



PSIHOLOGIE MEDICALĂ

Curs 4

Strategii de coping

1. Delimitări conceptuale
2. Copingul strategic, comportamental, centrat pe problemă
3. Copingul cognitiv-emoțional

1. Delimitări conceptuale

Lazarus și Folkman, în 1986, vorbeau despre coping ca fiind “un factor major în relația dintre evenimentele stresante și rezultatele adaptării cum ar fi depresia, simptomele psihologice sau bolile somatice”. Apoi au pornit un studiu bazat pe o teorie anterior dezvoltată care “identifica două procese – evaluare cognitivă și coping, ca fiind mediatori critici ai relațiilor stresante dintre persoană și situație și ai rezultatelor imediate sau pe termen lung ale acestora”.

Evaluarea cognitivă, spun ei, ar fi împărțită în două:

- una primară, când persoana evaluează dacă situația prezintă amenințare sau beneficiu
- una secundară, în care persoana evaluează ce se poate face pentru a depăși, preveni sau îmbunătăți, după caz, diferitele aspecte ale situației.

Se pare că persoana evaluează mai multe opțiuni de coping, cum ar fi: modificarea sau acceptarea situației, căutarea de informații adiționale sau reținerea de la acțiune. În 1984, cei doi teoreticieni definiseră copingul ca fiind “eforturile constant-schimbătoare între cognitiv și comportamental ale unei persoane de a manageria cererile specifice interne și/sau externe percepute ca împovărătoare sau ca depășind resursele personale”. Adăugând și că “copingul are **două funcții majore, larg acceptate**: de a regla emoțiile stresante (coping focusat pe emoție) și de a modifica relația dificilă, cauzatoare de stres, persoană-mediu (coping focusat pe problemă)”. Cei doi autori afirmă că “per total, în general, copingul centrat pe problemă s-a folosit mai des în situații evaluate ca fiind schimbabile, pe când copingul centrat pe emoții a fost folosit mai des în situații evaluate ca fiind de neschimbat”.

Aceiași doi cercetători, într-un alt studiu, doi ani mai târziu, în 1988, spuneau că “există o convingere veche, și acceptată la scară largă printre cercetătorii și practicienii din domeniul sănătății mentale și ai medicinei comportamentale cum că felul în care oamenii fac față cerințelor unui



eveniment stresant face diferența în felul în care aceștia se simt din punct de vedere emoțional”. Aflăm că inițial copingul era privit ca un comportament de răspuns la o emoție, făcându-se analogia cu lumea animală, în care animalul alegea un anumit comportament într-o situație în care îi era frică. Iar mai târziu s-a văzut că tot la coping intră și procesele cognitive – specifice modelului freudian al personalității – ca negarea, refularea, sublimarea sau intelectualizarea și de asemenea și acele comportamente de rezolvare de probleme ce au rolul de a scădea anxietatea. Mai departe se discută despre unicitatea și complexitatea ființei umane dar și a vieții emoționale a acestora de unde pot rezulta și mai multe tipuri de coping: comportamental – împărțit în abordare sau evitare vis-à-vis de problemă – sau copingul ca procese de apărare, menționându-se și faptul că oamenii folosesc în realitate o multitudine de strategii atât cognitive cât și comportamentale care au atât funcție de rezolvare de probleme cât și funcție de reglare emoțională. Cei doi teoreticieni argumentează apoi că copingul nu este un proces unidirecțional (de la emoție la coping) ci, spun ei, **atunci când persoana se întâlnește cu situația are loc o evaluare, care conduce la o emoție, care apoi conduce la un coping focusat pe problemă sau un coping focusat pe emoție, și care, în final, produce o nouă reevaluare emoțională, arătând în acest fel că și copingul poate genera emoții și susținând astfel ideea că are mai degrabă un rol de mediator în relația emoție-situație-emoție. Folkman și Lazarus au constatat, în urma unui studiu care a implicat două loturi de cupluri – tineri și bătrâni – că patru tipuri de coping (din opt testate), s-au asociat puternic cu schimbări în emoționalitate, iar aceste patru tipuri au fost: rezolvarea planificată de probleme, reevaluarea pozitivă, confruntarea și distanțarea/detașarea (subliniem noi: diferită de evitare). (exemple de distanțare/detașare: „am trecut mai departe de parcă nici nu s-ar fi întâmplat”, „nu am lăsat să mă afecteze”, „am refuzat să mă gândesc prea mult la asta” - preluare din articolul original; distanțarea a contribuit consistent la înrăutățirea stării emoționale în grupurile studiate, pt. că e dificil de susținut; are efect negativ și pentru că distrage atenția de la rezolvarea problemei).**

În 1986, Carver a scos în evidență că “predispoziția către optimism ar putea avea implicații asupra modului în care oamenii se confruntă cu stresurile vieții”, introducându-se în felul acesta, în literatura de specialitate despre coping **o nouă axă: optimism-pesimism**. Carver și colaboratorii săi plecaseră de la o teorie dezvoltată anterior care spunea că “așteptările rezultatelor reușite îi determină pe oameni să-și reînnoiască eforturile pentru a-și atinge obiectivele stabilite, dacă și când au loc întreruperi ale activităților direcționate către scopuri; dacă așteptările sunt suficient de nefavorabile, rezultatul este o reducere a vigoriei sau chiar o dezangajare completă față de alte eforturi îndreptate spre țintă”. În cercetarea lui, pe un lot de aproape 300 de subiecți, Carver, încercând să lege modelul lui Lazarus referitor la copingul centrat pe problemă și cel centrat pe emoții, a obținut (așa cum se aștepta) că optimismul s-a asociat pozitiv cu copingul axat pe problemă, mai ales atunci când situația era controlabilă. Însă nu la fel de clară a fost asocierea între optimism și copingul centrat pe emoții, unde a corelat pozitiv cu reevaluarea pozitivă și negativ cu detașarea. Pesimiștii în schimb, se descurcă mai greu decât optimiștii când se confruntă cu situații stresante.



Mai târziu, în 1989, Carver și Scheier, împărțeau copingul în:

- 1) **coping activ** – “procesul de a face pași activ pentru a îndepărta sau împiedica stresorii sau a le ameliora efectele”;
- 2) **planificare** – a se gândi cum să facă față stresorului, a găsi strategii, a plănuși;
- 3) **înăbușirea de la activități concurente** – pentru a se putea concentra mai pe deplin asupra amenințării curente;
- 4) **abținerea** – pentru a aștepta o oportunitate mai bună pentru acțiune;
- 5) **căutarea de suport social instrumental** – pentru sfaturi sau asistență;
- 6) **căutarea de suport social emoțional** – pentru înțelegere, suport moral;
- 7) **ventilarea emoțiilor** – axarea pe și ventilarea emoțiilor cauzatoare de stres;
- 8) **dezangajarea comportamentală (neajutorarea)** – reducerea angajamentului de a se ocupa de stresor;
- 9) **dezangajarea mentală** – ajută la distragerea persoanei din a se mai gândi la scopul cu care stresorul interferează, aici intră inclusiv dezangajarea cu alcool sau droguri;
- 10) **creșterea și reinterpretarea pozitivă** – coping mai degrabă îndepătat către managerierea emoțiilor distresului;
- 11) **negarea** – văzută ori ca o minimizare a distresului sau refuzul de a crede că stresorul este real;
- 12) **acceptare** – ca fenomen opus negării și implicând totodată angajamentul în încercarea de acomodare la situație;
- 13) **apelul la religie** – ca sursă de suport emoțional, ca metodă de reinterpretare pozitivă ori ca tactică de coping activ.

Se analizează și aici relația coping și optimism-pesimism și se conchide că optimiștii, pentru că au așteptări pozitive despre viitor, vor folosi mai degrabă coping activ, în vreme ce pesimiștii, pentru că au așteptări nefavorabile despre viitor, vor folosi preponderent coping emoțional și dezangajament. Și controlabilitatea stresorului este pusă în relație din nou cu strategiile de coping, reieșind că dacă situația pare controlabilă se va folosi mai degrabă coping activ, iar dacă nu, se vor folosi tipurile alternative de coping. Alte dimensiuni analizate în relație cu copingul au fost stima de sine și locul de control, rezultatele așteptate fiind ca stima de sine crescută și locul de control intern să se asocieze mai des cu copingul activ, pozitiv și planificat decât ceilalți. De asemenea, robustețea crescută se asociază mai frecvent cu copingul activ, ca și tipul A comportamental. În timp ce anxietatea trăsătură ridicată va prevesti mai degrabă preocuparea cu emoțiile, dezangajamentul dar și lipsa dispoziției către coping activ. Autorii concluzionează că “există posibilitatea ca trăsăturile individuale de personalitate și dispozițiile de coping împreună să joace un rol în copingul situațional”.

O definiție general acceptată a coping-ului este aceea oferită de Lazarus, care consideră coping-ul drept „eforturile unei persoane de a face față cerințelor (condiții de vătămare, amenințare sau diferite provocări) care sunt evaluate (sau percepute) ca depășind sau suprasolicitând propriile resurse” (Lazarus, Folkman, 1984, p.225).

2. Copingul strategic, comportamental, centrat pe problemă

Mai târziu, în 1994, Hobfoll și Dunahoo abordau subiectul copingului aplicând un model de coping pe două axe, care scoate în evidență atât comportamentul social cât și activitatea individuală. Ei amintesc în articolul lor că cercetările arată cum femeile folosesc mai frecvent copingul centrat pe emoții pe când bărbații folosesc preponderent copingul centrat pe problemă și cum copingul centrat pe emoții ar fi mai puțin eficient, tinzând să fie mai ușor asociat cu stresul psihic. Totuși diferențele de gen, susțin cei doi, se pot datora și contextului specific în care acționează de obicei bărbații sau femeile, cercetările arătând și că femeile tind să fie mai prosociale, mai puțin agresive și mai asertive decât bărbații. Ei argumentează că modelul biaxial al copingului vine mai degrabă ca o alternativă strategică a copingului adăugând și o dimensiune socială celei individualiste, bazându-se pe o premisă veche și stabilă din psihologie ce afirmă că modelul sănătos de coping este și activ și prosocial. Prin urmare, modelul propus de Hobfoll va avea două axe, una prosocial-antisocial și alta activ-pasiv, ele reprezentând direcții generale de coping strategic și nu comportamente particulare, fiind focusat deci, mai mult pe strategii comportamentale. În ceea ce privește individualismul, cei doi susțin că două trăsături personale au un rol mai pregnant în alegerea strategiei de coping. Prima ar fi cât de stăpân pe sine și pe viața lui se simte individul – care ar afirma că persoanele care se simt în control folosesc strategii mai focusate pe problemă, iar cea de-a doua ar fi orientarea pe rolul social de gen – în legătură cu care, de pildă, s-a văzut că femeile s-ar focusa mai mult pe ventilarea emoțiilor, distragerea de la stresor, catharsis și relaxare. S-a observat că femeile folosesc mai mult acțiunea asertivă, reuniunea socială și suportul social și de asemenea acțiunea prudentă, iar evitarea, acțiunea agresivă și acțiunea antisocială a fost folosită mai des de bărbați.

În 1998, Dunahoo și Hobfoll dimpreună cu echipa lor, propun trecerea de la modelul biaxial de coping către un model multiaxial de coping, adăugând, deja prezentelor axe activ-pasiv și prosocial-antisocial, o a treia dimensiune, referitoare la caracterul direct (“directness”) al copingului. Au plecat în studiul lor de la o idee comună conform căreia comportamentul poate fi ori direct, ori indirect, cineva de pildă putând alege să manipuleze activ mediul, “în spatele scenei”, pentru ca indirect să se atingă un anumit rezultat. Prin urmare, s-a obținut **un model revizuit, triaxial de coping: direct-indirect, activ-pasiv și social-antisocial**, constatându-se că atât comportamentul activ cât și cel pasiv ar putea fi modificate în sens direct sau indirect.

În același an, Monnier și Hobfoll au publicat în partea a doua a acestui studiu o lucrare ce explora modul în care copingul, ca model ce combină și individualismul dar și caracteristicile comune (“aspectul colectivist”), afectează oamenii aflați în situații stresante. Una din criticile aduse literaturii de specialitate de până atunci, de pildă, era că fuseseră ignorate de cercetare formele de coping antisocial. Ele ar putea izvorî din furie sau ostilitate, emoții de asemenea ignorate de cercetarea copingului. Autorii susțin, tot în sens critic, că strategiile de coping emoțional mai degrabă conduc la mai mult și nu la mai puțin stres, ceea ce ar putea să ducă cu gândul la faptul că, de fapt, strategiile emoționale de coping nici n-ar putea fi considerate coping. O altă motivare fiind și că, datorită momentului în care apare, copingul emoțional, ar putea fi considerat de unii o



reacție la stres, și deci un rezultat al stresului. În același articol, Monnier și Hobfoll argumentează în favoarea unei distincții clare – contrazisă de unii autori dar susținută de alții – între un coping dispozițional și unul situațional, conform căreia, adolescenții de exemplu, pot folosi un “set stabil de strategii de coping în situații asemănătoare” dar stabilitatea este mai scăzută în situații variate. În urma desfășurării studiului s-a găsit că modelul multiaxial de coping activ și prosocial este util în condiții stresante, fiind legat de o stare psihică mai bună. Copingul dispozițional – deși nu este o trăsătură stabilă de personalitate – poate fi considerat ca stil general de abordare a stresului, în vreme ce copingul situațional arată mai degrabă un stres emoțional curent. Copingul activ, prosocial s-a asociat cu niveluri mai scăzute de anxietate și depresie, în vreme ce copingul antisocial s-a asociat cu mai multă mânie, iar persoanele care folosesc mai mult acțiunea antisocială resimt mai multă mânie chiar și în condiții scăzute de stres; parte din concluzii fiind și că copingul indirect (de pe axa direct-indirect) produce mai multă mânie.

Acțiune asertivă este o strategie de coping comportamental prin care persoana abordează situația/problema stresantă în mod ferm, sincer și direct, fără să se retragă din fața problemelor. Aceasta exprimă deschis ceea ce simte, ce gândește și acționează în consecință, în concordanță cu propriile dorințe și planuri. Își urmărește ferm interesele, fără a le face rău celorlalți. Studiile (Folkman, Moskowitz, 2004) arată că aceasta este, în general, o strategie de coping comportamental funcțională. Folosirea frecventă a acestei strategii se asociază, în general, cu distres emoțional scăzut, iar absența sau folosirea rară a ei se poate asocia cu probleme emoționale sau cu simptome psihopatologice (dimensiunea *activ-pasivă*).

Relaționare socială este o strategie de coping comportamental prin care persoana se alătură altor oameni pentru a face față împreună situației/problemei stresante sau se sfătuiește cu familia și prietenii în legătură cu ce are de făcut. Ea se implică în rezolvarea problemei împreună cu ceilalți, luând în considerare și nevoile acestora. În general, se arată că utilizarea frecventă a acestei strategii poate avea efecte pozitive asupra stării emoționale de bine (Hobfoll și colab., 2001) (dimensiunea *prosocial-antisocială*).

Căutarea suportului social este o strategie de coping comportamental prin care persoana apelează la alte persoane pentru ajutor, sfaturi, informații și sprijin emoțional, în vederea ameliorării sau a rezolvării situației stresante. Ea se sfătuiește cu familia și cu prietenii în legătură cu ceea ce are de făcut. În general, studiile (Monnier și colab., 1998 și Hobfoll și colab., 2001) arată că folosirea acestei strategii poate fi asociată unui nivel crescut al stării emoționale de bine (dimensiunea *prosocial-antisocială*).

Acțiune prudentă este o strategie de coping comportamental prin care persoana își evaluează atent opțiunile înainte de a acționa și își ia toate măsurile de precauție (evaluează atent toate opțiunile pentru a se proteja de orice pericol. O acțiune prudentă poate implica și o atență considerare a nevoilor și a sentimentelor celorlalți, înainte de a trece la acțiune (dimensiunea *prosocial-antisocială*).



Acțiune instinctivă este o strategie de coping comportamental prin care persoana abordează problema /situația stresantă, bazându-se, în primul rând, pe propriile intuiții. Aceasta reacționează impulsiv, aruncându-se cu capul înainte, fără să se gândească prea mult la consecințe. O acțiune instinctivă poate implica o mai slabă considerare a celorlalți și a nevoilor acestora (dimensiunea prosocial-antisocială).

Evitarea este o strategie de coping comportamental prin care persoana se angajează în alte activități, pentru a nu se confrunta cu problema/situația stresantă. Persoana reduce efortul sau abandonează angajarea în atingerea scopului sau în înlăturarea stresorului. Aceasta se retrage sau așteaptă ca lucrurile să se rezolve de la sine. Studiile (Folkman, Moskowitz, 2004) arată că evitarea este o strategie de coping disfuncțional. Utilizarea ei frecventă se asociază, în general, cu distres emoțional ridicat și cu simptome psihopatologice (dimensiunea activ-pasivă).

Acțiune indirectă este o strategie de coping comportamental prin care persoana preferă să abordeze problema stresantă în mod „netransparent”, în spatele scenei. O acțiune indirectă implică influențarea sau manipularea mediului, a contextului sau a altor persoane în vederea ameliorării situației stresante. Abordarea indirectă a stresorului poate implica atât luarea în considerare, cât și neluarea în considerare a nevoilor celorlalți (dimensiunea direct-indirectă).

Acțiune antisocială este o strategie de coping comportamental prin care persoana abordează probleme/situații stresante, urmărindu-și, în primul rând, propriile interese, chiar dacă acțiunile acesteia au consecințe negative asupra celorlalți (dimensiunea prosocial-antisocială).

Acțiune agresivă este o strategie de coping comportamental prin care persoana abordează problemele/situațiile stresante rapid, decisiv, pentru a-i surprinde pe ceilalți cu garda jos. O acțiune agresivă implică intenția de preluare a controlului cu orice preț, dominarea și dezarmarea celorlalți (dimensiunea prosocial-antisocială).

3. Copingul cognitiv-emoțional

În 2000, Garnefski și Kraaij, dezvoltaseră și aplicau pentru prima dată, pe un lot de peste 500 de subiecți, un chestionar care măsura nouă strategii de coping cognitiv conștient pe care oamenii le foloseau după ce treceau prin diverse situații de viață negative. Cercetătoarele plecau în studiul lor de la ideea că “reglarea emoțiilor este un factor important în determinarea stării de bine și în funcționarea bună”, iar conceptul de coping prin reglare emoțională, spun ele că “poate fi înțeles ca toate procesele interne și externe responsabile pentru monitorizarea, evaluarea și modificarea reacțiilor emoționale, în special cele intensive și trecătoare, pentru ca cineva să-și atingă scopurile”; ceea ce, în consecință, se poate referi la o gamă destul de cuprinzătoare de procese fie ele conștiente sau inconștiente, sociale, biologice ori comportamentale. Reinterpretând o definiție din 1991 a lui Monat și Lazarus, autoarele afirmă că toate eforturile de coping ale unei persoane pot cădea sub incidența definiției mai largi a reglării emoțiilor (“emotion regulation



coping”), cu atât mai mult cu cât în unele situații persoana nu mai poate face nimic pentru a schimba problema. O altă subliniere adusă de cele două autoare este că se poate face o diferențiere nu numai între emoțional și comportamental dar și între cognitiv – ceea ce persoana gândește și ceea ce persoana face – comportamental, iar faptul că mecanismele de coping pot urma oricare dintre căi poate deveni confuzant. De asemenea, mai afirmă că “reglarea emoțiilor prin cogniție este parte indisolubilă din viața umană”, cognițiile ajutându-ne printre altele și să ne ținem sub control emoțiile. Cercetătoarele au împărțit strategiile în unele “teoretic mai adaptative” și altele “teoretic dezadaptative”, observând că **strategiile mai adaptative au corelat negativ cu depresia și anxietatea** (adică atunci când folosim strategii adaptative nu se instalează depresia și anxietatea), pe când **cele dezadaptative au corelat direct cu anxietatea și depresia** (adică atunci când folosim strategii dezadaptative se instalează anxietatea și depresia), văzându-se în același timp că totuși depresia sau anxietatea nu pot fi legate doar de o singură manieră de a gândi ci de tiparul surprins de mai multe dintre cele “dezadaptative” combinate.

Doi ani mai târziu, în 2002, Garnefski și Van Den Kommer, au vrut să vadă care este relația celor nouă strategii de coping cognitiv cu psihopatologia la adulți, comparând un lot de persoane cu simptome anxioase și depresive (denumit lot clinic) cu un lot de indivizi fără aceste simptome. S-a constatat în urma aplicării chestionarelor că indivizii din lotul clinic au obținut scoruri semnificativ mai mari pe scalele autoculpabilizare, ruminare, catastrofare și semnificativ mai scăzut pe scala evaluării pozitive decât lotul sănătos din punct de vedere clinic, și, neașteptat, lotul clinic a înregistrat scoruri ridicate și pe scalele culpabilizarea celorlalți și acceptare. Un alt lucru relevant în urma studiului a fost că, după controlarea celorlalte variabile, doar **trei strategii de coping emoțional au avut o contribuție independentă semnificativă la predicția de simptome clinice: nivel ridicat de autoculpabilizare, nivel ridicat de catastrofare și nivel scăzut de reevaluare pozitivă**. De asemenea un aspect ce a reieșit din cercetare este că strategiile de coping cognitive și strategiile de coping comportamentale sunt de fapt conceptual distincte și ar trebui luate în considerare ca atare. Autoarele acestui studiu opinează, pe baza rezultatelor, că și reciproca poate fi valabilă – simptomele de anxietate și depresie pot indica existența unor strategii bine împământenite de strategii dezadaptative de coping. În final autoarele atrag atenția că nu trebuie pierdut din vedere faptul că, toate aceste strategii de reglare emoțională (strategii de coping cognitiv-emoționale) sunt și se referă doar la procese conștiente, ca de altfel și toate rezultatele și concluziile obținute.

Într-un studiu comparativ între bărbați și femei, pe un lot de peste 600 de persoane din populația generală, publicat în 2004, Garnefski și Teerds, au vrut să vadă dacă vreunul dintre genurile biologice folosește specific anumite strategii de coping și măsura în care folosirea unora sau altora dintre strategiile de coping este corelată și cu raportarea de simptome depresive. Autoarele pleacă în investigația lor de la faptul că este cunoscut la scară largă că femeile sunt de două ori mai dispuse să sufere simptome depresive decât bărbații, și enumeră o serie de patru motive pentru care acest fenomen s-ar putea întâmpla, niciunul însă sprijinit puternic de cercetare. Cel de-al cincilea motiv însă, cel legat de felul în care oamenii folosesc mecanismele de coping la stres este sugerat de literatură ca fiind foarte posibil și, totodată, studiat aici. Rezultatele publicate de ele au arătat că diferențele cele mai puternic semnificative s-au găsit pe scala catastrofare și

ruminare în favoarea femeilor, dar nu s-au găsit diferențe semnificative între femei și bărbați care să indice cum că folosirea unor strategii de coping la femei ar conduce la depresie, pe când folosirea altor strategii la bărbați ar avea același rezultat, depresia. Ci mai degrabă s-a văzut că aceleași strategii dezadaptative, autoculpabilizarea, ruminarea și catastrofarea, au fost cele care au produs simptome depresive și la bărbați și la femei, și cum femeile folosesc mai mult două dintre aceste scale, aceasta ar putea explica și numărul aproape dublu de femei depresive.

În 2006, Garnefski și Kraaij au publicat un studiu care evalua relația dintre mecanismele de coping cognitiv-emoțional și simptomele depresive la cinci loturi diferite din populație, de la subiecți foarte tineri la cei foarte bătrâni, plus un lot de pacienți psihiatrici. Unul dintre rezultatele obținute a fost că adolescenții folosesc strategiile de coping cognitiv-emoțional mai puțin decât populația adultă, în vreme ce un alt rezultat obținut arăta că într-adevăr, populația psihiatrică folosește mai mult mecanisme de coping dezadaptative decât populația generală non-clinică; totodată a fost un rezultat important și cel care a arătat că indiferent de grupa de vârstă, aceleași strategii de coping – dezadaptative – au corelat cu simptomele psihopatologice.

În literatura de specialitate, se face distincție între două funcții principale ale coping-ului:

- coping centrat pe problemă, care cuprinde toate strategiile de coping care se adresează direct problemei;
- coping centrat pe emoție, care include strategiile de coping care au ca țintă reglarea emoțiilor asociate problemei (Compas, 1988);

precum și între două dimensiuni, care transcend clasificarea prezentată mai sus, și anume:

- coping cognitiv (gândurile în legătură cu problema sau cu propria persoană);
- coping comportamental (comportamentele în legătură cu problema sau cu propria persoană).

În general, strategiile de coping centrate pe problemă sunt considerate a fi mai folosite decât strategiile de coping centrate pe emoție (Thoits, 1991).

Majoritatea strategiilor de coping documentate la ora actuală sunt alcătuite dintr-un amestec de strategii de coping cognitiv și comportamental.

În ultimii 20 de ani, a apărut, însă, un interes crescut cu privire la componentele sociale ale coping-ului. Mai mult, Coyne și Smith (1991) au sugerat că interacțiunea socială stă la baza coping-ului și că reprezintă o axă principală în funcție de care strategiile de coping pot fi articulate. Eckenrode (1991) a propus ideea că modul în care oamenii reacționează la stres poate fi influențat de mediul lor social, care poate să faciliteze sau să împiedice un răspuns eficient.

O discrepanță interesantă apare, în literatura de specialitate, între următoarele două variabile sociale: strategiile de coping *Suportul social perceput* și *Căutarea suportului social*, în care prima este considerată a avea, în general, efecte pozitive (Folkman, Moskowitz 2004). Sarason, Sarason și Shearin (Monnier și colab, 1998) explică acest fenomen prin faptul că *Suportul social perceput* este

considerat a fi mai mult o dimensiune sau o caracteristică a Sinelui, decât o dimensiune legată de context.

Astfel, persoanele care se percep ca fiind sprijinite social au un distres emoțional mai scăzut, iar cele care caută suportul social recurg la această strategie din cauza unei adaptări ineficiente la problemă și caută o ameliorare pasivă a distresului emoțional.

- Studii pe coping au arătat că bărbații și femeile nu prezintă diferențe semnificative în ceea ce privește copingul activ, dar femeile sunt mai prosociale decât bărbații în vreme ce aceștia sunt mai antisociale decât femeile.
- Strategiile de coping active și prosociale au tins să se asocieze mai des cu consecințe emoționale pozitive, cu niveluri scăzute de anxietate și depresie; în timp ce copingul antisocial s-a asociat cu niveluri crescute de furie, iar cel evitativ cu niveluri mai crescute de anxietate și depresie.
- Nu s-au raportat diferențe semnificative între bărbați și femei pentru *acțiunea asertivă și evitare* (dimensiunea activ-pasivă a copingului);
- *Evitarea* corelează pozitiv cu: depresia, tulburările obsesiv-compulsive, anxietate, psihoză (adică atunci când este prezentă evitarea apar și consecințele ei, depresia anxietatea etc.);
- *Acțiunea asertivă* corelează invers cu: depresia, fobia socială, somatizarea (adică atunci când individul recurge la acțiuni asertive nu există nicio șansă pentru depresie, fobie socială etc.);

De asemenea, este important să abordăm copingul în funcție de gravitatea și de natura evenimentelor trăite. Astfel, etaloanele trebuie luate în considerare mai ales ca mijloace de a evalua în ce măsură o persoană se distinge de celelalte cu privire la strategiile de coping cognitiv pe care le utilizează. Decizia finală în ceea ce privește necesitatea ca o persoană să învețe sau să uite anumite strategii de coping cognitiv se va lua întotdeauna în funcție de circumstanțele individuale, considerându-se contextul și problemele curente.

Autoculpabilizarea este o strategie de coping cognitiv care presupune apariția unor gânduri potrivit cărora întreaga responsabilitate pentru situația trăită aparține propriei persoane, vina este atribuită sieși și apar preocupări legate de gânduri care se referă la greșelile pe care o persoană le face. Un grad mare de preocupare în ceea ce privește vinovăția poate fi asociat unor simptome psihopatologice.

Acceptarea se referă la acele gânduri datorită cărora ne resemnăm față de ceea ce s-a întâmplat și acceptăm situația, gândindu-ne că aceasta nu mai poate fi schimbată și că viața continuă. Deși, în sine, *Acceptarea* este un proces benefic pentru majoritatea evenimentelor, un nivel de acceptare foarte ridicat poate duce la resemnare, în sensul incapacității de a mai putea influența evenimentele, un sentiment negativ de „a nu mai fi în stare să schimbăm lucrurile în vreun fel”. Astfel, un nivel ridicat de *acceptare* poate indica o formă negativă de resemnare în fața



situației. În acest caz, un nivel ridicat de *acceptare* poate fi asociat cu simptome psihopatologice, mai ales când acestea din urmă se referă la evenimente care nu au fost acceptate/asimilate mental.

Ruminarea se referă la situația în care ne gândim încontinuu și/sau suntem mereu preocupați de sentimentele și gândurile pe care le asociem unui eveniment negativ. În procesarea evenimentelor de viață negative, un anumit nivel de ruminare este normal. Un nivel ridicat de *Ruminare* este în mod cert asociat anumitor probleme emoționale sau simptome psihopatologice.

Refocalizarea pozitivă apare atunci când ne gândim la alte lucruri mai plăcute prezente, în loc să ne gândim la evenimentul negativ trăit. În general, studiile arată că această strategie poate avea efecte pozitive asupra stării noastre de bine. Cu alte cuvinte, când refocalizarea pozitivă nu se întâmplă putem să ne așteptăm la un nivel redus al stării emoționale de bine.

Refocalizarea pe planificare apare atunci când ne gândim la pașii pe care trebuie să îi urmărim pentru a face față unui eveniment negativ sau atunci când ne gândim la un plan prin care să schimbăm o situație. În mod esențial, aceasta este o strategie de coping cognitiv funcțională, cu condiția ca persoana să se confrunte cu situația respectivă. Atunci când o persoană folosește această strategie, fără însă să treacă la acțiune, acest lucru poate fi asociat anumitor probleme emoționale (gânduri fără acțiune). Pe de altă parte, când refocalizarea pe planificare nu se întâmplă, acest lucru este aproape sigur asociat prezenței unor probleme emoționale.

Reevaluarea pozitivă apare atunci când asociem mental o semnificație pozitivă unui eveniment negativ în termenii dezvoltării personale, gândindu-ne că evenimentul ne va face mai puternici, căutând aspectele pozitive ale acestuia. Aceasta este o strategie de coping cognitiv funcțională, dar și în acest caz, acest lucru rămâne valabil numai dacă, în același timp, se face într-adevăr ceva pentru a rezolva problema. Atunci când o persoană folosește această strategie fără să acționeze, acest lucru este asociat anumitor probleme emoționale. Din nou, un nivel scăzut de reevaluare pozitivă poate fi asociat anumitor probleme emoționale.

Punerea în perspectivă se referă la acele gânduri prin care se reduce nivelul de gravitate al evenimentului, prin comparația cu alte evenimente și se pune accentul pe faptul că există și lucruri mai grave în lume.

Catastrofarea apare atunci când ne gândim în mod recurent la cât de teribil a fost evenimentul trăit și la faptul că este cel mai crunt/groznic lucru care se putea întâmpla, că este mult mai grav decât ceea ce li s-a întâmplat altora. La modul general, se presupune că folosirea frecventă a catastrofării este aproape în mod cert asociat unor probleme emoționale sau unor simptome psihopatologice.

Culpabilizarea celorlalți apare atunci când îi învinovățim pe ceilalți pentru ceea ce ni s-a întâmplat, atunci când îi facem pe ceilalți responsabili pentru ceea ce s-a întâmplat și/sau atunci când ne gândim la greșelile pe care le-au făcut ceilalți în această privință.

Concluzii

Reglarea emoțiilor prin cogniții (gânduri) este fără îndoială asociată vieții umane. Cognițiile sau procesele cognitive îi ajută pe oameni să-și regleze emoțiile sau sentimentele și să nu fie copleșiți de intensitatea acestor emoții, de exemplu în timpul sau după ce au trăit un eveniment stresant sau o experiență negativă de viață. Procesele cognitive pot să fie împărțite în procese cognitive inconștiente (de exemplu: proiecția sau negarea) și procese cognitive conștiente, cum ar fi autoculpabilizarea, culpabilizarea celorlalți, ruminarea și catastrofarea.

Din nou, o definiție, general acceptată, a coping-ului este oferită de Monat și Lazarus (1991, p. 5), care definesc coping-ul drept „eforturile unei persoane de a face față cerințelor (condiții de vătămare, amenințare sau diferite provocări) care sunt evaluate sau (percepute) ca depășind sau suprasolicitând propriile resurse”.

Se face distincția între două funcții principale ale coping-ului:

1) coping centrat pe problemă, care cuprinde toate strategiile de coping care se adresează direct stresorului; și

2) coping centrat pe emoție, care include strategiile de coping care au ca țintă reglarea emoțiilor asociate stresorului (Compas, Orosan și Grant, 1993).

În general, strategiile de coping centrate pe problemă sunt considerate a fi mai folositoare decât strategiile de coping centrate pe emoție (Thoits, 1995).

Chiar dacă împărțirea de mai sus a strategiilor de coping se referă la o împărțire general acceptată, frecvent folosită și pe care numeroase instrumente de coping o au la bază, aceasta cauzează o problemă conceptuală majoră, de exemplu faptul că împărțirea strategiilor de coping în coping centrat pe problemă și coping centrat pe emoție nu este singura dimensiune după care strategiile de coping pot să fie clasificate.

De fapt, mai există încă o dimensiune majoră, care trece de limitele acestei împărțiri, mai precis cea cognitivă (ceea ce crezi) versus dimensiunea comportamentală (ceea ce faci) (a se vedea Holahan, Moss și Schaeffer, 1996). Un exemplu de coping centrat pe problemă de tip cognitiv este „crearea planurilor”; un exemplu de coping centrat pe problemă de tip comportamental este „acțiunea imediată”. Deși „crearea planurilor” (gândul la ceea ce vei face) și „acțiunea imediată” (acțiunea în sine) se referă la două procese diferite, folosite la momente diferite în timp, iar „crearea planurilor” nu înseamnă întotdeauna că ele vor fi chiar duse la bun sfârșit, în general acestea sunt categorizate sub aceeași dimensiune. Cât despre instrumentele de evaluare a strategiilor de coping deja existente, este valabil faptul că majoritatea scalelor de coping sunt alcătuite dintr-un amestec de strategii de coping cognitiv și comportamental. Până în acest moment nu a fost posibilă o evaluare a strategiilor de coping cognitiv, separat de strategiile de coping comportamental. Chiar dacă în ultimele decade relația dintre numeroasele strategii de coping și psihopatologie a fost în

mod clar stabilită (pentru o trecere în revistă a rezultatelor pe această temă, a se vedea: Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding Thomsen și Wadsworth, 2001; Endler și Parker, 1990; Thoits, 1995), nu se știe încă exact până la ce nivel anumite influențe ar putea fi în mod specific atribuite aspectelor cognitive din coping. Chiar dacă o mare importanță a fost acordată proceselor cognitive ca mecanisme de reglare pentru anumite procese de dezvoltare, încă nu știm multe despre nivelul la care strategiile de coping cognitiv reglează emoțiile și cum influențează cursul proceselor emoționale în urma trăirii unor experiențe negative de viață.

- Cercetarea empirică arată că mai ales existența într-o mare măsură a *ruminării*, a *catastrofării* și a *autoculpabilizării* este asociată cu prezența simptomelor psihopatologice.
- De asemenea, rezultatele cercetării sugerează un fel de efect „protector” al altor strategii de coping cognitiv, cum ar fi *reevaluarea pozitivă* sau *refocalizarea pozitivă* sau *punerea în perspectivă*, care de altfel corelează și foarte mult între ele.
- Pacienții cu diagnostic psihiatric au scoruri mai mari la *autoculpabilizare*, *ruminare* și *catastrofare* decât adulții din populația generală. Femeile au scoruri mai mari pe toate scalele decât bărbații.
- Strategiile de coping mai puțin funcționale (*autoculpabilizarea*, *catastrofarea*, *ruminarea*) corelează negativ cu stima de sine (adică folosirea lor scade stima de sine), în timp ce acelea funcționale (*refocalizarea pozitivă*, *reevaluarea pozitivă*) corelează pozitiv cu stima de sine (adică folosirea lor crește stima de sine).
- Strategiile funcționale (*acceptare*, *refocalizare pozitivă*, *refocalizare pe planificare*, *punere în perspectivă*) corelează pozitiv cu autoeficacitatea.
- *Autoculpabilizarea*, *ruminarea*, *catastrofarea* și *culpabilizarea celorlalți* corelează pozitiv cu depresia și anxietatea.