
ASPECTE PRACTICE ALE UTILIZĂRII TERAPIEI COGNITIVE ÎN MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE DIN ORGANIZAȚIILE BANCARE

Mihai Aniței¹

Universitatea București

Oana Pănescu

Psyho Global Consult S.R.L.

Mihaela Popa Chraif

Universitatea București

Abstract

Knowledge is increasingly recognized as a strategic asset and a source of competitive advantage. In organizations, change occurs for many reasons and takes on many forms. Though changes are often beneficial to organizations, employees are often initially reluctant to change. An influencing factor over the employee's behavior and thus the relations with others at work is stress. According to the Stress Management, stress could cause anxiety and depression to the employee. The purpose of the present research is focused on experimenting how the organizational consequences as depression and anxiety can be managed by Behavioral Cognitive Therapy, changing the employee's behavior to healthfully response to stress, anxiety and depression.

Știința este tot mai mult recunoscută ca o valoare strategică și ca o sursă de avantaj competitiv. În organizații, schimbarea se produce din mai multe cauze și ia diverse forme. Deși schimbările, de cele mai multe ori, aduc beneficii organizațiilor, angajații privesc, de obicei, șovăitor aceste schimbări. Un factor care influențează comportamentul angajaților și relațiile lor cu ceilalți la locul de muncă este stresul. Potrivit Managementului Stresului, stresul poate produce anxietate și depresie în rândul angajaților. Scopul cercetării este de a experimenta cum anume consecințele organizaționale, ca depresia și anxietatea, pot fi controlate prin terapia cognitivă, schimbând comportamentul angajaților cu un răspuns adaptativ la stres, anxietate și depresie.

Key-words: *Behavioral Cognitive Therapy, stres adaptation, relaxation therapy, reactivity to stres, flexibility in cognition*

INTRODUCERE

În mediile organizaționale se pot manifesta o serie de disfuncții care vizează organizarea, stilul de conducere și deciziile care pot fi vulnerabile și respinse, iar ca efect al acestora poate avea loc o participare formală bazată pe constrângere și pe angajare parțială. Ca efecte indirecte ale unor asemenea fenomene apar comportamentele demotivate și contraproductive, personalul nemulțumit profesional și spiritual, tensiuni și

conflicte între membrii organizației și între ei și conducerea organizației precum și uzura fizică și psihică a acestora. Din ce în ce mai des organizațiile sunt traversate și bulversate de fenomene precum: disfuncții organizaționale – ca abateri repetate ale conduitelor de la norme, valori, reglementări formale; crize organizaționale și manageriale ca dereglări, confuzii și pierderi grave trăite la nivel intra/inter și transpersonal; ca momente critice, dar și ca momente intense de transformare; *boli mentale și profesionale* – ca dereglări psihice apărute în mediile și contextele profesionale; *boli organizaționale* – ca

¹ Adresa de contact: mihai.anitei@unibuc.ro

perturbări de natură psiho-comportamentală extinse la nivelul integrării organizației. Toate aceste fenomene produc efecte dezadaptative grave și generalizate care influențează nu doar viața personală a membrilor organizației, ci și viața lor socio-profesională. Ele afectează capacitatea de muncă a membrilor organizației, relațiile formale și informale dintre ei, starea lor de bine – subiectivă și mai presus de toate randamentul muncii. Astfel, cu timpul organizația se transformă dintr-una sănătoasă și eficientă într-un bolnavă, morbidă și total nereproductivă (Zlate, 2007). Având în vedere toate acestea, terapia cognitiv comportamentală reprezintă o metodă practică, elaborată conform unui plan cognitiv ce poate fi utilizată în asigurarea protecției individuale și reducerea riscului apariției bolilor profesionale.

PATOLOGIA ORGANIZATIONALA: DE LA INDIVID LA ORGANIZATIE

Morgan (1986), comparând organizația cu corpul uman a lansat cele 8 metafore ale organizațiilor dintre care metafora organizația ca organism viu, adaptabil asemănător corpului uman este adusă în discuție. Așa cum organismul uman traversează stări de sănătate dar și de boală, „organismul” organizațional traversează stări de sănătate și boală. Un mediu organizațional sănătos se definește printr-o înaltă productivitate, o mare satisfacție a salariaților față de condițiile muncii lor, existența unor contexte securizante, un număr limitat de părăsiri și absențe de la locul de muncă și randament ridicat. Sănătatea sistemelor organizaționale poate fi influențată de o serie de factori benefici care o fortifică dar și de alții nocivi, care o fragilizează. Din această cauză, problematica sănătății sistemelor organizaționale, mai ales a sistemelor de muncă din cadrul acestora, formate în principal din oameni, sarcini de muncă, condiții și constrângeri ale mediului ambiant (fizic și social), începe să fie conexată cu medicina, patologia, psihiatria socială, psihologia socială și psihopatologia (Zlate, 2007). Consecința firească a acestui fapt a reprezentat-o explozia în literatura de specialitate a unor termeni cum ar fi: *psihopatologia muncii* (Le Guillant, 1984; Dejourns, 2000); *psihologia socială clinică*; *clinica muncii și patologia organizațională* (Kets de Vries, 2002).

Cu toate că noțiunile lansate au fost multe și variate, ele pot fi grupate în două categorii: unele care gravitează în jurul muncii,

a condițiilor și constrângerilor ei – ca posibile surse patogene – ceea ce a dus la prefigurarea psihopatologiei muncii, altele, în jurul organizațiilor, a factorilor și condițiilor mediului organizațional în calitate de sursă generatoare ale unor dereglări psihocomportamentale, fapt ce a contribuit la apariția patologiei /psihopatologiei organizaționale.

Dejourns (2000) citat de Zlate (2007) propune patru tipuri de patologii apărute în mediile de muncă și cele organizaționale: *patologiile de supraîncărcare* – datorate multitudinii sarcinilor de muncă ce revin personalului, ritmului crescut în care trebuie executate urgențe și presiuni exercitate asupra subiectului (unele de natură fiziologică, altele cu o mare încărcătură psihică – burn out); *patologiile post-traumatice* – generate de orice tip de accident, indiferent de locul unde și de momentul când se produce; *patologiile distorsionării simțului comun* – produse de imperfecțiunile sistemului de evaluare individualizată a performanțelor – angajații neapreciați, lucrătorii buni, conștiincioși vor suferi tulburări de gândire, imagine de sine etc.; *patologiile solitudinii* – generate de frica de a fi concediat, izolat și marginalizat de colegi în propriul grup de muncă, respins din procesul comunicării.

Sănătatea fizică și psihică a angajaților reprezintă, poate, una dintre resursele cele mai importante pe care organizațiile se pot baza. Din păcate stresul afectează grav starea de sănătate a membrilor organizației fapt ce se repercutează, în final, asupra eficienței organizaționale. Cercetările au arătat că stresul (distresul) este implicat în 50-70% din toate formele bolilor fizice. El apare ca sursă a bolilor de inimă, a celor de stomac (îndeosebi a ulcerului), a diabetului, a bolilor infecțioase (infecții respiratorii superioare, apariția herpesului și a altor infecții bacteriale). Stresul afectează și sănătatea psihică/mentală a angajatului conducând la apariția psihogenilor. „Șocul psihic”, „starea de criză”, „stresul posttraumatic” sunt tot atâtea expresii ale unor perturbări psihice. (Derevenco și colab, 1992; Iamandescu, 2002). În studiul acestor efecte au fost aplicate două metodologii: 1) *metodologia prospectivă* (nivelul stresului trăit de indivizi la un moment dat este legat de sănătatea lor anterioară; se constată că rata îmbolnăvirilor crește după episoade de stres crescut); 2) *metodologia „voluntarilor”* (persoane sănătoase sunt expuse, cu acordul lor, la condiții stresante sau nonstresante; s-a constatat că cei expuși la condiții stresante au

dezvoltat o serie de tulburări somatice sau psihice corespunzătoare agentului patogen folosit).

Cox (Cox, 1978, p.92) enumeră principalele efecte ale stresului ca fiind:

- *fiziologice* (creșterea glicemiei, creșterea ritmului cardiac și a tensiunii arteriale, transpirația abundentă, dilatarea pupilei);
- *subiective, psihoindividuale* (anxietate, agresivitate, apatie, plictiseală, depresie, oboseală, frustrare, iritabilitate, scăderea stimei de sine, nervozitate, sentimente de inferioritate);
- *cognitive* (incapacitatea de a lua decizii pertinente, reducerea capacității de concentrare a atenției, hiperscunibilitate la critică, blocaje mentale);
- *comportamentale* (predispoziții la accidente, toxicomanie, izbucniri emoționale, bulimie, abuz de alcool sau tutun, răs nervos, plâns zgomotos);
- *psihoorganizaționale* (absenteism, scăderea productivității, alienarea la relațiile cu ceilalți membri ai organizației, reducerea implicării, insatisfacții în muncă, scăderea încrederii și loialității în/față de organizație).

În legătură cu aceste efecte au fost aduse următoarele precizări (Zlate, 2007):

- sunt cel mai frecvent asociate cu stresul, ceea ce nu înseamnă că stresul le cauzează întotdeauna (n-ar fi exclus ca niciunul dintre ele să aibă vreo legătură cu stresul, putând fi cauzate de multe alte fenomene); totuși, nu poate fi ignorată posibilitatea ca stresul să constituie una dintre cauzele primare sau adiționale ale lor;
- ponderea, semnificația și gravitatea lor trebuie evaluate în funcție de mai multe criterii, dintre care unul foarte important este cel al nivelului la care se instalează (individual, psihosocial sau psihoorganizațional); aceasta pentru simplul fapt că gestionarea efectelor apărute la nivel individual se află mai puțin sub controlul organizației și, oricum, este, mult mai greu de realizat;
- efectele stresului organizațional nu trebuie interpretate în sine, ci și prin prisma posibilității sau capacității lor de a genera în lanț alte efecte colaterale

cu urmări mult mai grave decât efectul inițial (responsabilitatea resimțită față de muncă îi poate stresa pe unii oameni; unele sunt însă efectele produse de stresul cauzat de responsabilitatea pentru oameni și cu totul altele cele produse de responsabilitatea pentru bunuri/obiecte/bunuri materiale; și într-un caz și în altul pot avea loc accidente, cu pierderi ireparabile, irecuperabile sau dimpotrivă ușor de recuperat);

- gestiunea sau managementul efectelor stresului organizațional se cere a fi întreprinsă în cunoștiință de cauză, adică în condițiile cunoașterii naturii, semnificației, ponderii efectelor apărute în contexte organizaționale, dacă este posibil, chiar cu cunoașterea percepției angajaților asupra gravității lor. Ca o condiție sine-qua-non se impune cercetarea și diagnosticarea surselor generatoare de stres deoarece numai eliminarea cauzelor va conduce la eliminarea efectelor.

MANAGEMENTUL STRESULUI ORGANIZAȚIONAL

Unii autori preferă să inventarieze modalitățile și strategiile de gestiune a stresului organizațional pornind de la *paradigmele "stresului"* (Zlate, 2007). Astfel, Rasche și colab. (2003), pornind de la paradigma stresului ca stimul, ca agent stresor, consideră că cel mai potrivit ar fi centrarea atenției pe caracteristicile muncii și ale mediului de muncă ce apar în calitate de factori stresori. Amenajarea locului de muncă și a timpului de muncă, redefinirea posturilor, organizarea echipelor semiautonome etc. sunt, în acest caz strategiile cele mai potrivite pentru gestiunea stresului. Când punctul de pornire îl constituie paradigma stresului ca reacție a organismului, cele mai nimerite strategii de reducere a simptomelor stresului sunt așa numitele *programme de ajutor a angajaților sau exercițiile corporale*. Primele au fost propuse de companiile americane prin jurul anilor '30 ai secolului trecut și constau în recoltarea tuturor nemulțumirilor, plângerilor angajaților, organizarea în exteriorul organizației a unui program de tratament a persoanelor mai grav afectate de stres, urmat de evaluarea rezultatelor obținute. Exercițiile de relaxare corporală (fitness, jocuri colective, jogging; relaxarea musculară, respiratorie, meditație,

biofeedback) au avut o mare răspândire în anii '80, dar, din păcate, fiind decontextualizate (nu țineau cont de specificul locului și mediului de muncă) ținteau, mai degrabă, spre educarea angajaților pentru a suporta condițiile de muncă, și nu spre schimbarea acestor condiții.

Le Blank și colaboratorii (2000) păstrează dimensiunea nivelului la care sunt amplasate strategiile gestiunii stresului (organizațional și individual) și le completează cu o a treia- dimensiunea nivelului de interfață între organizație și individ. Apoi, ei introduc o nouă dimensiune, și anume tipul intervenției în vederea realizării gestiunii stresului. Sunt identificate cinci tipuri de intervenții manageriale: *intervenția de identificare* (care constă în detecția prematură a stresorilor slujbei și a reacțiilor la stres); *intervenția de prevenire primară* (ce propune reducerea stresorilor slujbei); *intervenția de prevenire secundară* (axată pe modificarea modului în care angajații răspund la stresorii slujbei); *intervenția de tip terapeutic* (în vederea vindecării angajaților care suferă de stresul sever al slujbei); *intervenția de reabilitare* (întoarcerea/revenirea/reintegrarea la/în fosta slujbă). Combinând nivelurile strategiilor manageriale cu tipurile de intervenție managerială, autorii obțin o matrice care este extrem de sugestivă. Oarecum asemănător procedează și alți autori care desprind trei nivele de intervenție organizaționale: *primar* (care este proactiv și preventiv având scopul de a reduce numărul sau intensitatea agenților stresori), *secundar* (oscilează între proactiv și reactiv și are scopul de a modifica răspunsurile indivizilor la stresori), *terțiar* (bazat pe tratament și reabilitare cu scopul de a minimiza consecințele stresorilor și a contribui la starea de bine a individului) (Cooper, Dewe, O'Driscoll, 2001, pp. 189-197; citați în Zlate, 2007).

Aamondt (1999) aduce în discuție câteva tehnici ce reduc proactiv stresul:

1. *Planningul pentru contracararea stresului*: exercițiile sportive – înotul, alergatul, cățărutul pe stânci, urcatul scârilor (cu argumentele întăririi sistemului cardiovascular); umorul, râsul cu plăcere – vizionarea de comedii, discuții umoristice (reduc tensiunea arterială); dieta corespunzătoare – alcătuită din legume și fructe crude, cereale, iaurt și multă apă, reducerea cofeinei și ciocolatei; reducerea fumatului; respectarea orelor de somn; grupuri de suport (Support Groups) – constituirea de grupuri de prieteni și efectuarea de diferite

activități împreună; selfempowerment – voluntariate.

2. *Tehnici folosite în timpul expunerii la stres și după expunerea la stres*: tehnici de relaxare – respirație abdominală (calmează emoțional), adaptarea unor poziții confortabile, relaxarea musculară, meditația (pentru 15-20 min); managementul timpului – este foarte important în lupta cu rezolvarea de sarcini în timp foarte scurt deoarece este o sursă de stres inevitabilă în orice organizație.

TERAPIA COGNITIV COMPORTAMENTALA SI MEDIUL ORGANIZATIONAL

Terapia cognitiv comportamentală a evoluat mult în ultimii 30 de ani, fiind una dintre soluțiile posibile în fața sentimentelor negative, de anxietate, de depresie sau de eșec. Psihoterapeutul care practică terapia cognitiv comportamentală este departe de a fi un simplu spectator impasibil în fața destinului celorlalți, el fiind un actor care îl ajută pe pacient să modifice scenariul repetitiv în care a căzut captiv. Modificarea interpretărilor negative ale realității este punctul de plecare a scenariului cognitiv pe care persoana îl va parcurge analizând în ce măsură aceste gânduri îi declanșează și îi mențin emoțiile și comportamentele care îi provoacă suferință și pe care dorește să le modifice.

Cottraux (2003) enumeră principiile terapiei cognitive:

1. o persoană anxioasă, deprimată sau colerică gândește într-o manieră illogică, sistematic negativă, acționând fără să-și dea seama în detrimentul său;
2. cu ajutorul unui terapeut, este posibil să înveți cum să identifici și să elimini aceste gânduri și emoții negative;
3. odată sentimentele și ideile neplăcute modificate, este posibil să devii mai productiv, să ai respect de sine și să fii mai fericit;
4. rezultatele se obțin într-o perioadă relativ scurtă de timp (6 luni) care presupun aproximativ 20 de ședințe.

Zapf D. (2001) a realizat o cercetare în care a studiat emoțiile datorate muncii, diferiți stresori organizaționali ca variabile predictoare pentru sindromul burnout la locul de muncă. Beck (1991) a studiat de asemenea sindromul burnout ca funcție de stresul angajaților la locul de muncă și aplicațiile terapiei cognitiv comportamentale în reducerea acestuia. Dat fiind faptul că stresul nu poate fi izolat de existența angajaților în resurse umane, terapia cognitiv comportamentală propune diverse programe de gestionare a stresului. Astfel

Cottraux (2003) propune următorul program ce se poate efectua fie în terapia individuală, fie în grup cuprinzând 6 ședințe de câte două ore pentru grupuri de max. 5 persoane: 1. Stres și relaxare; 2. Strategii cognitive de adaptare la stres; 3. Tehnici de comunicare și stres; 4.

Tehnici de rezolvare a problemei și stresului; 5. Adaptarea la stres; 6. Generalizarea gestionării stresului la situațiile cotidiene. Schema cognitivă a gestionării stresului se prezintă conform figurii 1.

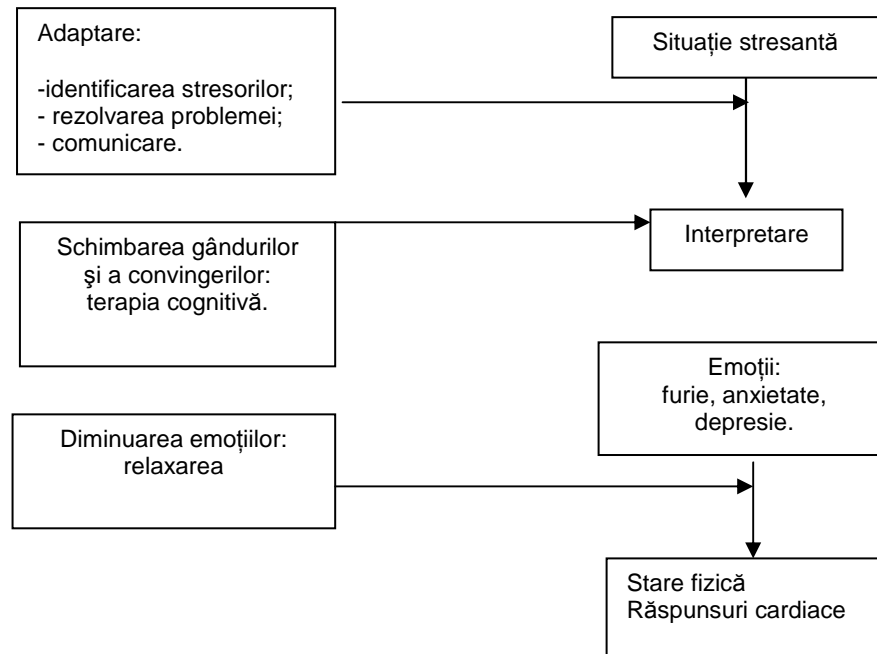


Figura 1 Schema cognitivă a gestionării stresului (Cottraux, 2003).

Așa cum menționează Cottraux (2003), anumite tulburări emoționale, cum ar fi: anxietatea, depresia, furia și ostilitatea; pot fi considerate, o cauză majoră a ineficienței la locul de muncă, afectând capacitatea de concentrare și eficiența în muncă și ajungând până la reducerea productivității muncii în cazul în care se generalizează la majoritatea angajaților. În aceste cazuri același autor indică atât terapii cognitive comportamentale dar și alte metode de management al stresului menționate anterior. Strategiile respective, respective pe lângă valențele pozitive pe care le conțin, se asociază și cu unele neîmpliniri, fapt care a atras după sine o serie de critici.

Considerând faptul că, încă de la începutul înființării organizațiilor se urmărește desfășurarea unor activități în condiții de maximă eficacitate, iar pe parcursul funcționării organizațiile trebuie să se adapteze noilor condiții care apar în mediul intern și extern al acestora, dezvoltarea organizațională (ca proces) cuprinde o gamă largă de activități: construirea unei echipe de conducere la nivelul managementului superior, proiectarea fișei postului și îmbunătățirea structurii

organizatorice. Astfel, Burke (1982) considera dezvoltarea organizațională ca pe un proces planificat de schimbare în cultura organizației utilizând teoria și practica din domeniul comportamental și French (1969) apela la utilizarea consultanților în știința comportamentului sau în problemele schimbării. Cu toate că terapia cognitiv comportamentală oferă o alternativă eficientă în tratarea anxietății, depresiei și stresului cauzat de anumiți factori de stres la locul de muncă un loc important îl reprezintă diagnoza climatului organizațional pentru a evidenția exact factorii care contribuie la apariția și menținerea acestora. Terapia cognitiv comportamentală apare astfel, ca o metodă complementară (Aamondt, 1999) în ameliorarea stresului, anxietății și depresiei ce cauzează insatisfacție și ineficiență în muncă precum și tensiuni și conflicte între angajați.

Trecând în revistă literatura de specialitate și pornind de la anumite efecte sesizate în plan comportamental la nivelul departamentului de resurse umane în organizația bancară analizată, scopul cercetării de față constă în a evidenția rolul jucat de

terapia cognitiv-comportamentală în organizații dar și necesitatea efectuării unei diagnoze a climatului organizațional.

Obiective

Obiectivele propuse au fost:

- identificarea problemelor cu care se confruntă personalul organizației bancare analizate ;
- propunerea unor tehnici de ameliorare a problemelor de ordin psihic, la locul de muncă, în cadrul sucursalei bancare;
- testarea eficienței terapiei cognitive, având ca scop reducerea nivelului anxietății, stresului și depresiei personalului la locul de muncă.

METODA

Cercetarea de față s-a desfășurat în cadrul unei instituții financiar-bancare, mai precis în cadrul unei sucursale aparținând băncii respective.

Participanți

Participanții la acest studiu au fost reprezentați de personalul sucursalei, în număr de 47 persoane, cu media de vârstă de 38 ani, dintre care 15 femei și 32 bărbați. Dintre aceștia, cinci persoane au poziții de conducere, 16 persoane au contact direct cu publicul, restul de 26 de persoane lucrează în departamentul IT și în departamentul operațiuni bancare.

Instrumente

1. *Interviul semistrukturat*. Acesta a vizat următoarele obiective:

- familiarizarea cu angajații și cu problemele lor așa cum le percep ei, în special cele legate de locul de muncă: condiții de lucru, relații cu colegii, satisfacții, aspirații, nemulțumiri, eșecuri;
- identificarea problemelor de ordin familial sau personal care pot sta la baza anumitor tulburări emoționale;
- identificarea factorilor stresori de la locul de muncă;
- identificarea unor probleme de ordin psihofiziologic și psihic.

2. *Scala pentru depresie Hamilton* (Minulescu, 2004) este una dintre cele mai

utilizate scale pentru identificarea depresiei și este alcătuită din 17 itemi. Scorurile acordate sunt cuprinse între 0 și 25 puncte.

3. *Scala de anxietate Cattell* (Minulescu, 2004) este un chestionar de anxietate, compus din 40 de itemi, care permite obținerea unei note generale de anxietate calculate în note standard cuprinse între 1 și 10. Cei 40 de itemi (întrebări) sunt împărțiți pe cinci factori primari ai anxietății utilizați în măsurarea anxietății cu scop clinic. Cei cinci factori care agregăți formează Indicele global de anxietate sunt: *Factorul Q₃* (8 itemi), nota Q₃ indică în ce măsură anxietatea este legată de structurile caracteriale social aprobate ; *Factorul C* (6 itemi), nota C dovedește slăbiciunea eului și a rolului său în apariția anxietății ; *Factorul I* (4 itemi), nota I dovedește contribuția sentimentului de insecuritate socială la anxietate ; *Factorul O* (12 itemi), nota O exprimă anxietatea derivând din presiunea supraeului ; *Factorul Q₄* (10 itemi), nota Q₄ dovedește rolul forțelor pulsionale ale subiectului în geneza anxietății. Indicele global de anxietate în note standard, este calculat ca medie aritmetică a celor cinci factori în note standard și este indicat în măsurarea anxietății fără a avea un scop clinic.

4. *Scala de evaluare a capacității de adaptare la stres* (RQ Plus). Scala măsoară abilitățile personale de a învinge stresul și dificultățile cotidiene. Pe baza analizei factoriale au fost identificați patru factori: Activism, Reactivitate emoțională, Adaptare, Relaxare.

Factorul 1 (Activism)- include formele de coping caracterizate printr-o atitudine proactivă, de mobilizare fizică, emoțională și mentală în vederea depășirii obstacolelor, atitudine constructivă și preventivă, căutare de informații și aplicarea acestora într-un mod adecvat, perseverență în realizarea scopurilor propuse. Scorurile mari la acest factor indică o bună adaptare la stres în sensul descris, iar scorurile mici indică o atitudine pasivă, deci o slabă adaptare.

Factorul 2 (Reactivitate la stres)- se referă la reacțiile individuale față de situațiile neobișnuite, făcând referire în mod constant la componenta emoțională. Scorurile mari indică o bună reactivitate față de factorii stresanți, deci o adaptare optimă la stres, iar scorurile scăzute o adaptare dificilă la stres.

Factorul 3 (Adaptare-flexibilitate)- vizează capacitatea de adaptare la situații noi, acceptarea suportului social în vederea rezolvării problemelor dificile, modificarea

adecvată a planurilor de acțiune în funcție de schimbări obiective, flexibilitatea în gândire și comportament. Scorurile mari la acest factor indică o bună adaptare și flexibilitate, iar scorurile mici o adaptare scăzută.

Factorul 4 (Relaxare)- itemii cu saturație mare în acest factor se referă în mod sistematic la necesitatea rezervării unui timp de relaxare în vederea refacerii, a exprimării deschise a nevoilor și așteptărilor. Scorurile mari indică o bună adaptare în sensul factorului descris, scorurile mici indică maladaptare.

Indicele global de adaptare la stres integrează, în baza ponderării, cei patru factori ; scorurile mari indică o bună capacitate de adaptare la stres.

Procedura

Înainte de începerea demersurilor propriu-zise de testare, personalul băncii a fost avertizat în legătură cu intențiile și scopurile demersului cercetării pentru a nu exista o atitudine de suspiciune și teamă nejustificată din partea lor. De asemenea s-a asigurat confidențialitatea informațiilor furnizate.

Într-o primă etapă s-a aplicat metoda interviului semistrukturat pentru a identifica problemele și tendințele psihopatologice ale personalului sucursalei bancare. Realizarea interviurilor s-a desfășurat pe parcursul a patru zile, la sediul instituției care a apelat la intervenția terapeutică cognitiv comportamentală.

În urma interviurilor s-au constatat tendințe anxioase și depresive și s-au reliefat problemele predominante ale grupului de angajați. De aceea s-a urmărit în continuare realizarea unei evaluări a acestor tendințe anxioase și depresive, folosind scala pentru depresie Hamilton, scala de anxietate Cattell și scala de evaluare a capacității de adaptare la stres.

Evaluarea subiecților s-a realizat în două momente: *momentul A*, în care a avut loc aplicarea celor trei instrumente înainte de intervenția terapeutică și *momentul B* al cercetării, în care grupul de angajați a fost reevaluat după o perioadă în care s-a intervenit terapeutic urmărind evidențierea reducerii nivelului de stres, anxietate și depresie.

Momentul A: aplicarea probelor s-a făcut pe parcursul unei săptămâni, pe grupuri mici, de câte 5-10 subiecți, în funcție de programul de lucru al acestora. În urma realizării interviurilor și aplicării chestionarelor s-au evidențiat două categorii de probleme:

probleme ale angajaților și probleme ale organizației, așa cum reies din perspectiva angajaților.

Pentru ameliorarea tendințelor anxioase și a stărilor depresive și de stres a fost propusă terapia cognitiv-comportamentală, fiind o intervenție terapeutică de scurtă durată, cu efecte rapide.

Terapia cognitiv-comportamentală: durata terapiei a fost stabilită la trei luni cu întâlniri săptămânale și cu durata de două ore. Au fost formate trei grupuri de terapie de câte 14, 15 persoane și, respectiv, 18 persoane.

Demersul terapeutic propriu-zis a cuprins următoarele etape: monitorizarea stărilor emoționale disfuncționale și a evenimentelor anterioare; identificarea gândurilor și convingerilor negative; explicarea și identificarea conexiunilor dintre gând, emoție și comportament; testarea gradului de veridicitate a gândurilor și convingerilor negative prin verificare și adunare de dovezi pro și contra (de foarte mare ajutor a fost realizarea terapiei de grup, fiind astfel posibilă verificarea acestor gânduri legate de situațiile de la locul de muncă chiar împreună cu colegii) și substituirea modelului negativ de a gândi cu unul mai pozitiv.

Tehnicile folosite în timpul sesiunilor de terapie cognitiv comportamentală au fost: *Tehnici cognitiv-comportamentale* (tehnica adresării întrebărilor cu caracter provocativ; tehnica metaforelor, tehnica examinării avantajelor și dezavantajelor și tehnica transformării unui eveniment negativ într-un avantaj); *tehnici de relaxare* și *tehnica sarcinilor* pentru acasă.

Obiectivul terapiei cognitiv-comportamentale a fost de a determina subiecții să depășească stările emoționale disfuncționale și comportamentale dezadaptative, prin modificarea formelor de gândire disfuncțională. S-a constatat că nu atât împrejurările exterioare, cât maniera subiectului de a le interpreta, creează aceste stări afective negative. În acest sens, s-a dat participanților (pe rând) câte un exemplu în care aceeași împrejurare de viață poate fi interpretată diferit de către diferiți indivizi, iar aceste interpretări creează alte stări, diferite de starea de enervare. Formele de gândire disfuncțională asupra cărora s-a intervine psihologic au fost: *gânduri și imagini obișnuite* și *convingeri cu caracter disfuncțional* care stau la baza acestora reprezentând un fel de reguli de viață care sunt formate în ontogeneză filtrând capacitatea subiectului de a percepe realitatea.

Gândurile perturbatoare urmărite în timpul terapiei cognitive au fost următoarele: 1. Conform expresiilor specifice: “*eu sunt lipsit de valoare pentru că*”, “*este îngrozitor să*”, “*nu suport aceasta pentru că*”; 2. În modelul ABC: A – evenimentul activator exterior ex. colegul nu mi-a răspuns la salut; IB - convingeri iraționale care pot fi gânduri, imagini, supoziții, convingeri; (de exemplu: *Inferențe*: “*Colegul mă ignoră. El este probabil supărat pe mine. Probabil nu mă agreează.*”; *Evaluări*: “*Este îngrozitor ca cineva să nu te agreeze.*”; RB – convingeri alternative raționale cu care trebuie să le înlocuiești pe cele iraționale; C – consecințele emoționale sub formă de dispoziție depresivă și consecințele în plan comportamental ca de exemplu evitarea colegului care nu-mi răspunde la salut și care nu mă agreează.

Momentul B: Grupul de angajați a fost reevaluat cu aceleași instrumente (scala Hamilton, scala Cattell și Scala de evaluare a capacității de adaptare la stres) pentru a verifica dacă programul de terapie cognitiv-comportamentală efectuat la locul de muncă a fost eficient.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

1. În urma efectuării interviului semistrukturat au fost evidențiate următoarele aspecte:

- *Aspecte privind subiecții, la nivel individual:* adaptare dificilă a angajaților

(trei persoane) recent tranferăți în București datorită lipsei de prieteni, stării de însingurare, depresiei, stresului creat de noul loc de muncă; inflexibilitate, rigiditate; probleme de adaptare și adoptare a unui ritm de lucru comun; tendința exagerată spre detalii, care determină un ritm de lucru lent; lipsa de comunicare; programul prelungit impus de bancă conform căruia se lucrează și sâmbăta; volum mare de sarcini, suprapunerea lor și termene scurte de îndeplinire; motivațiile financiare insuficiente; acordarea de sarcini și activități noi fără ca angajații să participe la instruire pregătitoare.

- *Aspecte privind organizația:* probleme de logistică; aplicații IT insuficiente și învechite; stagnarea proiectului informatic; aglomerație la ghișee; implementarea dificilă a procedurilor de lucru; rezultate scăzute în vânzarea anumitor produse bancare.

2. Rezultatele obținute în urma aplicării scalelor Hamilton, Cattell și de evaluare a capacității de adaptare la stres au fost analizate folosind procedura de statistică descriptivă (media și abaterea standard) și testul t pentru eșantioane corelate ale programului SPSS 12.

Tabelul 1. Statistici descriptive și semnificația diferenței dintre medii la probele psihologice administrate pre și post intervenție terapeutică

Variabile	Itemi	Administrare 1		Administrare 2		t	p
		Media	A.S.	Media	A.S.		
<i>Scala de depresie Hamilton</i>	17	7.43	4.174	5.79	2.312	4.699	0.0001
<i>Scala de anxietate Cattell</i>							
Indicele global de anxietate	40	5.91	1.663	4.92	1.283	5.905	0.0001
<i>Scala de evaluare a capacității de stres</i>							
Factorul Activism		36.30	6.091	37.64	2.921	-1.518	0.136
Factorul Reactivitate la stres		9.43	4.344	10.36	4.569	-1.632	0.109
Factorul Adaptare-flexibilitate		15.41	1.996	16.04	2.079	-2.028	0.048
Factorul Relaxare		7.82	2.016	8.45	1.764	-2.093	0.042
Indicele Gobaal de Adaptare la Stres	45	172.19	14.779	174.51	13.638	-1.799	0.078

Tabelul 1 evidențiază valorile mediei și abaterii standard pentru scorurile obținute la aplicarea scalelor Hamilton, Cattell și de evaluare a capacității de adaptare la stres.

În urma folosirii scalei de depresie Hamilton înainte și după programul de terapie

cognitivă au fost evaluate nivelele depresiei în situațiile A și B.. Astfel s-a constatat o reducere a nivelului depresiei măsurată în momentul A ($m=7.43$; $s.d.= 4.174$) față de momentul B ($m=5.79$; $s.d.= 2.312$). În urma aplicării testului t pentru eșantioane corelate s-a obținut

o diferență semnificativ statistic între mediile celor două eșantioane ($t(47)=4.699$), ($p<0.01$). Luând în considerație indicele d (Cohen) al mărimii efectului (0.22), cu toate că diferența semnificativ statistic între medii a fost obținută, acesta exprimă un efect mic al terapiei cognitive în reducerea nivelului depresiei. Acest lucru se datorează faptului că în organizație (la locul de muncă) se mențin în continuare o serie de factori stresori având ca efect depresia, astfel că intervenția terapeutică singulară nu este suficientă pentru a reduce nivelul depresiei.

Nivelul anxietății, măsurat cu scala Cattell, a fost evaluat înainte și după programul de terapie. S-a constatat o reducere a nivelului anxietății măsurată în momentul A ($m=5.91$; $s.d.=1.663$) față de momentul B ($m=4.92$; $s.d.=5.905$). Aplicând testul t pentru eșantioane corelate s-a obținut diferență semnificativ statistic între mediile eșantionelor ($t(47)=5.905$), ($p<0.01$). Indicele d (Cohen), al mărimii efectului (0.86) indică un efect puternic al tratamentului terapeutic aplicat.

Analizând datele obținute în urma aplicării scalei de evaluare a capacității de adaptare la stres (tabelul 1) și în urma aplicării testului t pentru eșantioane corelate pentru fiecare subscală (factor) al acesteia, s-au obținut diferențe semnificativ statistic între medii doar pentru factorul relaxare ($t(47)=-2.09$), ($p<0.05$) și pentru factorul adaptare-flexibilitate ($t(47)=-2.28$), ($p<0.05$). Astfel, evaluând nivelul gradului de relaxare al subiecților măsurat cu factorul 4 (relaxare) înainte și după programul de terapie s-a constatat o creștere a dispoziției de relaxare a subiecților astfel încât media eșantionului înainte de terapie ($m_A=7.82$) a fost mai mică decât media eșantionului după terapie ($m_B=8.449$). Indicele d (Cohen) al mărimii efectului (0.20) indică un efect mic al terapiei cognitive asupra dispoziției de relaxare a subiecților și implicit în adaptarea la stres.

Considerând datele din tabelul 1, pentru factorul adaptare-flexibilitate s-a constatat o creștere a capacității de adaptare-flexibilitate măsurată în momentul A ($m=15.41$; $s.d.=1.996$) față de momentul B ($m=16.04$; $s.d.=2.079$). Aplicând testul t pentru eșantioane corelate s-a obținut diferență semnificativ statistic între medii ($t(47)=-2.28$), ($p<0.05$). Indicele d (Cohen) al mărimii efectului indică un efect mic spre mediu al terapiei cognitive în influențarea capacității de adaptare-flexibilitate a subiecților.

Dat fiind faptul că la aplicarea testului t pentru eșantioane corelate atât pentru factorul

activism ($t(47)=-1.518$), ($p>0.05$) cât și pentru factorul reactivitate la stres ($t(47)=-1.632$), ($p>0.05$) nu au fost obținute diferențe semnificativ statistic între mediile eșantionelor, rezultă că reducerea nivelului stresului la locul de muncă prin aplicarea tratamentului terapeutic nu a putut fi realizată.

Analizând datele obținute la aplicarea testului t pentru eșantioane corelate pentru indicatorul global de adaptare la stres, nu s-a obținut diferență semnificativ statistic între medii ($t(47)=-1.315$), ($p>0.05$). De asemenea conform tabelului 1 pentru indicele global de adaptare la stres s-a obținut o medie a eșantionului înainte de efectuarea terapiei ($m_A=172.19$) mai mică decât media după efectuarea terapiei ($m_B=174.51$). Din acest fapt a reieșit faptul că în organizație există surse de stres ce nu pot fi diminuate sau eliminate prin tratamentul terapeutic cognitiv comportamental efectuat. Pentru a diminua sau elimina aceste surse ce provoacă și mențin stresul la locul de muncă este necesară, mai întâi detectarea lor, fapt ce impune, în continuare, realizarea unei diagnoze a climatului organizațional.

CONCLUZII

Așa cum reiese din analiza datelor, programul de terapie cognitivă a avut efect în reducerea nivelului anxietății și depresiei. Prin intermediul terapiei cognitive-comportamentale s-a conștientizat tendința de îngrijorare excesivă, neliniștea, incapacitatea de relaxare a unora dintre angajați. Având în vedere acestea, s-a observat o detensionare a stării de încordare a subiecților prin învățarea și practicarea tehnicilor de relaxare pe parcursul terapiei. Subiecții au fost mai interesați și mai receptivi în privința aspectelor legate de anxietate – neliniște, încordare, incapacitate de relaxare și s-a lucrat terapeutic predominant pe aceste aspecte.

De asemenea, s-a constatat faptul că, subiecților supuși ședințelor de terapie cognitiv-comportamentală le-a crescut capacitatea de adaptare la situații noi, flexibilitatea, precum și capacitatea de recuperare după perioade de stres și de eforturi, aceasta arătând asimilarea unor atitudini care să le permită menținerea constantă unui nivel mai scăzut de stres.

Conform rezultatelor obținute s-a dovedit că efectul terapiei cognitive a constat în reducerea semnificativă a nivelului anxietății (rezultatele obținute în urma aplicării testului pentru eșantioane pereche pentru datele

obținute la aplicarea chestionarului Cattell). S-a propus continuarea terapiei pentru a obține reduceri semnificative și în cazul tendințelor negative pentru care nu s-au obținut rezultate semnificativ statistic (factorul activism și factorul reactivitate la stres).

Efectul pozitiv al terapiei asupra relaxării se explică prin faptul că tratamentul terapeutic cognitiv al anxietății conține două elemente de bază: relaxarea și modificarea cognitivă. Cu alte cuvinte, intervenția terapeutică pentru reducerea nivelului anxietății influențează semnificativ statistic media eșantionului la factorii adaptare-flexibilitate și relaxare după terapie; obținându-se o diferență semnificativ statistic între medii.

Având în vedere că scala de adaptare la stres mai conține doi factori (activism și reactivitate la stres), conform analizei datelor obținute la aplicarea testului t pentru eșantioane pereche, nu s-a obținut o diferență semnificativă între medii, astfel că, reducerea nivelului stresului cu programul de terapie cognitivă nu a putut fi confirmată. Având în vedere datele obținute și analiza lor, s-a ajuns la concluzia că programul de terapie cognitivă este insuficient în tratarea stresului și depresiei, deoarece stresul poate fi generat de anumite surse ce nu pot fi detectate, reduse sau eliminate cu ajutorul terapiei cognitive comportamentale.

În aceste condiții s-a propus realizarea unei diagnoze a climatului organizațional concomitent cu continuarea desfășurării pe încă o perioadă de trei luni a programului de intervenție prin terapie cognitivă comportamentală.

Bibliografie

- Aamodt & Michael, G. (1999). *Applied Industrial/Organizational psychology*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publish.
- Beer, M. (1980). *Organization Change and Development: A System View*, Reading, and Mass: Addison-Wesley.
- Beck, A. T. (1991). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Burke, W. (1982). *Organization Development, Principles and Practices*, Boston:Mass: Little Brown.
- Cattell, R.B. (1982). *The inheritance of personality and ability: Research methods and findings*. New York: Academic Press.
- Christophe Dejours (2000). *Travail, usure mentale*, Paris: Bayard.
- Cooper, Cary L., Dewe, Philip J., O'Driscoll & Michael, P. (2001) *Organizational Stress*. London: Sage Publications.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Baltimore: University Park Press.
- Cottraux, J. (2003). *Terapiile cognitive. Cum să acționăm asupra propriilor gânduri*. Iași: Ed. Polirom.
- Derevenco, P., Anghel, I. & Balan, A. (1992). *Stresul în sănătate și boală*. Cluj- Napoca: Ed. Dacia.
- De Vries & Kets (2002). *The Happiness Equation, Meditations on Happiness and Success*, London: Vermilion.
- Ellis, A. (1997). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York: Springer Netherlands.
- French, J. P. R. Jr. & Raven, B. (1960). The bases of social power. In D. Cartwright and A. Zander (eds.), *Group dynamics*, New York: Harper and Row.
- French, W. (1969). *Organization Development, Objectives, Assumptions and Strategies*. California Management Review 12.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine, Social Science and Medicine*, 8, 1207-1221.
- Greenberg, J. & Baron, R. A. (1993). *Behavior in Organizations. Understanding and Managing the Human Side of Work*, Allyn&Bacon, Boston, London.
- Hendriks, P.J.H. (2004). Assessing the role of culture in knowledge sharing. 5th European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities, Innsbruck.
- Iamandescu, I.B. (2003). *Psihologie Medicală*. București: Ed. Infomedica.
- Jacqueline Barus-Michelle, (1996). *Crises, Approche psychosociale clinique*. en coll. avec F. Giust-Desprairies et L. Ridel. Paris : Desclée de Brouwer, coll. Reconnaissances.
- James L Gibson, John M Ivancevich, Jr, James H Donnelly & Robert Konopaske (2002). *Organizations: Behavior, Structure, Processes* from McGraw-Hill/Irwin.
- Kahn, RL., Byosiere, P., Dunnette, MD. & Hough, LM. (1992). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). *Stress-related transactions between person and environment*. In L. A. Pervin & M. Lewis

-
- (Eds.), *Perspectives in interactional psychology* New York: Plenum Press.
- Louis Le Guillant (1984). *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Paris: Erès Publish.
- Morgan, G. (1986). *Images of Organization*, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Rasclé, N., Sifakis, Y & Bruchon-Schweitzer, M. (2003). Etude des déterminants de la recherche active de l'emploi et de l'état dépressif de cadres chômeurs : Test d'un modèle structural. *European Review of Applied Psychology*, 53 (1),57
- Selye & Hans (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents - *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10, 230-231
- Zapf, D. (2001). *European research on bullying at work*. In P. McCarthy, J. Rylance, R. Bennett, & H. Zimmermann (Eds.), *Bullying. From backyard to boardroom* (2nd ed.) Leichhardt, NSW, Australia: The Federation Press.
- Warner Burke, W. (1982). *Organization Development: Principles and Practices*, Boston: Ed. Little, Brown