

**STUDII APLICATIVE
ÎN PSIHOLOGIA MODERNĂ**

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Angelica Mălăescu

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.)

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

MILCU, MARIUS

Studii aplicative în psihologia modernă / Marius Milcu,
Adrian Brate. - București : Editura Universitară, 2013

Bibliogr.

ISBN 978-606-591-621-0

I. Brate, Adrian

159.9

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786065916210

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2013
Editura Universitară
Director: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

**Conferință Internațională (ediția a cincea)
CERCETAREA MODERNĂ IN PSIHOLOGIE:
CERCETĂRI CANTITATIVE VS. CERCETĂRI
CALITATIVE ÎN ȘTIINȚELE SOCIALE,
EDUCAȚIE ȘI SĂNĂTATE
25-27 mai 2012, Sibiu, România**

**STUDII APLICATIVE
ÎN PSIHOLOGIA MODERNĂ**

MARIUS MILCU

ADRIAN BRATE



**EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2013**

COMITET DE ORGANIZARE

Președinte al comitetului de organizare: MARIUS MILCU

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

DELIA BOGHEAN

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology

ADRIAN TUDOR BRATE

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

MARILENA MILCU

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

RALUCA SASSU

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

COMITET ȘTIINȚIFIC

Președinte al comitetului științific: MARIUS MILCU

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania
Association for Qualitative and Intercultural Studies in Psychology, Sibiu, Romania

JULIAN ACHIM

Ashford University, U.S.A.

ADRIANA BABAN

Babes Bolyai University of Cluj Napoca, Romania

ADRIAN TUDOR BRATE

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

ŠTEFAN CHUDÝ

Institute of Education and Social Studies, Faculty of education
Palacký University on Olomouc, Czech Republic

PETER DAN

Long Island University, New York, U.S.A.

CRISTINA GRABOVSCI

Université de Montréal, Canada

WILFRIED GRIEBEL

State Institute of Early Childhood Research (IFP), Munich, Germany

MARILENA MILCU

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

PAVEL NEUMEISTER

Institute of Education and Social Studies, Faculty of education
Palacký University on Olomouc, Czech Republic

SAUL NEVES DE JESUS

University of Algarve, Portugal

MARYAM AKBARI MOTLAQ

Payamenoor University, Neshaboor, Iran

NICOLETA MIHAELA PARVANA

Aiesec International, Nederland

RALUCA SASSU

Lucian Blaga University of Sibiu, Romania

UTE SCHMIDT-BRASSE

PSYCON Psychologische Unternehmensberatung Integrative Organisations-, Team- und Personalentwicklung;
Coaching; Interkulturelle Beratung, Wildeshausen, Germany

ILIE PUIU VASILESCU

University of Virginia at Wise, U.S.A.

PAOLO VITTORIA

The Federal University of Rio de Janeiro, Brasil

KARL WESTHOFF

Technische Universität, Dresden, Germany

CUPRINS

CUPRINS	7
INDEX DE AUTORI	8
Partea I-a: PSIHOLOGIE CLINICĂ ȘI A SĂNĂTĂȚII	11
Cap. I. Simona Mariana Dumitrescu, Mariana State. Aspecte psihosociale favorizante declanșării cancerului	13
Cap. II. Dana Sonia Oieru. Tulburările de comportament alimentar și reglajele emoționale la pacientul diabetic	17
Cap. III. Ramona Claudia Pașca, Anca Gabriela Toader. Factorii implicați în starea de bine și distres la șomeri	27
Cap. IV. Ruxandra Rășcanu, Georgiana Corcaci, Doinița Bentu. Beneficiile migrației părinților la muncă în străinătate – impact negativ asupra adolescenților și tinerilor	35
Cap. V. Miruna Roman. Influența tempoului muzicii asupra deciziei de cumpărare	39
Partea a II-a: PSIHOLOGIE EDUCAȚIONALĂ. CERCETARE ȘI EDUCAȚIE	47
Cap. VI. Codruța-Georgeta Aldea, Mihaela-Alina Vanu. Studiu de monitorizare a absorbției pe piața muncii a absolvenților facultății de inginerie	49
Cap. VII. Codruța-Georgeta Aldea. Studiu privind percepția angajatorilor referitoare la absolenții Universității „Lucian Blaga” din Sibiu	53
Cap. VIII. Alina Constantin. Abordări psihosociale și educaționale în educația integrată	57
Cap. IX. Monica Decean. Cercetări actuale privind absenteismul elevilor	67
Cap. X. Dorina Julecătean, Felicia Han, Sabina Blaga. Concepte despre giftedness	73
Cap. XI. Corina Mihaela Zaharia. Activitatea de evaluare profesională a consilierilor din serviciile publice de ocupare	77
Partea a III-a: PSIHOLOGIA MUNCII ȘI ORGANIZAȚIONALĂ. ASPECTE SOCIALE ALE MEDIULUI DE MUNCĂ	83
Cap. XII. Elena-Delia Boghean. Diabetul - posibilă cauză a inaptitudinii în evaluarea psihologică din domeniul siguranței circulației ?!	85
CAP. XIII. Viorel Constantinescu. Mobbing-ul, teroarea psihică la locul de muncă	89
Cap. XIV. Emanuela Marcu, Adrian Brate. Relația dintre cultura organizațională și performanța profesională într-o organizație cu profil de pariuri sportive și jocuri de noroc	95
Cap. XV. Ioana Daniela Oros, Gabriela Rusu, Felicia-Roxana Frandeuș. Consimțământul informat. preambul comun studiilor clinice și industriale	105
Cap. XVI. Mihaela Stoica, Adrian Brate. Șefi sau subalterni ... la fel de singuri ?! Singurătatea la locul de muncă într-o unitate medicală: asocierea cu ierarhia, atașamentul, suportul și vechimea în organizație	109

**Partea a IV-a: PSIHLOGIE EXPERIMENTALĂ ȘI METODOLOGIE
DEZVOLTAREA UNOR NOI METODE DE CERCETARE ȘI INTREVENȚIE**

Cap. XVII. Horațiu Paul. Adolescentul de la comportamentul deviant la comportamentul aberant. studiu de caz	109
Cap. XVIII. Alexandra Preda. Influența întrebărilor sugestive în mărturia post-eveniment și impactul acestora asupra memoriei	120
Cap. XIX. Simona Maria Vlădica. New Media, metoda de învățare a viitorului – aplicație metodă de educație medicală cu ajutorul imaginilor video	128
Partea a V-a: ALTELE / DIVERSE	131
Cap. XX. Mirela Aldea. Corelate ale procrastinării în mediul academic	133
Cap. XXI. Laura-Giorgiana Muraru. Atitudinea față de infractori. Relația dintre moralitate, empatie și atitudini	139
Cap. XXII. Ioana Radu. Absolvenții crizei – noi provocări pe piața forței de muncă	144
Cap. XXIII. Anca-Gabriela Toader, Ramona-Claudia Pașca. Impactul cognițiilor parentale și al comportamentelor disruptive ale copiilor cu tulburări de spectru autist asupra distresului parental	152
Marius Milcu. Considerații privind cercetarea modernă în psihologie: noi direcții și perspective	171

INDEX DE AUTORI

Aldea, Codruța-Georgeta Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	49, 53
Aldea, Mirela Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	143
Bentu, Doinița Cabinet Individual de Psihologie Doinița Bentu	35
Blaga, Sabina CIP Blaga Sabina	73
Boghean, Elena-Delia Asociația pentru Studii Calitative și interculturale în Psihologie Sibiu	85
Brate, Adrian Tudor Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	95, 109
Constantin, Alina Universitatea “Eftimie Murgu” din Reșița	57
Constantinescu, Viorel Asociația de Psihologie Aplicată în Securitatea Privată	89
Corcaci, Georgiana Universitatea “Petre Andrei” din Iași, Facultatea de Psihologie Și Științele Educației	35
Decean, Monica C.J.R.A.E Sibiu	67
Dumitrescu, Simona Mariana Societate civilă profesională de psihologie State și Dumitrescu “PSI4U”,	13
Frandeș, Felicia–Roxana Cabinet Medical Individual dr. Frandes Felicia Roxana	105
Han, Felicia CIP Han Felicia	73
Julecătean, Dorina GSIM Lupeni, IRSCA gifted education	73
Marcu, Emanuela Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	95
Muraru, Laura-Giorgiana Cercetător independent	149
Oieru, Dana Sonia Inspectoratul Teritorial Al Poliției De Frontieră Oradea	17
Oros, Ioana Daniela SISE TN	105
Pașca, Ramona-Claudia Pașca Ramona-Claudia Cabinet Individual de Psihologie	27, 163

Paul, Horațiu Cercetător independent, Brașov	117
Preda, Alexandra Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	129
Radu, Ioana Cabinet Individual de Psihologie Radu Ioana, Cluj Napoca	155
Rășcanu, Ruxandra Universitatea din București	35
Roman, Miruna Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	39
Rusu, Gabriela Clinica de Pneumologie Cluj	105
State, Mariana Societate civilă profesională de psihologie State și Dumitrescu “PSI4U”,	13
Stoica, Mihaela Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	109
Toader, Anca-Gabriela Centrul de Resurse și Referință in Autism “Micul prinț” Bistrița	27, 163
Vanu, Mihaela-Alina Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu	49
Vlădica, Simona Maria Facultatea de Psihologie, Universitatea Ecologică din București	137
Zaharia, Corina Mihaela Institutul de Studii pentru Ordine Publică, București	77

**Partea I-a:
PSIHOLOGIE EDUCAȚIONALĂ: CERCETARE ȘI EDUCAȚIE**

Cap. I ASPECTE PSIHOSOCIALE FAVORIZANTE DECLANȘĂRII CANCERULUI

SIMONA MARIANA DUMITRESCU¹ SI MARIANA STATE²

¹ Societate civilă profesională de psihologie State și Dumitrescu “PSI4U”, psihologie4u@yahoo.com

² Societate civilă profesională de psihologie State și Dumitrescu “PSI4U”, mariana@state.ro

ABSTRACT: Viața modernă supune individul la multe presiuni fără însă a declanșa boala în mod obligatoriu la toți. Stilul alimentar este în foarte mare măsură comun unui procent majoritar al populației (cancerul apărând însă chiar și la persoane cu alimentație sănătoasă).

Întrebarea care a determinat autorii să se orienteze către construirea instrumentului pe care s-a bazat studiul a fost: „ce anume determină această explozie de malignizări”. Ce au în comun acești oameni?

Cuvinte cheie: cancer, aspecte psihosociale, incapacitate de exprimare a emoțiilor.

MOTIVAȚIA STUDIULUI

Studiul s-a conturat ca urmare a impactului pe care l-a avut asupra autorilor frecvența diagnosticării cu cancer a persoanelor dragi din jurul lor, din familie sau din cercul de prieteni. La aceștia s-au adăugat prezența în psihoterapie a numeroase persoane care au dezvoltat „fobie de cancer” fie pentru că aveau în familie bolnavi de cancer fie pentru că au fost diagnosticați recent.

Prin urmare chestionarul realizat are menirea de a culege cât mai multe informații despre factorii psihosociale implicați în apariția cancerului.

METODOLOGIE

Instrumentul de lucru este un chestionar realizat de autorii studiului, ce conține un număr de douăzeci de întrebări de tip închis și deschis.

Obiectivele lucrării:

1. Identificarea factorilor non genetici implicați în declanșarea cancerului.
 2. Sublinierea aspectelor psihosociale favorizante declanșării cancerului.
 3. Relevarea unor aspecte noi, prin centralizarea experiențelor individuale ale pacienților chestionați.
- Aplicarea chestionarului a relevat o serie de aspecte conexe fenomenului studiat:

- s-a constatat accesul limitat la subiecți. Medicii sunt cei care „protejează” pacienții, considerând componenta medicală ca fiind prioritară. Astfel se limitează accesul la informații al pacienților. Încă mai trenează mitul conform căruia „pacientul nu trebuie să cunoască diagnosticul”. Unii medici curanți au refuzat chiar fără a motiva în vreun fel accesul la pacienții pe care îi au înregistrați.

Eșantionarea. Eșantionul este neprobabilistic, de intenționalitate. Având în vedere imposibilitatea identificării pacienților diagnosticați cu cancer din municipiul Constanța, s-a procedat la identificarea grupurilor de pacienți. Astfel au fost identificate trei grupuri: primul, al pacienților internați în cadrul Secției Oncologie medicală a Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța, al doilea grup cel al pacienților aflați în tratament ambulatoriu prezenți în sala de tratament, și al treilea grup compus din femeile aflate în grupul de sprijin al femeilor bolnave de cancer la sân din Constanța.

Eșantionul cuprinde un număr (N) de 59 de subiecți și este alcătuit din 8 subiecți de sex bărbătesc și 51 de sex femeiesc.

Din punct de vedere al localizării cancerului: cancer mamar 30 subiecți, cancer de col uterin 7, cancer de colon 4, cancer pulmonar 3, cancer ganglionar 1, cancer de prostată 1, cancer renal 1, cancer de piele 1, subiecți care nu-și cunosc diagnosticul 11.

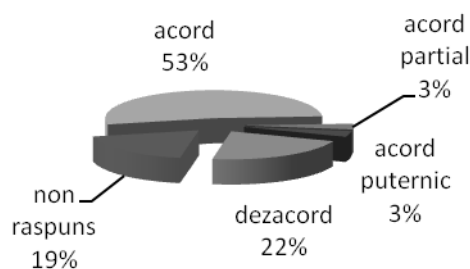


Figura 1. „Cancerul este boala supărării, a lipsei de iertare”

„nu pot să-l iert pe soț nici acum”; „este adevărul meu: nu mi-am asumat greșelile când le-am simțit și m-am străduitsă fac să meargă ceea ce nu putea merge”



Figura 2. Percepția influenței eredității

Se afirmă despre cancer că are determinare plurifactorială discutându-se în mare măsură despre rolul eredității, al alimentației (prin componenta sa chimică), mediului poluat, toxic și al stresului.

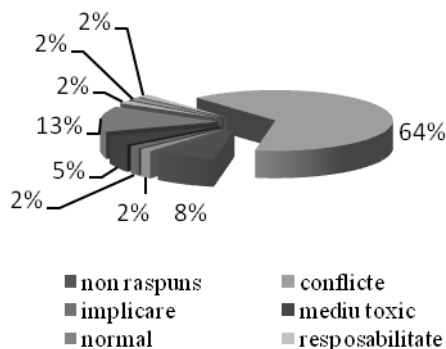


Figura 3. Aspecte legate de muncă

Literatura de specialitate indică aspecte care explică boala prin: traume, trasături de personalitate, stil personal.

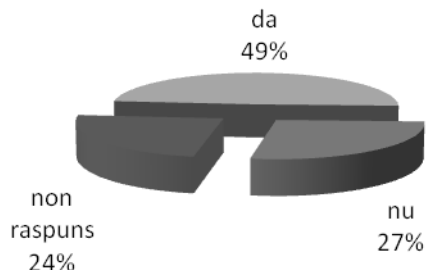


Figura 5. Prezența traumei nerezolvate

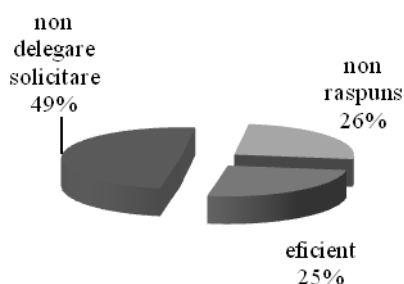


Figura 4. Rezolvarea de probleme

Analiza statistică a relevat prezența gândurilor sau sentimentelor negative la fiecare subiect chestionat, cel puțin într-unul din domeniile vieții. Autorii au constatat faptul că traumele sau poziționarea negativă în relație cu evenimentele trecute nu sunt de fiecare dată formulate ca răspuns la itemii specifici, însă traumele apar menționate ulterior, în legătură cu alte aspecte indicate de întrebări. Traumele sau gândurile negative menționate în răspunsurile altor întrebări nu au fost adaugate în prelucrarea statistică.

„eu am tras la jug, la treabă, eram ca și calul”; „heirupist”; „mă închideam în baie și plângeam”

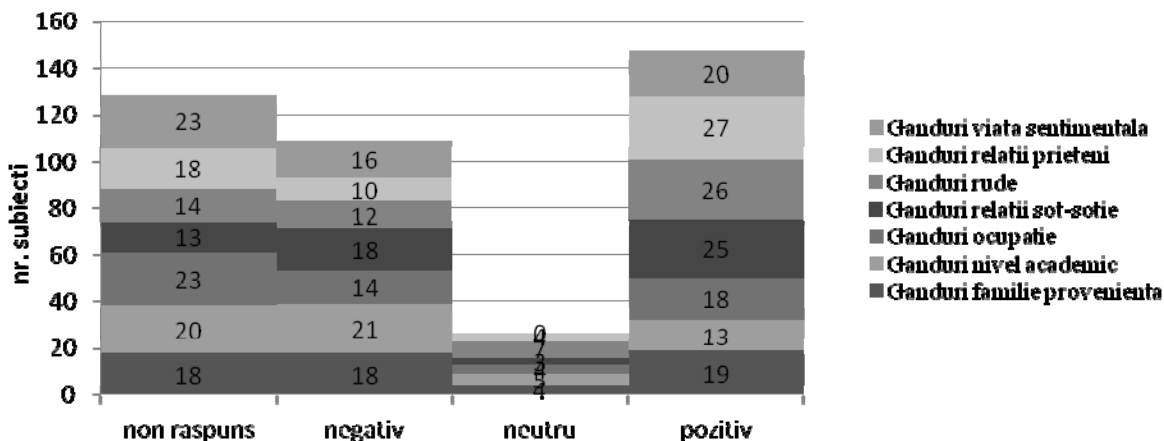


Figura 6. Gânduri recurente în legătură cu trecutul

Gânduri în relație cu familia de proveniență: „eu nu pot să-i judec”; am nimerit unde nu trebuie, eu îmi doream alți părinți”.

Gânduri în relație cu soțul/soția: „era să fac un șoc, m-am luat de fumat”; „m-am căsătorit de proastă”; „după ani de înțelegere și iubire a venit coșmarul”; jignită fără limită”; stăteam pe marginea patului și îmi imaginam cum îmi sufoc soțul, așa de mult îmi doream să scap de el”.

Sentimente identificate în legătură cu familia de proveniență: „frustrări, dorința de libertate, precauție sporită, furie, tristețe”;

Sentimente identificate în legătură cu soțul/soția: „obișnuință, suspiciune, gelozie, non-comunicare, tristețe, deziluzie, alternând cu liniște și pace”.

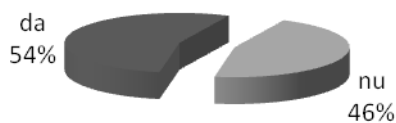


Figura 7. Ascunderea trăirilor

„nu-mi place să jignesc, mai bine zic că eu sunt proastă”; „tac și nu comunic cu nimeni”; „îmi fac tot felul de gânduri: De ce? Cum? Ce-am făcut?”.

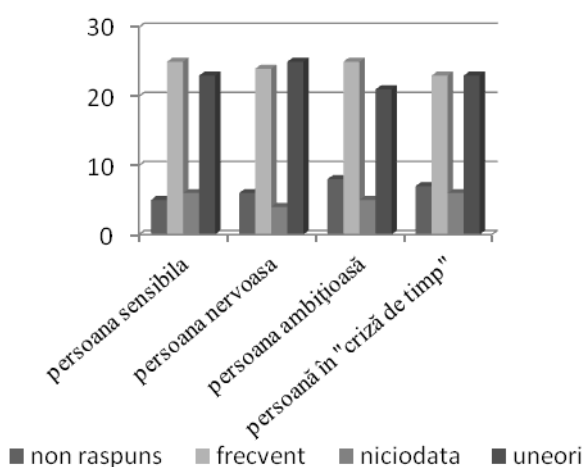


Figura 8. Caracteristici ale personalității

Subiecții au indicat o serie de cauze personale pe care le consideră în legătură cu apariția cancerului lor: „desconsiderarea sufletului și orientarea spre activități care a culminat când am realizat inutilitatea realizărilor și am simțit un gol”.

De asemenea au menționat o serie de schimbări pe care în mod magic le-ar face în trecutul lor: „aș căuta sentimentul de iubire, să-l obțin și să-l dăruiesc într-o mai mare măsură”; informare asupra bolii. Dacă știam cum se produce, ce este de fapt și ce poate cauza eram mai precaută”; aș echilibra considerent munca cu relaxarea (și aici mă gândesc la plimbări, călătorii).

Se remarcă incapacitatea subiecților chestionați de a-și identifica propriile gânduri și sentimente în relație cu evenimente din trecut și cu traumele trăite. În mod special subiecții exprimă sentimente și gânduri apreciate ca fiind bune sau foarte bune atunci când sunt chestionați în legătură cu familia de origine sau cu proprii copii. Ulterior se constată modalități de raționare descrise în termen de problemă (chiar evenimente traumatizante) fie în familia de origine fie în relațiile cu copiii. Acest fapt se încadrează atât în modul de a nega specific tuturor subiecților chestionați

cât și, îndrăznim să afirmăm, se datorează educației care face presiuni asupra individului, care își asumă rolul de părinte sau de fiu/fiică, și este perceput ca având un eșec personal dacă nu reușește să aibă relații bune cu familia.

CONCLUZII

Cancerul are determinare multiplă, factorii psihosociali au rol în delanșarea acestuia.

Se constată lipsa de preocupare pentru binele personal (alocare de timp pentru alimentație echilibrată, odihnă, dezvoltare personală, autovalorizare).

Incapacitatea de a recunoaște și exprima emoțiile, de a veni în contact cu propriile emoții, cu acumularea de trăiri intense nemanifestate – ascunse).

Centrare pe rezolvare de probleme în discordanță cu capacitățile personale (nerespectarea sau nerecunoașterea limitelor personale, adevărate „aspiratoare de probleme”).

BIBLIOGRAFIE

- Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552–568.
- Blake-Mortimer, J., Gore-Felton, C., Kimerling, R., Turner-Cobb, J. M., & Spiegel, D. (1999). Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: A review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer* 35, 1581–1586.
- Compas, B. E., Haaga, D. A., Keefe, F. J., Leitenberg, H., & Williams, D. A. (1998). Sampling of empirically supported psychological treatments from health psychology: Smoking, chronic pain, cancer, and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 89–112.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry* 52, 100–113.
- Leszcz, M., & Goodwin, P. J. (1998). The rationale and foundations of group psychotherapy for women with metastatic breast cancer. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 245–273.
- Spiegel, D. (1999). A 43-year-old woman coping with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 282, 371–378.
- Spiegel, D. (1999). Psychotherapy for cancer patients. In D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spiegel, D., & Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients: A research-based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books.
- Trijsburg, R. W., van Knippenberg, F. C., & Rijpma, S. E. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosomatic Medicine* 54, 489–517.

Cap. II

TULBURĂRILE DE COMPORTAMENT ALIMENTAR ȘI REGLAJELE EMOTIONALE LA PACIENTUL DIABETIC

DANA SONIA OIERU

Inspectoratul Teritorial Al Poliției De Frontieră Oradea, oierusonia@yahoo.com

ABSTRACT: Societatea în care trăim ne solicită din ce în ce mai mult, stresul ajungând să ne bulverseze starea de spirit și emoțiile. Organismul este pus în situația de a declanșa răspunsul biochimic necesar supraviețuirii sale. Astfel, acesta dictează încetinirea metabolismului și eliberarea unor substanțe chimice precum cortizol, leptina și alți hormoni, stocând totodată grăsimi, cu preponderență în regiunea abdominală. Persoanele care, în lipsa unor mecanisme de coping mai adaptate, au tendința de a mânca din cauza stresului, preferă hidrocarburile întrucât acestea ridică nivelul de serotonină, dându-le astfel senzația de bună dispoziție. Acest soi de “auto-medicatie” se constituie în factor favorizant sau chiar declanșator pentru anumite afecțiuni: diabet zaharat, obezitate, HTA etc.

Key words: comportament alimentar hiperfagic, mâncat compulsiv, inteligență emoțională, coping centrat pe emoție, coping centrat pe problemă.

1. INTRODUCERE

Considerații teoretice. În mod firesc, oamenii trebuie să-și găsească echilibrul și răspunsuri adaptate solicitărilor mediului în care trăiesc. Stresul nu trebuie privit doar ca un fenomen negativ deoarece un nivel moderat de stres poate fi chiar un important factor motivațional sau poate fi un instrument în dobândirea unei adaptări dinamice și constructive la noi situații. Dacă starea de sănătate este considerată un echilibru dinamic, stresul este o parte a acestui echilibru. Nu există stare de sănătate fără o interacțiune cu alți indivizi sau cu alte medii, însă stresul excesiv poate deveni patologic în absența unor mecanisme de coping adecvate. Cu alte cuvinte, unele tipuri de stres sunt chiar ceva normal și necesar, atât la serviciu cât și în afara lui. În cazul în care stresul este intens, continuu sau repetat, atunci acesta poate deveni un fenomen negativ ce poate conduce la îmbolnăvire fizică și suferință psihologică. În contextul , aceasta generează adesea adaptări inadecvate la diverse situații. Din punct de vedere ontogenetic, stresul are o mare valoare adaptativă, ființele umane dezvoltând o reacție la pericole, amenințări și presiuni, având drept obiectiv primordial pregătirea lor pentru activități fizice intense, de tipul “luptă sau fugi”. Acest fapt implică o accelerare a ritmului cardiac, a respirației, precum și irigarea accentuată a musculaturii. Din punct de vedere chimic se eliberează adrenalină și noradrenalină, acest fapt având drept efect ridicarea nivelului de glucoză și de acizi grași liberi în fluxul sanguin, pentru a asigura astfel mai multă energie. Pe de altă parte, nivelul ridicat de stres, determină o varietate de tulburări și boli, a căror plajă de consecințe patologice se întinde de la oboseală cronică la depresie, incluzând insomnia, anxietatea, migrenele, accesele emoționale, alergiile, abuzul de alcool, tutun și mâncare. Pe termen lung, stresul poate contribui la declanșarea și dezvoltarea bolilor de inimă și cerebro-vasculare, a ulcerului peptic, a bolilor inflamatorii și probleme musculo-scheletale. De asemenea, poate altera funcțiile sistemului imunitar care, în cele din urmă, pot facilita dezvoltarea formelor de cancer. În linii mari, aceste tulburări sunt responsabile pentru o mare parte de boli, decese,

infirmități și spitalizări. Pe termen scurt, stresul poate avea efecte negative asupra comportamentului unei persoane, având drept rezultat incapacitatea de a reacționa adecvat, alterând astfel modurile de promovare a unei stări de sănătate. Există însă

și persoane pentru care stresul reprezintă un factor puternic energizant. Aceste persoane dispun nativ sau și-au dezvoltat prin antrenament rezistența la stres, făcându-se remarcate după următoarele trăsături: siguranță de sine în diferite situații limită; consideră schimbarea drept o provocare la competiție, nu o amenințare; disponibilitate mare de a-și asuma riscuri; implicare profundă în viața profesională și personală; flexibilitate în opinii și în acțiuni; asumarea faptului că nu pot schimba situațiile stresante, dar le pot accepta și depăși etc.

Posibilele efecte ale stresului pot fi grupate în cinci mari categorii, după cum urmează:

- *efecte fiziologice:* creșterea glicemiei, a pulsului, a tensiunii arteriale, uscăciunea gurii, transpirații reci, dilatarea pupilelor;

- *efecte subiective:* anxietate, agresiune, apatie, plictiseală, oboseală, indispoziție, scăderea încrederii în sine, nervozitate, însingurare;

- *efecte comportamentale:* comportament impulsiv cu predispoziție la accidente, alcoolism, abuz de cafea, tendința de a mânca și/sau de a fuma excesiv;

- *efecte cognitive:* scăderea abilității de a adopta decizii raționale, deficit de concentrare cu scăderea globală a atenției, hipersensibilitate la critică, blocaje mentale, randament cognitiv scăzut;

- *efecte organizaționale:* absenteism, productivitate scăzută, izolare, insatisfacție în muncă, reducerea responsabilității, diminuarea dramatică a loialității față de organizație, comportament retractiv cu demisie.

Influența stresului asupra unei persoane se poate, deci, manifesta într-o mare varietate de forme însă *felul în care acesta reacționează* reprezintă ingredientul esențial care face diferența dintre efectele acestuia. Astfel, pentru a se elibera de stres, mulți oameni recurg la droguri, tutun, alcool, mâncare etc. Totuși, stresul nu trebuie să conducă neapărat la abuz. Consumul de bautură este considerat o reacție la/sau mijloc de

soluționare a evenimentelor de stres major, tipice unei grupe de vârstă, cum ar fi pensionarea sau decesul partenerului de viață. Totuși, cercetări care au vizat observații atente realizate asupra acestei categorii de persoane sugerează că acelea care au reușit în general pe parcursul vieții în controlul stresului, nu recurg la astfel de strategii.

Stresul poate afecta, după cum am arătat mai sus, și *comportamentul alimentar* al persoanei. Unele persoane tind să mănânce mai puțin atunci când se simt stresate, în timp ce altele, cu mult mai consistente numeric, recurg la mese supradimensionate. Pentru o perioadă scurtă de timp aceasta nu se constituie într-o problemă, dar stresul cronic poate contribui la problemele de greutate cât și la problemele asociate unei diete și alimentații problematice. Observațiile au aratat ca unele alimente (dulciurile, în special cele concentrate cum ar fi ciocolata, pastele făinoase etc) activează producția de endorfine în creier ceea ce diminuează stresul și disconfortul. Este suficientă repetarea acestei conexiuni stres-disconfort-dulciuri-comfort psihologic, pentru formarea unor practici păguboase în gestionarea stresului. Alte cercetări aduc în lumină faptul că, cu cât o persoană se situează mai mult timp sub acțiunea stresului, cu atât mai ridicat va fi nivelul de endorfine în sânge, dezvoltând parcă un soi de dependență față de acestea. Natura acestor conexiuni nu este încă foarte clară, dar ele sugerează posibile legături între endorfine și pofta pentru anumite alimente.

S-a demonstrat științific că există o relație importantă între emoție și boală. Emoțiile negative, precum anxietatea sau depresia, sunt binecunoscuți factori patogenetici, iar combaterea lor nu ar trebui omisă de nici un program terapeutic. Pe de altă parte și incapacitatea de exprimare a emoției este un element patogenetic, deoarece se însoțește de focalizarea atenției spre simptome somatice fără echivalent organic. Persoanele introspective, marcate de un înalt nivel de disconfort și insatisfacție, care stăruie asupra eșecurilor și greșelilor lor, tind să fie negativiste, concentrându-se asupra aspectelor negative ale celorlalți și ale lor. Această categorie de persoane se evidențiază printr-o hipervigilență asupra propriului corp, viziune pesimistă asupra vieții, depresie, predispoziție spre reacții emoționale asupra organismului sub Influența stresului, tendința de a-și amplifica suferința, tendința de a utiliza mecanisme de apărare inadecvate împotriva cauzelor psihice ce stau la baza disconfortului resimțit, tendința de a apela la îngrijiri medicale pentru simptome comune etc.

În ceea ce privește efectul stresului asupra evoluției unei boli, dacă o persoană are deja o boală, cum ar fi o boală de cord sau o formă de diabet, atunci accentuarea tensiunii musculare și creșterea nivelului de zahăr din sânge, generate de stres, pot agrava aceste afecțiuni. Studiile au aratat că stresul prelungit este corelat cu debutul unei boli sau maladii, după cum este la fel de adevărat că anumite feluri înăscute sau dobândite de a metaboliza stresul (mecanisme de coping) joacă un rol de veritabil tampon, care ajută persoana să facă față victorioasă stresului.

Există o puternică corelație între stres și anumite răspunsuri fizice și fiziologice, însă nu s-a dovedit o

relație directă de cauzalitate. Există, în schimb, dovezi consistente că stresul poate elimina capacitatea sistemului imunitar de a lupta cu boala, ca în cazul infecțiilor virale, a bolilor autoimune sau unele forme de cancer. Însă influența incontestabilă a stresului se regăsește în modul în care indivizii *abordează boala*.

Deoarece *tensiunea arterială* a unor indivizi se ridică uneori în reacțiile la un stresor, oamenii de știință au suspectat o posibilă legătură între stres și hipertensiune. Hipertensiunea cronică, stare susținută prin tensiune arterială înaltă ce poate conduce la boala cardiovasculară - este apreciată ca fiind legată de stres. Cercetările au relevat faptul că indivizii ce au lucrat sub mare presiune psihologică (de exemplu, piloții de aeronave, polițiștii, personalul implicat în misiunile speciale) și acei care sunt expuși la stresul susținut al mediului (persoanele care lucrează în locuri cu nivele ridicate de zgomot) tind să dezvolte o tensiune arterială mai ridicată decât acele persoane care trăiesc și muncesc într-o atmosferă mai puțin încărcată de tensiune.

S-au identificat anumite legături ce pot fi explicate între *boala de inimă* și anumite comportamente de tip A, ce deja au fost asociate cu nivele ridicate de stres. Astfel s-ar putea spune ca personalitatea predispusă la boala coronariană este una care suspectează motivele altora, se simte în mod frecvent furioasă și își exprimă ostilitatea neținând cont de sentimentele celorlalți. Alți cercetători însă, nu sunt convinși ca ar exista o legătură între comportamentul de tip A și boala de cord. Astfel, studiile acestora sugerează că factorii de risc pentru boala de cord ar avea legătură mai degrabă cu problemele emoționale cum ar fi: incapacitatea de a percepe și verbaliza emoțiile negative (de exemplu, exprimarea furiei) și de a le soluționa în mod eficient. Însă și ei sunt de părere că, deși stresul poate fi un factor secundar în incidența bolii de inimă, el totuși nu trebuie subestimat. *Nevroza cardiacă* apare ca boală psihosomatică la persoanele agresive, iritabile, ușor frustrabile și predispușe la boala arterială coronariană. Simbolizează presiunea socială de a adopta un rol, un comportament opus aptitudinilor și pulsionilor obișnuite, ostilitate oprimată, agresivitate în cazul colericilor. Prezintă aritmii frecvente ce pot cauza moarte subită la unii bolnavi care trec printr-un șoc psihologic sau o catastrofă masivă. Se recomandă modificări ale stilului de viață prin încetarea fumatului, consumului de alcool, scăderea în greutate, scăderea colesterolului pentru limitarea factorilor de risc.

Rolul stresului în dezvoltarea *cancerului* este foarte mult analizat. Există date ce confirmă că tensiunea psihică poate juca un rol în debutul cancerului la anumite persoane ce pot fi predispușe să dezvolte această maladie. Deși există controverse că anumite emoții sau trăsături de personalitate pot accentua riscul persoanelor pentru cancer, totuși posibilitatea unei astfel de relații este încă în studiu. De altă părere, cercetătorii de la Centrul de Oncologie din New York au concluzionat că stările și trăsăturile psihologice pot afecta transformarea celulelor normale în celule canceroase. Ei au identificat trei tipuri de factori de risc: stresul, trăsăturile de personalitate (sau stilurile de soluționare) și obiceiurile personale, de exemplu:

fumatul. Este cu totul acceptat ca odată ce individul este diagnosticat ca având cancer, starea emoțională a acestuia se va constitui într-unul din factorii ce determină reușita tratamentului. Sunt cunoscute nenumarate rapoarte ale pacienților care consideră că o vor lua de la început sau au descoperit ceva pentru care să trăiască și au ajuns în remisie (stare în care simptomatologia dispare) ori s-au refăcut complet. În alte cazuri, la acei pacienți care erau în remisie, traumele emoționale severe au fost asociate cu reapariția cancerului.

Prin alterarea sistemului nervos și a celui hormonal, stresul persistent facilitează apariția climatului fertil pentru cancer. Nu se cunoaște mecanismul exact, stresul putând avea un efect direct asupra sistemului imunitar - grup de mecanisme din organism ce lucrează sinergic pentru a lupta cu infecția - prin reducerea capacității sale de funcționare eficientă, sau efect indirect, asupra rezistenței organismului la infecție: dacă persoana are o alimentație săracă, își neglijează întreținerea fizică, nu doarme, fumează sau bea prea mult sau manifestă o conduită prin care își poate periclita sănătatea. Persoanele care au avut de suferit pe termen lung de pe urma evenimentelor stresante în viață, tind să manifeste modificări imunologice ce pot conduce la infecții cât și la maladii maligne.

Atât diabetul cât și ulcerul au conexiuni directe cu stresul. În cazul formelor de diabet, atunci când stresul generează creșterea nivelului de glucoză în sânge, celulele pancreatice reacționează, producând insulina, un hormon ce ajută la reglarea nivelului de glucoză în sânge. Stresul cronic poate distruge aceste celule, care nu pot fi înlocuite, eliminând sever capacitatea pancreasului de a elabora insulina necesară pentru a controla nivelul glucozei în sânge. Acest fapt are ca rezultat un risc crescut pentru declanșarea diabetului, în special la acei indivizi care au predispoziție genetică la boală. Legătura dintre stres și apariția diabetului zaharat poate fi observată în toate cele trei stadii ale acestei afecțiuni, rezultat al răspunsului al organismului la stres:

- *stadiul de alarmă*- apare la primul contact cu agentul stresor și este însoțit de descărcarea crescută de adrenalină - acest stadiu se asociază și cu scăderea nivelului de insulină și intensificarea transformării glicogenului (substanță prezentă în mușchi) în glucoză, drept pentru care nivelul de glucoza în sânge va crește, pentru a putea furniza mușchilor mai multă energie. Apar tremurături însoțite de nervozitate, tensiune și anxietate.

- *stadiul de rezistență* - apare la contactul repetat cu agentul stresant și în care este eliberat cortizonul- pe langa alte efecte, provoacă transformarea proteinelor și a acizilor grași din ficat în glucide provocând creșterea cantității de zahăr în sânge (hiperglicemie), prin aceasta suprasolicitanđ funcțiile pancreasului. De asemenea din glanda hipofiză se generează HGH (hormonul uman de creștere) care favorizează transformarea grăsimilor (lipidelor) în glucide provocând hiperglicemie (creșterea cantității de zahăr în sânge) chiar dacă persoana nu a consumat alimente. Astfel că stresul cronic duce la hiperglicemie constantă, datorata acestor cauze.

- *stadiul de epuizare*- mecanismele proprii de adaptare

ale organismului uman la stres sunt depășite, apare diabetul zaharat, manifestat prin niveluri constant crescute ale glucozei în sânge și care necesită tratament atât prin corectarea dietei cât și prin modificarea stilului de viață, creșterea toleranței la stres, precum și eliminarea efectelor acestuia asupra organismului.

Ulcerul digestiv este o inflamare în "capușeala" stomacului, cauzata prin secreția excesivă de acid gastric, producând în mod frecvent durere severă și putând genera sângerări dacă peretele stomacului se perforază. Chiar dacă încă nu se cunoaște cauza ulcerelor digestive, se acceptă în general că stresul poate agrava această stare. Aparatul digestiv prezintă afecțiuni centrate pe nevoia de siguranță. Hrana reprezintă "forma elementară de posesie" iar digestia - modul de management, utilizare a ceva dobândit. Somatitele și gingivitele simbolizează dificultăți în inițierea și stăpânirea unei situații. Tulburările de deglutiție - dificultatea de a accepta o situație; Anorexia, greața, voma - dezgust, repulsie; Dureri gastrice, hipermotilitate, spasm piloric sau ulcer - dificultatea cronică de a gestiona o situație; Durere, colita, colon iritabil- incapacitatea de a finaliza ceea ce se începe; Constipație cronică - incapacitatea de a se despărți de ceva; Diaree cronică - dorința de a se elibera de ceva sau de a scăpa, toate aceste corespunzătoare subliniind încă o dată intricarea organicului cu psihicul în declanșarea anumitor boli. Deoarece stresul afectează răspunsul imunologic al organismului, acesta a fost asociat cu *astmul și alte alergii*, cum ar fi febra fânului. Aceste stări rezultă adesea din reacția sistemului imunitar al organismului la un agent de invadare. Organismul invadat produce lanțuri de evenimente prin care se produc substanțe denumite anticorpi, care, la rândul lor stimulează eliberarea substanțelor chimice ce vor genera modificarea fiziologică, multe fiind poate mult mai iritante și vătămătoare decât agentul de invadare original. Astmul bronșic se caracterizează prin crize precipitate de stres, infecții respiratorii, alergii. Conform teoriilor psihologice, pacientul prezintă dependență și anxietate de separare, boala nefiind decât un strigăt suprimat după iubire și protecție. Dacă bolnavul este copil, atunci este posibil ca acesta să fie hiperprotejat și este indicat să fie încurajat spre activități independente specifice vârstei.

Tusea și sughitul simbolizează încercarea de ușurare de tensiune interioară sau de a scăpa de dorințele și pulsionile percepute ca fiind periculoase. Tusea poate fi privită ca un protest prin care se încearcă să se exprime o furie imposibil de exprimat în cuvinte, dezgust sau ostilitate. Are ca echivalent digestiv vomitarea. Sughitul apare frecvent la copiii expuși unor comportamente ambivalente din partea părinților: generozitate extremă și punitivitate exagerată. Acesta reprezintă expresia lipsei de protecție și de afecțiune.

Sindromul de hiperventilație apare de trei ori mai frecvent la femei decât la bărbați. Simbolizează o suportabilitate exagerată a trăirilor emoționale și o reținere în exprimarea sentimentelor. Din punct de vedere statistic, 90% din cazurile de hiperventilație au origine emoțională. Se asociază cu: tahicardie,

transpirații, extremități reci, angina, dureri abdominale, meteorism, spasme în extremități, parestezii.

Se consideră că stresul agravează câteva *aspecte ale pielii*, cea mai severă fiind eczema. Aceasta stare de inflamare este caracterizată prin înroșire, mâncărime și leziuni create de transpirație, pielea devenind încrustată sau întărită. Eczema poate dispărea sau persista câteva luni sau chiar ani. Medicii au observat că, atunci când nivelul de stres este ridicat, eczema sau alte tulburări ale pielii se extind. Afecțiunile pielii apar cu predilecție la persoanele anxioase, obsesionale, cu nevoie crescută de control sau cu grad crescut de dependență. Simbolizează imposibilitatea exprimării sentimentelor de furie, nevoie de independență, conflicte interpersonale. Expresii ca "a avea obrazul gros", "a te baga pe sub pielea cuiva", "a nu-și încăpea în piele" ilustrează relația dintre piele și emoții, caracter. Pielea este organul cu cea mai importantă expresie psihosomatică. Este cunoscut faptul că pielea și creierul sunt singurele organe cu aceeași origine embriologică – ectoderm. Înroșirea, paloarea, "pielea de găina" sunt expresii ale conflictelor noastre interioare, ale emoțiilor noastre.

Stresul generează frământări emoționale, care pot agrava dereglările emoționale existente sau pot inflama un teren fragilizat, sensibil, cu predispoziție genetică la *decompensare psihiatrică*. Totuși este dificil de stabilit cu exactitate rolul stresului în producerea tulburărilor emoționale și mentale. În zilele noastre există numeroase teorii despre posibilele relații dintre stress și disfuncția mentală. Observațiile au evidențiat o incidență ridicată a evenimentelor de stres major din viața cu puțin timp înainte de debutul schizofreniei, depresiei și tulburărilor non-psihotice. Unele teorii presupun că unii indivizi se nasc cu predispoziție la tulburările mentale, care pot transpărea sub acțiunea unui stres neobișnuit.

2. STRESS, DIABET ȘI TULBURĂRI DE COMPORTAMENT ALIMENTAR

Diabetul este una dintre bolile considerate a avea tendințe epidemice la începutul acestui mileniu. Favorizată de sedentarism, obezitate, stres, poluare, boala diabetica este consecința unei tulburări de metabolism; în mod normal, sistemul digestiv transformă o parte din conținutul alimentelor ingerate în glucoză, un fel de zahar care pătrunde apoi în circuitul sangvin și transportat la nivelul celulelor care, pentru a furniza energie organismului, au nevoie de acest "combustibil". Glucoza, ca să fie acceptată de celule, are nevoie însă de un însoțitor, adică de insulină, care este fabricată de pancreas. În cazul diabetului, pancreasul nu mai produce cantitatea de insulină capabilă să facă față întregii cantități de glucoză (diabetul de tip 1) sau organismul nu mai răspunde corect la insulina produsă (diabetul de tip 2). În ambele tipuri de diabet glucoza pătrunde în celule în cantități limitate, în timp ce o parte din "zahăr" se acumulează în sânge, apoi se revarsă în urină și este eliminat din organism fără să fie folosit. Amândouă tipurile de diabet pot duce în timp la complicații - boală cardiacă, insuficiență renală, afectări ale nervilor, orbire etc. Explicația acestor probleme de sănătate complementare

diabetului constă în afectarea vaselor sangvine ale corpului.

Statisticile arată că diabetul de tip 1 reprezintă unu din 10 cazuri de diabet; este cunoscut și sub denumirea de diabet zaharat insulino-dependent sau diabet juvenil și se declanșează de obicei înaintea vârstei de 30 de ani. Bolnavii de diabet de tip 1 trebuie să primească zilnic insulina, pe tot parcursul vieții. Simptomele pot debuta brusc și se manifestă prin sete excesivă și nejustificată, urinare frecventă, senzație de foame acută, pierdere în greutate, oboseală fizică și psihică.

Diabetul de tip 2 este forma cea mai frecventă de diabet. Este numit și diabetul zaharat noninsulino-dependent sau diabetul apărut la adult, în general după vârsta de 40 de ani. În funcție de caz, menținerea bolii sub control constă în dietă specială și regim de viață echilibrat, la care se adaugă (sau nu) administrarea de medicamente (suplimente de insulină). În ceea ce privește simptomele debutului bolii, acestea sunt destul de insidioase; mulți bolnavi cu diabet de tip 2 au foarte puține sau chiar nici un simptom. Oricum, simptomatologia se dezvoltă lent și constă în: sete și urinare mai frecvente decât în mod obișnuit, vedere încețoșată, infecții urinare repetate, cicatrizare greoaie a rănilor, nervozitate, amețeli, pierderea treptată a sensibilității la mâini și la picioare. Controlul diabetului este foarte fragil și vulnerabil la orice abatere. O cantitate prea mică sau prea mare de alimente la o masă, consumul unui aliment incompatibil cu diabetul, orice altă boală, stresul excesiv, suprasolicitarea fizică etc toate pot afecta în sens negativ nivelul zaharului în sânge. Există însă și reversul, cel al unui regim de viață favorabil: dieta, exercițiile fizice, și deprinderea de noi strategii de gestionare a stresului.

Comportamentul alimentar desemnează atitudinea omului în fața hranei, fiind o componentă importantă a alimentației. Este foarte important ce mâncăm, dar aceasta nu înseamnă că putem neglija modalitatea în care mâncăm, dacă dorim să trăim sănătos. Contează în mare măsură nu numai ce mâncăm ci și *cum mâncăm*.

Nu toate dezechilibrele care provin dintr-o alimentație nesănătoasă au o cauză directă cu cantitatea sau calitatea hranei. Unele perturbări resimțite de organism își au originea într-un comportament alimentar greșit. Devierile legate de comportamentul alimentar au la bază fie o obișnuință, deci o deprindere greșită, fie o *componentă psihică* mai mult sau mai puțin evidentă. În afara unor tulburări neuropsihice propriu-zise, cele mai grave perturbări ale comportamentului alimentar sunt anorexia și bulimia. Însă pe lângă acestea, există zeci de alte devieri de la un comportament alimentar adecvat, care devin obiceiuri nesănătoase de viață și peste care prea ușor se trece cu vederea. Dintre obiceiurile alimentare cele mai nesănătoase se numără: mâncatul pe fugă, înfulecatul alimentelor, mesele neregulate, vorbitul în timpul mesei, consumul de băuturi (apă, băuturi alcoolice, sucuri) odată cu mâncarea, supraalimentația sau subalimentația, *mâncatul compulsiv ca antidot al stresului* etc. Consecințele unui comportament alimentar inadecvat, se pot răsfărânga mai repede sau mai târziu asupra sănătății, luând forma unor tulburări ca: obezitatea, slăbirea pronunțată a organismului, constipație sau diaree,

diabet zaharat, ulcer gastric sau duodenal, enterite sau colite, litiază biliară sau urinară, etc.

Deoarece diabetul și tulburările de comportament alimentar implică în egală măsură managementul greutății, controlul mâncării și atenția acordată corpului, există persoane care folosesc diabetul pentru a justifica sau camufla o tulburare de comportament alimentar. Combinația dintre diabetul zaharat și tulburările de comportament alimentar este și ea destul de obișnuită. Se pare că tulburările de comportament alimentar apar mai frecvent la diabetici decât în populația generală, urmare a *modalităților caracteristice de management* a stresului.

Diabetul nu duce la anorexie sau bulimie dar poate crea condițiile propice pentru apariția anorexiei sau bulimiei. Și odată ce tulburarea de comportament alimentar a apărut, ea este uneori dificil de diagnosticat în contextul diabetului. Se știe faptul că persoanele care își administrează insulina pentru diabet pot ajunge să folosească insulina pentru a pierde în greutate, în cazul în care diabetul este concomitent cu o tulburare de comportament alimentar. Deși apare o pierdere în greutate, din punct de vedere biochimic această metoda de slăbire este foarte periculoasă. *Controlul* este și el un factor cheie, atât în diabet cât și în tulburările de comportament alimentar. Diabeticii pot simți vină, anxietate sau faptul ca nu reușesc să își controleze boala, fapt ce le generează stres, iar pentru a face față situației stresante activează copinguri emoționale iar comportamental, aleg să mănânce compulsiv, pentru "a se liniști". Anorexicele și bulimicele au aceleași sentimente atunci când greutatea lor corporală variază.

Copiii care au diabet zaharat au de multe ori părinți supra-protectori și care doresc să controleze totul. Părinții tinerelor cu anorexie și bulimie sunt de obicei la fel. În familiile în care părinții reacționează astfel poate apare o pierdere a granițelor între membrii familiei și copiii pot ajunge să se revolte prin anorexie sau bulimie, la nivel inconștient.

Cel mai frecvent oaspete din categoria tulburărilor de comportament alimentar în tabloul clinic al diabetului - *comportamentul alimentar hiperfagic* este motivat adesea de pacient de cauze decelabile: pubertate, menopauză, avort, sarcina, stress fizic, conflicte familiale, diverse conjuncturi sociale nefavorabile, casatoria și schimbarea modului de viață, schimbarea domiciliului cu modificarea accesului la hrană. Foz și Formiguera, în 1998, au stabilit șase subgrupuri teoretice de comportament alimentar la pacienții cu obezitate:

1. *big's* - marii gurmanzi care ingeră cantități mari de alimente la mesele principale;
2. *sweet's* - consumatorii de hidrați de carbon cu mare conținut caloric de mai multe ori pe săptămână;
3. *fast food's* - preferă mâncărurile rapide, pizza, cartofi prăjiți, chipsurile;
4. *snacker's* - cei care ingeră la gustare alimente cu înaltă încărcătură calorică (>150 kcal/gustare)
5. *binge's* - cei care ingeră constant un anumit aliment;
6. *bulimic's, alcoholic's* - cei care suferă de bulimie nervoasă și dependentă de alcool.

Cu toate acestea este imposibil de stabilit un tip standard de pacient obez. Se întâlnesc trăsături de

constrângere interioară, apatie, resemnare. Pacienții sunt deprimai, nu fac față situațiilor stresante și sunt vulnerabili. Hiperfagia, activitatea fizică redusă și excesul de greutate oferă o protecție iluzorie față de sentimentul de neadaptare.

Neuronutriția reprezintă o nouă abordare științifică, ce urmărește studiul bazei biologice a spiritului uman, pornește de la ipoteza că echilibrul nutritiv poate favoriza funcționarea optimă a creierului, cu implicații directe în plan psihic. În ultimele decenii, neuroștiințele au permis o cunoaștere mai bună a principalelor funcțiuni cerebrale, pe de o parte, și, pe de alta parte, a cerințelor nutritive ale creierului pentru favorizarea unei armonizări a funcțiilor psihice sau pentru tratarea unor anumite tulburări emoționale sau de comportament. În era postcarteziană, abolirea separării dintre trup și spirit ne permite să descoperim un creier care „flamânzește” și care cere, pentru asigurarea unei funcționări psihice echilibrate, „un meniu echilibrat” ce constă dintr-un amestec subtil de stimulări, inclusiv materiale cum ar fi hrana, pe lângă cele senzoriale, emoționale, cognitive și spirituale.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Ipotezele cercetării

Prima ipoteză se referă la existența unor pattern-uri diferite de coping la persoanele cu un BMI (indice de masă corporală) aflat în zona normalității față de cele supraponderale.

Ipoteza a doua rezidă în existența unei relații între inteligența emoțională și orientarea vectorială a copingurilor.

Ipoteza a treia constă în afirmarea existenței unei relații între vulnerabilitatea psihologică la stress, stilul de coping, comportament alimentar hiperfagic și BMI între cele două loturi (normoponderali și supraponderali).

Eșantionul. Cei 414 subiecți participanți la această cercetare au fost distribuiți în 2 loturi: lotul subiecților normoponderali (207 subiecți, BMI 18,50- 25) și **cei supraponderali** (BMI 27-37 - 207 subiecți).

Instrumente utilizate.

a. Scala de evaluare a strategiilor de adaptare la stres a lui Lazarus și Folkman

Scala Lazarus și Folkman a fost elaborată de cei doi cercetători în scopul evaluării strategiilor de adaptare la stres. Instrumentul conține un număr de 48 de itemi, oferind informații despre două categorii de strategii, și anume:

– copingul centrat pe problemă, care implică încercările persoanei de a stăpâni sau de a reduce stresul, intervenind asupra situației sau asupra evaluării individuale a situației;

– copingul centrat pe emoție, cu încercări de a regla răspunsurile emoționale la o situație stresantă.

Subiecții sunt solicitați să se gândească la unele dintre situațiile dificile prin care au trecut în viață și să aprecieze în ce măsură afirmațiile descriu modul în care s-au comportat atunci pe o scară de la 1 la 5 (1 – deloc; 2 – rareori; 3 – uneori; 4 – deseori; 5 – întotdeauna). Copingul centrat pe problemă este descris prin 3 dimensiuni: precauție, acțiuni instrumentale și negociere. Precauția este o strategie de centrare pe

problemă, necesitând acțiunea de precauție, când subiectul ar putea mai mult greși decât ar face bine. Acțiunile instrumentale descriu eforturile direcționate către soluționarea problemei. Negocierea implică practici centrate pe problemă care sunt direcționate spre alți oameni aflați în situații problemă, cum ar fi încercări de a schimba părerea celorlalți, plângându-se și făcând compromisuri pentru a obține ceva pozitiv din situație. Copingul centrat pe emoție este reprezentat de 4 dimensiuni: fuga de realitate, minimalizarea problemei, autoblamarea și căutarea semnificației. Fuga de realitate implică itemi de tipul „Mi-am imaginat un loc sau timp mai bun decât unul în care am fost”. Minimalizarea implică eforturi conștiente de coping de a refuza să se ocupe de problemă și de a se comporta în continuare ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat. Autoblamarea descrie o strategie pasivă și intrapunitivă care este direcționată spre interior și nu spre problemă. Căutarea semnificației este încercarea de a descoperi o nouă credință, ceea ce este important în viață, sau mesajul pe care acel eveniment l-a vehiculat (rugăciuni sau eforturile de a se schimba sau de a se dezvolta ca rezultat al experienței stresante). Scalele cu scorurile cele mai mari indică tipurile de strategii folosite în mod frecvent de subiecți.

b. Chestionarul I.E. (inteligență emoțională).

Inteligenta emoțională (IE), adesea cuantificată sub forma Coeficientului de Inteligență Emoțională (EQ), descrie abilitatea individului de a percepe și gestiona atât propriile emoții, cât și cele ale altor indivizi sau grupuri.

Au existat multe divergențe în definirea IE. În prezent există trei modele principale de IE: modele ale IE bazate pe abilități, modele mixte de IE, modele IE bazate pe trăsături.

Modelul bazat pe abilități: Salovey și Mayer s-au străduit să definească IE în limitele criteriilor standard pentru o nouă inteligență. Studiul ulterior pornite de la rezultatele lor au dus la revizuirea definiției inițiale, forma actuală fiind „abilitatea de a percepe emoții, integra emoția în procesele raționale, de a înțelege și controla emoțiile în scopul dezvoltării personale”. Modelul bazat pe abilități vede emoțiile ca pe o sursă de informații care ajută individul să înțeleagă și să se descurce în mediul social. Modelul explică faptul că indivizii variază în capacitatea lor de a procesa informațiile de natură emoțională și în capacitatea lor a prelucra informațiile la o scară mai amplă.

Această capacitate se manifestă în anumite comportamente adaptative. Modelul identifică 4 tipuri de abilități ale IE:

- Perceperea emoțiilor: capacitatea de a detecta și a descifra emoțiile în chipuri, imagini, voci, și artefacte culturale, inclusiv capacitatea de a identifica propriile emoții. Perceperea emoțiilor reprezintă un aspect de bază a inteligenței emoționale.

- Utilizarea emoțiilor: capacitatea de a exploata emoțiile pentru a facilita diverse activități cognitive, precum gândirea și rezolvarea problemelor. O persoană inteligentă emoțional poate valorifica pe deplin o situație, schimbând modul în care se află pentru a se descurca cât mai bine în respectiva situație.

- Înțelegerea emoțiilor: abilitatea de a înțelege limbajul

emoțional și de a descifra legăturile complicate dintre emoții. De exemplu, înțelegerea emoțiilor cuprinde abilitatea de a identifica diferențele dintre emoții asemănătoare și abilitatea de a recunoaște și descrie cum evoluează emoțiile în timp.

- Gestionarea emoțiilor: capacitatea de a regla emoțiile atât în noi înșine cât și la alții. Prin urmare, o persoană inteligentă emoțional poate valorifica emoțiile, chiar și pe cele negative, și de a le gestiona pentru a atinge obiectivele propuse.

Modele mixte de IE. Modelul competențelor emoționale
Modelul de IE introdus de Daniel Goleman consideră IE un set extins de competențe și aptitudini care condiționează performanța managerială, măsurate prin evaluări făcute de către mai multe persoane combinate cu autoevaluare (Bradberry și Greaves, 2005). În „Inteligenta Emoțională” (1998), Goleman a studiat Influența IE pe piața muncii și a concluzionat că IE este cel mai puternic predictor al succesului la serviciu. În „Inteligenta Emoțională” (2005), Bradberry și Greaves au confirmat concluziile sale în urma studiului realizat pe un eșantion internațional. Modelul lui Goleman evidențiază patru componente principale ale IE: *autoanaliză*: abilitatea de a identifica propriile emoții și influența lor asupra proceselor decizionale; *autocontrol*: implică exercitarea controlului asupra propriilor emoții și adaptarea facilă la circumstanțe schimbătoare; *receptivitate socială*: abilitatea de a simți, înțelege și reacționa la emoțiile altor persoane într-un cadru social; *controlul relațiilor*: abilitatea de a inspira, influența și forma alte persoane fără a stârni conflicte. Goleman include un set de competențe emoționale în fiecare dintre componente. Competențele emoționale nu sunt înnăscute în viiunea acestuia, ci sunt capacități învățate care trebuie exersate și dezvoltate pentru a obține performanțe deosebite. Goleman postulează că există un tip generic de inteligență emoțională care este înnăscut și determină potențialul de învățare a competențelor emoționale al individului.

Psihologul Reuven Bar-On (2006) a dezvoltat una dintre primele metode de măsurare a IE care au folosit noțiunea de „Coeficient Emoțional” (EQ). El definește inteligența emoțională ca pe abilitatea individului de a înțelege eficient propria persoană și alte persoane, de a construi relații bune cu cei din jur și de a se adapta ușor la cerințele mediului ambiant, folosindu-le pentru rezolvarea sarcinilor. Bar-On postulează că IE se dezvoltă în timp și că poate fi îmbunătățită prin antrenament, programare și terapie. Bar-On lansează ipoteza că indivizii cu EQ peste medie au în general mai mult succes în adaptarea la cerințele și presiunile mediului ambiant. În același timp, notează că deficiențele de IE pot atrage lipsa succesului și probleme emoționale. Bar-On consideră că problemele de adaptare la mediu apar în special la indivizii cu lipsuri în materie de testare a realității, toleranță la stres, capacitate de rezolvare a problemelor și control al impulsurilor. În general, Bar-On consideră că inteligența emoțională și inteligența cognitivă contribuie în mod egal la gradul de inteligență al unei persoane, iar acest grad de inteligență oferă o indicație

predictivă cu privire la potențialul cuiva de a reuși în viață.

Modelul IE bazat pe trăsături

Petrides a propus o distincție conceptuală între modelul bazat pe abilități și un model de IE bazat pe trăsături. IE bazat pe trăsături se referă la „o constelație de dispoziții comportamentale și percepții ale sinelui legate de abilitatea proprie de a identifica, procesa și utiliza informații de natură emoțională”. Această definiție a IE cuprinde dispoziții comportamentale și percepții asupra abilităților proprii, și se măsoară prin autoevaluare, spre

deosebire de modelul bazat pe abilități care descrie abilități reale și cuantificabile cu ajutorul unor criterii de performanță. IE bazată pe trăsături trebuie investigată în cadrul evaluărilor personalității. Modelul IE bazat pe trăsături este generic și însușește modelele lui Goleman și Bar-On discutate mai sus. Conceptualizarea IE ca latură a personalității duce la o construcție în afara taxonomiei abilităților cognitive umane. Distincția este importantă pentru că afectează direct operaționalizarea construcției, a teoriilor și ipotezelor care sunt formulate despre ea.

4. REZULTATE ȘI INTERPRETAREA ACESTORA

	precautie	acțiuni instrumentale	negociere	fuga de realitate	minimalizare	cautarea semnificatiei	autoblamare	sprijin mobilizator
normoponderali	19.34	28.13	12.84	10.16	23.06	11.8	12.04	22.56
supraponderali	18.6	19.3	7.12	19.42	31.3	17.22	15.36	18.16

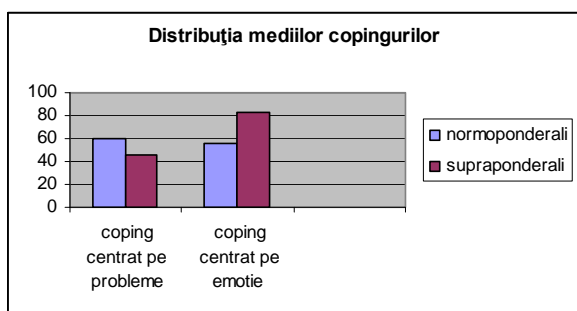


Fig. nr. 1

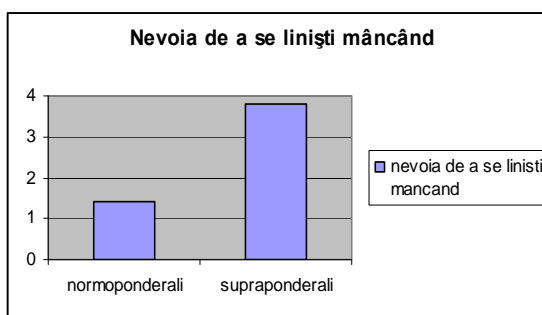


Fig. nr. 2

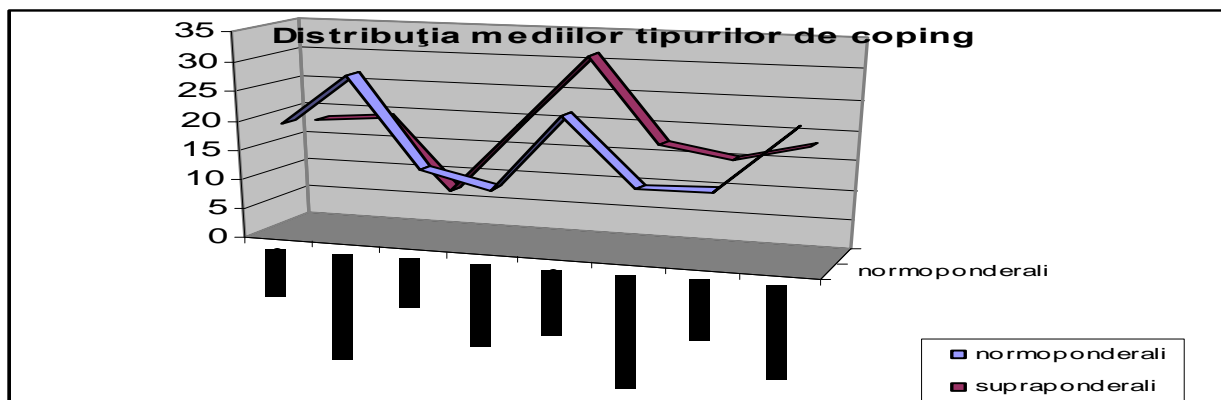


Fig. nr. 3

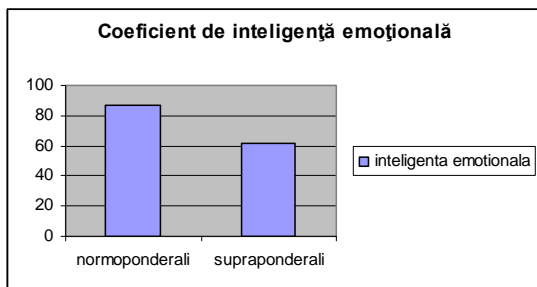


Fig. nr. 4

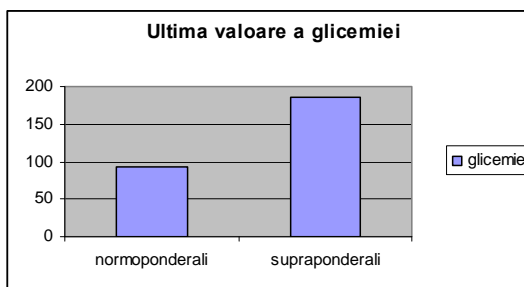


Fig. nr. 5

Există diferențe semnificative statistic ($p < .001$) între cele două loturi în privința mecanismelor de coping utilizate în situații dificile de viață (se confirmă prima

ipoteză de lucru), în sensul că supraponderalii folosesc preponderent mecanisme de coping centrate pe emoție, fugind de realitate și abandonându-se nevoii de a

mânca, în special dulciuri, acest soi de “auto-medicație” care se constituie într-un surrogat de liniștire și fericire atrăgând surplus ponderal (media BMI este 33,7) și o valoare a glicemiei (media 186.8) semnificativ mai mare decât normoponderalii, lucru ce îi plasează pe “lista de așteptare” a diabetului de tip 2. Mai confruntativi, normoponderalii (media BMI 24.1) dezvoltă modalități mai adaptate de a face față stresului, apelând frecvent la coping centrat pe problemă, apelând frecvent la coping centrat pe problemă, distingându-se prin tendința de a folosi acțiunile instrumentale și de a negocia, ajutați fiind de inteligența emoțională (media 86.44) care, la fel este semnificativ mai pregnantă decât la supraponderali (media 61.38). Inteligența emoțională îi ajută pe normoponderali să apeleze cu mult mai frecvent la sprijin mobilizator de la ceilalți decât supraponderalii. Întregind tabloul, inteligența emoțională corelează pozitiv cu valorile copingului centrat pe problemă (0.61) și negativ cu cele ale copingului centrat pe emoție (-0.46) (se confirmă, astfel, cea de-a doua ipoteză). De asemenea, normoponderalii au o atitudine proactivă și sunt mai precauți față de cei supraponderali și resimt o nevoie mai scăzută de a mânca pentru a le “fi mai ușor în viață” (media 1.4, față de supraponderali a căror medie este de 3.8), fapt care se regăsește în valoarea BMI și în valoarea glicemiei (media 93.2), lucru care aduce validarea și celei de a treia ipoteze de lucru.

5. CONCLUZII

Având în vedere toate aceste aspecte, nu este suficientă ameliorarea fizică a unei boli, dacă aceasta nu duce și la îmbunătățirea calității vieții pacienților. Este esențial să fie abordate și aspectele emoționale, culturale și sociale ale fiecărei boli. Viața spirituală a pacienților nu trebuie exclusă, deoarece impactul acesteia asupra sănătății organismului uman este major.

Chiar dacă bolnavii sunt încă sceptici și reținuți atunci când li se explică cauzele psihologice ale afecțiunilor lor, progresele medicale ce se îndreaptă către capacitatea de a localiza în creier focarele de excitație sau inhibiție corelate cu anumite emoții, vor aduce un plus de credibilitate abordării psihosomatice. În felul acesta s-ar putea interveni și controla afecțiuni care par a lua forma unor epidemii, în cazul lucrării de față făcându-se referire la diabetul zaharat tip 2. În logica discursului, prevenția, precum și intervenția terapeutică, ar trebui să vizeze în mod obligatoriu dezvoltarea unor abilități de a face față stresului într-o manieră centrată pe problemă, care ar ține departe pacienții de apelul la mâncat compulsiv sau comportament alimentar hiperfagic pentru a-și cumpăra, cu prețul kilogramelor acumulate în plus și valorilor alarmante ale glicemiei, iluzia efemeră a echilibrului și armoniei.

6. BIBLIOGRAFIE.

Alexandrescu, L. (1997). Stresul psihic – concepte generale, în *Rev. Română de Sănătate Mintală*, 6, 6-10.
Băban, A. (1998). Stress și personalitate, *Presă Universitară Clujeană*, 43-70, 89-98

Brouschon, M., Danzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*, Presse Univ. de France, Paris.
Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, V. 56. pp. 267-283.
Cohen, S., Edwards, J.R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder, în R.W.Neufeld (ed.) – *Advances in the investigation of psychological stress*, J.Wiley & Sons, Chicester.
D’Zurilla TJ, Goldfried MR (1971). Problem solving and behavior modification. *J. Abnorm. Psychol.*, 78:107-126;
D’Zurilla TJ, Nezu A. (1982). Social problem solving in adults. In *Advances in cognitive behavioral research and therapy* (1st edition). Edited by: Kennedy PC. New York, Academic Press; 201-274;
Fisher EB și colab. (2002). Behavioral science research in the prevention of diabetes: status and opportunities. *Diabetes Care*, 25:599-606;
Folkman, S. and Lazarus, R.S. (1991). Coping and emotion -A.Monat and R.S. Lazarus. *Stress and Coping*. New York, pp. 207-227.
Fradin, J. (2006). *Personnalité et psychophysiopathologie, nouvelle hypothèse en thérapie neurocognitive et comportementale*, Paris, Publibook.
Fradin, J. (2003). *Gestion du stress et suivi nutritionnel*, Paris, Médecine et Nutrition.
Friedman, M., Roseman, R.H.. (1974). *Type A behavior and your heart*, Knopf, New York.
Gaede P și colab. (2003). Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N. Engl. J. Med.*, 348:383-393;
Giminez Perez G, Gonzalez-Clemente JM, Mauricio D - Lifestyle interventions for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*2001:CD003054;
Gispén WH, Biessels G-J (2000). Cognition and synaptic plasticity in diabetes mellitus. *Trends Neurosci.*;23:542-549;
Hilsenroth, M.J., Segal, D.L., Hersen, M. (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment, Personality Assessment*, *Psychology*. — No. 466.
Holdevici, I. (1996). *Elemente de psihoterapie*, Ed.ALL, București.
Iamandescu, I.B. (1993). *Stresul psihic și bolile interne*, Ed. ALL, București.
Iamandescu, I.B. (1996). *Psihologie Medicală*, ed.a 2-a, Ed.Infomedica, București.
Iamandescu, I.B. (1998). *Psychoneuroallergology*, Romcartexim, București.
Ikemi, Y. (1995). *Integration of Eastern and Western Psychosomatic Medicine*, Kyushu Univ. Press, Tokyo.
Ionescu, S., Jacquet M.-M., Lhote C. (2002). *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*. Iași: Polirom.
Ionescu, G. (1990). *Psihoterapie*, Ed. Științifică, București.
Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. (2004). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to

- improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 363:1589-1597;
- Kobassa, S. (1979). Stressful events, personality and health: An inquiry into hardiness, *Journal of Personality and Social Psychology*. No. 37, pp. 1-11.
- Kok GJ, de Vries H, Mudde AN, Strecher VJ (1991). Planned health education and the role of self-efficacy: Dutch research. *Health Education Research*, 6:231-238;
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, Springer Publishing Company, New York.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on emotions and coping, *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Leedom LJ, Meehan WP, Zeidler A. (1987). Avoidance responding in mice with diabetes mellitus. *Physiol Behav.*; 40:447-451;
- Manjiri D Pawaskar, Roger T Anderson, Rajesh Balkrishnan (2007). Self-reported predictors of depressive symptomatology in an elderly population with type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study, *Health and Quality of Life Outcomes*, 5:50doi:10.1186/1477-7525-5-50;
- Miclea, M. (1997). *Stress și apărare psihică*, Presa Universitară Clujeană, 4-43.
- Reagan LP (2002). Glucose, stress and hippocampal neuronal vulnerability. *Int RevNeurobiol.*;51: 289-324;
- Reagan LP și colab. - Oxidative stress and HNE conjugation of GLUT3 are increased in the hippocampus of diabetic rats subjected to stress. *Brain Res.*
- Reagan LP, Grillo CA, Piroli GG (2008). The As and Ds of stress: metabolic, morphological and behavioral consequences, *Eur. J. Pharmacol.* May 6; 585(1): 64-75;
- Sarason, I.G., Johnson, J., Siegel, S. (1978) Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946.
- Shaffer, M. (1982). *Life after Stress*, Plenum Press, New York.
- Singer, J.E. and Davidson, L.M. (1991). Specificity and stress research, in A. Monat and R. S. Lazarus. *Stress and Coping*. New-York, pp. 36-47.
- Snyder, C.R. (2001). Coping with stress: effective people and processes. New York: Oxford University Press, p. 4-6.
- Stone, A., Neale, J. (1984). New measure of daily coping :development and preliminary results, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1994). Positive illusions and well-being revised: Separating facts from fiction, *Psychological Bulletin*, 1, 21-27.
- Tunceli, K și colab. (2005). The Impact of Diabetes on Employment and Work productivity 10.2337/diacare.28.11.2662 *Diabetes Care* November vol. 28, no. 11, 2662-2667;
- Vries H., Backbier E., Kok G., Dijkstra M. (1995). The impact of social influences in the context of attitude, self-efficacy, intention and previous behavior as predictors of smoking onset. *Journal Applied Social Psychology*, 25:237-257;
- Vries H., Dijkstra M., Kuhlman P. (1988). Self-efficacy: third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral interventions. *Health Education Research*, 3:273-282;
- Weijman I și colab. (2005). The role of work-related and personal factors in diabetes selfmanagement. *Patient education and counseling* Volume 59, Issue 1, Pages 87-96 (October);
- Wing RR și colab. (2004). Achieving weight and activity goals among diabetes preventionprogram lifestyle participants. *Obes Res*, 12:1426-1434.
- Wing RR și colab. (2001). Behavioral science research in diabetes: lifestyle changes relatedto obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care*, 24:117-123;
- Wolfe, W.B. (1982). *Alfred Adler: The Pattern of Life*. Chicago: Alfred Adler Institute of Chicago, 2nd edition,. - P. 148-169.