiect, într-o **logică bipolară simbiotică**. Nu se poate vorbi încă despre o relație obiect-subiect, ci despre un raport, acela al unui subiect parțial cu un obiect parțial.

La acest nivel **prezența corporală** a celui alt și **comunicarea emoțională** cu el sînt condițiile emergenței repre-

zentărilor. Astfel, lucrul psihoterapeutic asupra corpului și asupra emoției nu se reduce numai la aspectele economice de eliberare de energie, ci constă în realizarea unei prime elaborări afective. Elaborarea afectivă, care se înfăptuiește prin retrăire, psihodramă emoțională, condiționare pozitivă, își propune să refacă unitatea dintre afect, imagine și expresia sa.

Sistemul discursiv (S.D.) se dezvoltă o dată cu apariția funcției simbolice a limbajului prin care se realizează separarea obiectului de subiect și se constituie **obiectul intern**.

Dintre funcțiile limbajului la timid este perturbată funcția afectivă și fatică, de contact social (Bruner, 1970), funcția expresivă (Jacobson) și funcția pragmatică (Morris). Mai mult, schema comunicării în context (T. Slama-Cazacu, 1976) și nu în vid la timid este afectată în însăși esența comunicării, schimbul.

Blocajele comunicării apar la ceea ce s-a numit **sensul comunicării**, realizat prin traversarea filtrului propriu (sistemul de valori) și a haloului (rezonanța simbolică).

Adevărul, dreptatea, cinstea, corectitudinea sînt valori ce tind, în viziunea timidului, spre absolut. El crede cu toată ființa lui că aceste valori pot fi realizate la modul absolut și își situează așteptările cognitive la acest nivel valoric. Imaginea absolută a așteptărilor cognitive ale timidului este tulburată de efectul real, de feedback-ul cognitiv primit, care în schimb nu produce în mod automat corectarea imaginii, ci are nevoie de un ajutor. Mesajul comunicării cognitive, care este dat de elementele comune identificate între emițător (E) și receptor (R), este afectat la timid nu atît din punct de vedere semantic, cît mai ales **pragmatic**, al valorii informației pentru timid. Timidul se străduiește să rămînă la înălțimea valorilor absolute, întîmpinînd tocmai de aceea difi-

cultăți de punere în practică a valorilor absolute a ideilor. Acestea se lasă greu modelate de realitate și de aici noi surse de suferință pentru timid. Fiind un defensiv, el mai mult apără decît atacă lumea ori pierde bătălia înainte de a o începe. Devine din nou un neînțeles, un neajutorat, un neadaptat.

Rețelele informației care îndeplinesc funcții de contact (Jacobson) suferă perturbări la timid. Iată deci cum **contactul** la timid este una dintre acele idei-cheie, problemă și soluție în același timp. De la contactul corporal la cel emoțional, discursiv, socio-familial și invers se produce o reacție în circuit, care deține dar și blochează energia terapeutică.

Sistemul discursiv permite trecerea de la **logica moleculară** intraorganică a sistemului corporal la **logica bipolară** a sistemului emoțional, în care dezvoltarea depinde de comunicarea cu un **altul privilegiat**, la **logica terțiară** a sistemului familial dominat de complexul Oedip, pentru a ieși în logica deschisă a sistemului social, unde relațiile logice și afective sînt infinit substituibile.

Sistemul socio-familial (S.S.F.) este cel pe care se realizează procesul de interiorizare a valorilor sociale, dar și a interdicțiilor sociale. La timid interdicțiile sociale sînt referitoare la agresivitate, necinste, nedreptate, la tot ceea ce este nonvaloare socială. Deși nu există un mediu socio-familial unic pentru timid, acesta în general este **supradirijat și hipersecurizant**, ducînd la formarea unui supraeu puternic, absolutist, un cenzor-moralizator (prin interdicții de felul: să nu te cerți, să fii cuminte, corect, cinstit etc.). **Copilul cuminte** este modelul de copil format de acest supraeu socio-familial al timidului.

Terapia la acest nivel constă în organizarea unui program de antrenament a extraversiei, a deschiderii spre cei-

lalți, în care chiar exercițiile de a „sări peste cal“ sînt bine venite.

Pericolul de a transforma timidul în categoria lor opusă - obraznici, războinici - nu este alarmant deoarece el întîmpină obstacolul structurii predominant introvertite a timidului autentic și al istoriei sale de viață închisă în turnul de fildeș.

Comunicarea intrasistemică și infrapsihică se poate realiza fie pe o cale sanogenă, prin fenomenul numit **articulare** (M.Pagès, 1993), fie pe o cale patogenă, prin constituirea **blocului** sau **amalgamului defensiv**.

Amalgamul sau blocul defensiv se constituie prin formarea unei legături automate (o buclă de întărire) între mecanismele de apărare a două sau mai multe sisteme. Amalgamul este un **obiect hibrid** care blochează comunicarea reală între sisteme și instalează o conduită de eșec.

La timid blocurile defensive se formează între:

- **inhibiția expresivă** și somatizare prin apariția carapacei musculare (imobilitate facială și corporală, inerție sau agitație corporală etc.);

- **clivajul arhaic** al obiectului în părțile lui bune și rele și ideologizarea obiectului de dragoste. Astfel, timidul idealizează prietenia, dragostea, relațiile interumane în general după patternurile arhaice de mamă, tată, bine, frumos, adică, încît nu mai are acces el însuși decît la idee și nu la relația concretă;

- ideologizarea obiectului de dragoste și ideologizarea proiectului parental („*Tot ceea ce spune mama este adevărat*“, A.B., 15 ani).

Traectoria terapeutică se adresează acestor blocuri defensive vizînd dezlegarea lor, pentru a se deschide **spațiul intersistemic de joc** și a se instaura comunicarea, articulația în blocul amalgamului.

Strategiile terapeutice cele mai eficiente (M. Pagès, 1993) sînt cele combinate, folosind o metodă dominantă și metode complementare. Astfel, transferului clasic i se adaugă transferul emoțional și social. Restabilirea comunicării emoționale cu figurile transferențiale din istoria timidului permite înfruntarea clivajelor și a conflictelor arhaice. Mai târziu, într-un alt registru, angajarea în conflicte oedipiene și socio-familiale determină subiectul să le înfrunte și să le depășească.

Transferul, înțeles ca un apel de comunicare, ca o deschidere a timidului către altul (psihoterapeutul, grupul social), este cea mai bună probă de comunicare. Activitatea comunicațională între copil și mamă constituie un prim sistem de legături între pulsiune și reprezentare sau reelaborarea sistemului afect-imagie M. Pinol-Dourrier (1984) și Marcelli arată importanța prezentării de către mamă a **obiectului dorit** de copil în forma protoreprezentărilor. Această noțiune este apropiată de cea a obiectului aglutinat care aglomerează senzația, afectul și o primă reprezentare a obiectului.

Disponibilitatea internă a mamei și a terapeutului, capacitatea lor integrativă pun în relație sistemul corporal cu cel emoțional, discursiv și socio-familial. Procesul de integrare comunicațională progresează de la un palier la altul și se deosebește atît de reproducerea prin clonare, prin care A tinde să se reproducă identic în B, cît și de clivaj sau reproducere simetrică.

Fiecare dintre sistemele prezentate are libertatea lui și numai în virtutea acesteia poate comunica cu celelalte sisteme. Elaborarea afectivă, cognitivă, comportamentală, adică perlaborarea psihoterapeutică își propune să refacă libertatea relativă, intersistemică și intrasistemică pentru a deschide

calea comunicării cu sine și cu altul. Comunicarea cu sine presupune comunicarea cu altul și invers.

Pedagogia romînească, cu toată bogăția ei de idei și metode, menține în obiectivul său persoana și personalitatea umană normală. Orice abatere de la acest model, care ar constitui o tulburare de dezvoltare a personalității sau a procesului de adaptare-integrare, reclamă un „specialist” cu o pregătire adiacentă sau străină pedagogiei. Or, de cele mai multe stări conflictuale, perturbări ale procesului de acumulare, învățare, integrare sînt responsabile fenomenele activate sau reactivate, generate sau exacerbate de instituția de învățămînt care are prin structura și dinamica sa o considerabilă încărcătură stresantă. Într-o altă viziune, care aparține mai ales gîndirii educaționale americane, în concepția educațională este integrată ca parte componentă și definitorie o formă de psihoterapie educațională. Cine exercită actul educativ trebuie să cunoască tehnicile de protecție psihologică de reducere a conflictualității, de compensare și intervenție recuperatorie.

În literatura romînească și în cea străină există un termen care ar permite determinarea unei unități morfo-funcționale a psihoterapiei comunicaționale a timidității și a terapiei educaționale a ei: terapia complexă integrată (C. Păunescu, 1984).

Terapia educațională a timidității

Timiditatea a fost definită (Dimitriu Elena, 1992) ca o tulburare afectogenă a personalității, a conștiinței de sine, de auto și interesimare, care se manifestă numai în prezența oamenilor sau a reprezentării lor și determină adaptarea socială negativă sau inadaptația socială.

Educația, atât în sens extensiv, ca fenomen social de modelare și integrare a comportamentului uman, dar mai ales restrictiv, ca sistem de acțiuni dirijate conștient și organizat, intră într-o relație complexă și concretă cu întreaga personalitate umană, atât sub aspectul sănătății, cât și al tulburării acesteia.

Relația timiditate-educație este complexă, dar și contradictorie. În prezentarea factorilor care determină timidity, și anume: factorii organici neuroendocrini; factorii afectogeni; factorii psihointelectuali; factorii motivaționali, de perturbare a conștiinței de sine; factorii socio-educationali, am observat natura lor dublă endogeno-exogenă.

Deși în mod evident doar factorii socio-educationali ar fi în relație directă cu fenomenul social al educației, natura endogeno-exogenă a tuturor factorilor, cât și intercorelația puternică dintre ei sînt semnificative pentru terapia educațională a timidity.

Dacă în procesul socializării, al educației nedarjate poate fi condiționată o emoție negativă (vezi capitolul II), educația dirijată, conștientă poate condiționa și emoția pozitivă. Deci, dacă poate fi condiționat eșecul, înseamnă că poate fi condiționat și succesul.

Educația pentru succes are mecanisme și etape specifice terapiei comportamentale: succesul real; anticiparea și reprezentarea succesului; generalizarea sentimentului de succes.

Constituția emotivă a timidului se manifestă în situațiile noi, problematice și semnificative pentru timid. Aceste situații nu pot fi înlăturate din viața cotidiană, timidul nu poate fi ținut într-un „turn de fildeș”, dar ele pot fi preîntîmpinate, deci controlate. Noul, neașteptatul își pot reduce din forța emoțională prin pregătirea pentru nou, expectația

neașteptatului. Pentru a constata gradul de noutate al necunoscutului, îl raportăm la cunoscut. Necunoscutul și noul se află în mod contradictoriu înscrise în cunoscut și vechi. Analizînd cunoscutul și limitele acestuia, sîntem pregătiți pentru posibilitatea apariției noului și a necunoscutului. Analiza cunoscutului este în același timp o analiză a necunoscutului, a noului și are valoarea educației pentru nou, neașteptat.

Tendința constituțională a timidului, de autocentrare, poate fi controlată printr-o socializare dirijată, printr-o **educație a extraversiei**. Obiectivul fundamental al acestei educații a extraversiei poate fi formarea conștientă a schemelor mintale (terapia cognitivă), de natură socială, pe baza cărora să se dezvolte schemele volitiv-comportamentale (terapia comportamentală). Preluarea critică a modelelor socio-culturale ale familiei, ale grupului socio-cultural și ale societății de către timid constituie baza pentru formarea schemelor socio-comportamentale proprii.

Timidul face parte din categoria oamenilor „serioși din fire”. A-l învăța pe timid să rîdă, să zîmbească, să se bucure poate constitui obiectivul **educației pentru zîmbet** (terapia comportamentală).

Raționamentul afectiv, intuitiv, hiperautoanalitic, afectivizarea relației de comunicare, a percepției negative, autosugestia negativă sînt specifice timidului numai în relațiile sale interumane și nu în general. Această observație este esențială pentru rolul terapeutic al educației, **educația pentru acțiune**. Încălnația timidului spre autoanaliză poate fi orientată de factorii educaționali spre analiză. Educația spiritului analitic completat cu cel sintetic declanșează un adevărat circuit terapeutic: orientarea spre acțiune, obținerea succesului, creșterea extraversiei (acțiune ↔ succes ↔ extraversie ↔ acțiune).

Educația, sub latura ei formativă mai mult decât informativă, este interesată de armonia și echilibrul personalității. Analizând fenomenele de personalizare, interiorizare, afectivizare (vezi capitolul II) prezente în relațiile interumane ale timidului se poate proiecta o **educație nonconflictuală**, pentru echilibrul și armonia personalității.

Complexul ca **autoconstruct, suprastructură maladaptivă**, răspunzător de sistematizarea timidității brute, spontane în cea autentică, reflexivă, sub acțiunea mecanismelor defensive ale Eului, duce la forme neadecvate de adaptare, la ceea ce s-a numit adaptare negativă. Mecanismele defensive ale Eului, compensația sub forma ei de **supracompensație negativă** (Adler) explică forme negative de adaptare ca intoleranța, agresivitatea, autoritarismul, manierismul comportamental. Hiperexigența timidului devine intoleranță, comportamentul defensiv devine ofensiv, conduita de supunere se transformă în conduită dominatoare, chiar terorizantă.

Mecanismele defensive ale Eului sînt în mod normal inconștiente. Rolul educației este de a le conștientiza și orienta spre polul lor pozitiv, valorificînd supracompensația pozitivă (eroism, perfecționism) și treptat compensația pozitivă (sublimarea, creația), proiectînd **educația compensației pozitive**.

Timidul trăiește într-un permanent climat de tensiune, frustrare, stres, avînd și conștiința acestora. Dreptul de care se simte frustrat timidul este dreptul la simpatia necondiționată a semenilor. Educația trebuie și poate să creeze un climat de simpatie, treptat condiționată, pornind de la cea necondiționată, trecînd prin metoda recompensei și a pedepsei pînă la cea corect condiționată (**educația pentru simpatie**).

Relația educație-timiditate este complexă, dar și contradictorie. Astfel, datele statistice (Zimbardo, 1979) arată că în țările civilizate există un număr mai mare de timizi decât în țările nedezvoltate. SUA și Japonia sînt considerate de Zimbardo ca țările cu cel mai mare procent de timizi. Cum se explică acest lucru? Aceasta ar însemna că civilizația, cultura, educația determină în mod direct timiditatea?

Cultura și educația înseamnă, într-o anumită măsură, inhibiția pornirilor imediate, a tendințelor spontane și formarea conduitelor întîrziate, învățate. Dar accentuarea inhibiției, excesul de autocontrol și hiperconștientizarea pot conduce la instalarea unor **conduite reținute**, specifice timidității. Corectarea acestor conduite prin terapia timidității constă în educarea echilibrului între manifestările spontane și cele învățate sau chiar învățarea spontaneității, educația pentru spontaneitate (terapia umanistă). Dacă educația implică și mecanismul de conștientizare, se poate conștientiza de timpuriu chiar pericolul hiperconștientizării și hipercontrolului. De asemenea, s-a constatat că societățile bazate pe **principiul competiției** sînt generatoare de timiditate. Educația pentru **competiția în sine** poate conduce la timiditate, ca și la opusul ei, agresivitatea.

Competiția în sine creează o falsă cursă de valori, în care timidul se angajează datorită nivelului său de aspirație foarte ridicat, dar care-l va conduce la eșec nu atît datorită limitelor competenței sale, ci mai ales nedezvoltării aptitudinilor sociale, esențiale în competiție. Competiția implică nu numai o înfruntare cognitiv-informațională, cît mai ales una socio-comportamentală. Competiția însă poate și stimula afirmarea aptitudinilor sociale dacă este coordonată, supervizată de formator și dacă intră în armonie cu colaborarea. De asemenea, competiția în sine creează acele scheme

mentale de dezvoltare a Eului individual, în defavoarea Eului social.

Dacă societatea, privită din punct de vedere macroscopic, poate genera timiditate, există și nuclee microscopice ale ei care au același efect: familia, școala, grupul socio-profesional.

În literatura de specialitate (Berge, 1967) s-a vorbit despre defectele educației în familie: lipsa de afecțiune (copii nedorți, familii dezorganizate); hiperprotecționismul (copilul unic, copilul cel mai mic); perfecționismul (copilul cel mai mare); spiritul posesiv (copilul unic); teama (părinți timizi, narcisismul părinților).

Aceste defecte ale educației în familie sînt întâlnite și la școală, unde accentul este pus pe informare și nu pe formare, unde obiectivele educației sînt preponderent cognitive și nu afectiv-volitiv-comportamentale.

Perfecționismul în școală poate fi rezultatul competiției în sine. Efectul haloului în evaluarea școlară poate conduce la hiperprotecționism sau la conduita inversă, de autoritarism. Nervozitatea educatorilor poate induce stări de anxietate la elevii hipersensibili. Conflictul interpersonal între elevi neobservate și nerezolvate pot duce la instalarea conflictului intrapersonal la timid. Etichetarea timidului, cu încărcătura ei socio-negativă, întreține și întărește tendința constituțională a timizilor.

Învățarea socială negativă, prin condiționarea emoțiilor de teamă, medierea centrală, intelectuală a învățării sociale, este mecanismul formării deprinderilor de izolare, comportament nesocial sau asocial.

Contradicția status-rol-sine poate fi nucleul nereușitelor în cadrul grupului socio-profesional.

În sens piagetian, educația ar putea fi definită prin conceptul de adaptare, ca echilibru între asimilare și acomodare. La timid, relația asimilare-acomodare, privită ca un proces de comunicare, este perturbată la nivelul ei social: astfel, formarea schemelor mentale de acomodare socială este filtrată de reflectarea deficitară a informației de asimilare socială (relațiile interumane).

Ca urmare, **terapia educațională a timidității** stă sub semnul educației sociale, de formare a aptitudinilor sociale și de dezvoltare a Eului social, printr-o metodologie complexă, de natură cognitivă, comportamentală, umanistă, familială, socio-culturală.

În concluzie, **educația socio-afectivă pozitivă** se poate sintetiza în:

1. **Educația pentru succes** prin dezvoltarea sentimentului de succes și a conștiinței succesului (metoda auto-gratificației, metoda paharului pe jumătate plin).
2. **Educația pentru noutate, descoperire** prin dezvoltarea plăcerii descoperirii, politica „niciodată surprins“, „niciodată fără răspuns“, „și eu am un rol aici“.
3. **Educația extraversionii** prin dezvoltarea limbajului nonverbal, mimică, privire, gestică, în unitate cu cel verbal și a sentimentului **Agora**, prin exerciții tip Agora (ieșirea în lume, într-un spațiu din ce în ce mai larg și mai complex).
4. **Educația pentru acțiune**, pentru mișcare, dinamism, inițiativă în familie, la școală, în grupul social (sarcini precise în familie, școală, excursii, sport).
5. **Educația pentru spontaneitate** prin dezvoltarea sentimentului de încredere în sine (spune ceea ce gîndești, ceea ce-ți vine în minte, ceea ce vezi).

6. **Educația pentru comunicare** în familie, în grupul social, în școală, educația pentru **schimbul** echitabil cu ceilalți (ce pot să-ți ofer, ce poți să-mi oferi?).

7. **Educația compensației pozitive** prin valorificarea aspectelor specific-pozitive ale personalității.

8. **Educația pentru simpatie și empatie** prin dezvoltarea conduitei asemănării și nu a deosebirii, a reflectării imaginii proprii în oglinda socială și a jocului de oglinzi.

9. **Educația pentru zâmbet**, pentru un facies deschis, primitor, prin gimnastica râsului.

10. **Educația aptitudinilor sociale** prin conștientizarea și dezvoltarea tuturor conduitelor anterioare.

Bibliografie

1. Adler A. (1995), **Sensul vieții**, Editura I.R.I.
2. Alliprandi G.C., Screm M. (1988), **Vaincre la timidité en 21 jours**, De vecchi, Paris.
3. Boon H. (1989), **La Sophrologie**, Ed. Retz, Paris.
4. Păunescu C. (1984), **Coordonate metodologice ale recuperării minorului inadaptat**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
5. Freud S. (1995), **5 lecții de psihanaliză**, Mediarex.
6. Freud S. (1996), **Practica psihanalizei**, Mediarex.
7. Freud S. (1993), **Viața mea și psihanaliza**, Editura Moldova.
8. Horney K. (1995), **Direcții noi în psihanaliză**, Editura Univers enciclopedic, București.
9. Horney K. (1995), **Autoanaliza**, Oscar Print, București.
10. Jung C.G. (1994), **Puterea sufletului**, Antologie vol. I-IV, Editura Anima, București.
11. Little I.M. (1992), **Des états-limites. L'alliance thérapeutique**, Ed. Des Femmes, Antoinette Fouque.
12. Fromm E. (1980), **Texte alese**, Editura Politică, București.
13. Megglé D. (1990), **Les thérapies breves**, Ed. Retz, Paris.

14. Mureșan P. (1980), *Învățarea socială*, Editura Albatros, București.
15. Sen A. (1978), *Educație și terapie*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
16. Văideanu A. (1980), *Educația la frontiera dintre milenii*, Editura Politică, București.
17. Zimbardo Ph. (1986), *The Stanford Shyness Project*, în Shyness Plenum Publishing Corporation.

Capitolul VII

Cercetarea experimentală

A. IPOTEZA

Demersul științific s-a desfășurat pe o perioadă de patru ani, parcurgând fazele cunoscute: observația, stabilirea ipotezelor, experimentarea, analiza și interpretarea datelor.

Timiditatea a reprezentat o dominantă a preocupărilor proprii de cercetare de peste 15 ani, timp în care observația ocazională, urmată de reflecție, a fost completată cu observația sistematică și studiul teoretic.

Astfel, lectura experienței, reflecția asupra ei și studiul teoretic au condus la formularea unui număr de întrebări și probleme: ce este timiditatea, care sînt cauzele sau factorii timidității, portretul timidului, gradele și formele timidității, mecanismele psihologice ale ei, vindecarea, corectarea sau ameliorarea timidității.

Deoarece am definit timiditatea ca o tulburare a personalității, a conștiinței de sine, s-au conturat două ipoteze:

- *Ipoteza nr. 1.* Timiditatea conține în mod necesar elemente structural-endogene: emotivitatea și introversia și elemente structural-exogene, de mediu familial, social, educațional - construct multidimensional -, accentul deplasîndu-se pe endogen sau exogen în funcție de tipul de timiditate

(autentică, constituțională, predominant endogenă sau situațională, predominant exogenă).

- *Ipoieza nr. 2.* Timiditatea conceptualizată de Antebi (1990), ca o dispoziție a personalității care reflectă dezvoltarea socială întârziată sau blocată, implică, după Seidman (1989), problema Eului mai mult decât a dexterității sociale ca deficit, fiind un autoconstruct (Mc Murdock 1986), cu centrarea obsesivă pe Eul individual și separarea de Eul social.

Astfel, s-a conturat **ipoteza principală** potrivit căreia transformarea autopercepției negative a timidului în autopercepție pozitivă prin psihoterapie comunicațională conduce la reducerea cotei de timiditate.

B. LOTUL EXPERIMENTAL

Pentru demonstrarea acestor ipoteze s-au parcurs două etape: diagnosticul și terapia timidității. S-a ales în mod aleatoriu un eșantion inițial alcătuit din 834 de subiecți, studenți și elevi între 14 și 22 ani:

Studenți	Facultatea	Elevi	Clasa	Total
100	Mecanică	25	a VIII-a	
123	Mecanică și Electronică aplicată	182	a IX-a	
120	Electronică aplicată	25	a XII-a	
259	Alte facultăți			
602		232		834

C. METODOLOGIA

Pentru diagnosticul timidității am aplicat următoarea metodologie:

- Chestionarul Berger pentru emotivitate (E)
- Inventarul Eysenck pentru introversie (I)
- Inventarul Zimbardo, tradus, adaptat și etalonat pentru timiditate (T)
- Metoda aprecierii obiective a lui Gh. Zapan (Z) pentru intercepția timidității
- Scara autopercepției timidității (A)
- Jurnalul intim
- Autoportretul
- Lista situațiilor și persoanelor intimidante
- Lista de succese-insuccese
- Lista de injurii-complimente

Chestionarul G. Berger, etalonat de prof. dr. A. Cosmovici și cercetătorii de la Centrul de Științe Socio-Umane din Iași, conține 90 de întrebări, din care am folosit doar 30. Dimensiunile de personalitate cercetate în experiment sînt emotivitatea, activitatea și secundaritatea. Emotivitatea, fiind considerată unul dintre factorii structurali ai timidității, a fost cercetată în mod predominant. Nu am reținut pentru calcul și celelalte dimensiuni ale personalității pentru a evita identificarea timidității cu temperamentul (vezi anexa nr. 1).

Inventarul Eysenck, etalonat de un colectiv de cercetare de la Spitalul „Socola” din Iași pe un eșantion de populație românească, conține 48 de itemi, care vizează două dimensiuni ale personalității: introversia-extraversia și stabilitatea-instabilitatea. De asemenea, am reținut pentru calcul

doar introversia-extraversia, considerată prin ipoteza secundară ca fiind dimensiune structurală a timidității.

Inventarul de timiditate Zimbardo are un număr de 29 de itemi, vizează autopercepția timidității, a frecvenței ei, comparația cu semenii, cauze, persoane, situații intimidante, reacții, sentimente, gânduri, acte generate de timiditate, consecințele pozitive și negative ale timidității. Pentru eșantionul de lucru am cotate întrebările cu un conținut cantitativ (vezi anexa nr. 1), iar cele calitative au fost interpretate prin metoda studiului de caz (vezi anexa nr. 2). Chestionarul Zimbardo diferențiază timidul de netimid prin autopercepția timidității și timidul autentic-structural de cel selectiv prin întrebările 13, 18, 20, 24.

Metoda aprecierii obiective după Zapan cercetează interpercepția timidului în colectivul sau grupul de elevi și studenți din care face parte. Astfel, după prezentarea definiției de lucru a timidității, se pun două întrebări cu privire la primii 5-7 timizi din colectiv și ultimii 5-7 timizi, iar a treia vizează autopercepția timidității pentru subiectul anchetat. Se dă lista subiecților din colectivul respectiv, din care ei trebuie să selecteze timizii.

Scara autopercepției timidității (A) măsoară pe un traseu crescător de la 1 la 10 autopercepția timidității. Subiectului i se cere să se situeze la o anumită cotă înainte de terapie și după terapie. Cotele sînt asemănătoare notelor școlare.

Jurnalul intim prezintă filmul existenței subiecților pînă în momentul cercetării, cu accent pe evenimentele mai ales negative și pe dificultățile de adaptare socială.

Autoportretul are drept obiectiv reliefaarea autopercepției negative prin numărul mare de defecte observate în comparație cu calitățile subiectului.

Lista situațiilor și persoanelor intimidante urmărește diferențierea timidului autentic de cel selectiv prin numărul de situații și persoane intimidante. Timidul autentic se manifestă astfel în toate situațiile și cu toate persoanele, iar cel selectiv în anumite situații și cu anumite persoane.

Lista de succese-insuccese: subiectul este invitat să contabilizeze raportul între succesele și insuccesele obținute de el pînă în momentul începerii terapiei.

Lista de injurii-complimente scoate în evidență raportul între injuriile și complimentele adresate timidului pînă în prezent, raport perceput în defavoarea complimentelor.

Pentru diagnosticul autopercepției timidității am insistat asupra rezultatelor obținute prin:

- Inventarul Zimbardo
- Scara autopercepției timidității
- Metoda jurnalului intim
- Autoportretul timidului
- Lista de succese-insuccese
- Lista de injurii-complimente

Această metodologie complexă a fost aplicată lotului inițial, de 834 de subiecți. Considerînd autopercepția timidității (T - Zimbardo) drept criteriu al timidității, am interpretat mai întîi Inventarul Zimbardo.

Astfel, dacă din cei 834 de subiecți din lotul inițial 167 (20%) s-au autodeclarat nontimizi, au rezultat 667 (80%) care s-au autodeclarat timizi într-un moment sau altul din viața lor (variabila T-Zimbardo). Acest procent corespunde cu cel obținut de Zimbardo prin aplicarea testului său pe 10 000 de subiecți din diferite țări.

Deși în literatura de specialitate diagnosticul timidității se reduce la autopercepția ei, am continuat selecția pentru a diferenția timidul endogen (E, I semnificativi) de timidul exogen (T/Z semnificativ), ca și gradele timidității: puternic, moderat, slab (vezi anexa nr. 2). Astfel, din cei 667 (80%) timizi autodeclarați (T semnificativ) în urma interpretării testelor Berger și Eysenck, au rezultat 429 (73,76%) nonemotivi și extravertiți și numai 175 (26,23%) emotivi și introvertiți (E, I semnificativi).

Dintre aceștia cei care au obținut unul din rangurile I, II, III la testul Zapan au fost selectați în grupele experimentale și de control (50 de subiecți reprezentând 28,57%).

Astfel, s-au putut diferenția:

1. Timidul de netimid:

a. timid dacă E, I/T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic*

b. netimid dacă E, I, T, Z sînt nesemnificative din punct de vedere statistic

2. Timidul endogen de timidul exogen:

a. timidul endogen dacă, E, I, T, Z, sînt semnificative din punct de vedere statistic

b. timidul exogen dacă T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic, iar E și I sînt nesemnificative din punct de vedere statistic.

În concluzie, dacă din cei 834 de subiecți din lotul inițial 50 de subiecți sînt emotivi, introvertiți, se consideră timizi și sînt percepuți ca timizi, aceștia au fost diagnosticați ca timizi endogeni sau autentici sau constituționali, ceea ce reprezintă 5,9%.

* E, I, T, Z sînt semnificative din punct de vedere statistic dacă $E > 45$, $I < 24$, $T \sim 8 \rightarrow 47$, $Z = I, II, III$.

Zimbardo a obținut un procent de 4% timizi autentici prin aplicarea testului său pe un lot de 10 000 de subiecți.

Dacă din cei 834 de subiecți, 492 sînt nonemotivi și extravertiți, dar se consideră timizi și sînt percepuți ca timizi (492-125), rezultă că 357 de subiecți sînt timizi exogeni-situaționali, ceea ce reprezintă 42%.

Mai mult de 80% din cei care au răspuns la chestionarul Zimbardo au considerat că au fost timizi într-un moment sau altul din viața lor, iar 40% se consideră ca fiind timizi și în prezent.

D. GRUPE EXPERIMENTALE ȘI DE CONTROL

Cei 50 de subiecți care au obținut cote semnificative din punct de vedere statistic la toate variabilele (E, I, T, Z) au fost introduși în grupele experimentale și de control.

Grupele sînt neomogene afiș din punct de vedere numeric, cît și structural, cotele obținute la variabilele E, I, T, Z fiind diferite. Aceasta am considerat că favorizează influența terapeutică și intergrupală.

Astfel, s-au alcătuit următoarele grupe.

Grupul experimental nr. 1

Este alcătuit din 8 membri: 4 studenți în anul II la Electronică Aplicată, și 4 eleve în clasa a XI-a și ulterior a XII-a la Liceul „E. Racoviță” din Iași.

La testarea inițială au obținut următoarele rezultate:

	Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1 T.M.	62	12	47	I
2 D.A.	61	7	37	I
3 A.I.	74	19	30	III
4 A.D.	70	12	35	II
5 C.A.	54	14	35	III
6 A.M.	77	7	30	III
7 B.M.	46	11	32	III
8 V.G.	70	15	40	II

Grupul de control nr. 1

Este similar grupului experimental alcătuit din 8 subiecți, 4 băieți și 4 fete, care au obținut următoarele rezultate la pretest:

	Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1 A.M.	72	12	47	I
2 O.A.	50	20	32	III
3 A.J.	66	18	33	III
4 Z.M.	62	23	37	II
5 D.J.	46	17	35	III
6 B.M.	82	23	35	III
7 A.C.	50	14	40	II
8 F.I.	69	21	47	I

Grupul experimental nr. 2

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete din clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“:

	Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1 B.A.	70	18	47	I
2 M.G.	81	17	39	III
3 A.B.	66	8	45	II
4 S.T.	70	12	38	III

Grupul de control nr. 2

Este alcătuit din 4 subiecți, eleve din clasa a IX-a Liceul „E. Racoviță“:

	Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1 M.D.	50	14	39	III
2 P.S.	74	14	47	I
3 B.M.	62	17	42	I
4 P.M.	54	15	39	II

Grupul experimental nr. 3

Este alcătuit din 4 subiecți, eleve din clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“, care au obținut următoarele rezultate:

	Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1 G.E.	70	8	42	I
2 H.C.	62	20	40	II
3 B.L.	58	17	35	III
4 P.R.	78	18	37	II

Grupul de control nr. 3

Este alcătuit din 4 subiecți, eleve în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“:

		Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1	T.S.	70	18	38	II
2	H.R.	54	19	40	II
3	M.C.	90	18	47	I
4	S.A.	54	17	34	III

Grupul experimental nr. 4

Este alcătuit din 4 subiecți, un elev și 3 eleve în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“:

		Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1	M.A.	62	13	42	II
2	C.I.	70	14	38	I
3	V.M.	46	19	41	III
4	V.D.	62	11	47	I

Grupul de control nr. 4

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete, elevi în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“:

		Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1	D.E.	46	21	38	III
2	D.V.	54	24	42	II
3	V.R.	50	18	39	III
4	P.L.	62	22	40	II

Grupul experimental nr. 5

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete, elevi în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“:

		Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1	A.M.	50	13	38	II
2	G.A.	53	17	39	III
3	V.E.	56	21	32	III
4	C.I.	82	14	45	I

Grupul de control nr. 5

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete, elevi în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță“:

		Emoti- vitate (E)	Introver- sie (I)	Autoper- cepție (T)	Interper- cepție (Z)
1	D.C.	54	17	39	III
2	C.C.	73	10	47	I
3	C.M.	62	13	38	II
4	T.M.	62	23	35	III

E. EXPERIMENTUL TERAPEUTIC**1. Principii:**

Timiditatea nu este o boală, ci o tulburare a personalității. Deoarece timiditatea este considerată a avea în structura sa (Melchior, 1991) un factor global care corespunde timidității dispoziționale și factori specifici (situaționali), terapia timidității se adresează mai ales factorilor specifici (cognitivi, afectivi, volitionali, comportamentali),

care pot fi modificați, și factorului general, ce poate fi doar controlat.

Prin terapia timidității înțelegem pregătirea timidului printr-un arsenal de atitudini, metode și tehnici de autocunoaștere, autoacceptare, precum și cu tehnica obținerii succesului social.

Principiul activismului. Depășind neutralismul freudian și spațiul inautentic (cabinetul psihologic și divanul), promovăm o psihoterapie activă, bazată pe principiul emoției corectoare postfreudiene, pe principiul interacționist al psihoterapiei umaniste, pe acel concept de UNU, unitate de bază (N. Little, 1991) sau R - răspunsul total al analistului la problemele clientului, care gravitează în jurul responsabilității.

Unitatea și interacțiunea între cauză, problemă și soluție. Descoperind și conștientizând cauza problemei, aceasta nu rezolvă problema de la sine, așa cum considera psihanaliza, dar ignorarea cauzelor și focalizarea intervenției psihoterapeutice numai pe problemă sau soluție conduc la ruperea contextului firesc cauză-efect și promovează tehnicismul. Structura complexă a timidității (factori organici neuroendocrini, afectogeni, psihointelectuali, motivaționali, de perturbare a conștiinței de sine și socio-educationali) determină formarea unor tipuri și grade diferite de timiditate.

Cunoscând cauzele și structura ei putem clasifica timiditatea astfel: afectivă, intelectuală, volitivă, comportamentală, constituțională sau situațională și putem aborda metodologia adecvată (emoția corectoare, redeția, desensibilizarea etc.). Între cauză, problemă și soluție există o interacțiune continuă, o circularitate, accentul mutându-se de

la una la alta în funcție de situația concretă (tipul și gradul timidității, vârsta, sexul, pregătirea subiectului).

Timpul afectat tratamentului psihoterapeutic trebuie adaptat relației concrete subiect-timiditate-psihoterapeut. Astfel, în mod teoretic o timiditate situațională poate fi tratată într-un interval de până la 6 luni, timiditatea constituțională poate beneficia de o intervenție intensivă de 1-2 ani și o consiliere adecvată, periodică pe parcursul întregii vieți.

Circularitatea trecut-prezent-viitor. Dacă predominarea cauzei în concepția psihanalistă înseamnă fatalismul trecutului, predominarea problemei în concepția psihoterapiei umaniste înseamnă ruperea de trecut, predominarea soluției promovată de cea de-a treia direcție în psihoterapie poate conduce la izolarea problemei nu numai de istoria ei, ci și de subiect. Astfel, așa cum considerau psihoterapeuții africani, problema poate deveni anonimă.

Terapia timidității implică în mod necesar atât o abordare istorică a problemei (prin anamneză, conversație), cât mai ales actualizarea acesteia cu scopul orientării tehnicilor psihoterapeutice spre concret, actual, specific, anticipând și prefigurând un comportament dezirabil.

Conținutul intervenției psihoterapeutice. Aceasta se adresează conflictului afectiv între Eul individual și Eul social, comportamentului social neadecvat (handicap social), gândurilor automatizate și false (complex de inferioritate, iminența eșecului), gestalturilor neterminate (privirea indecisă, ocolită, mersul stângaci, pe lângă ziduri, așezarea pe marginea scaunului, strângerea ezitantă de mână, neglijența în ținuta vestimentară), perturbărilor de comunicare

(vocea prea înaltă sau joasă, tăcerea sau hiperdiscursul, lipsa de expresivitate sau manierismul, clovneria).

Deoarece timiditatea fiecărui subiect are o formă proprie, concretă, psihoterapeutul trebuie să se implice, să se angajeze în descoperirea ei, chiar mai mult, în reformularea ei cu ajutorul subiectului. Este etapa de punere a problemei, care numai dacă este făcută corect înseamnă rezolvarea problemei pe jumătate.

Metodologia psihoterapiei timidității nu preexistă intervenției concrete decât în sensul pregătirii complexe a psihoterapeutului. Ea trebuie construită și reconstruită (per-laborare, M. Little, 1991) pe baza relației de parteneriat dintre subiect și psihoterapeut. Momentul esențial în conturarea definitivă a acesteia este acel insight, iluminare, care face, posibilă pătrunderea psihoterapeutului în lumea autentică a timidului.

● Principiul psihanalist al conștientizării nu asigură rezolvarea problemei, cu atât mai mult cu cât timidul autentic este conștient de tulburarea sa, el suferă chiar de hiperconștientizarea ei. Înțelegând hiperconștientizarea obsesivă ca o cauză a timidității, devine benefic în acest caz antrenamentul hipoconștientizării, al relaxării, al decentrării timidului.

● Emoția corectoare din psihoterapia umanistă se adresează fie evenimentelor din trecut, sub forma retrăirii lor pozitive, fie evenimentelor din prezent sau viitor prin anticiparea pozitivă, expectanța succesului și programarea pentru succes, acestea fiind semnificative pentru terapia timidității, cu atât mai mult cu cât timiditatea este o tulburare afectogenă.

● Redecizia cognitivă se adresează timidului în sensul reducerii autocentrării în timpul acțiunii, al decentrării și ori-

entării interesului către ceilalți și neutralizării proceselor cognitive defectuoase: abstracțiunea selectivă negativă, inferența arbitrară, supergeneralizarea, maximizarea sau minimizarea, personalizarea, gândirea dihotomică.

● Terapia rațional-emoțională (R.E.T), concepută parcă special pentru timiditate, se adresează corectării celor trei „trebuie” (prin psihanaliză, redecizie, sugestie).

● Metodele comportamentale se aplică în cele două etape: deconștientizarea prin desensibilizare sistematică, imersiune, implozie și condiționarea succesului prin sugestie, autosugestie, tratamentul asertivității, metode de grup (de întâlnire, de lucru, de stimulare a creativității).

● Actualizarea potențialului uman pozitiv la timid se face prin valorificarea sensibilității, a spiritului analitic, a idealismului său nobil și orientarea lor către cunoaștere, artă, religie.

● Programarea neuro-lingvistică (P.N.L.). Limbajul folosit de timid este extrem de semnificativ atât în conținut, cât mai ales în formă, cu atât mai mult cu cât intercomunicarea este suferința timidului. Dacă limbajul structurează experiența lumii, atunci blocajele comunicării, tăcerile anxioase, deturnările subiective, de sens, vor edifica o lume schizoidă la timid. În terapie, accentul pus în structura cartelelor V.A.K.O. trebuie deplasat de pe văz și auz pe mișcare, verbalizare, discurs, povestire, conversație.

● Analiza tranzacțională poate constitui un nou echilibru interior între cele trei ipostaze ale Eului: părinte, adult, copil, cât și exterior în relațiile cu ceilalți. Dacă interrelațiile cu ceilalți dar și cu sine vor fi construite pe principiul echivalenței de la părinte la părinte, de la adult la adult, de la copil la copil, se va sigura maturizarea necesară și eficiența lor. Timidul, în relațiile cu ceilalți, se situează în ipostaza

copilului neîndemînat, nepregătit, mereu pus la punct, iar în relațiile cu sine îmbracă haina părintelui autoritar, necruțător.

Erori în tehnica interpretării. Wilhem Reich, în *L'Analyse caractérielle* (1992), prezintă câteva erori în tehnica interpretării: interpretarea prematură a semnificației simptomelor, interpretarea materialelor în ordinea apariției lor, fără a ține seama de structura tulburării și stratificarea ei, analiza începînd înainte de a neutraliza rezistențele psihicului sau eludîndu-se rezistența latentă.

Analiza rezistențelor psihicului este orientată în funcție de anumite condiții: să se ia în analiză materialele elaborate de subiect, comportamentul său, tot ce ascunde și deformează el, să se facă o listă de diferite tipuri de rezistențe, interpretarea de fond să se facă în funcție de conținutul, dar mai ales de forma comunicării, să fie atacată rezistența principală, dar nu prin tăierea nodului gordian, ci desfăcîndu-l cu grijă potrivit principiului: nu ești niciodată prea activ cînd este vorba de a analiza rezistențele, nici prea pasiv cînd este vorba de a interpreta inconștientul.

Freud a arătat că nevroza originală nu poate fi atinsă decît traversînd nevroza de transfer. Atenția trebuie focalizată atît pe transferul negativ, cît mai ales pe cel pozitiv, care dincolo de efectul benefic poate disimula sentimentele reale (ura față de psihoterapeut), pe limitarea interpretărilor pînă se ajunge la una singură, pe stabilirea unui contact permanent între situația actuală și situația infantilă; de asemenea, trebuie început cu atacul pozițiilor actuale, care vor conduce încet, încet la situația patogenă centrală din copilărie. Se știe că orice rezistență reprezintă impulsul sinelui, căreia i se impune impulsul Eului, ambele inconștiente. Totodată

este indicat să se atingă mai întîi impulsul Eului, care este într-o mai strînsă legătură cu Eul conștient, și apoi impulsul sinelui. Astfel, eliminăm o mare parte din transferul negativ; rezistențele nu trebuie ocolite, ci lăsate să se dezvolte, chiar reanimate, deoarece ele au o natură ambivalentă: atît de apărare, cît și de eliberare a energiei terapeutice.

Strategii terapeutice. Strategia tratamentului constructiv. Dacă strategia descompunerii răspunde la întrebarea „ce poate fi eliminat, pentru ca tratamentul să rămînă la fel de eficient“, strategia tratamentului constructiv vizează întrebarea „ce poate fi adăugat unui tratament pentru a-l face mai eficient“. Ea constă în faptul că în terapia timidității am adăugat noi proceduri, care însă au intrat într-o relație puternică de interacțiune cu celelalte. Totuși, s-a putut diferenția nucleul cognitivist al acestui tip de terapie, datorită accentului pus pe „programul informațional“ corect introdus în computerul propriu, creierul subiectului.

Terapia timidității cuprinde atît în concepție, cît și în metodologie elemente psihanalitice, comportamentale, cognitive, gestaltiste, R.E.T., umaniste, P.N.L., tranzacționale.

Factorii afectogeni corelați cu cei socio-educationali au fost tratați în viziune psihanalitică: prin întoarcerea la copilărie și dominarea afectivității se pun în evidență fenomenele de hiperprotecție, autoritarism, lipsă de afecțiune, perfecționism, narcisism.

Frica de oameni își are originea în copilărie și prin verbalizare, vis etc., psihanaliza poate determina accesul la nivelul conștiinței al impulsurilor bazale, infantile.

Învățarea socială negativă: procesele de condiționare negativă a eșecului, anticipația negativă, care determină comportamentul defensiv al timidului, stîngăcia, blocajele în

acțiune sau inacțiune, manifestările extremiste de hiper sau hipoexteriorizare, pot fi cunoscute printr-un demers psihoterapeutic comportamentalist.

Factorii psihointelectuali pot fi tratați la modul cel mai adecvat în manieră cognitivă. Ideile false, schemele mintale defectuoase ca, de exemplu, sentimentul de inferioritate sau cei trei „trebuie” din R.E.T. vor duce la filtrarea incorectă a evenimentelor realității, la distorsiunea proceselor cognitive la timid: raționament afectiv, hiperautoanalitic, intuitiv, maximizarea sau minimizarea, personalizarea, gândirea dihotonică. Redecizia este pivotul corectării acestor disfuncționalități.

Factorii motivaționali, de perturbare a conștiinței de sine, care constituie de fapt nucleul structural al timidității, pot fi puși în evidență de psihoterapia umanistă. Atitudinea psihoterapeutului - de încredere, respect, empatie, deschidere și implicație totală în limitele responsabilității - va stimula aceeași atitudine la timid, va conduce la coștientizarea fenomenelor de conflict, complex, frustrație, stres care afectează nucleul personalității timidului.

Perturbarea conștiinței de sine prin accentuarea ei poate involucra pînă la disocierea Eului între componenta sa individuală și cea socială. Emoția corectoare, retrăirea fenomenelor, intensitatea relației psihoterapeut-timid sînt responsabile de redimensionarea conștiinței de sine. Privirea, mersul, gestică, mimica specifice timidului sînt surprinse prin metodele gestaltiste, de citire a limbajului corporal. Limbajul verbal specific timidului, aflat în conținut, cît mai ales în formă, poate face obiectul studiului P.N.L. Astfel, prin sugestie și autosugestie, P.N.L. poate restructura spațiul vital al timidului.

Prezentarea desfășurată a terapiei generale a timidității:

- **Cunoașterea subiectului:** chestionar de intelect, raporturi sociale, caracter (Chartier): 1-2 săptămîni, în total 4 ore.

- **Cunoașterea timidității subiectului prin chestionarul Stanford (Zimbardo):** 1-2 săptămîni, în total 4 ore, în urma căreia se poate face o primă deosebire între timidul autentic constituțional, dispozițional și situațional (vezi anexa nr. 2).

- **Psihanaliza formei specifice de timiditate:** în total 34 de ore, după cum urmează: anamneza, 1-2 săptămîni (în total 4 ore); conversația 1-2 săptămîni (în total 4 ore); lista situațiilor intimidante concrete 1-2 săptămîni (în total 4 ore); lista persoanelor intimidante 1-2 săptămîni (în total 4 ore); lista cauzelor pe care subiectul le consideră răspunzătoare de propria timiditate 2-4 săptămîni (în total 8 ore); relații fizice 1 săptămîină (în total 2 ore); gânduri 1 săptămîină (în total 2 ore); sentimente 1 săptămîină (în total 2 ore); acte 1 săptămîină (în total 2 ore); consecințele timidității 1 săptămîină (în total 2 ore).

- **Perlaborarea:** punerea problemei; formularea și reformularea ei; insight-ul, pătrunderea în cîmpul psihic intim al timidului; descoperirea cheii potrivite (acel ceva specific de care se apără timidul în cauză); structura terapiei în jurul nucleului descoperit; relaxarea (4 săptămîni, în total 8 ore).

- **Analiza, interpretarea ei și depășirea rezistențelor** (vezi W. Reich). Se aplică metodele psihanaliste de coștientizare, de sugestie și autosugestie (6 săptămîni, în total 12 ore), stimularea transferului și contratransferului pozitiv, menținînd controlul asupra transferului negativ. Se induce,

prin atitudinea psihoterapeutului, identificarea personajelor pozitive din istoria de viață a timidului cu persoana psihoterapeutului. Contratransferul pozitiv se instalează în mod spontan: când, de exemplu, psihoterapeutul a fost timid și și-a depășit timiditatea sau psihoterapeutul identifică în mod voit un personaj pozitiv din viața sa cu subiectul.

De obicei însă transferul pozitiv și negativ conviețuiesc. Rezistența provocată de transferul negativ nu trebuie ocolită, ci actualizată, conștientizată și depășită.

Terapia timidității

Eul fizic. Pregătirea igienico-fizică, estetică, vestimentară prin sfaturi, sugestii, prin exerciții fizice. Igiena zilnică, schimbarea vestimentației, cosmetica, coafura, vor duce la formarea unei noi imagini de sine (2 săptămâni, în total 4 ore).

Comportamentul: a) aspecte formale; b) aspecte de conținut.

a) Aspectele formale: se antrenează vorbirea clară, puternică, modulată prin exerciții de vorbire, de citire; se antrenează mersul drept, suplu, elegant prin exerciții de mers; poziția pe scaun, în centrul lui și nu pe margine, în centrul unei încăperi și nu la extreme; se dă tema de conversație, se discută două minute, apoi 5-10-15-20 de minute, întâi cu psihoterapeutul, apoi cu 2-3-5 persoane cunoscute și necunoscute; se evaluează continuitatea conversației, logica ei, relaxarea subiectului; se educă orientarea privirii către partenerul de discuție; se evită împietrirea gesticii, ca și excesul de gesturi, care ar crea impresia de teatralism, clovnerie; se exercită salutul politicos, strângerea de mână.

b) Aspectul de conținut: ordinea, disciplina, consecvența, punctualitatea prin alcătuirea împreună cu timidul a unui program zilnic, riguros respectat (6 săptămâni, în total 12 ore).

Eul comportamental. Desensibilizarea treptată față de situațiile și persoanele intimidante. La întrebările: care sînt aceste situații și persoane și de ce sînt ele intimidante va răspunde psihanaliza. Apoi se folosesc implozia, imersia, metoda „cușca cu lei“, retrăirea, redecizia. Desensibilizarea treptată față de persoanele intimidante se realizează prin aceleași metode (8 săptămâni, în total 12 ore).

Eul psihic, conștiința de sine. Se face psihanaliza sentimentelor, gândurilor timidului în timpul acțiunii și în afara acțiunii. Se conștientizează consecințele negative determinate de aceste sentimente și gânduri, care se reformulează, luîndu-se decizia ca în timpul acțiunii timidul să nu gîndească decît la acțiune, se retrăiește în minte și apoi în realitate această nouă hotărîre. Se face psihanaliza ideilor false, a complexelor de inferioritate, urmărindu-se depășirea lor prin sugestie, autosugestie, metoda competenței (8 săptămâni, în total 12 ore).

Eul social. Antrenamentul asertivității prin metoda grupului de întîlnire, de lucru sau training group. Se stimulează exprimarea gândurilor, a sentimentelor, discuția în contradictoriu, cearta chiar, orice duce la exteriorizare.

Metoda programării comportamentului prosocial: cunoscînd situațiile și persoanele intimidante, se elaborează împreună cu timidul o listă de răspunsuri posibile. De exemplu, în cazul atacului la aspectul fizic, intelectual, comporta-

mental, răspunsurile posibile sînt: surîsul; fiecare este priceput în domeniul său; nici oamenii mari sau geniile nu au fost înțeleși întotdeauna; adevărul absolut nu există, dar trebuie să-l preferăm minciunii; totul este posibil în anumite limite.

Metoda negației: a învăța să refuzi ceea ce nu-ți convine și a exprima clar, dar nu agresiv acest lucru.

Metoda inițiativei: antrenamentul inițial acasă, printre rude, prieteni, cunoscuți, la serviciu și transferul acesteia printre necunoscuți.

Metoda modelului: alegerea de către timid, în colaborare cu psihoterapeutul, a unui model de personalitate cu care ar dori să se identifice.

Educarea stilului propriu de a fi prin retrăire, personajul închipuit, redeție, schimbarea istoriei de viață.

Stimularea creativității prin metodele brainstorming, sinectică etc. conduce la educarea spontaneității în gândire, iar prin conștientizare la transferul acesteia în comportament.

Alte metode: psihodrama, teatrul ca spectacol privit sau jucat, dansul, călătoriile, vizitele, jocurile de societate.

Metoda statutului profesional: realizarea pe plan profesional poate constitui o bază a realizării pe plan social, prin transfer, dar și o modalitate de autoapărare, automulțumire. Timidul folosește orice cale pentru autoapărare. Aspirația către un statut profesional bun și accesul la el pot constitui o puternică motivație pentru accesul la un statut social bun. Stimularea pregătirii pentru un anumit domeniu de activitate poate crea baza de discuție pentru terapia timidității.

Metoda competenței: L.Dugas spunea că orice competență este un „brevet de siguranță”. Deci formarea unei competențe înseamnă atât mobilizarea cognitivă, însușirea

unor cunoștințe, deprinderi, priceperi, cât și stăpînirea și transmiterea lor, adică mobilizarea afectiv-volițională. Această energie afectiv-volițională poate fi transferată prin sugestie și autosugestie Eului social.

F. TERAPEUTICI SPECIFICE SCURTE

În urma testării, care pentru un subiect durează în medie o săptămînă (în total, 7 ore), se procedează la etapa terapeutică.

Un moment fundamental pentru psihoterapia timidității este încheierea contractului psihoterapeutic, prin care subiectul ia hotărîrea de a nu mai fi timid. Această hotărîre este primul program informațional „introdus” în psihicul subiectului. Este un program care se va integra în strategia cognitivă a terapiei timidității.

În prima zi, contractul psihoterapeutic se poate formula astfel:

- M-am hotărît să nu mai fiu timid
- Voi urma programul de 21 de zile în mod regulat
- Nu voi lipsi sau întîrzia
- Îmi voi mobiliza toate forțele pentru a învinge timiditatea
- Voi face toate exercițiile, oricît ar fi de dificile
- Vreau și pot să-i ajut pe colegii mei din grupul terapeutic
- Nu mă grăbesc, am răbdare cu mine
- Nu aștept minuni, ci rezultatele pe care le pot obține singur prin forțele mele
- Sînt actorul propriei mele evoluții
- Am încredere în mine și în forțele mele neexplorate.

Acest contract psihoterapeutic este rezultatul practicii terapeutice, cînd rezistențele psihice s-au manifestat sub formă de absențe, întîrzieri, blocaje acționale, refuzul de a participa la grup. Trecute în contract, ele alcătuiesc programul cognitiv care mobilizează psihicul pentru obiectivul urmărit. Desigur că acest contract nu este infailibil, rezistențele apar și după încheierea contractului. Contractul însuși poate stimula apariția rezistențelor, acestea fiind chiar mai importante decît blocajul lor, deoarece numai astfel pot fi depășite, eliberîndu-se totodată energia terapeutică necesară.

A doua zi (1-2 ore). Terapia se adresează carapacei musculare printr-o strategie complexă de relaxare. Relaxarea se realizează în trei etape, prin care se urmărește obținerea decontractării fizice și psihice prin: caseta de relaxare Screm, training autogen Schultz, o singură frază: sînt calm, liniștit, voi avea succes!

Caseta de relaxare conține o metodă de relaxare special elaborată de italianul M. Screm pentru timiditate, cu muzică și text adecvate, tradusă din franceză și refăcută cu vocea psihoterapeutului. După o introducere pe muzică de Bach, urmează o parte de text pe muzică, apoi textul propriu-zis de relaxare, pe un fond realizat de bătăile metronomului. Textul de relaxare este elaborat după aceleași principii (greutate, căldură, vizualizare) ca și metodele de relaxare Schultz și Jacobson. Starea de relaxare obținută se verifică prin atingerea pacienților de către psihoterapeut în momentul relaxării (în terapie se renunță la interdicția atingerii) și prin discuțiile și sondajele de după relaxare.

După relaxarea Screm, se învață relaxarea mai scurtă Schultz, care va fi dată ca exercițiu pentru acasă. Exercițiile

de relaxare se vor repeta în cabinetul psihoterapeutic și acasă pînă cînd se va obține relaxarea pe o singură frază, printr-o singură autocomandă, adresată psihicului: sînt calm, liniștit, voi avea succes!

A treia zi. Ce este timiditatea și ce fel de timid sînt eu este tema discuției ce se va declanșa după încheierea contractului psihoterapeutic și învățarea relaxării. Într-o atmosferă de relaxare, fiecare membru al grupului se va prezenta și va povesti celorlalți, va re trăi filmul vieții sale. Ceilalți au rol de observatori activi, puțînd să întrerupă actorul, să pună întrebări, să formuleze soluții la problemele pe care acesta le ridică, să facă trimiteri la propriile probleme. Această psihanaliză va continua pe toată perioada psihoterapiei pînă cînd se conștientizează conflictele inconștiente ale subiectului-actor și se descoperă în grup acele clișee mintale și comportamentale și gestalturi neterminate care în automatismul lor blochează comunicarea și adaptarea. În funcție de durata filmului vieții și de numărul membrilor din grup, psihanaliza și respectiv psihoterapia durează mai mult sau mai puțin.

Clișee mintale și comportamentale semnificative:

H.C.L., 15 ani, Liceul „Emil Racoviță”: 1. „Toți se uitau la mine ca la ceva neobișnuit” (complex de inferioritate); 2. „ceilalți vor rîde de mine” (anticipație negativă); 3. „Nu știu dacă aș mai suporta să mă despart de ea” (anticipație negativă).

B.L., 15 ani, elevă la Liceul „Emil Racoviță”: 1. „Prefer să fiu singură decît să am prieteni care nu se ridică la nivelul cerințelor mele” (perfecționism); 2. „Probele cele mai grele mi-au fost date mie” (autoagresivitate); 3. „M-am gîndit să nu deranjez” (anticipație negativă).

S.T., 15 ani, elevă la Liceul „E. Racoviță”: „Autoagresivitatea pornește dintr-o plăcere pasională de a mă pedepsi. Consider că merit și aceasta nu pentru că am săvârșit un fapt urât, ci pentru că așa sînt eu. Mi-e teamă și prevăd că mi-o vor spune cei din jur, dar pentru a nu-mi face un dublu proces de conștiință mă autopedepsesc cu mult înainte” (autoagresivitate, hiperexigență, anticipație negativă).

A.L., 17 ani, elevă la Liceul „E. Racoviță”: „Nu suport să-i fie cuiva milă de mine” (autoagresivitate).

B.A., 15 ani, elevă la Liceul „E. Racoviță”: 1. „De atunci, nu cred să mai fi fost atît de obraznică și atît de îndrăzneată” (falsă identificare); 2. „Tot ce spunea mama despre mine era adevărat, așa că am crezut-o și de atunci nu m-am mai băgat în grupurile de fete și de băieți” (generalizare forțată).

G.R.E., 15 ani, Liceul „E. Racoviță”: 1. „Simpla idee de a acționa astfel (a' se bate, a se certa) mă făcea să mă eschivez, să mă ascund ca într-o carapace” (hipersensibilitate); 2. „Întotdeauna am dat atenție părerilor oamenilor și toate evenimentele, chiar nesemnificative, mi-au rămas adînc sculptate în memorie” (supraevaluare socială); 3. „Cînd a început școala, m-am refugiat în învățătură” (supracompensare); 4. „Arătam ca o stafie” (complex de inferioritate).

P.R.O., 15 ani, Liceul „E. Racoviță”: 1. „Mă priveau ca pe o proastă” (complex de inferioritate); 2. „Eu am venit mult prea tîrziu, cu o fustă scurtă și asta deoarece consideram acest lucru o neobrăzare” (falsă identificare).

Aceste clișee mintale și comportamentale sînt descoperite în grup, cu ajutorul psihoterapeutului, ele fiind de fapt multiplicări infinite ale cîtorva scheme automate și false de gîndire și comportament: anticipație negativă; complex de inferioritate; supracompensare; generalizare forțată; identi-

ficare falsă, care funcționează într-un cerc vicios ca mecanisme psihologice ale timidității.

Descoperirea și aducerea lor la un numitor comun prin denumirea științifică pune în evidență funcționarea timidității, dar și antidotul ei. O dată descoperite, ele vor fi analizate ca scheme false de gîndire și vor fi elaborate, cu ajutorul grupului, schemele corecte, flexibile de gîndire și comportament printr-o nouă programare mintală și comportamentală. Fiecare clișeu mintal, deși mecanism psihologic al timidității, deține antidotul în el însuși: astfel, anticipației negative i se opune anticipația pozitivă, complexului de inferioritate decomplexarea, compensației negative sau supracompensației compensația pozitivă, cercului vicios, spirala etc. Dar pentru punerea în mișcare a acestor mecanisme psihologice antidot, este necesară psihoterapia comunicatională complexă.

A patra zi. Deoarece psihologia timidității gravitează în jurul imaginii și conștiinței de sine, se cere subiectului alcătuirea autoportretului real și imaginar. Subiectul realizează în scris autoportretul real, cu ierarhizarea calităților și defectelor, ca și autoportretul imaginar, cu trăsăturile psihice și fizice la care aspiră.

Autoportretul real are ca obiectiv conștientizarea auto-percepției negative prin disproporția între calitățile și defectele autopercepute atît ca număr, cît și ca importanță. Autoportretul imaginar urmărește orientarea psihoterapiei către interpercepția pozitivă, care prin feedback va conduce la autopercepția pozitivă. Descoperind care este imaginea de sine ideală a timidului, prin exercițiile care urmează se va forma cu ajutorul grupului această imagine pozitivă.

A cincea zi. Se poate trece la ceea ce am numit limbajul corpului și educarea lui, deci la comunicarea nonverbală. Se elaborează împreună cu subiecții un proiect de comunicare nonverbală:

1. *Privirea partenerului.* Acest exercițiu este foarte semnificativ, deoarece timidul nu are curajul să înfrunte partenerul, nici măcar cu privirea. Privirea este o formă de contact social, iar ocolirea privirii face parte din conduita de evitare a riscului, pe care contactul l-ar putea implica (auto-supraprotecție). Teama timidului de a nu fi intimidat prin privire (anticipație negativă) poate fi contracarată fiind învățat să privească el întâi partenerul: a nu te lăsa privit (atacat), ci a privi (a ataca) tu însuși.

2. *Zîmbetul pe buze.* Este una din soluțiile magice pentru a obține succesul. Distimie constituțională a timidului, ca și handicapul social obsedant constrîng timidul la o încruntare perpetuă. Zîmbetul este o conduită de deschidere, de extraversion și de acceptare, care adresată interlocutorului se constituie într-un feedback automat, de acceptare a timidului.

Teama fundamentală a timidului de respingere poate fi contracarată printr-o conduită anticipativă, de acceptare a partenerului prin zîmbet.

3. *Vocea fermă, puternică, sigură, deschisă, primitoare, caldă, nuanțată.* Timidul are tendința să vorbească încet, nesigur, cu o voce nenuanțată, inertă, rece, nonafectivă. Vocea transmite fidel starea fundamentală a timidului de teamă, nesiguranță, neîncredere și se constituie într-o carte de vizită neatractivă pentru interlocutor. Orice informație ar transmite timidul cu o astfel de voce este neconvincător.

4. *Mersul drept, flexibil, elegant, hotărît.* Mersul comunică și el interlocutorului starea afectivă negativă a timidului. Timidul merge aplecat ca și cum întreaga greutate

a lumii este susținută de umerii săi. Conduita de Atlas se corectează atît prin metode cognitiviste, prin conștientizarea conduitei de supunere (aplec = supus), cît și prin metode comportamentale, de deconștientizare și condiționare corectă. Se educă un nou stil de mers atît în cabinet, pe scenă, cît și în arena vieții, prin acțiunile organizate cu grupul.

5. *Așezarea pe scaun într-o încăpere în centrul ei, nu în spate sau într-un loc ascuns.* Timidul și-a format o ciudată abilitate de a găsi locurile cele mai ascunse dintr-un spațiu oarecare (conduită de autoprotecție).

6. *Mimica și gestica bogate, deschise, nuanțate.* Timidul are tendința de a-și forma un comportament mimico-gestic inert, de Sfînx, care mai mult blochează informația decît o transmite. Conștientizarea acestor conduite afective non-expresive, ca și formarea unor conduite noi se realizează prin exerciții atît în cabinetul psihoterapeutic, cît și în afara lui, în mediul familial, de prieteni, școlar.

Limbajul corpului și modelarea lui fac parte din cadrul psihoterapiei emoționale și nu pur corporale sau semantice. Se urmărește formarea unei imagini fizice și comportamentale a timidului, pe care acesta o oferă interlocutorilor și care prin feedback conduce la pozitivarea imaginii de sine a timidului.

A șasea zi stă sub semnul artei conversației. Astfel, timidul - care nu știe de ce, cînd și cum să spună ceva într-o conversație - va face exerciții de vorbire în grup (exteriorizare), de conversație (contact social) și chiar de ceartă (dominare).

În relațiile interumane timidul se plasează într-o situație cu adevărat paradoxală, deoarece una din rezistențele

cele mai puternice la timid este comunicarea. Astfel, discuțiile banale i se par adesea nedemne de atenția sa (standard perfecționist), iar pentru discuțiile mai sofisticate se consideră nespecialist (complex de inferioritate). Ca urmare, timidul tace, ceea ce nu este altceva decât instalarea conduitei specifice de evitare sau de fugă.

Pentru discuțiile banale, timidul este pus în situația de a răspunde zilnic aparent la cea mai banală dintre întrebări: ce mai faci? Dar i se cere să răspundă cât mai detaliat, cât mai expresiv, cu multe cuvinte și gesturi. Evaluarea se realizează prin cronometrarea și aprecierea răspunsurilor cele mai lungi. Pentru discuțiile mai sofisticate i se recomandă preocuparea pentru o cât mai bună informare în cât mai multe domenii. Această informare îi va provoca starea de securitate care este vitală pentru timid.

Se dau exerciții de conversație pentru acasă: cu o persoană de același sex și vîrstă, cu o persoană de sex opus și aceeași vîrstă, cu o persoană de același sex și de vîrstă diferită, cu o persoană de sex opus și de vîrstă diferită, cu o persoană ce reprezintă o autoritate, cu un grup mic, cu un grup mare.

Exemple: drumul către casă (cămin) cu un coleg, colegă; discuția cu mama sau tatăl unei colege (coleg); discuția cu un profesor pentru o notă; discuția cu o vînzătoare, țigancă, polițist, meșter, muzician; discuția cu un grup de prieteni, după vizionarea unui film; exercițiul de a face un anunț important în grup (clasă, an); conferință pe o temă dată sau la alegere.

A șaptea zi. Pentru exercițiile de ceartă, i se cere timidului să realizeze o listă cu injuriile care i-au fost adresate de-a lungul timpului și o listă alăturată cu argumentele

împotriva acestora, cu răspunsurile care nu au fost date niciodată, dar care puteau fi date. Listele cu injurii se schimbă între subiecți, se recrează și se pun în scenă situațiile respective, iar actorii joacă pe rînd rolul de victimă și agresor. Astfel, se ating două obiective psihoterapeutice: pe de o parte, se contracarează injuriile reale, primite de timid în timp, se încheie gestalturile neterminate (răspunsurile care nu au fost date și care funcționau ca și conflicte inconștiente), pe de altă parte, se exersează exteriorizarea, confruntarea, dominarea partenerului, care eliberează energia terapeutică în prezent.

A opta zi. Pentru a completa exercițiul cu injuriile se face exercițiul cu complimentele, prin care se cere subiecților să alcătuiască liste cu complimentele care li s-au adresat pînă în prezent și liste cu complimente pentru colegii de grup (pe baza portretului lor ideal).

Și acest exercițiu vizează imaginea de sine negativă a timidului și aspirația psihoterapeutică de pozitivare a ei. Dacă se pun față în față injuriile și complimentele, se poate observa tendința timidului de a scoate în evidență injuriile (autoagresivitate) și de a ascunde sau a reduce complimentele (complex de inferioritate). Conștientizînd această tendință, timidul va fi învățat să pună accentul pe complimente; mai mult, se dau exerciții pentru acasă de transformare a injuriilor posibile în complimente.

A noua zi. Lista situațiilor și persoanelor intimidante. Psihanaliza va descoperi de ce aceste situații și persoane sînt intimidante, iar psihodrama și sociodrama vor asigura retrăirea pozitivă a acestor evenimente, reinvestirea persoanelor intimidante cu valoarea neutralității. De exemplu A.B., 15 ani, elevă, a pus în scenă situația cumpărării unor articole

intime dintr-un magazin. Unul dintre colegi a jucat rolul vânzătorului, iar apoi au inversat rolurile. T.S., 15 ani, elevă a jucat scena cu regizorul de la Timișoara. H.C., 15 ani, a interpretat scena cu vizita pe care directorul tatălui ei, împreună cu fiul lui, au făcut-o la ea acasă.

În funcție de dificultatea scenelor și numărul membrilor grupului, psihoterapia are o durată diferită. Lista situațiilor și persoanelor intimidante este contracara de lista succeselor și a răspunsurilor de succes.

A zecea zi. Se cere subiecților să alcătuiască lista succeselor obținute până în prezent și să descopere prin discuția în grup mecanismele acestor succese, care vor constitui modele pentru succesele viitoare. De asemenea, se notează toate succesele obținute și punerea în aplicare a exercițiilor pentru acasă.

A unsprezecea zi. Se folosește a doua casetă Scream cu exerciții de autosugestie, elaborate special pentru timiditate. Se dezbate noțiunile de spațiu natural, loc de concentrare, consilier mintal pentru a educa simțul vizualizării și forța autocomenzii.

A douăsprezecea zi. Strângerea de mână. Este un exercițiu psihoterapeutic de contact, care face parte în același timp din strategia emoțională și din cea comportamentală. Se cere subiecților să-și imagineze că intră într-o încăpere: trebuie să bată la ușă, să intre, să spună „Bună ziua!”, să se prezinte și să strângă mâna fiecăruia din cei prezenți. Se evaluează forța bătăii la ușă, apăsarea pașilor, siguranța vocii, firescul strângerii de mână. Fiecare subiect va juca rol de actor și observator, acordând o notă pentru

exercițiile colegilor săi. Este un exercițiu dificil, care va fi urmat de unul și mai dificil, contactul facial și sărutul.

A treisprezecea zi. Se creează o situație psihodramatică, în care se imaginează sărbătorirea zilei de naștere a subiecților din grup. Fiecare subiect trebuie să treacă pe la sărbătorit, să-l felicite pentru ziua lui și să-l sărute pe ambii obraji. La acest exercițiu de contact emoțional și comportamental se manifestă de obicei rezistențe, care vor fi cu atât mai eficiente din punct de vedere psihoterapeutic cu cât se vor manifesta și vor fi depășite mai repede. Nedepășirea lor poate conduce la ineficiență psihoterapeutică sau chiar la întreruperea programului psihoterapeutic (cazul elevei A.B., care a întrerupt pentru moment psihoterapia în urma acestui exercițiu).

A paisprezecea zi. Negăția. Timidul nu poate să spună nu, neavînd curaj să se opună și deci să se impună (conduită de dominare).

Bulwer-Lytton (1863) consideră că moartea lui Hercule s-a datorat timidității acestuia, făcînd apel la un eseu al lui Plutarh care se referă la deficitul numit **dușopia** sau dificultatea de a spune nu. A spune nu este perceput de timid ca o formă de violență verbală incipientă, un prim pas către heteroagresivitate. Iar timidul preferă autoagresivitatea, autopedepsirea, care îi satisfac necesitatea de autocompătămire și îi reduc riscul de a ieși în arenă și a fi atacat. Pentru a nu fi atacat se atacă singur. Agresivitatea poate fi în mod paradoxal o formă de autoprotecție. De exemplu, T.S., 15 ani, elevă: „Mi-e teamă că mi-o vor spune cei din jur, dar pentru a nu-mi face un dublu proces de conștiință mă autopepesc cu mult înainte“.

Ca urmare, se recomandă cât mai multe exerciții „de ieșire în arenă”, heteroagresive, care măresc cota de risc personal și de acceptare a acestuia. Perturbarea conduitei de opoziție (dificultatea de a spune nu) este semnificativ corelată cu perturbarea conduitei de supunere (dificultatea de a mulțumi). Explicația acestui aparent paradox constă în faptul că ambele conduite se subordonează conduitei de contact social. Atât negația, cât și mulțumirea pun la încercare conduita de contact social, care la timid este grav afectată. Se dau exerciții pentru acasă, timidului cerându-i-se să facă o listă cu cât mai multe situații și persoane cărora li s-a opus (le-a spus nu) sau cărora le-a mulțumit în mod adecvat.

A cinsprezecea zi. Artterapia. În general timizii fiind hipersensibili, am constatat că sînt și dotați pentru unul sau altul dintre domeniile artei: poezie, muzică, teatru, desen. Fiecărui membru al grupului i se cere să se pregătească și să susțină în fața celorlalți un mic recital care este apreciat și stimulat de grup. Paralel, subiecții pot fi îndrumați să se înscrie la cursuri de muzică, dans și teatru.

A șaisprezecea zi. Colaborarea. Timizii nu și-au dezvoltat conduita de colaborare. Ei consideră că sînt atît de deosebiți, chiar străini de ceilalți, încît nu au nimic în comun cu ei. De exemplu, S.T.: „Totdeauna am avut impresia că sînt altfel decît ceilalți”.

Se conștientizează prin metode psihanalitice conduita falsă de diferențiere, apoi se stimulează prin sugestie și auto-sugestie conduita de asemănare. Se pot organiza exerciții diferite în funcție de vîrstă: jocul de puzzle, o temă pentru dezbateră la care fiecare membru al grupului trebuie să contribuie cu ceva. De altfel, motoul lucrului în grup:

„Ajută-te pe tine ajutîndu-i pe alții” este un laitmotiv de colaborare.

A șaptesprezecea zi. Modelul și rolul asumat. Din autoportretul schițat la începutul psihoterapiei s-a conturat deja imaginea de sine ideală, pe care fiecare membru al grupului a prezentat-o celorlalți. Acum se descoperă prin discuție un model, un personaj real sau imaginar care să “încarneze” această imagine și se ia decizia ca fiecare să se apropie cât mai mult de acest model, pentru a-și asuma rolul respectiv. Redecizia și asumarea rolului mobilizează psihicul pentru transformarea imaginii ideale în imagine reală.

A optsprezecea zi. Interviuul. A fi în centrul atenției, atît în rolul de reporter, cât și de interviuat, este conduita care poate fi reinvestită pozitiv prin jocul de-a interviuul. Această conduită este la timid valorizată negativ, determinînd de cele mai multe ori conduita de evitare și fugă. Se cere fiecărui membru al grupului să fie, pe rînd, reporter și interviuat. Interviuul este înregistrat. Tema poate fi la alegere. Interesantă s-a dovedit în cursul experimentului însăși tema timidității. În acest fel se conștientizează încă o dată cauzele, mecanismele, soluțiile timidității și se iese în arena socială. Ceilalți membri ai grupului joacă rol de observatori activi și pun note atît reporterului, cât și interviuatului.

A nouăsprezecea zi. Discursul. Urmărește să se coreleze expectanța timidului cu cea a publicului. Se învață regulile unui discurs: logice, estetice, retorice, de limbaj verbal și nonverbal, evaluîndu-se arta de a convinge. Observatorii activi dau note. Tema discursului este la alegere. De exemplu, terapia educațională a timidității în familie, școală, societate.

A douăzecea zi. Autoevaluarea și interevaluarea. Evaluarea poate fi considerată la timid o conduită de alarmă atât atunci când se apreciază, cât și atunci când este apreciat. Preocuparea excesivă a timidului pentru feedback-ul social, pentru evaluarea socială poate fi reorientată. Astfel, rolul pasiv de spectator, de persoană care așteaptă să fie apreciată se poate transforma în rol activ, de actor, de persoană care apreciază. Conduita autocentrică devine alocentrică. Se cere timidului să facă exerciții pe stradă de fixare a privirii asupra oamenilor, pentru a putea observa și a nu se lăsa observat; acasă, să se antreneze în familie, printre prieteni, la școală printre colegi, observându-i pe ceilalți și exteriorizându-și aprecierile. În grupul psihoterapeutic fiecare membru acordă o notă pentru evoluția colegilor săi.

A douăzecișuna zi. Petrecerea. În funcție de condițiile concrete, fiecare membru al grupului trebuie să organizeze o petrecere la care să fie invitați colegii săi din celelalte grupuri. Se consideră petrecerea ca fiind o formă sintetică de evaluare și interevaluare a tuturor conduitelor nou formate: anticipația pozitivă, limbajul corpului, conversația, negația, dansul, succesul (examenul sub forma unei petreceri va dura atâtea zile câți membri are grupul).

Bibliografie:

1. Antebi Ph. (1990), **Shyness, sociability and psychosocial development**, California school of professional psychology, San Diego, dissertation abstract.
2. Belles D. (1987), **Effects of cure - controled relaxation and the control of heterosocial performance anxiety among shy males**, în *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 1, p. 133-151.
3. Biemer D. (1984), **Shyness control. A systematic approach to social anxiety management at children**, în *Psychological Abstract*, vol. 71, nr. 7.
4. Brodt S. (1981), **Modifying shyness - related social behaviour trough symptom missatribution**, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41, p. 437-449.
5. Cappe R. (1986), **Comparison of treatment strategies for clients functionally inpaired by extreme shyness and social avoidance**, în *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, p. 796-801.
6. Chartier J., **La timidité guérie en trois semaines**, Ed. Dangles, Paris.
7. De Stefano (1977), **Teachers view treatability of children school adjustment problems**, în *Journal of Special Education*, vol. 11, p. 275-288.
8. Donahue P. (1989), **Helping adolescents with shyness; applying the Japanes Morita therapy in shyness counselling**, în

International Journal for the Advancement of Counselling, vol. 12, p. 323-332.

9. Eastburg M. (1990), **Shyness and perceptions of parental behaviour**, in *Psychological Reports*, vol. 66, p. 915-921.

10. Gersbacher U. (1992), **Führen durch Körpersprache. Autorität und Kompetenz ausstrahlen. Manipulation und Einschüchterung**, Die Signale der Gewinner, Wilhelm Heyme Verlag, München.

11. Glass C. (1988), **Common and specific factors in clients description and explanation for change**, in *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 77, p. 427-440.

12. Harwas N. (1986), **Educational therapy of shyness: assumption and techniques**, in *Psychology*, vol. 29, p. 434-445.

13. Hobbs T. (1976), **Modification of verbal productivity in shy adolescents during a short term camping program**, Bureau of Mental Health, Birmingham A.L.

14. Ishiyama F. (1987), **Use of Morita therapy in shyness counselling in the West: promoting clients self-acceptance and action taking**, in *Journal Counselling and Development*, vol. 65, p. 551-574.

15. Jagot P. (1990), **La timidité vaincue**, Ed. Dangles, Paris.

16. Johnson J. (1991), **Attribution of shy persons in affiliation and achievement situations**, in *Journal of Psychology*, vol. 125, p. 51-58.

17. Kelly L. (1990), **Rhetoritherapy revisited**, in *Communications education*, vol. 39, p. 207-226.

18. Kemple K. (1990), **Family antecedents and corelatis of early shyness: attachment and parent-child interaction**, dissertation abstract.

19. Lazarus Ph. (1978), **An experimental treatment on the amelioration of shyness in children**, dissertation abstract, vol. 38, p. 621-622

20. Little M. (1991), **Des états-limites. L'alliance thérapeutique**, in *La psychanalyse*, Des Femmes, Antoinette Fouque.

21. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implozie counselling and conditionning approaches**, in *A.E.P. Journal*, vol. 6, p. 64-69.

22. Maroldo G. (1987), **Shy family members and intervention procedures**, in *Journal of Social Behaviour and personality*, vol. 2, p. 459-503.

23. Mc Clure W. (1978), **Effectively counselling the minority client**, in *Journal of Employment Counselling*, vol. 15, p. 150-503.

24. Mc Glynn F. (1981), **Effects of cure - controlled relaxation, a credible placebo treatment on shyness among college males**, in *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 12, p. 299-306.

25. Mc Kain Th. (1988), **Personal constructs and shyness: The relationship between rep grid data and therapy outcome**, in *International Journal of Personal Construct Psychology*, vol. 1, p. 151-157.

26. Mc Murdock L. (1986), **Validation of the „Mc Murdock multidimensional shyness index“**, dissertation abstract.

27. Megglé D. (1990), **Les thérapies breves**, Ed. Retz, Paris.

28. Melchior L. (1990), **Sampling the three components of shyness Syndrome Inventory**,

29. Miner E. (1988), **The adaptive role of shyness: an application of gestalt theory. Pacific gradus to school of psychology**, dissertation abstract.

30. Mosher D. (1981), **On differentiating shame and shyness**, Connecticut Univ., Motivations and Emotions, vol. 5, p. 61-64.

31. Mosh Ph. (1985), **The influence of communication and shyness in the hospital course of psychiatric patients**, dissertation abstract.

32. Phillips S. (1988), **Shyness as disfunction in career development**, în *Journal of Counselling Psychology*, vol. 35, p. 159-165.

33. Reich W. (1992), **L'analyse caractérielle**, Science de l'homme, Payot, Paris.

34. Saint-Laurent R. (1968), **La timidité**. Encyclopedie de sciences humaines et de psychologie pratique, Aubanel.

35. Seidman R. (1989), **Shyness: an investigation of a dynamic process**, dissertation abstract.

36. Stott S. (1984), **Surmounting shyness: Cognitive, behavioral treatment of junior high students**, dissertation abstract.

37. Sugawara K. (1986), **Motivation for acquiring praise and motivation for avoiding rejection**, în *Japanese Journal of Psychology*, vol. 57, p. 134-140.

38. Zimbardo P. (1979), **Comprendre la timidité. Ce qu'elle est, et comment la dominer**, Inter Edition, Paris.

39. Zimbardo P. (1982), **Shyness and Stress of the human connection**, în *Handbook of Stress: theoretical and clinical aspects*, New York, Free Press, p. 466-481.

40. Zimbardo P. (1986), **The Stanford Shyness project**. Shyness, Plenum Publishing Corporation.

41. Zimbardo P. (1985), **Can shyness affects your health?**, Healthline, S.F. State University, vol. 4, p. 12-13.

42. Zimbardo P. (1987), **How to help shy child?**, în *Teachers Strategies*, P.A. Springhouse Publishing.

43. Zimbardo P. (1983), **Overcoming Shyness**, în *Medical aspects of human sexuality*, vol. 17, p. 20-36.

44. Zimbardo P. (1985), **Actor-Observer differences in the perceived stability of shyness**, în *Social Cognition*, vol. 3, p. 230-265.

Capitolul VIII

Evaluarea cercetării

Semnificația diferenței între mediile variabilelor E, I, T, la grupele experimentale și de control, înainte și după terapie și interpretarea ei psihologică

În urma programului psihoterapeutic variabilele E, I, T suferă modificări pozitive. Astfel, la grupul experimental nr. 1, emotivitatea (E) scade la $t = 3,91$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$. Introversia (I) scade cu $t = 3,84$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$, iar T scade cu $t = 4,82$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$. Aceste rezultate se explică prin structura grupului experimental: numerică (8 membri), pe sexe (4 băieți și 4 fete), pe vârste (17-20 ani), prin climatul și coeziunea de grup relativ omogen, deși terapia s-a conturat treptat, pe măsura desfășurării procesului terapeutic.

La grupul de control nr. 1 emotivitatea crește cu $t = 10,18$, semnificativ din punct de vedere statistic cu $p < 0,001$, introversia crește cu $t = 6,18$, semnificativ din punct de vedere statistic la $p < 0,001$, iar autopercepția timidității crește cu $t = 4,33$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$.

Aceste rezultate interesante din punct de vedere psihologic, de creștere a timidității în lipsa procesului terapeutic, se explică atât prin criteriul vârstei - adolescența fiind

prin excelență vârsta timidității, subliniind mai ales importanța aplicării programului psihoterapeutic în momentul crizei. Faptul că timiditatea nu rămâne constantă la grupul de control, ci se accentuează în lipsa terapiei, întărește ipoteza necesității și eficienței terapiei timidității. Condiția absenței terapiei este chiar mai semnificativă din punct de vedere psihologic decât condiția prezenței ei.

La grupul experimental nr. 2 emotivitatea scade cu $t = 1,63$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia scade la $t = 3,49$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$. Aceste rezultate se explică prin faptul că grupul psihoterapeutic este mai restrâns, numai de 4 membri, un băiat și 3 fete, colegi de liceu, iar climatul permisiv întâmpină dificultăți datorită unui relativ dezechilibru structural. Deci modificările emotivității și introversiei sînt pozitive, dar nesemnificative din punct de vedere statistic, ele influențează totuși autopercepția timidității, care scade semnificativ din punct de vedere statistic.

La grupul de control nr. 2 emotivitatea crește cu $t = 2,45$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, iar timiditatea crește la $t = 2,33$, de asemenea nesemnificativ din punct de vedere statistic. În lipsa terapiei la acest grup de control, cu o structură asemănătoare cu grupul de control nr. 1, rezultatele sînt asemănătoare, adică toate variabilele E, I, T înregistrează creșteri, confirmînd necesitatea programului psihoterapeutic, deși sînt nesemnificative din punct de vedere statistic.

La grupul experimental nr. 3 emotivitatea scade cu $t = 3,46$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$, introversia scade la $t = 4,28$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$, iar timiditatea scade la $t = 4,62$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$.

Începînd cu acest grup, rezultatele psihoterapiei sînt mai eficiente atît din punct de vedere psihologic, cît și statistic. Aceasta se explică datorită perfecționării programului psihoterapeutic, cît și influenței grupurilor anterioare.

La grupul de control nr. 3 emotivitatea crește cu $t = 7,36$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,001$, introversia crește la $t = 2,37$, nesemnificativ din punct de vedere statistic.

Aceste creșteri, atît semnificative cît și nesemnificative din punct de vedere statistic, confirmă rezultatele obținute de grupul experimental și întăresc ipotezele experimentului.

La grupul experimental nr. 4 emotivitatea scade cu $t = 2,5$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia scade cu $t = 15,38$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,001$, iar timiditatea scade la $t = 4,08$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$.

Exercițiile de extraversiie care au predominat în această fază a programului psihoterapeutic explică o scădere atît de puternică a introversiei și, ca urmare, scăderea semnificativă a timidității.

La grupul de control nr. 4 emotivitatea crește la $t = 1,15$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia crește la $t = 1,41$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, iar timiditatea crește la $t = 1,61$, de asemenea nesemnificativ din punct de vedere statistic. Și aceste rezultate, deși nesemnificative, întăresc ipoteza eficienței programului psihoterapeutic.

La grupul experimental nr. 5 emotivitatea scade la $t = 2,38$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia scade la $t = 1,66$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, iar timiditatea scade la $t = 5,24$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$.

Deși emotivitatea și introversia se modifică nesemnificativ din punct de vedere statistic, timiditatea înregistrează o scădere puternică, semnificativă ca urmare a perfecționării programului psihoterapeutic și a creșterii receptivității subiecților față de acesta.

La grupul de control nr. 5 emotivitatea crește la $t = 2,27$, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia rămâne constantă, iar timiditatea crește la $t = 2,33$, de asemenea nesemnificativ din punct de vedere statistic.

În concluzie, la grupele experimentale rezultatele postterapeutice înregistrează scăderea timidității (T) măsurată prin autopercepția ei atât semnificativ, cât și nesemnificativ din punct de vedere statistic, confirmând ipoteza principală. De asemenea, scăderea emotivității și creșterea extraversionii confirmă ipoteza structurală a experimentului, potrivit căreia în structura timidității sînt coprezente cele două variabile (E, I). Deși constituționale, aceste variabile E, I scad deoarece nu se măsoară valoarea lor absolută, ci autopercepția lor. În urma programului psihoterapeutic complex, dar și a influenței intragrupale și intergrupale, E, I se modifică pozitiv datorită tendinței subiecților de a se conforma expectanțelor psihoterapeutice.

La grupele de control, rezultatele înregistrează creșterea timidității (T) și a elementelor sale structurale (E, I) în lipsa terapiei, ceea ce întărește ambele ipoteze.

Grupul experimental nr. 1

	x	y	d	d ²
1	8	6	2	4
2	9	6	3	9
3	7	5	2	4
4	7	5	2	4
5	6	3	3	9
6	7	4	3	9
7	5	3	2	4
8	8	5	3	9
N=8			$\Sigma d=20(T)$	$\Sigma d^2=52$

x = autopercepția timidității (A) înainte de terapie

y = autopercepția timidității (A) după terapie

d = diferența între x și y

d² = pătratul diferenței

$$|t| = \frac{\bar{m}d}{\frac{\sigma d}{\sqrt{N}}}; \quad \bar{m}d = \frac{T}{N}; \quad \sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1};$$

$$\sigma d = \sqrt{\sigma d^2}; \quad \bar{m}d = \frac{T}{N} = 2,5;$$

$$\sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1} = 0,28; \quad \sigma d = 0,52; \quad |t| = 13,32$$

Timiditatea, măsurată prin autopercepția ei, scade la un $t = 13,32$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,001$.

Grupul experimental nr. 2

	x	y	d	d ²
1	8	3	5	25
2	7	5	2	4
3	7	4	3	9
4	6	2	4	16
N=4			Σd=14(T)	Σd ² =54

$$|t| = \frac{\bar{md}}{\frac{\sigma_d}{\sqrt{N}}}; \bar{md} = \frac{T}{N}; \sigma_d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1};$$

$$\sigma_d = \sqrt{\sigma_d^2}; \bar{md} = \frac{T}{N} = 3,5;$$

$$\sigma_d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1} = 1,66; \sigma_d = 1,29; |t| = 5,46$$

Timiditatea, măsurată prin autopercepția ei, scade la $t = 5,46$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$.

Grupul experimental nr. 5

	x	y	d	d ²
1	9	3	6	36
2	8	4	4	16
3	9	5	4	16
4	5	3	2	4
N=4			Σd=16(T)	Σd ² =72

$$|t| = \frac{\bar{md}}{\frac{\sigma_d}{\sqrt{N}}}; \bar{md} = \frac{T}{N}; \sigma_d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1};$$

$$\sigma_d = \sqrt{\sigma_d^2}; \bar{md} = \frac{T}{N} = 4;$$

$$\sigma_d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1} = 2,66; \sigma_d = 1,63; |t| = 3,28$$

A scade la $t = 3,28$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$.

Semnificația diferenței între mediile variabilei autopercepția timidității (A), măsurată pe baza scalei autopercepției la grupele experimentale înainte și după terapie

Scala autopercepției timidității (A) măsoară, pe un traseu crescător de la 1 la 10, autopercepția timidității. Subiecții sînt întrebați unde consideră că se situează pe această scală, înainte și după terapie. Notele sînt asemănătoare notelor școlare, 1 fiind considerată cota minimă de timiditate, iar 10 cota maximă. Înainte de începerea terapiei majoritatea subiecților consideră că se situează la cote sub 5, iar după terapie la cote peste 5.

Rezultatele obținute din punct de vedere statistic favorizează grupele mai mari (8 membri) în relație cu cele mai mici (4 membri). Numărul propriu-zis al membrilor unui grup contribuie la dezvoltarea acelor fenomene de grup ce favorizează depășirea timidității.

Există două tipuri de influențe ale factorilor intragrupali și intergrupali. În cadrul unui grup, subiecții observă progresele făcute de ceilalți membri, ceea ce se constituie într-un stimul intern de autodepășire.

De asemenea, treptat, pe măsură ce programul psihoterapeutic evoluează, se instituie un fenomen de concurență benefică intergrupală.

Psihoterapeutul stimulează emergența influențelor intragrupale și intergrupale pozitive. Autopercepția timidității este influențată și de tendința subiecților de a se conforma așteptărilor psihoterapeutului și confirmă previziunile acestuia.

Semnificația corelației între variabilele emotivitate (E), introversie (I), autopercepția timidității (A), interpercepția timidității (Z), implicate în experimentul terapeutic

Corelația Bravais-Pearson s-a dovedit a fi semnificativă din punct de vedere statistic între variabilele introversie (I) și interpercepția timidității (Z), la un $p = 0,005$. Deci, introvertitul este perceput ca timid în grupul social. Această corelație întărește ipoteza nr. 1, potrivit căreia în structura timidității, introversia este elementul nodal (prelucrarea datelor s-a făcut pe calculator).

Celelalte variabile E, T, Z nu corelează în mod semnificativ din punct de vedere statistic. De asemenea, corelația rangurilor între variabila introversie (I) și autopercepția timidității (T) este semnificativă din punct de vedere statistic.

Astfel:

		I	Ri	T	Rt	Ri	Rt	d	d ²
1	P.L.	16	6	32	10,5	6	10,5	4,5	20,25
2	B.A.	19	12	29	13,5	12	13,5	1,5	2,25
3	V.D.	11	3	47	1,5	3	1,5	1,5	2,25
4	B.A.	8	2	45	4	2	4	2	4
5	H.R.	19	12	46	3	12	3	9	36
6	M.F.	12	4,5	39	7	4,5	7	2,5	6,25
7	H.N.	18	9	32	10,5	9	10,5	1,5	2,25
8	B.A.	18	9	41	5,5	9	5,5	3,5	12,25
9	M.C.	18	9	41	5,5	9	5,5	3,5	12,25
10	M.L.	24	13	29	13,5	13	13,5	0,5	0,25
11	B.S.	17	7	47	1,5	7	1,5	5,5	30,25
12	D.A.	7	1	37	8	1	8	7	49
13	A.D.	12	4,5	35	9	4,5	9	4,5	20,25
14	A.O.	19	12	30	12	12	12	0	0

I - introversie; Ri - rangul I; T - autopercepția timidității; Rt - rangul T; d - diferența de rang; d^2 - pătratul diferenței.

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N^2 - 1)} = 1 - \frac{6 \times 197,5}{14(14^2 - 1)} = 1 - \frac{1185}{2730} = 1 - 0,43 = 0,57,$$

semnificativ din punct de vedere statistic la un $p = 0,02$.

În timiditate s-ar putea pune întrebarea dacă terapia individuală nu este mai eficientă decât cea de grup, deoarece timizii se tem în mod funciar de grup. Tocmai de aceea am considerat că deși este o formă mai dificilă de terapie, cea de grup este mai eficientă decât cea individuală. În cazurile grave s-a procedat la terapia individuală, iar după ce subiecții au câștigat suportul afectiv necesar pentru a se angaja în traviul comun s-a aplicat terapia de grup. De asemenea, s-ar putea crede că grupele omogene sînt mai eficiente deoarece terapia însăși poate fi mai consecventă. Experimentul terapeutic a dovedit însă eficiența mai mare a grupelor neomogene deoarece în relație cu forțele psihoterapeutice, au intrat și influențele psihosociale ale grupului însuși.

O altă prejudecată a fost înlăturată prin intermediul psihoterapiei comunicaționale, și anume cea potrivit căreia grupele mai mici, de 4-5 membri, ar fi mai eficiente decât cele mijlocii, de 8-9 membri. Grupele medii ca mărime și neomogene s-au dovedit a fi mai eficiente decât cele mici, neomogene.

Variabilele emotivitate (E), introversie (I), deși constituționale, au suferit transformări pozitive nu datorită unor

influențe ale terapiei asupra eredității, ci datorită elementelor de autopercepție din structura testelor de emotivitate și intro-extraversie. Un argument în plus al necesității terapiei, chiar obligatorie în cazurile grave de timiditate autentică, este faptul că atât variabilele ereditare - emotivitatea și introversia - cît și autopercepția timidității cresc în absența terapiei la grupele de control.

Faptul că unele grupe sînt supuse experimentului, iar altele nu - cele de control -, determină o anumită condiție de inferioritate, care se manifestă prin creșterea cotelor la toate variabilele: E, I, T.

Bibliografie

1. Radu I. și colab. (1993), **Metodologie psihologică și analiza datelor**, Editura Sincron, Cluj-Napoca.
2. Smith Milton G. (1971), **Ghid simplificat de statistică pentru psihologie și pedagogie**, Editura Didactică și Pedagogică, București.
3. Novak A. (1977), **Metode statistice în pedagogie și psihologie**, Editura Didactică și Pedagogică, București.

Studii de caz

T.M.: timiditate autentică, volitivă, transparentă

S-a născut la 3 aprilie 1972, în localitatea D, județul S. Părinții sînt tehnicieni radio-difuziune la B, profesie care a avut o influență pozitivă asupra orientării fiului lor spre Facultatea de Electronică, dar și a sorei lui mai mici, N., spre Liceul de informatică. De altfel, atmosfera din familie este percepută de subiect nu numai ca influență, ci și ca autoritară, chiar constrîngătoare pînă în anul II de facultate. Este primul născut, acest rang în structura grupului familial fiind de asemenea semnificativ pentru timizi. În ascendența familială are o bunică ce a stat internată în spital ultimii ani de viață, cu diagnosticul de melancolie. Această informație este semnalul de alarmă pentru o posibilă evoluție marcată de dificultăți de adaptare socială pentru subiect.

Subiectul declară că, fiind cel mai mare, simte o responsabilitate crescută față de problemele esențiale, cu atît mai mult cu cît ceilalți - părinții, profesorii, colegii - cer acest lucru de la el.

Rezultatele școlare obținute pînă în clasa a XI-a sînt foarte bune (premiul I-II), ceea ce atestă una dintre caracteristicile timizilor, și anume orientarea spre perfecționism. Acesta este întreținut și chiar propulsat de climatul de hiperexigență din familie și de mediul școlar concurențial.

În urma testării psihologice preterapeutice obține următoarele rezultate: emotivitatea (E)=62, introversia (I)=12,

timiditate - testul Zimbardo - (T)=47, rangul I la testul Zapan. Deci este un timid autentic, constituțional autoperceput și interperceput ca timid.

În schimb, în discuția pentru alcătuirea fișei personale, subiectul are tendința de a deplasa accentul de pe elementele de structură constituțională spre cele de mediu familial și social. Această tendință a fost valorificată intens în strategia terapeutică, în sensul creșterii încrederii în posibilitățile proprii de a modela mediul social.

Jurnalul intim, conversația cu sine, convorbirea cu psihoterapeutul, care a pregătit terapia propriu-zisă, au scos în evidență următoarele manifestări:

- **Conduita de evitare:** preferă să ocolească situațiile sociale, să evite anturajul, să facă totul singur. Aceasta din urmă este una dintre cele mai periculoase manifestări, care poate conduce la izolare totală.

- **Conduita de autoagresivitate:** neîncrederea în sine, chiar plăcerea de a spune că el nu este în stare de nimic, nu se va căsători niciodată, nu va reuși să depășească starea în care este.

- **Supraestimarea** celor dintr-un grup mai mare. Acest lucru este subliniat și prin metoda **situațiilor și persoanelor intimidante**, și anume toate situațiile care cer spontaneitate și voie bună și toate persoanele care dagajă o bună dispoziție și vervă continuă.

- **Conduita meditativă.** În situațiile sociale create subiectul are numeroase momente de așa-zisă „cădere pe gânduri“, dincolo de care se poate observa un gol afectiv deosebit; în cazul în care este întrebat la ce se gândește, repetă propoziția: „Nu mă gândesc la nimic, nu simt nimic“ sau începe să vorbească dezlinat, cu o ușoară tendință de fugă de idei.

Din aplicarea metodei **autoportretului real** reiese că numărul defectelor este perceput a fi mult mai mare decât al calităților proprii, iar principalul defect este considerat timiditatea.

Autoportretul ideal scoate în evidență aspirația fundamentală a subiectului de a nu mai fi timid.

Aceste informații sînt fundamentale pentru momentul de începere a terapiei, ca și pentru conturarea pîrghiei principale a acesteia.

Faptul că subiectul se află în faza în care principala problemă este timiditatea, iar principala sa aspirație nevoia de a o depăși, arată că el este pregătit pentru terapie și pentru obținerea succesului. Dominanta psihologică fiind creată în mod natural, psihoterapeutul nu trebuie decât să o valorifice în mod pozitiv. De altfel, în discuția referitoare la autopercepția soluțiilor, subiectul mărturisește că vrea să se corecteze și își propune să se mobilizeze pentru efort.

Etapa terapeutică

T.M. este subiectul care a urmat programul psihoterapeutic în mod regulat cu multă bunăvoință, în ciuda dificultăților reale legate de școală și cămin.

Grupul psihoterapeutic în care a fost introdus este alcătuit din 4 băieți, colegi la Facultatea de Electronică aplicată, și 4 fete în clasa a XI-a și a XII-a de la Liceul „Emil Racoviță“.

Această structura pe vîrstă și sex a fost formată intenționat pentru a stimula stabilirea de relații permissive și a favoriza **principiul terapeutic al întâlnirii**. Perioada de formare a grupului a fost de 3 luni, iar perioada terapeutică propriu-zisă de încă trei luni.

Contractul psihoterapeutic a fost încheiat și respectat în mod satisfăcător. În faza psihanalitică a terapiei, su-

biectul întâmpină dificultăți în **conștientizarea** clișeelelor mintale și comportamentale, a gestalturilor neterminate, care blochează comunicarea și adaptarea. Iese în evidență o puternică tendință de autoagresivitate (Eu sînt de vină), care este clișeul cognitiv fundamental, dar care în același timp încorporează alte clișee minore, dar intercorelate.

Limbajul corpului are succes în ceea ce privește aspectele cantitative: subiectul înțelege și se adaptează noilor cerințe de vestimentație, cu scopul de a-și forma o imagine fizică mai agreabilă. Aspectele calitative, de dinamică facială și corporală sînt mai greu de realizat. Subiectul are un facies împietrit, o carcasă musculară încordată, o poziție inertă, inhibată, necomunicativă.

Relaxarea are efecte mai ales în prezența psihoterapeutului, dar în grup este în continuare ultimul care vorbește sau se manifestă.

Exercițiile de privire, strîngere de mîna, zîmbetul, bătaia în ușa, mersul sînt realizate de asemenea destul de încordat, neconvingător. Învăță să intervină în discuție, să-și apere punctele de vedere, dar numai susținut de psihoterapeut.

În plină terapie se conturează o interesantă pendulare între transferul pozitiv și cel negativ. De la faza de dependență față de psihoterapeut trece în faza de agresivitate față de acesta. Este momentul în care se manifestă rezistența principală a subiectului. El identifică psihoterapeutul cu tatăl său care era foarte exigent, dar de care subiectul se simțea dependent nu numai material, ci și afectiv. Neagă rolul psihoterapeutului cu o virulență puternică. Psihoterapeutul acceptă noul status acordat de subiect, de fapt detronarea sa, și transferă forțele terapeutice asupra subiectului. El este făcut să înțeleagă că numai el deține forța de a se corecta și are capacitatea de a lua singur decizia asupra vieții sale.

Acestui moment i-a urmat o etapă de succese relative, de dezinhibare și chiar extraversie, ajutate de exercițiile de tip Agora (plimbare, film, petreceri). Este însoțit de colegi spre școală și spre cămin, participă la numeroase petreceri, dar pentru început are tendința de a folosi alcoolul ca mijloc de dezinhibare.

Metoda negației începe să fie aplicată cu succes. Ultimele exerciții ale programului psihoterapeutic: interviul, discursul, modelul și rolul asumat nu au putut fi realizate cu subiectul.

T.M. a solicitat o perioadă de psihoterapie individuală, care însă nu s-a materializat datorită condițiilor administrative necorespunzătoare.

Concluzii

După șase luni de psihoterapie în grup, subiectul T.M., cu diagnosticul de timiditate autentică constituțională puternică, cu un accentuat complex de inferioritate intelectuală, caracterizat prin teama de evaluare și respingere afectivă, dar nuclearizată volitiv, obține următoarele rezultate: emotivitatea scade de la 62 la 50, extraversia crește de 12 la 19, iar timiditatea evidențiată prin testul Zimbardo scade de la 47 la 37. Scara autopercepției înregistrează o diferență minimă de 2 puncte (8-6), datorită dificultăților de conștientizare ale subiectului.

Din punct de vedere statistic, la nivelul grupului aceste rezultate nu sînt semnificative, ele sînt însă importante pentru studiul de caz. Subiectul a fost informat că a obținut rezultate pozitive la testul postterapeutic și s-a urmărit comportamentul său ulterior.

Din cele cîteva întâlniri postterapeutice rezultă că și colegii săi de grup psihoterapeutic au observat schimbări pozitive în evoluția subiectului. T.M. este în continuare în atenția psihoterapeutului.

S.T.: timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, ascunsă, supracompensată

S-a născut pe 6 martie 1978 la I. Copilăria și-a petrecut-o la bunicii din partea tatălui, care mai târziu i-au devenit părinți adoptivi. În ordinea nașterii are rangul I, fiind urmată de alți doi copii. Acest rang este semnificativ pentru copilul timid. Povestea vieții ei este una dintre cele mai cutremurătoare. Mediul familial natural a fost marcat de neînțelegeri între părinți, alcoolism din partea tatălui, agresivitate verbală și fizică.

Relațiile subiectului S.T cu părinții erau de a menține un echilibru relativ în familie: „datoria mea era de a le arăta amândurora că îi iubesc în egală măsură și că nu sînt pătini-toare“.

Frica este sentimentul care a marcat prima copilărie a subiectului și care s-a condiționat în relațiile cu oamenii. Însă evenimentul cel mai grav, cu adevărat tragic, s-a petrecut o dată cu accidentul sorei ei mai mici, M. Subiectul S.T. era în clasa I, venea de la școală, mama ei era acasă, iar sora mai mică a avut un accident mortal de mașină. S.T. a fost învinovățită de mama ei pentru moartea sorei mai mici, fiind bătută pentru aceasta. Evenimentul tragic s-a petrecut în același an cu divorțul părinților.

Acest cuplu de evenimente negative a agravat fondul de emotivitate, de hipersensibilitate și introversie nativă, conducînd la instalarea unei crize existențiale grave, care ar fi putut evolua spre o formă sau alta de tulburare psihică.

Însă cursul evenimentelor negative continuă: este adoptată de bunici, se separă de mama agresivă (mama castatoare) și de fratele ei mai mic.

Noua familie are o structură nefirească: doi bunici în vîrstă, în rol de părinți, și un tată alcoolic șomer, în rol de

frate. Bunica, deci mama adoptivă, decedează. Bunicul, tatăl adoptiv, suferă o operație gravă la picior.

Moartea bunicii are un efect frustrant, extrem de puternic, deoarece subiectul S.T. declară că acest lucru i s-a părut nereal și de atunci o caută în fiecare zi.

Este al doilea moment cînd s-ar fi putut declanșa o tulburare psihică, dar care însă nu s-a produs.

Bunicul fiind internat la T., subiectul S.T. părăsește orașul I. și se înscrie la școală în orașul T. Acolo locuiește de asemenea într-un mediu familial nefavorabil, la o soră a mamei ei, actriță, necăsătorită și cu anumite tulburări psihice.

În acest mediu întâlnește o „persoană de prestigiu“, cum o numește subiectul, și cu care a intrat într-o relație specială, însă tot negativă: „M-am simțit urmărită din toate părțile, mi s-au făcut reproșuri că nu înțeleg viața, că sînt doar un biet copil. Mă simțeam constrînsă de parcă nu mai puteam face nici o mișcare“. În urma unei noi frustrări afective se hotărăște să se mute la I.

Stresul familial, complexul de vinovăție legat de moartea sorei ei, divorțul părinților, inversarea rolului bunicii-părinți, adopția, moartea bunicii-mamă, operația bunicului-tată, alcoolismul tatălui-frate, relația cu mătușa-soră și cu „persoana de prestigiu“ sînt elementele unui film existențial predominant negativ, frustrant.

Situația școlară este de excepție, subiectul S.T. avînd un nivel intelectual deosebit, o perseverență și conștiințiozitate deosebite (premiul I din clasa I pînă în clasa a IX-a). Dincolo de nivelul intelectual, situația școlară dovedește tendința spre perfecționism a timizilor.

Portretul real prezintă un dezechilibru puternic între percepția calităților și a defectelor, atît ca număr (4-10), cît și din punct de vedere calitativ.

Interesant este faptul că anumite trăsături ca severitatea, singurătatea sînt percepute ca pozitive. Această introversie calitativă a contribuit la accentuarea timidității autentice a subiectului.

Printre defectele percepute, cele specifice timidității sînt semnificative: complex de inferioritate, nesiguranță, incertitudine, dorința de a fi înțeleasă.

Portretul real reflectă aspirațiile profunde ale unei timide autentice: „vreau să devin sigură pe tot ce realizez, mulțumită de mine, înțeleasă, iubită“.

Lista persoanelor și situațiilor intimidante relevă o timiditate situațională afectivă în relația cu sexul opus, de natură cognitivă, în raporturile cu persoanele importante și manifestată prin teama de evaluare. Planul volitiv nu este afectat, mai mult este singurul care o sprijină în raport cu dificultățile existenței.

Programul psihanalitic descoperă clișeele mintale și comportamentale specifice subiectului: autoagresivitatea, hiper maturizarea, superexigența.

Conștientizarea autoagresivității se realizează relativ ușor, iar motivația pe care o percepe subiectul este specifică pentru timiditate.

„Autoagresivitatea pornește dintr-o plăcere pasională de a mă pedepsi. Consider că merit (supraexigența) și aceasta nu pentru că am săvîrșit un fapt urît, ci pentru că așa simt eu. Mi-e teamă și prevăd că mi-o vor spune cei din jur, iar pentru a nu-mi face un dublu proces de conștiință, mă auto-pedepsesc cu mult înainte“ (autopercepție negativă).

La testarea inițială obține $E = 70$; $I = 12$; $T = 38$, ceea ce relevă o timiditate autentică, gravă, puternică, endogen-exogenă, cognitiv-afectivă, supracompensată.

Contractul psihoterapeutic este încheiat și respectat în condiții pozitive, datorită nivelului intelectual superior și axului volitiv al personalității sale.

Avînd în vedere aceste caracteristici ale personalității sale, se elaborează o metodologie psihoterapeutică cognitiv-volitivă. Se mobilizează atît pentru efortul cognitiv, de înțelegere a propriei timidități, cît și pentru cel volitiv-comportamental, de depășire a blocajului interrelațional.

Transferul și contratransferul pozitiv determină valorificarea aspectelor pozitive ale personalității, în grupul psihoterapeutic cîștigă treptat rolul și statutul de lider și copsihoterapeut (îi ajută pe ceilalți să se deschidă, să se exteriorizeze, să realizeze exercițiile cele mai grele, tip Agoră) obținînd rezultate deosebite și în exercițiile de relaxare.

Limbajul corpului este metoda valorificată cu deosebit succes de către subiect.

Treptat, **lista injuriilor și a complimentelor** primite de subiect începe să fie percepută în favoarea complimentelor, se reface echilibrul calități-defecte.

Metode ca **retrăirea, redecizia mintală** conduc la reducerea gradului de suferință față de evenimentele negative trăite inițial, iar comportamental încheie toate gestalturile neterminate sau blocate de subiect.

Astfel, subiectul va realiza efectiv tot ceea ce nu putea realiza înainte de terapie: merge la mormîntul sorei ei, îi face o vizită mamei la S., vorbește cu tatăl alcoolic.

Metoda autogratificării se dovedește a fi extrem de eficientă în cazul lui S.T., în urma antrenamentului de autogratificare se mută accentul de pe hiperautoexigență (cruzimea față de ea însăși) pe mulțumire și răbdare față de propria persoană.

Exercițiile tip Agoră sînt executate cu deosebit succes nu numai de către subiectul S.T., cît și de colegul de grup pe care ea îl ajută.

Automatisme legate de metoda limbajului corpului se formează rapid și temeinic. Interviu, exercițiu prefinal și petrecerea, exercițiu final de evaluare sînt realizate cu deosebit succes.

Concluzii

Rezultatele obținute la posttest sînt următoarele: $E = 70$, $I = 18$, $T = 30$.

Emotivitatea rămîne neschimbată, crește extraversia de la 12 la 18, timiditatea evidențiată prin testul Zimbardo scade la 30, se modifică rangul Z (de la III la IV), subiectul nu mai este perceput ca timid în grupul școlar din care face parte.

Pe scara autopercepției, se produce o deplasare de la 7 la 2 puncte, diferența fiind deosebit de semnificativă. Aceste rezultate se explică astfel:

- creșterea extraversiei se realizează în urma exercițiilor de tip Agora, prin antrenarea limbajului corpului, încheierii gesturilor neterminate.

- variabila T-Zimbardo endogen-exogenă se modifică în urma exercițiilor de retrăire și redecizie, ca și a schimbării reale a situației de viață.

- variabila endogenă E rămîne în mod surprinzător neschimbată, deși subiectul nu pare emotiv, mai ales în comparație cu colegii din grup.

Aceasta se explică prin forma ascunsă de timiditate, prin voința bine dezvoltată care controlează emotivitatea. Însă aceasta există și după terapie nu suferă modificări.

Subiectul S.T. constituie unul dintre cele mai mari reușite ale programului de psihoterapie comunicațională.

Timiditatea autentică, endogen-exogenă, supracompensată, cognitiv-afectivă a fost corectată printr-o metodologie predominant cognitivă, în strînsă corespondență cu cea relațională.

L.A.: timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, transparentă, supracompensată

S-a născut la 7 august 1976 în I. Tatăl este tehnician proiectant în B., mama confectioneră la I. Între părinți există o diferență de vîrstă de 14 ani, ceea ce s-ar părea că nu are o influență negativă asupra armoniei familiale. Are o soră mai mare, studentă la Facultatea de Medicină Veterinară, și un frate mai mic, de 13 ani, la școala generală.

Acest rang familial, favorabil în mod teoretic reducerii cotei de timiditate, a fost folosit ca o pîrghie a comunicării intrafamiliale, încît subiectul a reușit în final să se impună în familie.

Rezultatele școlare sînt bune și foarte bune (premiul II, I), ceea ce întărește ipoteza că timidul este o personalitate concurențială, orientată spre perfecționism.

De altfel, ea declară că o caracterizează ambiția, corectitudinea, sinceritatea, curiozitatea etc. Acest tip de personalitate a fost stimulat și de mediul școlar concurențial de la Liceul „Emil Racoviță”. Are o gamă foarte largă și diversă de interese: „să învăț, să dansez, să cînt, să fac cadouri, să mă plimb, să fac croitorie, să ofer flori”.

Este un temperament pasional, dinamic, care induce nevoia de a trăi intens, în contrast cu dificultatea de a o face.

La testarea inițială preterapeutică obține următoarele rezultate: $E = 62$, $I = 47$, $Z = I$.

Deci este o timidă autentică constituțională, se auto-percepe și este percepută ca timidă.

Are un puternic complex de inferioritate fizică (legat de greutate) și psihică (legat de un defect real și grav de vorbire (bîlbîială).

Este inteligentă și în urma conversației introductive conștientizează rapid una dintre cauzele majore al timidității

sale, autoagresivitatea: „Mă urăsc pentru neputința de a trece acest prag, de a-l depăși. Nu am fost bătută, dar biciul din interior mă sfichiuește mai tare“.

Autoagresivitatea compensează o atitudine hipergânditoare cu ceilalți: „sînt respectuoasă, conștiincioasă, harnică, sinceră, simt nevoia să îi ajut pe ceilalți“. Acest dezechilibru între atitudinea față de sine și atitudinea față de ceilalți va fi conștientizat în programul psihoterapeutic și va fi corectat.

Este adusă la psihoterapie de psihologul școlar într-un moment de criză existențială puternică, cînd se instalase refuzul de a mai învăța, o lipsă de motivație gravă, dificultăți de adaptare familială și socială.

Contractul cu psihoterapeutul este de la început favorabil. Între subiect și psihoterapeut s-a creat de la început un transfer pozitiv puternic, care a avut și momente mai dificile, dar care a fost predominant pozitiv și s-a menținut și după încheierea programului psihoterapeutic.

Contractul psihoterapeutic a fost respectat, cu o pendulare inițială între două atitudini opuse față de terapie: una conștientă (vreau să mă corectez) și una inconștientă (pentru că sînt grasă și mă bîlbîi nu merit să mă corectez, vreau să rămîn timidă, departe de oameni), deci între vreau să mă corectez și nu vreau să mă corectez.

Astfel, se instalează „cercul vicios“ între atitudinile: sînt timidă pentru că mă bîlbîi și mă bîlbîi pentru că sînt timidă. Conștientizarea acestui cerc vicios s-a făcut psihanalitic. Clișeele mintale descoperite astfel sînt:

„Nu mă suport pentru că mă bîlbîi“.

„Aș vrea să-mi dăruiesc sufletul tuturor, dar mie nu. De ce?“

„Dacă nu am să răspund bine?!“

„Îmi este teamă să mă manifest deschis în relațiile cu băieții.“

„În relațiile cu profesorii nu pot să mă manifest totdeauna după pregătirea mea.“

Cercul vicios al subiectului L.A. are două elemente puternice: autoagresivitatea și complexul de inferioritate. O dată descoperite aceste clișee mintale, a urmat o perioadă de retrăire și decizie, reprogramare mintală și comportamentală.

Anticiparea și autosugestia negative au fost înlocuite cu anticiparea și autosugestia pozitive:

1. „Vreau să am mai multă răbdare cu mine, atît cît am și cu ceilalți.“
2. „Țin la prestigiul meu.“
3. „Pot să vorbesc cu fiecare în parte.“
4. „Răspund la lecție în funcție de cum mă pregătesc. Nu răspund nici mai bine, nici mai rău decît alți colegi.“
5. „Renunț de bună voie și nesilită de nimeni la eșecuri.“

Metoda psihoterapeutică ce a dat cel mai bun rezultat a fost metoda succesului.

Lista succeselor pe care subiectul trebuie să o facă săptămînal a devnit din ce în ce mai bogată și diversă. Acestea s-au succedat în felul următor:

- miercuri raportul între succes și eșec a fost de 50%;
- joi 75% în favoarea succesului;
- vineri 100% în favoarea succesului.

1. „În această săptămîină mi-am dat seama că mai sînt și alte fete în clasă în afară de colega mea de bancă.“
2. „Pentru prima dată anul acesta la franceză am ridicat mîna ca să fiu ascultată la oral.“

3. „Am știut să mă fac plăcută în vacanță.“
4. „Un băiat a spus că îi place de mine.“
5. „Am răspuns la română și nu m-am lăsat intimidată.“
6. „Am ridicat mâna la engleză.“
7. „Marți am răspuns la franceză.“
8. „Miercuri am răspuns la engleză și am luat 9.“
9. „Marți am citit o compunere la franceză. Un băiat îmi admiră curajul. Colega mea m-a felicitat.“
10. „Săptămîna trecută am avut o surpriză deosebită, primind vizita a două cunoștințe din satul bunicii. Eu am fost o gazdă bună și am luat inițiativa de a le plimba prin oraș.“

Succesele se referă atât la rezultatele școlare, la inițiativa subiectului de a răspunde oral în clasă în fața colegilor, cât și la cele extrașcolare, vizite la colegi, corespondență cu fete și băieți, dans, film, petreceri. Subiectul s-a înscris la un curs practic de croitorie, unde a obținut calificativul F.B.

Exercițiile de tip Agora au contribuit la creșterea extraversiei și la depășirea fricii principale a subiectului de a nu fi agreată. În felul acesta se conturează forma de timiditate specifică subiectului L.A., timiditate afectivă.

Este o persoană inteligentă și știe acest lucru, este o persoană voluntară, dar complexul de inferioritate manifestat pe planul interrelațional afectiv conturează tipul de timiditate afectivă.

La testarea inițială obține următoarele rezultate: $E = 54$, $I = 27$, $T = 27$: Scara autopercepției relevă o diferență foarte mare între autopercepția inițială și cea finală, de la 9 la 2 puncte ($A = 7$). În clasă, progresele ei sînt recunoscute atât de colegi, cât și de profesori (vezi anexa 6).

Concluzii

Subiectul L.A. a fost adus la terapie pentru problema lui principală: blocajul interrelațional, concretizat prin refuzul de a intra în relație cu alte persoane. Deci, în cercul vicios al subiectului nuclearizarea s-a produs în jurul defectului real de vorbire, bîlbîiala. Aceasta a putut fi corectată psihoterapeutic în proporție de 50%, iar logopedic este în curs de corectare.

Metodele legate de limbajul corpului, de vestimentație, de atitudinea fizică, mersul, dar mai ales relaxarea au dat rezultate deosebite în corectarea bîlbîielii.

Noul stil de a vorbi și de a se comporta (stilul ondulatoriu) s-a dovedit a fi eficient. Limbajul neverbal susține limbajul verbal.

Programul psihoterapeutic a durat un an școlar, a fost individual și intensiv în același timp. După terminarea acestui program, subiectul L.A. a fost adus în calitate de observator în celelalte grupe experimentale.

Acest rol nou, de observator activ, pacient corectat și copsihoterapeut a avut o influență pozitivă atât pentru L.A., cât și pentru grup.

V.M.: timiditate exogenă, situațională, transparentă, comportamentală

S-a născut pe 27 aprilie 1978. Copilăria și-a petrecut-o în condiții firești, nefiind marcată de evenimente negative. Mediul familial a fost armonios, lipsit de contradicții majore. Se remarcă o anumită dependență relativ firească față de mamă.

Rezultatele la învățătură sînt foarte bune, dar apare și o oarecare dificultate a subiectului de a se manifesta la ore la adevărata sa valoare.

În clasa a XII-a, perioada de cristalizare a conștiinței de sine și de alții, este marcată de un eveniment negativ: „am înțeles că viața este plină de contradicții, este dură și cel mai bun prieten te poate înșela“. Aceasta a declanșat o conduită de închidere în sine, de izolare față de ceilalți și chiar instalarea unui curios „sentiment de vinovăție“, simțindu-se tratată de ceilalți cu răceală și respingere. Dar subiectul declară că a reușit să depășească aceste momente, „fiind o fire optimistă, deschisă, interesată de universul uman, cu multă voință“.

Autoportretul real și cel ideal relevă însă o autopercepție specifică timidității marcată de nehotărîre, lipsă de încredere în sine, subevaluare, închistare și totodată dorința puternică de a le depăși: „să fiu mai veselă, simpatcă, puternică, să am mai multă încredere în mine“.

La testarea preterapeutică obține următoarele rezultate: E = 64, I = 26, T = 37, Z nesemnificativ. Deci, din punct de vedere structural este emotivă, extravertită (numai cu 2 puncte), se consideră timidă și nu este percepută în grup ca timidă decît pe un loc secundar, nesemnificativ din punct de vedere statistic. Ca urmare, diagnosticul este de timiditate predominant exogenă, dependentă de cota de extraversie.

Există tendința cvasigenerală de a confunda emotivitatea cu timiditatea, în mod empiric noțiunile nefiind bine diferențiate.

Terapia psihanalitică descoperă o relativă dependență față de mamă, urmată de sentimentul de frustrare afectivă, un conflict interrelațional (trădarea celei mai bune prietene), cu tendința de a fi generalizat în mod forțat.

Contractul psihoterapeutic este înțeles, interiorizat, dar nu este respectat foarte riguros din anumite motive de ordin administrativ.

Limbajul corpului este însușit, după cum declară subiectul, în proporție de 75%, disociat în elementele corespunzătoare.

Lista calităților și defectelor, ca și a complimentelor și injuriilor, tinde spre un anumit echilibru. Calitățile și complimentele sînt însă evidențiate mai mult de membrii familiei, iar defectele și injuriile de cei străini, ceea ce relevă un mediu familial permisiv și necesitatea de a se adapta la mediul social lărgit. Fiind o timidă predominant exogenă, comportamentală, metodologia de tip decondiționare a dat rezultatele cele mai bune. Astfel, exercițiile de tip Agora: spectacole, petreceri, plimbări au fost realizate de subiect cu succes. Și-a format un cerc de prieteni, din care face parte și sora mai mare.

În rolul de observator, în grup și-a educat capacitatea de a sesiza elementele specifice timidității și de a formula remediile acesteia. Astfel, indirect s-au realizat exercițiile de anticipare pozitivă, autogratificație, negație, autosugestie, programarea mintală și comportamentală.

V.M. este unul dintre subiecții care au reușit să-și contureze chiar un stil al personalității, nuclearizat în jurul elementului cognitiv interrelațional, de competență profesională și umană.

La testarea finală obține rezultatele: E = 54, I = 26, T = 34, scara autopercepției înregistrează o scădere a timidității de la 7 la 3 puncte (A = 3).

Concluzii:

Subiectul V.M., cu o formă de timiditate predominant exogenă, comportamentală (teama de acțiune), cu o auto-

percepție puternică a timidității proprii ($T = 37$), dar cu o interpercepție nesemnificativă, ceea ce dovedește confuzia pe care subiectul o face între timiditate și emotivitate, urmează programul psihoterapeutic de 21 de zile.

Metodologia adoptată este cea specifică formei sale de timiditate comportamentală și pune accentul pe tehnicile de deconștientizare. Se înregistrează o scădere a emotivității și a timidității exogen-comportamentale, ca și a autopercepției timidității ($A = 3$).

Subiectul V.M. rămâne în atenția psihoterapeutului pentru terapia de întreținere.

B.A.: timiditate autentică, endogen-exogenă, transparentă, supracompensată, afectivă

Născut în 1978 la I., într-o familie de intelectuali. Mediul familial, deși armonios, a avut un rol important pentru instalarea și manifestarea timidității: „Am fost educat în spiritul dreptății, corectitudinii, nonviolentei. De aceea mi-era groază de ceilalți copii care se certau, se băteau“.

Educația din familie, în spiritul valorilor morale supreme, formarea unor deprinderi intelectuale premature, cititul și scrisul înainte de a merge la școală au orientat preocupările subiectului spre activități nonsociale, departe de oameni și de aspectele negative ale relațiilor umane: „când aveam necazuri, când eram certat, mă puneam pe citit, trișând astfel problemele cotidiene“.

În elaborarea *jurnalului intim*, subiectul este conștient de cauzele timidității proprii. Viața sa a fost marcată de numeroase evenimente percepute negativ. Însă întâmplarea, cum spune subiectul, care i-a marcat fundamental

existența, a fost o carte despre calculatoare. A început să se informeze din ce în ce mai mult asupra calculatoarelor și să practice informatica. O dată cu această preocupare, a început din ce în ce mai mult să se însingureze, ultimii doi ani formându-și, după cum spune el însuși, o adevărată carapace.

Portretul real scoate în evidență un dezechilibru între trăsături, în favoarea celor negative, iar însingurarea este considerată un fapt pozitiv: „un individ care fiind foarte singur și din întâmplare știind informatică a plecat să cucerească un teren încă necunoscut“.

Retragerea în sine nu este conștientizată ca un rezultat al nedevelopării aptitudinilor sociale, ci ca un dat, evaluat pozitiv: „nu țin în mod special la compania celorlalți“.

Portretul ideal ne oferă o informație îngrijorătoare. Își dorește să devină un om cu totul retras în lumea calculatoarelor, într-o lume virtuală, numai a lui. Această fixație pe elementul neuman are tendința de a contura aspirația fundamentală a subiectului (lumea virtuală) și separarea de lumea reală.

Analizând psihanalitic întreaga afirmație a subiectului „într-o lume virtuală, numai a lui“, se va descoperi una dintre pîrghiile fundamentale ale terapiei.

Psihanaliza scoate la iveală clișeele mintale și comportamentale tipice pentru timiditate:

1. „Dacă m-aș uita la ei (oamenii) s-ar uita și ei la mine.“
2. „Scopul meu este să trec neobservat.“
3. „Le-am luat (problemele) pe cont propriu, să le rezolv singur.“
4. „Am amplificat totul la proporții catastrofale.“
5. „Mi-e teamă să nu creadă că o fac ostentativ.“

Astfel, teama de a fi privit, observat, evaluat, rezolvarea problemelor pe cont propriu, teama de agresivitate, ridicol, hipersensibilitatea s-au constituit în elementele principale ale travaliului psihoterapeutic. Pentru fiecare din aceste clișee mintale și comportamentale, subiectul a alcătuit cu ajutorul grupului contraclișee, s-au compus exerciții care să contracareze atât mintal cât și comportamental aceste gânduri false, specifice timidității.

Exemplu: teama de privirea celorlalți a fost contracarată prin exerciții de inițiativă, în jocul privirii (privește tu întâi). Teamă de agresivitate prin exerciții de ceartă, teama de evaluare prin autosugestia de încredere în sine și în forțele proprii.

Lista complimentelor și a injuriilor relevă aceeași disproporție între complimentele și injuriile care au fost făcute subiectului până în prezent. Travaliul psihoterapeutic s-a extins până la refacerea echilibrului între complimente și injurii și treptat schimbarea autopercepției injuriilor în favoarea complimentelor.

Se elaborează o listă a răspunsurilor ce n-au fost date până în prezent și care, constituindu-se în gestalturi neterminate, au blocat comunicarea reală intrasistemică și intersistemică.

Comunicarea intrasistemică este antrenată prin exercițiile reunite sub denumirea **limbajul corpului**: educarea mersului drept, suplu, reducerea distanței fizice interpersonale, strângerea de mână, bătaia în ușa, așezarea pe scaun într-o încăpere etc.

În urma acestor exerciții se observă atât de către subiect, cât și de grup o oarecare străpungere a **carapacei musculare**.

Sistemul emoțional este supus unei terapii de relaxare, retrăire, comunicare emoțională la nivelul grupului și

valorificarea limbajului nonverbal, prin gest, mimică. Pentru a stimula apariția fenomenului întâlnirii, travaliul psihoterapeutic asupra grupului este fundamental pentru elaborarea afectivă în acest moment. În acest grup s-a realizat un climat permisiv, sentimentul de „noi” s-a putut dezvolta.

B.A. fiind singurul băiat din grup, structura de grup a fost favorabilă emergenței afective către el din partea celorlalți membri ai grupului.

A te simți bine în propria piele a fost scopul travaliului emoțional în grup. Evaluarea realizării lui s-a constatat prin frecvența foarte bună a membrilor grupului, prin atmosfera destinsă chiar în momentele executării unor exerciții dificile, prin activitățile desfășurate în afara programului psihoterapeutic.

Sistemul discursiv al subiectului B.A. a fost supus unui tratament de repunere în drepturi a valorii umane, în locul celei neumane (calculatorul).

În **autoportretul ideal** am constatat o distorsiune nu atât a mesajului semantic, cât a celui pragmatic (valoarea obiectului pentru subiect). Subiectul declară că nu ține în mod special la compania acestora (oamenii).

Travaliul psihoterapeutic la acest nivel s-a concentrat asupra deplasării accentului interrelațional al subiectului de pe elementul neuman (calculatorul) pe elementul uman (altul privilegiat). Acest altul privilegiat a fost inițial psihoterapeutul, apoi o colegă din grup. Însă trebuie remarcat aici că datorită unui bloc sau amalgam defensiv foarte puternic la acest subiect, succesul la nivelul sistemului discursiv a fost relativ.

În schimb, sistemul socio-familial (comunicarea intra-familială) se realizează la un nivel satisfăcător. Aceasta este o pîrghie psihoterapeutică insuficient exploatată, datorită lipsei condițiilor administrative.

Concluzii:

B.A. suferă de timiditate autentică endogen-exogenă, puternică: $E = 70$, $I = 18$, $T = 47$, $Z = I$. În urma psihoterapiei de grup, forma scurtă (21 de zile), obține următoarele rezultate: $E = 54$, $I = 23$, $T = 35$, $Z = I$. Deci o scădere a emotivității, o creștere a extraversiei și o reducere a timidității evidențiată prin inventarul Zimbardo, semnificative din punct de vedere statistic.

Variabila interpercepției timidității Z rămâne neschimbată datorită unui anumit stereotip de grup care funcționează în clasa subiectului.

Autopercepția timidității psihoterapeutice măsurată prin scara autopercepției este extrem de semnificativă pentru progresul pe care subiectul l-a făcut (8-4). De asemenea, în grupul psihoterapeutic el este perceput ca fiind schimbat.

La intervalele de timp la care s-a reluat evaluarea (3-6 luni) se constată o întărire a modificărilor și chiar o integrare socio-afectivă superioară (vezi anexa 4).

A.M.: timiditate autentică, endogen-exogenă, ascunsă, supracompensată, afectiv-sexuală

S-a născut în 1978, în județul I., într-o familie de intelectuali. Mediul familial a stimulat formarea unor deprinderi intelectuale premature („am învățat să citesc la 3 ani, din proprie inițiativă”) și care l-au îndepărtat de grupul social.

Același rang I, de copil unic la părinți, ca și la subiectul B.A., creează premisele instalării timidității. Foarte interesant în filmul existenței sale sînt primele lui amintiri ce se leagă de succesele pe care le-a avut ca recitator și povestitor la grădiniță. Acestea s-au perpetuat pînă în prezent.

De asemenea, rezultatele la învățătură sînt tot excepționale și sînt autopercepute ca succese (premiul I pînă în prezent).

Însă, declară subiectul, toate aceste succese m-au făcut să mă simt superior, să vreau ca tot timpul să fiu cel mai bun. Această afirmație nu ridică încă probleme. Abia continuarea propoziției constituie un adevărat semnal de alarmă. „Era o catastrofă ca cineva să mă întrecă, chiar și cu foarte puțin, în orice domeniu”.

Această percepție a realității ca o întrecere permanentă se constituie în clișeu (stereotipul) mental fundamental, care va conduce la instalarea perfecționismului și a conduitei de supracompensare și izolare.

Disproporția între cauză și efect (să mă întrecă chiar și cu foarte puțin = cauză; catastrofă = efect) este un alt clișeu mental și comportamental specific timidității.

Preocupările nonsociale ca pescuitul, vînătoarea au stimulat plăcerea singurătății. „Nu-mi plăcea să fiu prezentat unor persoane străine sau să fiu criticat.”

În relația subiectului cu familia se remarcă, la fel ca și la subiectul B.A., o anumită dependență afectivă. Deci comunicarea intrafamilială există, dar un oarecare exces de afecțiune poate conduce la dependență: „Cea mai mare lovitură am primit-o în clasa a VI-a cînd a trebuit să mă despart de părinții mei, pentru a veni la școală în I.”

Autoportretul real relevă un echilibru între calități și defecte, din punct de vedere cantitativ. Totuși, pe locul I în categoria defectelor subiectul situează timiditatea.

De altfel, A.M. face parte din categoria celor care, deși nu au obținut cote puternic semnificative la pretest ($E = 50$), au solicitat să urmeze programul psihoterapeutic, avînd o puternică autopercepție a timidității ($T = 38$).

De asemenea, variabila interpercepție nu este semnificativă. Subiectul nu este perceput ca timid în grup ($Z =$ nesemnificativ).

Însă introversia mare ($I = 13$), accentuată de preocupările nonsociale, nu a fost favorabilă aptitudinilor sociale și a condus la formarea unei imagini de sine și a unei conduite specifice timidității. Cele câteva eșecuri pe plan socio-afectiv au întărit această conduită a izolării.

„Nu înțeleg de ce, dar în general am succes la fete, dar atunci când vreau ceva în mod special nu reușesc“.

Hiperexigența, perfecționismul, funcționând ca o conduită de supramotivație, conduc la efectul invers.

Autoportretul real pune accentul în primul rând pe reducerea timidității (sînge rece, calm, înțelepciune).

Deși din punct de vedere structural subiectul nu este un timid predominant endogen, conștiința proprie timidității accentuează gradul de timiditate, conducînd la o formă de timiditate ascunsă, supracompensată.

Eșecul social real, deși minor, dar mai ales cel imaginar conduc la o exacerbare a trebuinței de compensație (supracompensație). De aici declanșarea unui adevărat complex de superioritate, care nu este decît efectul de supracompensație a unei imagini deformate despre sine. Autoportretul ideal scoate la iveală o dorință ascunsă a subiectului de a deveni înalt de 1,87 m, puternic, curajos.

Cu cît disproporția dintre cauză și efect este mai mare, cu atît crește tendința de compensație.

Supracompensația este mecanismul principal al timidității subiectului A.M. De altfel, subiectul, fiind foarte inteligent, are conștiința acestei supracompensații și descoperă el însuși, prin travaliul psihoterapeutic, soluția: „mai important decît a fi primul este a fi foarte bun“.

Exercițiile de relaxare specifice timidității au un efect deosebit asupra „carapacei musculare“ a subiectului, care, avînd o voință puternică, are tendința de a se supracontrola, ceea ce determină o poziție rigidă, încordată a capului (vorbirea cu dinții încheștați).

Exercițiile care stau sub semnul **limbajului corpului** (mers, privire, așezare pe scaun, strîngerea de mînă, distanța interpersonală) sînt de asemenea realizate cu succes. Subiectul este chiar singurul din grup care reușește o performanță deosebită: privirea dominatoare orientată asupra partenerului.

Practicarea unui sport de forță și abilitate, karate, și obținerea unor premii deosebite au fost folosite ca metode de a sublinia succesul personal și de a învăța autogratificarea. Deși mulți dintre timizi obțin succese deosebite prin diferite metode, ei au tendința de a minimaliza succesul și de a maximiza eșecul.

Metoda autogratificării, practică cu perseverență, conduce la autopercepția predominantă a succesului în comparație cu eșecul.

Lista succeselor s-a extins și după încheierea programului psihoterapeutic (subiectul a fost ales prezentator la spectacolul dedicat împlinirii a 30 de ani de la înființarea Liceului „Emil Racoviță“, spectacol susținut pe scena teatrului din localitate).

Concluzii

Subiectul A.M., de 16 ani, s-a prezentat din proprie inițiativă la programul psihoterapeutic. Rezultatele obținute la pretest sînt: $E = 50$, $I = 13$, $T = 38$, $Z =$ nesemnificativ, iar după testare se relevă o ușoară scădere a emotivității, o creștere a extraversiiei și o scădere a timidității evidențiată

prin testul Zimbardo. Scara autopercepției relevă o diferență mai mare, între 6 și 1. Aceasta este metoda de evaluare cea mai semnificativă pentru subiectul A.M., deoarece conștiința timidității proprii era excesiv dezvoltată, constituindu-se în cauza timidității reale.

Nodul gordian al psihoterapiei în cazul A.M a fost conștientizarea mecanismului de supracompensatie și desfacerea amalgamului creat în jurul acestuia. Metoda autogratiției a fost de asemenea puternic semnificativă.

Diagnosticul stabilit este de timid endogen-exogen, ascuns, supracompensat, gradul I.

Succesele obținute după încheierea programului psihoterapeutic susțin continuarea și întărirea procesului post-terapeutic, printr-o nouă formă de autoterapie.

În urma studiilor de caz s-au stabilit mai multe concluzii. Am parcurs șase studii de caz, de forme și grade diferite:

- timiditate autentică, endogen-exogenă, volitivă, transparentă;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, ascunsă, supracompensată;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, transparentă, supracompensată;
- timiditate exogenă, situațională, transparentă, comportamentală;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, transparentă, supracompensată, afectivă;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, ascunsă, supracompensată, afectiv-sexuală.

Metodologia aplicată a fost corespunzătoare pentru fiecare tip și grad de timiditate:

- predominant volitivă, de programare mintală și comportamentală;
- predominant afectiv-relațională, de retrăire, rededificare;
- asemănătoare cu cea anterioară;
- predominant comportamentală;
- predominant afectiv-relațională;
- asemănătoare cu cea anterioară, cu accentul pe relația dintre sexe.

Rezultatele obținute:

În cazul nr. 1 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. II → E gr. III

I gr. I → I gr. II

T gr. I → T gr. I

Z gr. I → Z gr. I

A 8 → A 6

Deci s-au obținut modificări structural-endogene, de trecere de la un grad la altul, la nivelul emotivității și introversiei. Autopercepția timidității (A) se modifică doar cu două puncte datorită gradului redus de interiorizare a terapiei de către subiect.

În cazul nr. 2 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. I → E gr. I

I gr. I → I gr. I

T gr. I → T gr. I

Z gr. III → Z gr. IV

A 7 → A 2

Deci modificările s-au obținut la autopercepția timidității, măsurată pe baza scalei autopercepției.

În cazul nr. 3 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. II → E gr. III

I gr. III → I = extravert

T gr. I → T gr. II
 Z gr. I → Z gr. II
 A 9 → A 2

Deci s-au obținut modificări structural-endogene puternice și exogene. Este singurul caz în care modificările structural-endogene conduc la trecerea de la o categorie la alta, de la introversie la extraversie.

În cazul nr. 4 s-au obținut următoarele rezultate:

E gr. II → E gr. III
 I = extravert constant
 T gr. I → T gr. I
 Z gr. I → Z gr. I
 A 7 → A 4

Deci se constată modificări la nivelul emotivității și al autopercepției timidității, măsurată pe baza scalei autopercepției.

În cazul nr. 5 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. I → E gr. III
 I gr. I → I gr. III
 T gr. I → T gr. I
 Z gr. I → Z gr. I
 A 8 → A 4

Deci se constată modificări structurale puternice, dar interpercepția timidității (Z) rămîne neschimbată datorită stereotipului social.

În cazul nr. 6 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. III → E gr. III
 I gr. I → I gr. I
 T gr. I → T gr. I
 Z - nesemnificativ
 A 6 → A 1

Deci se constată modificări la nivelul autopercepției timidității măsurată pe baza scalei autopercepției.

În concluzie, tipurile și formele timidității constatate în procesul experimental sînt:

1. după predominarea structurii endogene sau exogene:
 - a. timiditate endogenă, autentică, constituțională
 - b. timiditate exogenă, situațională
2. după procesele psihice predominant perturbate:
 - a. timiditate cognitivă
 - b. timiditate afectivă
 - c. timiditate volitivă
 - d. comportamentală
3. după gradul de manifestare a timidității:
 - a. transparentă
 - b. ascunsă
4. după mărimea grupului intimidant:
 - a. publică
 - b. particulară

CONCLUZII FINALE

Cercetările teoretice și experimentale proprii, în problema timidității de aproximativ 15 ani, au condus la formularea următoarelor concluzii:

I. Timiditatea este o **tulburare afectogenă a personalității**, a conștiinței de sine, de auto și interesimare, care se manifestă în prezența oamenilor sau a reprezentării lor și determină inadaptarea socială sau adaptarea socială negativă. Timiditatea este o tulburare afectogenă deoarece generează și întărește afecte negative (teama, anxietatea) declanșate de prezența sau reprezentarea pericolului principal pentru timizi: oamenii.

Toate studiile și cercetările experimentale anterioare au făcut referire la dereglarea conduitei de auto și interesimare a timidului în prezența unui context socio-uman semnificativ pentru acesta.

Conștiința de sine și cea corelativă, de alții nu suportă perturbări în sensul patologic al cuvîntului, ci în sensul dificultății de manifestare în prezența oamenilor, a trecerii acesteia de la latență la manifestare. Timidul întâmpină dificultăți de manifestare autentică a identității proprii, avînd sentimentul că este artificial, inautentic, alienat de propria sa natură.

Adaptarea negativă, deși se concretizează în intoleranță, agresivitate, manierism comportamental, este o formă de adaptare, însă contorsionată, caricaturală, cu care totuși timidul supraviețuiește. Această definiție predominant conceptuală preexperimentală este completată cu cea structural-operatională, postexperimentală.

II. **Ca handicap social**, timiditatea se manifestă pe un teren larg, de la normal - timiditatea brută spontană - pînă la marginalitatea normalului - timiditatea sistematizată, autentică, numită și „sala de așteptare“ a nevrozelor.

Timiditatea autentică, constituțională, endogen-exogenă supracompensată, gravă se integrează în domeniul mai mult sau mai puțin conturat al psihopatologiei socio-afective. Dacă prin handicap social înțelegem nu atît o deficiență reală, ci obstacolul prin care aceasta îl constituie în adaptarea noastră, atunci timiditatea este unul dintre cele mai grave handicaturi sociale, care se poate finaliza cu izolarea și alienarea de grupul familial, socio-uman, profesional.

La celălalt pol al acestui domeniu al psihopatologiei socio-afective se află tulburările de comportament, caracteropatiile.

III. Timiditatea, conceptualizată de Antebi (1990) ca o dispoziție a personalității care reflectă dezvoltarea socială întârziată sau blocată, implică problema Eului (Seidman, 1989) mai mult decît a dexterității sociale ca deficit, este un **autoconstruct multidimensional** (Mc Murdock, 1986), cu centrarea obsesivă pe Eul individual și separarea de Eul social.

Din prezentarea factorilor timidității, structurali și structurați în același timp, și mai ales din sublinierea caracterului determinant al factorilor motivaționali rezultă faptul că timidul este responsabil de propria sa timiditate, construind treptat, sistematic-obsesiv edificiul multidimensional al acesteia.

IV. **Structura complexă** a timidității, pusă în evidență și de Melchior (1991) prin disocierea unui factor general de timiditatea și a factorilor specifici (cognitivi, afectivi, voli-

tivi, comportamentali), a fost confirmată de experimentul organizat de noi. Astfel, în structura timidității am putut identifica:

- A. factorul general: autopercepția timidității
- B. factorii specifici: emotivitatea, introversia, interpercepția timidității
- C. factorii individuali: cognitivi, afectivi, volitivi, comportamentali.

Dacă factorul general este prezent în orice tip și formă de timiditate, fiind criteriul diagnosticului general, factorii specifici definesc tipul de timiditate, predominant endogenă sau exogenă, fiind criteriul de diagnostic diferențial, iar factorii individuali identifică forma de timiditate (cognitivă, afectivă, volitivă, comportamentală).

În termeni de conduită, factorul general ar putea fi reprezentat de cuplurile bipolare, cu accentul pe unul dintre ele:

1. **asemănare - deosebire**
2. **apărare - atac**
3. **securitate - insecuritate**
4. **contact - separare**
5. **cerere - ofertă**
6. **anticipație - acțiune**
7. **încordare - relaxare**
8. **încredere - neîncredere**
9. **concurență - colaborare**
10. **supunere - dominare**
11. **autosubestimare - autosupraestimare**
12. **spontaneitate - rigiditate**

V. Metodologia aplicată în cercetarea experimentală diferențiază:

1. Timidul de netimid:

a. dacă E, I sau T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic (timid) sau cel puțin două variabile sînt semnificative din punct de vedere statistic. Astfel, dacă subiectul este emotiv și introvertit ($E > 45$; $I < 24$), dacă este emotiv și se consideră timid, introvertit și se consideră timid sau este considerat timid, se diferențiază de netimid.

b. dacă E, I, T, Z sînt nesemnificative din punct de vedere statistic (netimid). Astfel, subiectul nu este nici emotiv, nici introvertit, nu se consideră timid și nu este considerat timid (netimid).

2. Timidul predominant endogen de timidul predominant exogen:

a. dacă toate variabilele E, I, T, Z sînt semnificative din punct de vedere statistic (timid endogen).

b. dacă T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic (timid exogen).

3. Formele timidității:

- a. cognitivă: teama de evaluare
- b. afectivă: teama de respingere
- c. volitivă: teama de decizie
- d. comportamentală: teama de acțiune.

Deși timidul autentic cunoaște toate aceste forme în grade diferite, accentul deplasîndu-se în funcție de situație pe o dominantă sau alta, timidul predominant exogen se poate cantona în una din aceste forme în funcție de experiența sa de viață și de profilul personalității sale.

4. Gradele timidității:

- după criterii E, I, T, Z sînt:

- a. slab (III)
- b. mediu (II)
- c. puternic (I)

- după criteriul autopercepției timidității (T) acestea sînt:

- a. 8-24 slab (III)
- b. 25-29 mediu (II)
- c. 30-47 puternic (I)

VI. Fiind în esență o problemă de **intercomunicare umană**, terapia cea mai adecvată a timidității s-a dovedit a fi terapia comunicațională. Desigur, în orice tip de terapie comunicarea interumană este semnificativă, dar în psihoterapia timidității am subliniat sensul cibernetic al comunicării intrasistemice între sistemele corporal, emoțional, discursiv și socio-familial și intersistemice între timid și netimid.

VII. Experimentul terapeutic a demonstrat eficiența atât a grupului mic, de 4-5 membri, cât și a grupului de 8-9 membri, cu diferențierile specifice structurii acestora.

Fiind o terapie comunicațională, ea se adresează în mod eficient grupului mic sau mijlociu, deși se poate adapta și travaliului individual. În acest ultim caz, atunci cînd se ajunge la exercițiile de grup se poate apela la alți timizi cu care s-a lucrat individual. Psihoterapia comunicațională individuală poate fi urmată de cea de grup, pentru a se pune în practică și verifica achizițiile obținute individual.

Rezultatele statistice diferite obținute la cele trei grupe se explică prin:

- structura de grup omogenă și eterogenă, prima favorizînd permisivitatea influenței terapeutice;
- momentul aplicării terapiei: de criză sau de evoluție și sistematizare a timidității;
- tipul și forma timidității fiecărui pacient, predominant endogenă sau exogenă.

VIII. **Tipurile, formele și gradele diferite ale timidității.** Structura complexă a acesteia necesită o terapie generală a timidității, care se adresează factorului general

(autopercepția), și terapeutici specifice, care se adresează factorilor specifici și individuali ai timidității.

IX. **Terapia de scurtă durată** este necesară și eficientă în **perioadele de criză** ale timidului autentic sau pentru timidul predominant exogen. Pentru timiditatea autentică, constituțională, gravă, terapia intensivă trebuie urmată în mod necesar de terapie de întreținere pe o perioadă îndelungată.

Nu se poate elabora și nu este dezirabilă o rețetă psihoterapeutică de scurtă sau lungă durată, dar se pot stabili limitele minime: 3 luni pentru terapia de scurtă durată și un an pentru terapia de lungă durată. Limitele maxime se stabilesc în funcție de relația concretă psihoterapeut-pacient, de tipul și forma timidității etc.

X. Raportul dintre metodele cantitative și cele calitative, atât din punct de vedere diagnostic, cât și terapeutic, este favorabil metodelor calitative, ale **studiului de caz**.

XI. **Terapia educațională a timidității** este necesară la vârsta copilăriei pentru a preveni sistematizarea unei dispoziții constituționale într-o timiditate gravă, autentică, la vârsta adolescenței și tinereții pentru a se evita sau ameliora suferința și supracompensația, iar la vârsta adultă pentru a evita sau corecta formele de adaptare negativă.

XII. **Educația socio-afectivă pozitivă** se poate constitui într-un obiectiv fundamental al unui învățămînt eficient. Învățămîntul românesc, predominant intelectualizant, verbalizant și pasiv, stimulează un tip de elev cuminte, supus, timid. Dinamizarea procesului de învățămînt prin exploatarea metodologiei activ-participative, care se adresează întregii personalități și nu numai minții elevului, concomitent cu reducerea factorilor de stres școlar, se poate realiza și prin elaborarea unor programe de educație socio-afectivă pozitivă.

Anexa 1

CHESTIONAR CARACTEROLOGIC (după G. Berger)

- 1) a. Ești tulburat(ă) numai de evenimente importante, grave?
b. Sau, dimpotrivă, pui la inimă tot felul de fapte mărunte, deși îți dai seama că sînt fără importanță?
- 2) a. În timpul liber, simți nevoia să continui să lucrezi fie făcînd mici reparații, treburi pe lângă casă, fie completîndu-ți cunoștințele?
b. Sau profiți de timpul liber pentru a te plimba, a face sport?
c. Sau preferi să citești o carte distractivă, să stai la televizor, la radio, să te odihnești?
- 3) a. Ești preocupat de viitor? Te gîndești deseori la ce vei face în următorii ani?
b. Sau te preocupă în special rezultatele imediate?
- 4) a. Te îndignezi cu ușurință?
b. Sau ești înclinat să te acomodezi, să accepți situațiile așa cum sînt?
- 5) a. După ce ai luat o hotărîre, ai nevoie de un efort pentru a trece la acțiune? Îți vine greu să începi să acționezi?

- b. Sau, dimpotrivă, execuți imediat și fără nici o greutate ceea ce ai hotărât?
- 6) a. Când pleci la drum sau într-o excursie lungă, pierzi mult timp cu pregătirile gândindu-te în amănunt la tot ce va putea surveni?
- b. Sau termini repede pregătirile bazându-te pe prezența ta de spirit?
- 7) a. Ești susceptibil, te simți imediat profund atins de o observație nepoliticoasă sau ironică?
- b. Sau accepți observațiile, ironiile fără să te simți jignit imediat?
- 8) a. Te descurajezi ușor în fața dificultăților?
- b. Sau, dimpotrivă, dificultățile îți stîrnesc dorința de a lupta cu ele?
- 9) a. Urmărești cu grijă să respecti în orice situație anumite reguli, norme de comportare?
- b. Sau te adaptezi imediat la împrejurările ce se ivesc?
- 10) a. Când intervine ceva neașteptat te tulburi ușor? Tresari când te cheamă cineva pe neașteptate? Te înroșești ușor?
- b. Sau te tulburi mai greu?
- 11) a. Îți place să-ți reamintești ce ai făcut în trecut sau să te gîndești la diferite lucruri ce ar putea surveni în viitor?
- b. Ori preferi să acționezi, să faci ceva concret?
- 12) a. Ți se întîmplă rareori să abandonezi un lucru început?
- b. Sau ți se întîmplă destul de des?
- 13) a. Ridici ușor glasul într-o conversație? Te înfierbînti ușor într-o discuție contradictorie?
- b. Sau vorbești liniștit, fără a ridica tonul?
- 14) a. Te apuci imediat de treburile pe care le ai de făcut, fără nici un efort?
- b. Sau ești înclinat să le mai amîni, chiar dacă pînă la urmă le faci la timp?

- 15) a. Te vezi mereu cu aceleași persoane?
- b. Sau preferi să-ți lărgești mereu cercul cunoștințelor, să cunoști persoane cît mai diferite?
- 16) a. O schimbare mai importantă ori o sarcină nouă te îngrijorează, te neliniștește?
- b. Sau rămîi calm ca și înainte?
- 17) a. Te decizi greu? Eziți multă vreme pînă să iei o hotărîre?
- b. Sau te hotărești repede, chiar în cazurile dificile?
- 18) a. După ce ai suferit un afront, o jignire te liniștești repede și uiți incidentul imediat?
- b. Rămîi indispus o perioadă de vreme?
- c. Ții minte întîmplarea foarte multă vreme?
- 19) a. Treci cu ușurință de la bucurie la tristețe, de la entuziasm la descurajare, fără să existe motive importante?
- b. Sau, de obicei, îți păstrezi cam aceeași stare de spirit, aceeași dispoziție?
- 20) a. Ești mereu în mișcare, gesticulezi, te plimbi prin cameră?
- b. Sau în mod obișnuit nu te agiți, ești destul de imobil?
- 21) a. Îți place să revezi filmele bune, să auzi mereu anumite melodii preferate, să desfășori mereu cam aceeași activitate?
- b. Sau îți place cît mai multă variație, cauți ca tot timpul disponibil să ți-l petreci în condiții diferite, chiar de la o săptămînă la alta?
- 22) a. Îți vine în minte deseori un gînd sau o întîmplare fără importanță de care nu poți scăpa, care te urmărește?
- b. Sau așa ceva ți se întîmplă extrem de rar?
- 23) a. Când se defectează ceva și trebuie să faci un efort pentru a efectua reparația sau pentru a chema un specialist treci imediat la fapte?

- b. Sau preferi să te acomodezi cu această situație, amînînd un timp reparația?
- 24) a. Îți place să aranjezi tot timpul cărțile, caietele în așa fel încît să fie o ordine strictă, simetrică?
- b. Sau te mulțumești să le ai la îndemînă și ordinea strictă s-o faci doar din cînd în cînd?
- 25) a. Ți se întîmplă deseori să fii așa de emoționat încît să nu mai poți acționa, să nu te mai poți mișca sau vorbi?
- b. Sau ți s-a întîmplat doar de cîteva ori?
- c. Sau nu ți s-a întîmplat niciodată?
- 26) a. Cînd ai efectuat o lucrare complicată, după ce o termini simți nevoia să cauți și alte soluții sau completări?
- b. Sau, convins că e bine făcută, trăiești imediat sentimentul că ai scăpat de o grijă?
- 27) a. Îți place să prevezi dinainte cum îți vei folosi timpul în amănunt? Îți faci regulat un plan, un program al ocupațiilor?
- b. Sau începi cu o activitate, după dispoziția momentană, fără o planificare?
- 28) a. Deseori ai impresia că lucrurile nu merg cum trebuie și te simți nemulțumit?
- b. Sau, în general, te simți mulțumit de soarta ta?
- 29) a. Îți place mai mult să asisti la jocuri sportive decît să le practici tu însuși?
- b. Sau preferi să intri tu în joc, chiar dacă nu le știi bine, decît să fii un simplu spectator?
- 30) a. Cînd ți-ai format o părere, te atașezi de ea cu încăpăținare?
- b. Sau îți schimbi părerea în fața unor argumente noi?

INVENTAR DE INTRO-EXTRAVERSIE (Eysenck)

1. Sînteți foarte mulțumit cînd sînteți implicat într-o activitate care solicită acțiune rapidă? ☐ Da ☐ Nu
2. Sînteți uneori, fără motiv, cînd vesel, cînd trist? ☐ Da ☐ Nu
3. Cînd căutați să vă concentrați atenția vă fug gîndurile în toate părțile? ☐ Da ☐ Nu
4. Cînd faceți noi cunoștințe, de obicei începeți dv. conversația? ☐ Da ☐ Nu
5. Obișnuiți să acționați repede și singur? . ☐ Da ☐ Nu
6. Cădeți ușor pe gînduri în timpul unei petreceri la care a trebuit să participați? ☐ Da ☐ Nu
7. Vă simțiți uneori plin de energie și alteori moale și fără chef de mișcare? ☐ Da ☐ Nu
8. Vă considerați un om plin de viață? ... ☐ Da ☐ Nu
9. Sînteți foarte nenorocit cînd trebuie să renunțați să mergeți în societate? ☐ Da ☐ Nu
10. Vă îndispuneți ușor? ☐ Da ☐ Nu
11. Vă schimbați adeseori dispoziția cu sau fără un motiv evident? ☐ Da ☐ Nu
12. Preferați acțiunea concretă imaginării unor planuri? ☐ Da ☐ Nu
13. Visați adeseori cu ochii deschiși în timpul zilei la lucruri care totuși nu se vor realiza? ☐ Da ☐ Nu
14. În societate vă place să rămîneți mai mult în planul secund? ☐ Da ☐ Nu
15. Vă frămîntați mult gîndindu-vă la trecutul dv.? ☐ Da ☐ Nu
16. Vă hotărîți greu ca într-o tovărășie agreabilă să vă descărcați sufletul în mod sincer? ☐ Da ☐ Nu

17. Uneori, fără motiv, aveți o stare de spirit foarte proastă, sînteți foarte indispus? ☐ Da ☐ Nu
18. Sînteți înclinat către o excesivă scrupulozitate? ☐ Da ☐ Nu
19. Vi se întîmplă adesea să luați o hotărîre prea tîrziu? ... ☐ Da ☐ Nu
20. Vă place societatea celorlalți oameni? .. ☐ Da ☐ Nu
21. Aveți deseori insomnii datorită unor griji? ☐ Da ☐ Nu
22. Vă limitați cercul cunoștințelor dv., de preferință, la cîtiva aleși? ☐ Da ☐ Nu
23. Aveți ușor remușcări, sentimente de vinovăție? ☐ Da ☐ Nu
24. Considerați vreodată munca dv. ca fiind foarte serioasă? ☐ Da ☐ Nu
25. Vă simțiți ușor jignit? ☐ Da ☐ Nu
26. Vă place să aveți multe îndatoriri sociale? ☐ Da ☐ Nu
27. Vă socotiți ca fiind în mod special nervos și într-o stare de încordare interioară? ☐ Da ☐ Nu
28. Vă asumați cu plăcere conducerea unor acțiuni comune? ☐ Da ☐ Nu
29. Vă simțiți deseori singur? ☐ Da ☐ Nu
30. În prezența sexului opus deveniți repede sîngaci? ☐ Da ☐ Nu
31. În timpul zilei începeți dintr-o dată să visați cu ochii deschiși la diferite întîmplări? ☐ Da ☐ Nu
32. Aveți aproape întotdeauna un răspuns potrivit la observațiile care vă sînt adresate? ☐ Da ☐ Nu
33. Vă gîndiți deseori la timpurile bune pe care le-ați trăit în trecut? ☐ Da ☐ Nu

34. V-ați caracterizat singur ca fiind un om fără frămîntări și nepăsător? ☐ Da ☐ Nu
35. Aveți adesea și fără motiv special un sentiment de indiferență și oboseală? ☐ Da ☐ Nu
36. Aveți înclinația de a fi tăcut în societate? ☐ Da ☐ Nu
37. De obicei, după o situație îngrijorătoare și critică vă gîndiți că ar fi trebuit să faceți ceva ce nu ați făcut? ☐ Da ☐ Nu
38. De obicei, într-o societate veselă puteți să vă manifestați cu ușurință și în mod firesc? ☐ Da ☐ Nu
39. Vă vin în minte așa de multe gînduri astfel încît nu puteți adormi? ☐ Da ☐ Nu
40. Vă place o activitate care cere o atenție concentrată asupra amănuntelor? ☐ Da ☐ Nu
41. Sînteți asaltat de gînduri inutile, care mereu vă vin în minte? ☐ Da ☐ Nu
42. Efectuați munca dv. ca ceva obișnuit, de la sine înțeles, fără să vă enervați în mod special? ☐ Da ☐ Nu
43. Vă supărați foarte ușor în legătură cu unele fapte? ☐ Da ☐ Nu
44. Ceilalți vă consideră ca pe un om plin de viață? ☐ Da ☐ Nu
45. Aveți adesea o proastă dispoziție, un sentiment de nemulțumire? ☐ Da ☐ Nu
46. Vă apreciați singur ca fiind vorbăreț? .. ☐ Da ☐ Nu
47. Aveți perioade de neastîmpăr, încît nu puteți sta mult pe scaun? ☐ Da ☐ Nu
48. Faceți cu plăcere altora cîte o mică festă? ☐ Da ☐ Nu

INVENTAR DE TIMIDITATE (după Zimbardo)

1. Vă considerați timid?

1 a. da

0 b. nu

2. Dacă da, ați fost întotdeauna timid (erați timid și înainte și sînteți în continuare)?

1 a. da

0 b. nu

3. Dacă ați răspuns nu la prima întrebare: nu a existat niciodată în viața dumneavoastră o perioadă în care ați fost timid?

1 a. da

0 b. nu

Dacă ați răspuns nu, acest chestionar nu vă privește. Mulțumim. Dacă ați răspuns da la una din întrebările precedente, binevoiți a continua.

4. Pînă la ce punct sînteți timid atunci cînd sînteți?

5 a. excesiv de timid

4 b. foarte timid

3 c. realmente timid

2 d. moderat de timid

1 e. doar puțin timid

5. Cu ce frecvență resimțiți (ați resimțit) această impresie de timiditate?

5 a. în fiecare zi

4 b. adesea, aproape o zi din două

3 c. o dată sau de două ori pe săptămîină

2 d. din cînd în cînd, mai puțin de o dată pe săptămîină

1 e. rar, o dată pe lună cel mult

6. În comparație cu semenii dumneavoastră (a căror vîrstă, sex și mediu de origine sînt asemănătoare cu ale dumneavoastră) sînteți:

5 a. mult mai timid

4 b. mai timid

3 c. aproape la fel de timid

2 d. mai puțin timid

1 e. mult mai puțin timid

7. Credeți că a fi timid este de dorit?

5 a. de loc

4 b. puțin

3 c. nici de dorit, nici de nedorit

2 d. de dorit

1 e. foarte mult

8. Timiditatea dumneavoastră constituie (a constituit) o problemă personală?

5 a. da, adeseori

4 b. da, uneori

3 c. da, ocazional

2 d. rar

1 e. niciodată

9. Cînd sînteți intimidat, reușiți să vă ascundeți timiditatea sau să-i faceți pe ceilalți să creadă că nu sînteți timid?

a. da, întotdeauna

b. reușesc uneori, dar nu întotdeauna

c. nu, în general nu reușesc să o ascund

10. Vă considerați mai mult un introvertit sau un extravertit?

5 a. foarte introvertit

4 b. introvertit moderat

3 c. nici unul, nici altul

2 d. extravertit moderat

1 e. foarte extravertit

11. Printre cauzele enunțate mai jos, care sînt cele care, după dumneavoastră, sînt răspunzătoare de timiditatea dumneavoastră? Alegeți-le pe acelea care vi se par corespunzătoare cazului dumneavoastră:
- neliniștea de a fi prost apreciat
 - teama de a fi prins
 - lipsa de încredere în sine
 - lipsa de aptitudini sociale speciale (precizați care)
 - teama de a fi intim cu cineva
 - gustul pentru singurătate
 - atracția către centre de interes nesociale (hobby, pasiuni extraprofesionale)
 - o slăbiciune, un handicap personal (precizați care)
 - alte cauze (precizați care)
12. Cei ce figurează pe lista de mai jos vă găsesc timid? În ce măsură vă consideră ei timid? Răspundeți utilizînd această scară:
- excesiv de timid
 - foarte timid
 - realmente timid
 - doar ușor timid
 - de loc timid
- mama dv.
 - tatăl dv.
 - frații și (sau) surorile dv.
 - prieteni dv. intimi
 - soțul sau partenerul dv.
 - colegii de liceu
 - colegul de cameră
 - profesorii sau patronii
 - colegii care vă cunosc bine

13. Pentru a decide dacă meritați sau nu eticheta de timid, v-ați bazat pe faptul că:
- sînteți (erați) timid în mod constant, în toate situațiile
 - sînteți (erați) timid cel puțin jumătate din timp, în cea mai mare parte a situațiilor
 - nu sînteți (erați) timid decît în anumite ocazii, dar aceste situații sînt (erau) suficient de importante pentru ca dv. să vă considerați ca fiind timid
14. S-a întîmplat ca oamenii să se înșele asupra timidității dv. și să o confunde, de exemplu, cu indiferența, atitudinea distantă sau arogantă?
- da
 - nu
15. Uneori vă simțiți timid atunci cînd sînteți singur?
- da
 - nu
16. Uneori vă simțiți jenat atunci cînd sînteți singur?
- da
 - nu
17. Dacă ați răspuns da la întrebarea anterioară, binevoiți a descrie cînd, cum și de ce vi s-a întîmplat aceasta.
18. Dacă resimțiți actualmente sau ați resimțit o stare de timiditate, binevoiți a indica dintre situațiile, activitățile și persoanele enumerate mai jos pe acelea care vă intimidază:
- situațiile sociale în general
 - marile grupuri
 - micile grupuri orientate spre îndeplinirea unei sarcini (seminarii, grupe de muncă)
 - micile grupuri sociale (serbări dansate, baluri, petreceri)
 - întrevederi între patru ochi cu o persoană de același sex

- f. întrevederi între patru ochi cu o persoană de sex opus
 - g. situații în care mă simt vulnerabil (de exemplu când am nevoie de ajutor)
 - h. situații în care am un statut inferior (când vorbesc unor superiori, unor autorități)
 - i. situații care cer o anumită siguranță (de exemplu, când vreau să mă plîng de serviciile dintr-un restaurant)
 - j. situații în care devin ținta atenției unei întregi adunări (de exemplu, când țin un discurs)
 - k. situații în care devin ținta atenției unui mic grup de oameni (de exemplu, când sînt prezentat sau mi se cere părerea)
 - l. situații în care sînt apreciat sau comparat cu ceilalți
 - m. situațiile interpersonale în general
 - n. cînd există posibilitatea unor relații sexuale
19. *Acum recitiți întrebarea precedentă și indicați la fiecare din variantele pe care le-ați ales dacă această situație sau activitate v-a intimidat luna trecută:*
- a. nu luna trecută, ci înainte
 - b. da, enorm
 - c. da, puternic
 - d. da, moderat
 - e. da, puțin
20. *Oamenii care mă intimidază sînt:*
- a. părinții mei
 - b. frații și (sau) surorile mele
 - c. ceilalți membri ai familiei
 - d. prietenii
 - e. necunoscuții
 - f. străinii
 - g. oamenii care exercită o autoritate în virtutea funcției lor (polițiști, profesori, superiori ierarhic)
 - h. oamenii care exercită o autoritate în virtutea cunoștințelor lor (intelectuali, specialiști)

- i. oamenii în vîrstă
 - j. copiii
 - k. persoanele de sex opus dintr-un grup
 - l. persoanele de același sex dintr-un grup
 - m. o persoană de sex opus într-o întrevedere între patru ochi
 - n. o persoană de același sex într-o întrevedere între patru ochi.
21. *Acum, recitiți întrebarea precedentă și indicați alături de fiecare din variantele pe care le-ați ales dacă această situație sau activitate v-a intimidat luna trecută:*
- a. nu luna trecută, ci înainte
 - b. da, enorm
 - c. da, puternic
 - d. da, moderat
 - e. da, puțin
22. *Cum știți că sînteți timid, pe ce indicii vă bazați?*
- 1 a. doar pe sentimentele mele interne, pe gândurile mele personale
 - 3 b. doar pe comportamentul meu manifestat într-o situație dată în public
 - 5 c. mă bazez în același timp pe reacțiile mele interioare și pe comportamentul pe care îl manifest
23. *Dacă încercați sau ați încercat o sare de timiditate, care dintre reacțiile fizice de mai jos sînt cele care însoțesc această impresie? Notați-le cu 0 pe cele care nu vă privesc, cu 1 pe cele mai importante, mai frecvente și mai grave, cu 2 pe cele care sînt pe locul doi în ordinea importanței ș.a.m.d.:*
- a. roșeață
 - b. accelerarea pulsului
 - c. stomac înnodat
 - d. senzație de furnicături
 - e. gură uscată
 - f. tremurături

- g. transpirație
- h. oboseală
- i. accelerarea bătăilor inimii
- j. alte reacții fizice (precizați care)

24. Care sînt gîndurile și sentimentele care însoțesc timiditatea dv.? Notăți-le cu 0 pe cele care nu vă privesc, cu 1 pe cele mai importante, mai frecvente și mai grave, cu 2 pe cele care vin pe locul doi în ordinea importanței ș.a.m.d. (mai multe variante pot fi apreciate la fel):

- a. gînduri pozitive
- b. nici un fel de gînduri deosebite (de exemplu, visez, nu mă gîndesc la nimic special)
- c. conștiința de sine (de exemplu, sînt excesiv de atent cu mine, la fiecare din gesturile mele)
- d. gînduri centrate pe aspectul dezagreabil al situației (de exemplu, mă gîndesc că situația este groaznică, că aș dori mai degrabă să fiu în altă parte)
- e. gînduri care fac diversiune (de exemplu, mă gîndesc că aș putea face altceva, că se va termina curînd)
- f. gînduri negative la adresa mea (de exemplu, mă simt stupid, nu sînt la locul meu, nu sînt sigur pe mine, nu sînt la înălțime)
- g. gînduri referitoare la aprecierile pe care alții sînt pe punctul de a le face despre mine
- h. gînduri referitoare la modul în care mă comport (de exemplu, mă întreb ce impresie fac și cum pot să o controlez)
- i. gînduri referitoare la timiditate în general (de exemplu, cred în propria mea timiditate și în consecințele pe care le antrenează, mă gîndesc că aș dori foarte mult să nu fiu timid)
- j. alte gînduri (precizați care)

25. Dacă încercați sau ați încercat o stare de timiditate, care sînt comportamentele exterioare care pot să avertizeze anturajul dv. că sînteți intimidat? Alegeți din variantele

enumerate mai jos, notînd cu 0 pe cele care nu vă privesc, cu 1 pe cele mai importante, mai frecvente și mai grave, cu 2 pe cele care sînt pe locul doi în ordinea importanței ș.a.m.d.:

- a. să vorbești încet
- b. să-i eviți pe ceilalți
- c. să păstrezi tăcerea
- d. să te bîlbîi
- e. să vorbești dezlînat, incoerent
- f. să fii incapabil să privești pe cineva în ochi
- g. modul de a sta pe scaun sau în picioare
- h. să eviți să ai vreo inițiativă
- i. alte comportamente (precizați care)

26. Care sînt consecințele negative ale timidității?

- a. nici una, nu există consecințe negative
- b. creează probleme sociale: din cauza timidității este mai dificil să faci cunoștințe noi, să-ți faci prieteni noi, să profiți de experiențele care ar putea fi agreabile
- c. antrenează consecințe emoționale negative: sentimente de singurătate, izolare, depresie
- d. împiedică pe ceilalți să mă judece în mod favorabil (de exemplu, valoarea mea nu se manifestă niciodată din cauza timidității)
- e. mă împiedică să arăt siguranță cînd trebuie să-mi exprim părerile, să profit de ocazii
- f. favorizează la ceilalți judecăți negative ersonate (de exemplu, sînt considerat pe nedrept ca fiind neprietenos, snob sau arogant)
- g. creează dificultăți de gîndire și exprimare, mă împiedică să am mintea limpede în prezența altcuiva și să comunic în mod eficient cu ceilalți
- h. încurajează o conștiință de sine accentuată, o grijă excesivă pentru propria persoană

27. Care sînt consecințele pozitive ale timidității?

- a. nici una, nu există consecințe pozitive
- b. creează o impresie de modestie, de simpatie, de discreție, introspecție
- c. permite să se evite conflictele între persoane
- d. asigură o formă practică de anonimat și de protecție
- e. oferă ocazia de a te ține deoparte, să-i observi pe ceilalți, să activezi prudent și inteligent
- f. permite să te arăți selectiv în privința oamenilor pe care îi întâlnești
- g. protejează viața particulară și favorizează plăcerile pe care le oferă singurătatea
- h. are consecințe interpersonale pozitive, împiedicîndu-te să-i tratezi pe ceilalți cu ușurință, să-i intimidezi sau să-i rănești

28. Credeți că vă puteți învinge timiditatea?

- a. da
- b. nu
- c. nu sînt sigur

29. Vreți în mod serios să încercați să o învingeți?

- a. da, într-adevăr
- b. poate
- c. nu sînt încă sigur
- d. nu știu.

Răspunsurile la întrebările cotate se adună, iar intensitatea timidității depinde de suma obținută.

Anexa 2

Interpretarea calitativă a inventarului de timiditate Zimbardo

1. Autopercepția timidității:

- a. timid (T.)
- b. netimid (N.T.)

2,3. Tipul timidității:

- a. endogenă, constituțională, autentică (T.A.)
- b. exogenă, situațională (T.S.)

4. Intensitatea timidității:

- | | |
|---------------|---------------|
| a. excesiv | T.A. puternic |
| b. foarte | T.A. puternic |
| c. realmente | T. moderat |
| d. moderat | T. moderat |
| e. doar puțin | T.S. slab |

5. Frecvența timidității:

- | | |
|---|---------------|
| a. în fiecare zi | T.A. puternic |
| b. o zi din două | T.A. puternic |
| c. o dată sau de două ori pe săptămîină | T. moderat |
| d. mai puțin de o dată pe săptămîină | T.S. slab |
| e. o dată pe lună | T.S. slab |

6. Comparația cu semenii:

- | | |
|-------------------|---------------|
| a. mult mai timid | T.A. puternic |
| b. mai timid | T.A. puternic |

- c. aproape la fel de timid T.S. moderat
- d. mai puțin timid T.S. slab
- e. mult mai puțin timid N.T.

7. *Autopercepția timidității:*

- a. T.A. puternică
- b. T.S. moderată
- c. N.T.
- d. N.T.
- e. N.T.

8. *Suferința persoanei timide:*

- a. T.A. puternică
- b. T.S. moderată
- c. T.S. moderată
- d. intimidare (I.T.N.) slabă
- e. N.T.

9. *Forma timidității:*

- a. ascunsă (T.as.)
- b. ascunsă (T.as.)
- c. transparentă (T.tr.)

10. *Corelația timidității cu introversia (I) și extraversia (E):*

- a. T.A. puternică
- b. T.A. puternică
- c. T.S. moderată
- d. I.N.T. slabă
- e. N.T.

11. *Cauzele timidității → forma timidității*

- a. timiditate cognitivă (T.cg.)
- b. timiditate afectivă (T.af.)
- c. T.af.
- d. timiditate comportamentală (T.cp.)
- e. timiditate afectiv-sexuală (T.afs.)
- f. (T.cp.)

- g. T. af.
- h, i. alte cauze

12. *Interpercepția (T) și intensitatea ei:*

- A. T.A. a,b,c,d,e T. pa. (timiditate particulară)
- B. T.A.
- C. T.S.
- D. T.S. f,g,h,i T.pu. (timiditate publică)
- E. I.N.T.

13. *Tipul și intensitatea timidității:*

- a. T.A. puternică
- b. T.S. moderată
- c. T.S. slabă

14. *Forma timidității:*

- a. T.as.
- b. T.tr.

15. *Forma timidității:*

- a. T.m. (timiditate mintală)
- b. T.cp. (timiditate comportamentală)

16. *Forma timidității:*

- a. T.m.
- b. T.cp.

17. *Studii de caz*

18. *Situații, activități, persoane → forma și intensitatea:*

- a. T.cp.
- b. T.cp.
- c. T.cg.
- d. T.cp.
- e. T.af.
- f. T.afs.
- g. T.af.
- h. T.cg.
- i. T.af.

- j. T.cp.
- k. T.af.
- l. T.cg
- m. T.cp.
- n. T.sex.

19 -

20. Oamenii → forma timidității:

- a. T.pa.
- b. T.pa.
- c. T.pa.
- d. T.pa.
- e. T.pu.
- f. T.pu.
- g. T.pu., T.cp.
- h. T.pu., T.cp.
- i. T.pu.v. (timiditate publică în funcție de vîrstă)
- j. T.pu.v.
- k. T.pu.sex.
- l. T.pu.sex.
- m. T.pa.sex.
- n. T.pa.sex.

21. -

22. Forma și tipul timidității:

- a. T. af.
- b. T. cp.
- c. T.A.

23. Reacții fizice

- a. - i T. f.-cp. (timiditate fizică-comportamentală)

24. Gînduri și sentimente - tipul și forma timidității:

- a. N.T.
- b. N.T.
- c. T.A. cg.

- d. T.S.
- e. T.S.
- f. T.A.cg.
- g. N.T.
- h. T.cp.
- i. T.cg.
- j. -

25. Comportamentele exterioare → forma timidității:

- a. T.cp.
- b. T.af.
- c. T.cp.
- d. T.cp.
- e. T.cg.
- f. T.af.
- g. T.cp.
- h. T.cp.
- i. -

26. Consecințele negative → tipul și forma timidității:

- a. N.T.
- b. T.cp.
- c. T.af.
- d. T.cg.
- e. T.cp.
- f. T.cg.
- g. T.cg.
- h. T.A.

27. Consecințele pozitive → tipul și forma timidității:

- a. T.A.
- b. T.af.
- c. T.af.
- d. T.cp.
- e. T.cp.

f. T.cp.

g. T.af.

h. T.cp.

28. *Mobilizarea terapeutică:*

a. puternică

b. slabă

c. moderată

29. *Voința terapeutică:*

a. puternică

b. puternică

c. moderată

d. slabă.

Anexa 3

Metoda aprecierii obiective a personalității
după Zapan

La fiecare colectiv de elevi sau studenți supuși experimentului s-a aplicat metoda aprecierii obiective a personalității. Astfel, s-a prezentat o definiție de lucru a timidității, cerându-se apoi subiecților să numească primii 5-7 timizi și ultimii 5-7 timizi din colectivul respectiv. Ultima întrebare se referă la autopercepția subiectului testat.

Timiditatea este o tulburare a personalității care se manifestă prin:

- emoții extrem de puternice și frecvente, de multe ori nejustificate;
- dificultatea de a comunica și a stabili contacte sociale;
- stângăcie în conduită;
- nesiguranță;
- neîncredere în sine.

1. Numiți în ordine descrescătoare primii 5 (cinci) dintre colegii pe care-i considerați cei mai timizi.

În ce situație ați constatat că sînt timizi?

2. Numiți în ordine descrescătoare ultimii 5 (cinci) dintre colegii pe care-i considerați netimizi.

3. Dar tu, cum te consideri? De ce?

Urmează lista cu elevii (studenții) din clasă sau colectivul respectiv.

Subiecții cu punctajul cel mai mare au primit rangul I, ceilalți, în ordine descrescătoare, rangurile II și III.

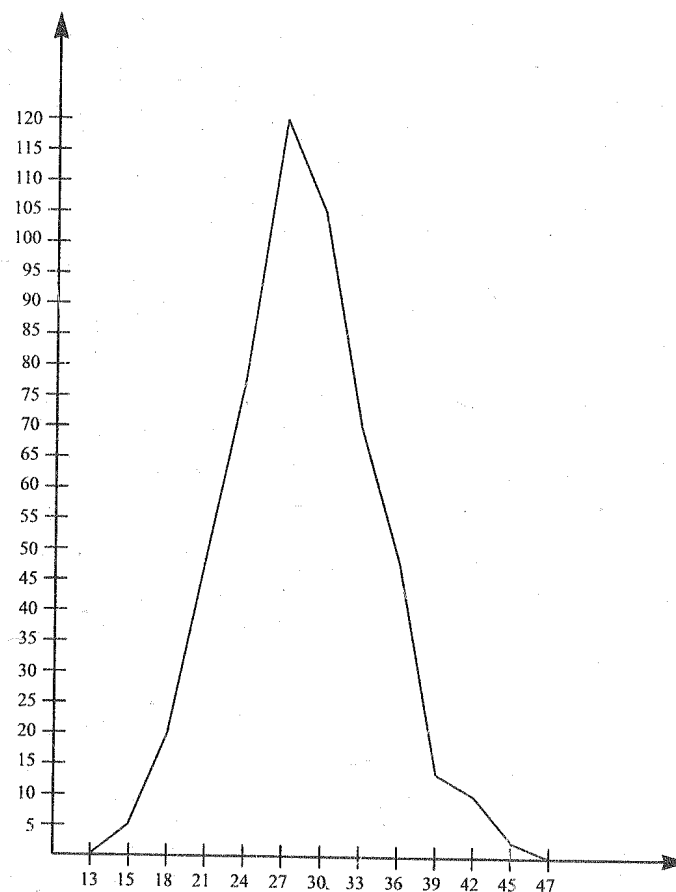
Anexa 4

Interpretarea statistică a inventarului de timiditate Zimbardo

În urma interpretării statistice a rezultatelor obținute de cei 256 de subiecți la inventarul de timiditate, tradus și adaptat după Zimbardo, am stabilit:

- media aritmetică = 27,42
- abaterea standard = 3,34
- gradele de intensitate:
 - III 8-24 slab
 - II 25-29 moderat
 - I 30-47 puternic
- etalonul în decili:
 - I 1-20
 - II 21-23
 - II 24
 - IV 25-26
 - V 27
 - VI 28-29
 - VII 30
 - VIII 31-33
 - IX 34-36
 - X 37-47

Poligonul frecvențelor



Anexa 5

Stabilirea gradelor de intensitate la emotivitate,
introversie, timiditate*Berger (emotivitate)*

45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56	57 58 59 60 61 62
1 13 1 13 1 1 1 21 4	1 14 1 26
1 14 15 28 29 30 31 52 56	57 71 72 98
63 64 65 66 67 68 69	70 71 72 73 74 75 76 77
2 1 7 1 1	20 1 1 1 13
100 101 108 109 110	130 131 132 133 146
78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90	
12 1 1 4 1	
158 159 160 164 165	

- III 45-56 slab
 II 57-69 mediu (moderat)
 I 70-90 puternic

Eysenck (introversie - extraversie)

1 2 3 4 5 6 7	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18	19 20 21	22 23 24
1	3 3 1 4 8 5	7 5 8	10 5 13
1	4 7 8 12 20 25	32 37 45	55 60 73

- III 22-24 slab
 II 19-21 moderat
 I 1-18 puternic

Zimbardo (timiditate)

8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24	25 26 27 28
1 2 2 4 4 3 5 7 8 5 17	14 18 14 7
1 3 5 9 13 16 21 28 36 41 58	72 90 104 111
29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43	
9 11 8 9 2 10 4 6 2 2 5 1	
120 131 139 148 150 160 164 170 172 174 179	181

44 45 46 47
 1
 182

- III 8-24 slab
 II 25-29 moderat
 I 30-47 puternic

Anexa 6

Declarații postterapeutice ale subiecților, părinților și psihologului școlar

1. L.A. Incursiune în trecut.

În urmă cu 7 luni, eram o copilă naivă, capricioasă și alintată. Este o stare de criză, de căutare a personalității, a Eului. Acum pășesc spre maturitate, spre înțelegerea oamenilor. Doamna profesoară D.E. m-a ajutat foarte mult. Eram cu „fundul în două luni”, cum spunea dumneaei. Când supărăcioasă, când veselă, când dornică să trec peste toate obstacolele. Mă loveam, plîngeam (mai bine zis mă plîngeam la doamna profesoară), mă ridicam, rîdeam, apoi cădeam din nou. Eram timidă, mi-era frică de oameni și de mine. Mă vedeam lipsită de orice posibilități de afirmare și ce mult vroiam să fiu luată în seamă (în sens pozitiv).

Dar iată că a venit și clipa hotărîtoare... De cînd mi-am auzit vocea pe casetofon mi-am dat seama că pot să mă stăpînesc și să înving. Am continuat și merg pe drumul cel bun (datorită psihoterapiei).

Mulțumesc!

2. B.A.

Saltul atît de neașteptat de la trei la nouă puncte nu s-a realizat pe parcursul acelor două luni care au trecut de cînd am început terapia. O parte din salt (de la trei la cinci)

l-am realizat, e adevărat, pe parcursul acelor trei săptămîni. Apoi, cedînd treptat, am mai avansat un pas. Acum o săptămînă n-aș fi crezut că pot face un salt de trei puncte. Și totuși l-am făcut, iar implicațiile pe care le are sînt profunde.

Dintr-o dată m-am simțit obosit să mai tot fac pe timidul și să alerg din fața problemelor. O senzație atît de absurdă și de contradictorie m-a făcut să-i caut rădăcinile ei reale. Cum era posibil ca eu, dintr-o dată, să scutur crusta groasă în care mă închisesem și să mă arăt lumii așa cum sînt eu de fapt? De fapt, saltul s-a produs în cursul acestor două luni. Nu am fost un impostor, dar chiar și cînd am terminat cursurile tot timid mă simțeam. Acum o săptămînă la fel. Ceea ce s-a întîmplat în realitate este că, fiind silit încă de la început să-mi privesc problemele vechi, să le analizez, îndoiala cu privire la avantajul timidității a crescut. Sămînța fusese deja aruncată. Silit fiind să mă corectez tot timpul, să mă cenzurez, am început să sap groapa timidității. Și am aruncat-o înăuntru pentru totdeauna. Fiindcă acum o lună afirmația „Sînt hotărît să nu mai fiu timid” o ascundeam, în secret eram convins că mă complac cu aceeași situație. Și fiindcă, văzînd dezavantajele timidității, mi-am dat seama că de fapt sînt hotărît s-o arunc peste bord, sînt hotărît să fiu hotărît, să am puterea și voința să încep un alt mod de viață în care să spun celorlalți „Sînt puternic, sînt gata să mă întrec cu voi, sînt la fel de bun, chiar mai bun; veniți și să începem!”

3-4. Declarații ale părinților

După psihoterapie, fiica noastră L.A.:

- are încredere în capacitățile sale
- părerile celor din jur nu o afectează prea tare
- vorbește mai tare, fiind încrezătoare în sine
- poate să discute cu orice persoană, de orice vîrstă

- rîde mult, se exteriorizează, este spontană
- se destăinuie familiei
- poate să-și spună părerea în clasă, fără să-i fie teamă că va fi luată în rîs
- este optimistă
- este mai realistă, mai matură
- este sociabilă.

În urma cursului terapeutic susținut de dv. noi am observat din primele ședințe o schimbare spre bine a comportării ei față de noi și față de colectivul din care face parte. După terminarea acestui curs sîntem foarte mulțumiți de comportamentul fiicei noastre și datorită muncii depuse de dv. a avut loc o schimbare enormă, dispărîndu-i timiditatea față de noi și prietenele ei. Daniela a început să fie mai sociabilă, mai apropiată, are curajul de a critica unele lucruri care nu sînt pe placul ei, își spune secretele pe care înainte de a începe acest curs terapeutic nu le spunea, ținîndu-le închise în ea. Această schimbare s-a observat cînd și-a invitat prietenele și prietenii de ziua ei de naștere, fiind foarte vorbăreată și preluînd unele acțiuni pentru a face cît mai plăcută vizita lor. Dorim ca fiica noastră să mai țină legătura cu dv. deoarece, datorită profesiei pe care o aveți, sînteți pentru ea un adevărat sprijin.

5. Declarația psihologului școlar.

La momentul în care a fost constituit lotul pentru cercetare, gradul de emotivitate și introversie al elevilor era destul de ridicat, ceea ce era evident prin neparticiparea deliberată la lecții și la activitățile extrașcolare.

Sociabilitatea redusă îi împiedica să aibă prieteni cu care să-și petreacă timpul liber, nu participau la rezolvarea unor situații și probleme ale clasei, simțindu-se mereu nepriemiți în grup, uneori avînd chiar sentimentul de respingere din partea clasei (de exemplu, elevii A.M., L.A., B.A.). Acest sentiment ducea la creșterea gradului de timiditate, dar și la manifestarea unor tendințe de nervozitate accentuată, ca în cazul elevei A.L.

Timiditatea îi împiedica să iasă în evidență, deși unii sînt foarte talentați, așa cum este cazul lui A.M., care recită foarte frumos. Starea de frustrare prin care treceau elevii se accentuase în așa măsură încît nu reușeau sau nu aveau încredere în forțele proprii pentru a-și realiza o orientare școlară și profesională corectă. A.L. manifesta chiar momente de balbism, căpătate în urma unor puternice șocuri din copilărie, dar care se accentuau pe fondul timidității atunci cînd era expusă privirii colegilor, în timpul ascultării la lecție sau în alte situații școlare.

Metodele folosite de doamna lector Elena Dimitriu în timpul experimentului s-au dovedit a fi deosebit de eficace. Ca psiholog al liceului, care am cunoscut anterior aceste cazuri, pot să remarc următoarele schimbări:

- Elevii participă cu mai mult curaj la lecții, dar și la activitățile extrașcolare.

- Lucrînd în paralel și asupra balbismului, apărut pe fond emotiv la eleva L.A., doamna Dimitriu a probat metoda sa, chiar și în acest caz mai complex, obținînd unele ameliorări. Eleva își poate controla acum în mare măsură comportamentul lingvistic și a devenit mult mai curajoasă în a participa la discuții și activități.

- Sociabilitatea elevilor participanți la experiment a crescut foarte mult, ei fiind integrați bine nu numai în grupul

de lucru, dar și în alte cercuri de prieteni. Au început să participe chiar la activități distractive, aniversări etc. A.M. și-a dominat destul de bine timiditatea și a acceptat să prezinte spectacolul prilejuit de zilele liceului și să recite câteva poezii. Starea de frustrare este în puternic regres, la fel și sentimentul inferiorității, manifestate anterior la V.D. și S.T.

● Ameliorarea timidității i-a permis elevei A.L. să-și precizeze opțiunea profesională. Au dispărut în mare măsură, în special la fete, complexele pe care le aveau în legătură cu aspectul lor fizic și care înainte de terapie le accentuau starea de timiditate.

Apreciez metodele cercetate și aplicate de doamna Elena Dimitriu ca fiind foarte utile în activitatea de psiholog școlar.

Bibliografie generală

1. Adler A. (1991), *Cunoașterea omului*, Editura Științifică, București.
2. Ajurriaguerra J. (1960), *Le cortex cerebral*, Etude Neuro-psychopatologique, Paris.
3. Alden (1988), *Characteristics predicting social functioning and treatment response in clients impaired by extreme shyness*, în *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 20.
4. Alexandrescu I. (1988), *Persoană, personalitate, personaj*, Editura Junimea, Iași.
5. Alliprandi G.C., Screm M. (1988), *Vaincre la timidité en 21 jours*, De vecchi, Paris.
6. Allport G.W. (1981), *Structura și dezvoltarea personalității*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
7. Anderson C. (1988), *Discriminating between problems in living: an examination of measures of depression, loneliness, shyness and social anxiety*, în *Journal of Social and Clinical Psychology*.
8. Antebi Ph. (1990), *Shyness, sociability and psychosocial development*, California school of professional psychology, San Diego, dissertation abstract.
9. Anzieu D. (1973), *La dynamique des groupes restreints*, P.U.F., Paris.
10. Arkin R. (1990), *Shyness, sociability and patterns of everyday affiliation*, în *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 7.
11. Arnkoff D. (1987), *Client predispositions toward cognitive and social skills treatment for shyness*, în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 6.

12. Asendorpf J. (1990), Beyond social withdrawal: shyness, unsociability, and peer avoidance, în *Human Development*, vol. 33.

13. Asher J. (1987), Born to be shy?, în *Psychology Today*, vol 21.

14. Barrucaud D. (1970), La catharsis dans le théâtre, la psychanalyse et la psychothérapie de groupe, Epi - SA, Paris.

15. Bîrliba Cornelia (1987), Paradigmele comunicării. Editura Științifică și Enciclopedică, București.

16. Belles D. (1987), Effects of cure-controlled relaxation and the control of heterosocial performance anxiety among shy males, în *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 1.

17. Berge A. (1967), Defectele copiilor, Editura Didactică și Pedagogică, București.

18. Berge A. (1967), Defectele părinților, Editura Didactică și Pedagogică, București.

19. Berge A. (1967), Școlarul dificil, Editura Didactică și Pedagogică, București.

20. Bertalanffy L.V. (1979), Teoria generală a sistemelor și aplicarea ei în psihologie, în *Cunoașterea faptului social*, Editura Politică, București.

21. Biemer D. (1984), Shyness control. A systematic approach to social anxiety management at children, în *Psychological Abstract*, vol. 71.

22. Boon H. (1989), La sophrologie, Ed. Retz, Paris.

23. Booth R. (1990), A short-term peer model for treating shyness in college students: a note on an exploratory study, în *Psychological Reports*, vol. 66.

24. Briggs S. (1988), Shyness: Introversion or neuroticism?, în *Journal of Research in Personality*, vol. 22.

25. Brodt S. (1981), Modifying shyness, related social behaviour through symptom misattribution, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41.

26. Bruch M. (1989), Shyness and sociability reexamined: a multicomponent analysis, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 57.

27. Cappe R. (1986), Comparison of treatment strategies for clients functionally impaired by extreme shyness and social avoidance, în *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54.

28. Carrol B. (1979), Limbaj și gândire, Editura Didactică și Pedagogică, București.

29. Caspi A. (1989), Moving away from the world: life course patterns of shy children, în *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*.

30. Cazacu T. (1961), Dialogul la copii, Editura Academiei R.P.R., București.

31. Chalvin D. (1980), Analyse transactionnelle et relations de travail, E.S.F., Paris.

32. Chartier J. (1990), La timidité guérie en trois semaines, Ed. Dangles, Paris.

33. Cheek J. (1986), Shyness and verbal creativity, în *Journal of Research in Personality*, vol. 20.

34. Chelcea S. (1983), Eu, tu, noi. Viața psihică - ipoteze, certitudini, Editura Albatros, București.

35. Chombart P.H. (1983), Cultura și puterea, Editura Politică, București.

36. Chomsky N. (1988), Teorii ale limbajului, teorii ale învățării, Editura Politică, București.

37. Claparède E. (1936), Sentimentul de inferioritate la copii, Constanța.

38. Cosmovici A. și colab. (1972), Metode pentru cunoașterea personalității, Editura Didactică și Pedagogică, București.

39. Crăciunescu R. (1980), Intro-extraversiunea, teză de doctorat.

40. Crozier W. (1982), Differentiating assertiveness, aggressiveness and shyness, în *Psychological Review*, vol. 53.
41. Crozier W. (1990), Age-related differences in children's understanding of shyness, în *British Journal of Developmental Psychology*, vol. 8.
42. Delumeau J. (1986), Frica în Occident. O cetate asediată, Editura Meridiane, București.
43. De Paulo B. (1989), Are shy people reluctant to ask for help? în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 56.
44. De Stefano (1977), Teachers view of treatability of children school adjustment problems, în *Journal of Special Education*, vol. 11.
45. Dimitriu E. (1992), Timiditatea. Concept și structură, în *Analele Științifice ale Universității „Al. I. Cuza”, Iași*.
46. Donahue P. (1989), Helping adolescents with shyness: applying the Japanese Morita therapy in shyness counselling, în *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 12.
47. Dugas L. (1903), La timidité. Etude psychologique et morale, Alcan, Paris.
48. Dugas L. (1921), Les grands timides, Alcan, Paris.
49. Dugas L. (1925), Les timides, dans la littérature et l'art, Alcan, Paris.
50. Dumas G. (1932), Nouveau traité de psychologie, Alcan, Paris, vol. 2.
51. Eastburg M. (1990), Shyness and perceptions of parental behaviour, în *Psychological Reports*, vol. 66.
52. Elkonin D. (1980), Psihologia jocului, Editura Didactică și Pedagogică, București.
53. Ey H. (1983), Conștiința, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
54. Fitzsimmons J. (1989), Shyness and sociability. Impact vocational choice, dissertation abstract.

55. Foley F. (1986), Shyness and defensive style, în *Psychological Reports*, vol. 58.
56. Fraisse P., Piaget J. (1970), *Traité de psychologie expérimentale*, PUF, Paris, vol. 5.
57. Freud A. (1967), *Le moi et les mécanismes de la défense*, PUF, Paris.
58. Freud S. (1975), *Introducere în psihanaliză*, Editura Științifică și Enciclopedică, București.
59. Fromm E. (1983), *Texte alese*, Editura Politică, București.
60. Gersbacher U. (1992), *Führen durch Körpersprache. Autorität und Kompetenz ausstrahlen. Manipulation und Einschüchterung*, Die Signale der Gewinner, Wilhelm Heyme Verlag, München.
61. Gheorghiu V. (1982), Sugestie și sugestibilitate, Editura Academiei R.S.R., București.
62. Ghivirigă M. (1970), *Copiii timizi*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
63. Ghivirigă M. (1964), *Copilul unic*, Editura Didactică și Pedagogică, București.
64. Gilmartin B. (1987), Peer group antecedents of severe love-shyness in males, în *Journal of Personality*, vol. 55.
65. Glass C. (1988), Common and specific factors in clients description and explanation for change, în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 7.
66. Gorgos C. (sub redacția) (1985), *Vademecum în psihiatrie*, Editura Medicală, București.
67. Gourhan A. (1983), *Gestul și cuvântul*, Editura Meridiane, București.
68. Guglietti K. (1990), She's just shy: a phenomenological study of shyness, în *Journal of Phenomenological Psychology*, vol. 21.

69. Harwas N. (1986), Educational therapy of shyness: assumption and techniques, în *Psychology*, vol. 29.

70. Hauck W. (1986), Shyness, group dependence and self-concept: attributes of the imaginary audience, în *Adolescence*, vol. 21.

71. Herbener E. (1989), Shyness and olfactory threshold, în *Personality and Individual Differences*, vol. 10.

72. Hill G. (1989), An unwillingness to act: behavioral appropriateness, situational constraint, and self-efficacy in shyness, în *Journal of Personality*, vol. 57.

73. Hobbs T. (1976), Modification of verbal productivity in shy adolescents during a short term camping program, Bureau of Mental Health, Birmingham A.L.

74. Honig A. (1987), The shy child, Young Children, vol. 42.

75. Ionescu G. (1985), Psihologie clinică, Editura Academiei R.S.R., București.

76. Ishiyama F. (1987), Use of Morita therapy in shyness counselling in the West, în *Journal of Counselling and Development*, vol. 65.

77. Jagot P. (1990), La timidité vaincue, Ed. Dangles, Paris.

78. Jaspers K. (1986), Texte filosofice, Editura Politică, București.

79. Johnson J. (1991), Attribution of shy persons in affiliation and achievement situations, în *Journal of Psychology*, vol. 125.

80. Jones W. (1986), Shyness: Conceptualisation and measurement, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 51.

81. Jung C.G. (1975), L'homme et la découverte de son âme, Payot, Paris.

82. Jupp J. (1990), Self concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasizing role play, în *Australian Psychologist*, vol. 25.

83. Kagan J. (1988), Biological bases of childhood shyness, în *Science*, vol. 240.

84. Kelly L. (1990), Rhetoritherapy revisited, în Communications education, vol. 39.

85. Kemple K. (1990), Family antecedents and corelativs of early shyness: attachment and parent-child interaction, dissertation abstract.

86. Kreindler A. (1967), Dinamica proceselor cerebrale. Încercare de sinteză dialectică, Editura Academiei R.S.R., București.

87. Lacroix J. (1936), Timidité et adolescence, Alcan, Paris.

88. Lazarus Ph. (1978), An experimental treatment on the amelioration of shyness in children, dissertation abstract.

89. Lee Y. (1989), An exploratory study of college students perception of freedom in leisure and shyness, în *Leisure Science*, vol. 11.

90. Le Robert (1990), Dictionnaire d'aujourd'hui.

91. Leonhard K. (1979), Personalități accentuate în viață și literatură, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

92. Linton R. (1968), Fundamentul cultural al personalității, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

93. Little M. (1992), Des états-limites. L'alliance thérapeutique, în *La psychanalyse*, Des Femmes Antoinette Fouque.

94. Lowenstein L. (1983), Treatment of extreme shyness: by implozie counselling and conditioning approaches, în *A.E.P. Journal*, vol. 6.

95. Mamali C. (1981), Balanță motivațională și evoluție, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

96. Manes S. (1975), *Alfred Adler et la psychologie individuelle*, Paris.

97. Marcus S. (1987), *Empatia și relația profesor-elev*, Editura Academiei R.S.R., București.

98. Maroldo G. (1987), *Shy family members and intervention procedures*, în *Journal of Social Behaviour and Personality*, vol. 2.

99. Mărgineanu N. (1973), *Condiția umană*, Editura Științifică, București.

100. Mc Clure W. (1978), *Effectively counselling the shy minority client*, în *Journal of Employment Counselling*, vol. 15.

101. Mc Glynn F. (1981), *Effects of cure - controlled relaxation, a credible placebo treatment on shyness among college males*, în *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 12.

102. Mc Kain Th. (1988), *Personal constructs and shyness: the relationship between rep grid data and therapy outcome*, în *International Journal of Personal Construct Psychology*, vol. 1.

103. Mc Murdock L. (1986), *Validation of the „Mc Murdock multidimensional shyness index“*, dissertation abstract.

104. Megglé D. (1990), *Les thérapies breves*, Ed. Retz, Paris.

105. Melchior L. (1990), *Sampling the three components of shyness Syndrome Inventory*, dissertation abstract.

106. Miner E. (1988), *The adaptive role of shyness: an application of gestalt theory*. Pacific gradus to school of psychology, dissertation abstract.

107. Mosh Ph. (1985), *The influence of communication and shyness in the hospital course of psychiatric patients*, dissertation abstract.

108. Mosher D. (1981), *On differentiating shame and shyness*, Connecticut Univ., Motivations and Emotions, vol. 5.

109. Mucchielli R. (1972), *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, E.S.F., Paris.

110. Mucchielli R. (1971), *Les complexes personnels*, E.S.F., Paris.

111. Mureșan P. (1980), *Învățarea socială*, Editura Albatros, București.

112. Nietzsche F. (1940), *Volonté de puissance*, Paris.

113. Nuttin J. (1965), *La structure de la personnalité*, P. U.F., Paris.

114. Odobleja S. (1939), *Psychologie consonantiste*, Maloine, Paris.

115. Owen R. (1987), *The relationship between social anxiety and need for approval shyness*, dissertation abstract.

116. Page R. (1990), *Shyness and sociability: a dangerous combination for illicit substance use in adolescent males*, în *Adolescence*, vol. 25.

117. Pagès M. (1993), *Psychotérapies et complexité*, Hommes et perspectives.

118. Pamfil Ed., Ogorescu D. (1974), *Nevrozele*, Editura Facla, Timișoara.

119. Pamfil Ed., Ogorescu D. (1976), *Psihozele*, Editura Facla, Timișoara.

120. Panafieu J. (1985), *Le trac*, Robert Laffont, Paris.

121. Pavelcu V. (1969), *Din viața sentimentelor*, Editura Enciclopedică, București.

122. Pavelcu V. (1970), *Invitație la cunoașterea de sine*, Editura Științifică, București.

123. Păunescu C. (1973), *Limba și intelect*, Editura Științifică, București.

124. Păunescu C. (1984), **Coordonate metodologice ale recuperării minorului inadaptat**, Editura Didactică și Pedagogică, București.

125. Phillips S. (1988), **Shyness as disfunction in career development**, în *Journal of Counselling Psychology*, vol. 35.

126. Pierson M. (1993), **Ghide de psychotérapie de la psychanalyse au développement personnel**, Bayard Edition, Paris.

127. Predescu V. (1976), **Psihiatrie**, Editura Medicală București.

128. Prisbell M. (1988), **Perception differences and levels of shyness**, Communication research reports, vol. 5.

129. Radu I., colab. (1993), **Metodologie psihologică și analiza datelor**, Editura Sincron, Cluj-Napoca.

130. Rațiu M. (1969), **Verificarea la lecție a copiilor timizi**, în *Colocvii*, nr. 1.

131. Reich W. (1992), **L'analyse caractérielle**, Science de l'homme, Payot.

132. Ribot T. (1988), **Logica sentimentelor**, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

133. Roscheblave Spenlé A.M. (1970), **Psychologie du conflict**, Paris.

134. Roșca M. (1972), **Metode de psihodiagnostic**, Editura Medicală, București.

135. Rudică T. (1979), **Eu și celălalt. De la poziția ego-centrică la poziția altruistă**, Editura Junimea, Iași.

136. Rudică T. (1977), **Curs de psihopatologie, psihologie medicală și psihoterapie**, Univ. „A.I. Cuza”, Iași.

137. Rudică T. (1984), **Niveluri ale conduitei umane**, Editura Junimea, Iași.

138. Rudică T. (1990), **Maturizarea personalității**, Editura Junimea, Iași.

139. Saint-Laurent R. (1968), **La timidité**. Encyclopedie de sciences humaines et de psychologie pratique, Aubanel.

140. Salade D. (1968), **Succesul și semnificația sa pedagogică**, în *Revista de pedagogie*, București.

141. Seidman R. (1989), **Shyness: an investigation of a dynamic process**, dissertation abstract.

142. Selye H. (1956), **The Stress of life**, McGraw-Hill, New-York.

143. Sen A. (1978), **Educație și terapie**, Editura Didactică și Pedagogică, București.

144. Smith Milton G. (1971), **Ghid simplificat de statistică pentru psihologie și pedagogie**, Editura Didactică și Pedagogică, București.

145. Stott S. (1984), **Surmounting shyness: Cognitive, behavioral treatment of junior high students**, dissertation abstract.

146. Străchinaru I. (1969), **Devierile de conduită la copii**, Editura Didactică și Pedagogică, București.

147. Sugawara K. (1986), **Motivation for acquiring praise and motivation for avoiding rejection**, în *Japanese Journal of Psychology*, vol. 57.

148. Tashi I. (1932), **La timidité vaincue**, Alcan, Paris.

149. Turner S. (1990), **Social phobia: relationship to shyness**, în *Behaviour Research and Therapy*, vol. 28.

150. Văideanu G. (1980), **Educația la frontiera dintre milenii**, Editura Politică, București.

151. Vedeia I. (1938), **Introducere în studiul timidității. Probleme de pedagogie, psihologie pedagogică și defectologie**, E.S.D.P., București.

152. Vianu I. (1975), **Introducere în psihoterapie**, Editura Dacia, Cluj-Napoca.

153. Zapan Gh. (1979), **Metoda obiectivă de apreciere a personalității**, Editura Științifică, București.

154. Zimbardo P. (1979), **Comprendre la timidité. Ce qu'elle est, et comment la dominer**, InterEditions, Paris.

155. Zimbardo P. (1982), **Shyness and stress of the human connection**, in Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, New York, Free Press.

156. Zimbardo P. (1986), **The Stanford Shyness Project**, in Shyness, Plenum Publishing Corporation.

157. Zimbardo P. (1985), **Can shyness affects your health?**, Healthline S.F. State University, vol. 4.

158. Zimbardo P. (1987), **How to help the shy child?**, in Teachers Strategies, P. A. Springhouse Publishing.

159. Zimbardo P. (1983), **Overcoming Shyness**, in *Medical aspects of human sexuality*, vol. 17.

160. Zimbardo P. (1985), **Actor-Observer differences in the perceived stability of shyness**, in *Social Cognition*, vol. 3.