

Material cuprins în
E. Bonchiș și M. Secui (coord.), *Psihologia vârștelor*, Oradea, Ed.
Universității din Oradea, pp. 374-457 si pp. 474-515

TINEREȚEA

Vârștelor adulte, din cadrul cărora face parte și tinerețea, le lipsește în general consistența și nota de concret regăsite în copilărie și adolescență, fiind văzute ca o categorie aparte pentru ceea ce se petrece cu individul “după ce crește”. Pornind de la teoriile propuse de *E. Erikson, Ch. Buhler, C.G. Jung* și alții, specialiștii au început să recunoască faptul că perioada adultă nu constituie un stadiu monolitic, o fază nediferențiată între adolescență și senectute. Se consideră că persoana trece pe parcursul existenței prin numeroase transformări, iar ideea conform căreia perioada adultă este o stare a existenței este înlocuită cu concepția care o privește ca pe un proces de devenire continuu.

O problemă controversată este cea a *limitelor de vârstă* ale tinereții. Limita inferioară se suprapune peste perioada de la 20 la 24/25 de ani, cunoscută și ca perioada adolescenței prelungite, fiind una pregnant de trecere spre statutul virtual de adult. Limita superioară este fixată la 35de ani, implicând o dilatare până la 40 de ani. *U. Șchiopu și E. Verza* (1981) consideră că perioada tinereții se poate împărți în trei subetape: de adaptare profesională și familială (până la 28 de ani), de implantație (28 – 32 de ani), în care se intensifică experiența profesională, apare și se dezvoltă statutul de părinte și cea de-a treia, de stabilitate relativă a adaptării (32 – 35/40 de ani).

Pentru perioada tinereții marea majoritate a autorilor disting două categorii de *sarcini trasate de dezvoltarea personală*. O primă categorie vizează sfera relațiilor sociale, care satisfac nevoile de afiliere și intimitate ale persoanei. Sunt menționate aici competențele sociale necesare pentru interacțiunea și cooperarea cu ceilalți, accentul fiind pus pe relaționarea în cadrul cuplului de îndrăgostiți și cel marital. O altă categorie se referă preponderent la formarea și dezvoltarea capacităților specifice activității profesionale, incluzând aici abilitățile necesare pentru câștigarea independenței economice, gestionarea resurselor financiare, conturarea rolului profesional și realizarea pe acest plan. Ca atare, maturizarea persoanei este efectul rolurilor noi pe care persoana și le asumă pe planul relațiilor interpersonale și pe cel profesional, tinerețea fiind privită ca perioadă a deciziilor importante referitoare la aceste domenii.

În continuare vom prezenta diferite abordări ale dezvoltării în perioada tinereții, precum și aspecte ale evoluției la această vârstă din punctul de vedere al caracteristicilor fizice și stării de sănătate, funcționării intelectuale și judecății morale. Ne vom referi apoi la domeniul vieții sociale, la cele două tipuri de solicitări menționate anterior, impuse de cursul dezvoltării în această perioadă: stabilirea relațiilor cu partenerul/partenera în cadrul cuplului erotic și angajarea persoanei pe plan profesional.

Abordări ale dezvoltării la vârsta adultă

Viziunea tradițională asupra ciclurilor vieții accentua perioadele în care dezvoltarea umană era asociată cu schimbări notabile datorate proceselor de creștere și maturizare. Gradual, interesul comunității științifice s-a îndreptat și spre perioadele în care aceste două procese ating nivelul maxim de evoluție. A fost extins și asupra vârstelor adulte modelul stadial al dezvoltării. Acesta presupune că dezvoltarea umană constă într-o succesiune de stadii, fiecare având anumite caracteristici particulare. Rezolvarea cu succes a solicitărilor trasate de evoluția în cadrul fiecărui stadiu are ca rezultat sporirea adaptabilității persoanei, în timp ce în caz contrar apar repercusiuni negative asupra evoluției ulterioare.

Teorii stadiale

Pentru a explica perspectiva asupra dezvoltării oferită de modelul stadial vom trata secvențele corespunzătoare vârstei tinereții identificate de autorii care susțin acest model.

În cadrul teoriei psihosociale a dezvoltării, *E. Erikson* (1965) consideră că perioadei tinereții îi corespunde *stadiul intimității versus izolării*. Așa cum am văzut fiecare stadiu este asociat cu o anumită sarcină trasată de dezvoltarea personală. Principala sarcină a individului constă în a se implica într-o relație intimă, apropiată cu o altă persoană, care poate să-i solicite o serie de compromisuri. Rezolvarea cu succes a crizei este condiționată de dobândirea în adolescență a sensului identității personale. Astfel persoana este pregătită pentru a “fuziona” cu partenerul, este capabilă să se implice plener în situațiile încărcate emoțional induse de relațiile intime. Cei care se tem de această implicare profundă, considerând contopirea cu o altă persoană ca o pierdere a propriei identități, ajung să se simtă izolați. Pe măsură ce tânărul rezolvă cererile intimității și competitivității, care deseori intră în conflict, dezvoltă un simț etic pe care *Erikson* îl consideră semnul tinereții. Punctul de vedere al autorului conform căruia câștigarea sensului identității se produce în adolescență este criticat, considerându-se și tinerețea ca o perioadă în care căutarea identității continuă. Astfel “fiecare descoperă în sine o ființă nouă, până atunci latentă, potențială, dar care se trezește brusc prin iubire. În sfârșit,

dragostea este poate, mai înainte de orice, o reciprocă dăruire de noi identități, de fapt, de ceea ce este perceput ca de ambii drept noua lor identitate, ieri încă secretă, azi dezvăluită” (Mitrofan și Ciupercă, 1997, p. 166). De asemenea Erikson omite importanța rolului dezvoltării vocaționale în conturarea identității personale.

Pornind de la teoria lui Erikson, Lovinger (1976 apud Cavanaugh, 1993) se concentrează asupra dezvoltării eului ca integratorul sistemului axiologic, motivațional-afectiv și cognitiv, dezvoltarea constând în modificări fundamentale ale modului în care sunt organizate cunoștințele, valorile și scopurile noastre. Pentru fiecare stadiu sunt urmărite domeniile: sistem atitudinal-valoric, stil de relaționare cu ceilalți, preocupări majore ale persoanei și stil cognitiv.

Autoarea propune opt stadii ale dezvoltării eului, însă vârstelor adulte sunt caracterizate de ultimele șase, deși nu întotdeauna persoanele trec prin toate aceste stadii.

- *Nivelul conformist* - marcat de influența evidentă a normelor sociale: gândirea este dominată de clișee, stereotipuri; în relațiile cu ceilalți un rol important îl are acceptarea socială, aparențele, conformarea la standardele grupului.
- *Nivelul conștient-conformist* - în care persoana face diferența între dorințele proprii și normele sociale. Importanța regulilor grupului este văzută ca fiind foarte mare, conflictul dintre propriile scopuri și aceste reguli ducând de cele mai multe ori la suprimarea dorințelor persoanei.
- *Nivelul conștient* - dezvoltarea caracterului implică standarde proprii, gândire critică, scopuri și idealuri fixate de persoană, ceea ce reprezintă o schimbare a situației de până acum, în care scopurile erau fixate de ceilalți, de grup; relațiile interpersonale sunt caracterizate de responsabilitate reciprocă, evaluarea altora având la bază repere interne.
- *Nivelul individualității* - marcat de respect pentru unicitatea fiecărui individ, persoana dând dovadă de o mare toleranță în relațiile cu alții; o preocupare majoră devine grija pentru problemele sociale, ale grupului ca întreg; se face distincție între scopuri și mijloace, recunoscând că uneori, deși scopurile fixate sunt dezirabile, mijloacele de care se servește persoana au efecte negative asupra altora.
- *Nivelul autonomiei* - este prezentă recunoașterea independenței persoanelor, împreună cu conștiința interdependenței dintre oameni; este sesizată multitudinea punctelor de vedere asupra aceleiași probleme, acceptând faptul că alții pot să aibă vederi diferite de cea proprie.

- *Nivelul integrării* - caracterizat de reconcilierea conflictelor interne, renunțarea la scopurile care nu pot fi atinse; persona recunoaște că putea să aleagă și alte căi în viață, fiind totodată mulțumită de ceea ce a devenit, starea sa este aproape de auto-actualizarea propusă A. Maslow.

Teoria lui *Loevinger* oferă cadrul de examinare a relațiilor dintre dezvoltarea diferitelor laturi ale personalității.

Cercetări ce vizează dezvoltarea în perioada tinereții

Teoriile stadiale ale dezvoltării la vârsta adultă au stat la baza unor *studii proiectate pentru a identifica fazele specifice ale dezvoltării*. S-a remarcat astfel o cercetare longitudinală (studiul Grant) avându-l ca autor pe *G. Vaillant* (1977 apud *Papalia și Olds*, 1987) și un studiu realizat de *D. Levinson* și colaboratorii săi (1978 apud *Vander Zanden*, 1985)

Studiul Grant a fost inițiat în 1938, când *G. Vaillant* a selectat un număr de 268 subiecți de sex masculin, studenți ai Universității Harvard, pentru a urmări evoluția lor ulterioară. În raportul său din 1977 autorul susține - pe baza rezultatelor referitoare la 95 dintre subiecții ajunși la vârsta de 50 de ani - că evoluția lor nu a fost modelată de evenimente izolate, ci a trecut prin anumite faze. *Vaillant* introduce un stadiu intermediar între stadiile eriksoniene intimitate versus izolare și altruism versus egocentrism, acesta fiind numit *consolidarea carierei*. El apare în perioada 30-40 de ani atât la femei, cât și la bărbați și poate produce dificultăți de relaționare în cuplu. Partenerii fie că își focalizează atenția asupra realizării lor profesionale, neglijând relația dintre ei, fie că se află în stadii diferite, unul dintre ei centrat asupra carierei, celălalt asupra calității relației lor.

D. Levinson și colaboratorii săi au cuprins în studiu 40 de bărbați, având diverse profesii și vârsta cuprinsă între 35 și 45 de ani. Pe baza interviurilor structurate pe diferite aspecte ale existenței (educație, carieră, religie, politică, loisir, relații cu părinții, frații/surorile, soția, copiii și covârșnicii) și a probelor de personalitate aplicate, autorul a construit o teorie a dezvoltării. Conform ei scopul dezvoltării la vârstele adulte este *constituirea unei structuri a existenței*. Aceasta cuprinde anumite aspecte externe (participarea la viața socio-culturală a grupului) și interne (sistemul motivațional și trăirile emoționale ale persoanei). Pe măsură ce oamenii își formează aceste structuri, trec prin *perioade stabile* cu durata medie între 6 și 8 ani, după care își remodelează structura existentă. Aceste *perioade de tranziție* durează 4-5 ani și în cadrul lor persoana experimentează diferite variante pentru următorul stadiu (*Cavanaugh*, 1993).

Stadiile dezvoltării sunt:

- *Tranziția spre tinerețe* (18-22 de ani)

Confruntă persoana cu sarcina de *a-și câștiga autonomia emoțională și financiară* față de familia de proveniență. Persoana alege fie să-și continue studiile, fie să muncească (sau ambele variante), existând totuși un echilibru între desprinderea de familie și continuarea relațiilor în calitate de membru al ei.

- *Intrarea în lumea adulților* (22-28 de ani)

Individul trebuie să se adapteze solicitărilor întrucâtva contradictorii a două sarcini ale dezvoltării: *explorarea varietății rolurilor de adult* (partener în cadrul unei relații de iubire, angajat într-o activitate profesională, membru al unor grupuri sociale și civice) și apariția unui *grad de stabilitate cu privire la asumarea acestor roluri*. Echilibrul între aceste două sarcini nu este ușor de stabilit: dacă opțiunea pentru anumite roluri nu se realizează la timp, structura existenței este lipsită de sens, în timp ce apariția prea devreme a angajării în aceste roluri poate duce la pierderea unor oportunități superioare celor față de care s-a produs implicarea.

La finalul acestei perioade apar două aspecte majore: *idealul și mentorul*. Primul se referă la o imagine, o proiecție a viitorului, în special în domeniul profesional, dar și al vieții de familie. Apoi mulți dintre subiecții lui Levinson au fost puternic influențați în evoluția profesională de un mentor, o persoană mai în vârstă care, prin interesul pentru protejatul său, îi oferă coordonare și suport moral și chiar material în diverse probleme.

- *Tranziția spre 30 de ani* (28-33 de ani)

Este o *fază de evaluare a alegerilor făcute în perioadele anterioare* și în care se iau anumite decizii referitoare la opțiunile ulterioare. Unii trec ușor peste aceste perioade de tranziție, modificând cu relativă ușurință aspecte ale existenței lor, iar alții trăiesc adevărate dileme, nefiind mulțumiți de evoluția lor, însă incapabili uneori de a o modifica.

Tranziția spre 30 de ani este socotită crucială: dacă structura adoptată este compatibilă cu capacitățile și idealul persoanei, constituie baza unei existențe pline de satisfacții; în caz contrar duce la sentimente de nemulțumire și lipsă de sens.

Aceste trei perioade sunt considerate de autor ca *faze de noviciat*, ele pregătind persoana pentru anii următori.

- *Stabilizarea* (32-40 de ani)

Este stadiul celei de-a doua structuri a existenței: în diferite domenii (familial, profesional, social) sunt luate *angajamente mai profunde*, sunt proiectate *obiective* care

trebuie să fie îndeplinite într-o anumită perioadă de timp. Spre sfârșitul perioadei persoana se simte constrânsă de controlul, presiunile pe care le exercită asupra sa cei care îi sunt superiori.

- *Emergența autodeterminării*

Apare în jur de 39-40 de ani când persoana își dorește *mai multă independență*. Este momentul când renunță la mentor și încearcă să se afirme în rolurile cele mai valorizate în grupul social, luptând pentru *promovare* sau o altă formă de recunoaștere.

Concluziile studiilor prezentate sunt întâmpinate de o rezervă explicabilă din partea comunității științifice. Se pune problema în ce măsură succesiunea de stadii este caracteristică pentru populația studiată. Cercetările au cuprins loturi puțin numeroase de subiecți de sex masculin, aparținând clasei de mijloc. Rezultatele sunt afectate și de evenimentele sociale care au avut loc pe parcursul studiilor și care au influențat doar indivizii din acea generație.

Cele două cercetări au vizat doar subiecți de sex masculin, rezultatele lor fiind considerate valabile și în cazul femeilor, deși această generalizare nu este justificată pe deplin. Ca atare vom prezenta unele particularități ale dezvoltării acestora. Diferiți autori (*Neugarten, 1982, Gilligan, 1977* apud *Vander Zanden, 1993; Cross și Madson, 1997*) consideră că la baza diferențelor dintre femei și bărbați stau următorii factori:

- ◆ *Construirea identității*

În cazul bărbaților ea se realizează prin dobândirea autonomiei, independenței, cultivarea asertivității, a spiritului de competiție și urmărirea propriului interes. În schimb în cazul femeilor identitatea se dezvoltă prin *cultivarea responsabilității și atașamentului* caracteristice relațiilor cu ceilalți. Pe baza așteptărilor cuprinse în rolul de gen, prin învățare directă sau observațională, femeile acordă o mai mare importanță relaționării cu alții.

- ◆ *Atitudinea față de carieră*

Cele mai multe femei și în prezent se definesc în primul rând în termenii oferți de rolurile pe care le dețin în familie și mai puțin prin prisma rolurilor profesionale, chiar și în condițiile unui nivel ridicat al succesului profesional. Mai puține femei decât bărbați își fixează un ideal, obiective clare pe care le urmăresc în cursul evoluției profesionale, și au un mentor.

Deseori apar *conflicte între roluri*, femeile confruntându-se cu două seturi de expectanțe: pe de-o parte se așteaptă din partea lor de către partener și societate să îndeplinească majoritatea sarcinilor domestice considerate tradițional în exclusivitate domeniul femeii, iar pe de altă parte trebuie să se achite cu succes de obligațiile profesionale.

Realizarea pe plan profesional implică anumite costuri, care sunt mult mai ușor de perceput în cazul femeilor. În timp ce 51% din femeile care ocupă o poziție în executivul unor companii de prestigiu americane sunt necăsătorite, doar 4% din colegii lor de sex masculin au același statut marital; 61% din aceste femei nu au copii, comparativ cu doar 3% dintre bărbați (Vander Zanden, 1985). Această diferență este ilustrată și de studiul lui Levinson: pentru subiecții săi succesul profesional era asociat cu o mare probabilitate de a întemeia o familie și de a avea copii. În concluzie, femeile care sunt angajate într-o activitate profesională sunt în mică măsură motivate pentru a atinge un înalt nivel al realizării profesionale. În cazul în care își doresc succes pe plan profesional, prețul plătit pentru atingerea idealului lor este mult mai mare, comparativ cu bărbații.

Autoarele menționate insistă asupra ideii conform căreia atât nevoia de realizare bazată pe propriile competențe și calități, cât și nevoia de a-i proteja, de a avea grijă de ceilalți, trebuie să fie considerate la fel de importante prin prisma dezvoltării la vârstele adulte.

Perspective critice asupra modelului stadial al dezvoltării la vârsta adultă

A fost pusă de asemenea în discuție nu numai relevanța acestor studii, ci și a întregului model care stă la baza lor. Teoriile stadiale ale dezvoltării la vârsta adultă sunt criticate pentru că în cazul acestor etape ale vieții este mai dificil de surprins diferențe calitative care apar în diferite puncte ale dezvoltării, asociate cu o anumită vârstă cronologică a persoanei. Temele psihologice raportate de adulții de toate vârstele sunt recurente și nu apar într-o ordine fixată, “nu emerg cu adevărat doar în anumite momente în viață, pentru a fi fiecare rezolvată și apoi lăsată în urmă ca și cum ar fi ancorată. Identitatea este construită și reconstruită; problemele intimității și independenței, a implicării profunde în relații cu persoane semnificative, presiunea timpului, reformularea scopurilor existenței, împăcarea și acceptarea propriilor succese și eșecuri, toate acestea îl preocupă pe tânăr în aceeași măsură ca și pe cel în vârstă. Este un truism, chiar dacă uneori nu este menționat, că preocupările adultului sunt recurente. Ele apar și reapar în noi forme de-a lungul unor perioade lungi de timp. Datorită acestui lucru este o greșeală să prezinti vârstele adulte ca pe o serie de stadii independente și bine delimitate.”(Neugarten, 1979 apud Vander Zanden, 1985).

Astfel se consideră că nu poate fi postulată cu exactitate prezența unei secvențe invariante de stadii, evenimentele majore ale vieții având loc într-o ordine variabilă. Este propusă abordarea dezvoltării la vârstele adulte din prisma *desfășurării în timp a evenimentelor existenței* (timing of events model). Dacă modelul anterior se bazează pe o

sucesiune invariantă de stadii relaționate cu vârsta cronologică a persoanelor, în cazul noului model se consideră că evoluția indivizilor este diferită în funcție de evenimentele specifice ale existenței, acestea având statutul de jaloane care marchează dezvoltarea la vârstele adulte.

În copilărie și adolescență creșterea și maturizarea semnaleză trecerea dintr-un stadiu în altul: copilul spune primul cuvânt, face primul pas, schimbările corpului fac vizibilă trecerea spre pubertate și adolescență. La vârstele adulte însă, accentul nu mai este pus pe ceasul biologic, ci pe cel social.

Persoana trece printr-un ciclu social regulat, renunțând la anumite roluri asumate anterior, interiorizând altele noi. Vârsta este asociată în grupurile sociale mai largi cu anumite expectanțe privind comportamentul și rolurile persoanei. Cea mai mare parte a conduitei în situații sociale este prescrisă prin reguli sociale, adică standarde de comportament împărtășite social, învățate direct (prin mecanismul recompensei și pedepsei) sau indirect (prin observarea consecințelor comportamentelor altor persoane). Ele definesc comportamentul adecvat pentru diferite perioade (norme ale vârstei), existând un “orar” prescris pentru desfășurarea evenimentelor sociale majore ale existenței (angajarea într-o activitate profesională, căsătoria, retragerea din activitate etc.). Aceste norme sunt mai evidente când sunt cuprinse în reguli formale, explicite cu privire la roluri: școlarizarea obligatorie până la un anumit nivel, vârsta de la care poți fi servit cu țigări sau băuturi alcoolice sau ai drept de vot etc. Regulile apar însă și sub forma așteptărilor cu privire la rolurile potrivite pentru persoane de diferite vârste, transpuse în opiniile membrilor grupului (reguli informale). Toate aceste reguli sunt interiorizate de către individ și formează ceea ce B. Neugarten a numit *ceasul social*, un set de convingeri ale individului care fixează reperele utilizate pentru evaluarea gradului de similitudine între propria evoluție și normele sociale caracteristice acelei etape a dezvoltării. Astfel persoanele descriu un eveniment al vieții ca desfășurându-se prematur, la timp sau cu întârziere.

Apariția la timp a unor evenimente care sunt așteptate, dorite și considerate normale pentru o anumită perioadă a existenței este trăită pozitiv, în timp ce evenimentele care nu pot fi anticipate solicită un efort mai mare de adaptare din partea persoanei. Tendințele actuale merg spre un *ciclu al vieții mai fluid* și spre o societate în care vârsta este mai puțin relevantă în cazul unor evenimente (suntem din ce în ce mai puțin surprinși de bunica de 42 de ani sau proaspătul tătic de 55 de ani).

Partizanii teoriilor stadiale acceptă variațiile interindividuale datorate factorilor interni, de personalitate și externi, de mediu, care pot fi destul de mari într-o anumită etapă a vieții, susținând că există totuși o succesiune de stadii.

Caracteristici fizice și ale stării de sănătate

Prototipul tânărului se apropie cel mai mult de idealul uman din punctul de vedere al aspectului și formei fizice: de la 25 de ani, când funcțiile organismului sunt pe deplin dezvoltate, până la aproximativ 50 de ani declinul lor este gradual și foarte greu de remarcat. Între 30 și 45 de ani înălțimea rămâne neschimbată, după această vârstă începând să scadă. *Forța musculară* atinge punctul maxim între 20 și 30 de ani, urmată de o scădere gradată de 10% între 30 și 60 de ani; declinul survine în cea mai mare parte pentru mușchii picioarelor și spatelui, fiind mai puțin pronunțat pentru musculatura brațelor (*Papalia și Olds, 1987*). Cercetările arată că în cazul strângerii mâinii la 30 de ani forța este aproximativ 95% din cea de la 20 de ani, la 40 de ani 91%, la 50 de ani 87%, iar la 60 de ani 79% (*Vander Zanden, 1985*). O situație similară forței musculare se înregistrează în cazul *timpului de reacție*, perioada sa de vârf înregistrându-se între 18 și 30 de ani. În *sfera acuității senzoriale* apare deseori un declin care începe în tinerețe, dar devine observabil după 40 de ani. Aceste schimbări sunt de obicei minore și se produc gradual, putând fi ușor compensate. Declinul îmbracă la început forma creșterii pragurilor senzoriale absolute, astfel încât sensibilitatea pentru nivelurile mai scăzute ale intensității stimulilor este mai mică.

Tinerii reprezintă segmentul cu *cele mai puține probleme de sănătate* din populația generală. Conform unui sondaj realizat de United States Department of Health and Human Services în 1983 (*Papalia și Olds, 1987*) 90% din persoanele cu vârsta cuprinsă între 17 și 44 de ani își evaluează starea de sănătate ca bună sau excelentă. Printre afecțiunile minore mai frecvente se numără infecțiile căilor respiratorii (care au o frecvență mai scăzută de apariție comparativ cu perioada copilăriei) și bolile cu transmitere sexuală. Se înregistrează o rată mică a afecțiunilor cronice, cele mai des întâlnite fiind artroza și hipertensiunea arterială. Femeile, în comparație cu bărbații, apelează mai frecvent la serviciile medicale, datorită, pe de-o parte, atenției ridicate față de problemele legate de aparatul genital (controale medicale periodice în timpul gravidității, după naștere și pentru detectarea timpurie a cancerului de col uterin). O altă posibilă explicație este mai marea preocupare a femeilor pentru propriul corp, aceasta făcându-le să-și perceapă mai rapid simptomele, să apeleze la serviciile medicale cu o mai mare ușurință și să descrie mai clar și folosind un vocabular mai elaborat propria stare fizică. Decesul tinerilor survine foarte rar din cauze naturale, cele mai importante fiind *accidentele*, mai ales cele rutiere. Urmează cancerul, afecțiunile cardiace, sinuciderea și omuciderea. Sunt prezente și aici diferențe între sexe: rata mortalității în cazul bărbaților este

dublă față de cea a femeilor. Pentru bărbați cauza principală o constituie accidentele rutiere, iar pentru femei cancerul.

Starea de sănătate este determinată nu numai de ereditate, ci și de *stilul de viață*. Studiile au indicat că ea este relaționată cu nivelul educațional și economic al persoanei și cu statutul marital. Persoanele mai educate provin din familii cu un nivel economic mai ridicat, având o alimentație mai sănătoasă, prezentându-se mai frecvent la controale medicale periodice cu rol în prevenția unor afecțiuni și beneficiind de un mai bun tratament medical. Ele sunt și în mai mare măsură sensibilizate în legătură cu importanța unui stil de viață sănătos.

De asemenea *mariajul* este asociat cu o mai mică frecvență a problemelor de sănătate: pentru persoanele căsătorite se înregistrează o rată mai scăzută a bolilor cronice și o durată mai scăzută a spitalizării. Ele sunt urmate în ierarhia stabilită pe criteriile mai sus menționate de către persoanele care nu au fost niciodată căsătorite, de cele văduve și de cele divorțate sau separate. Explicațiile sunt diverse: persoanele cu probleme de sănătate sunt mai puțin dispuse să se căsătorească; soții au în mai mare măsură grijă unul de celălalt, astfel spitalizarea este mai puțin frecventă și de durată mai scurtă; căsătoria este mai puțin stresantă decât celelalte condiții sau cei căsătoriți doar par mai sănătoși, responsabilitățile lor familiale permițându-le în mai mică măsură să-și întrerupă activitatea profesională.

S-au înregistrat de asemenea *diferențe și între sexe*. Acestea sunt explicate prin stilul de viață diferit al femeilor (stresul profesional este mai scăzut în cazul femeilor; consumul de alcool și tutun este mai frecvent în cazul bărbaților, iar apropierea din ultimii ani a stilurilor de viață se reflectă în creșterea ratei de apariție a cancerului pulmonar la femei). Un alt factor explicativ este efectul benefic al hormonilor sexuali feminini, femeile bucurându-se, cel puțin până la menopauză, de protecție împotriva afecțiunilor coronariene. Cercetările au încercat să pună în evidență și alte efecte ale acestora asupra randamentului intelectual și în sfera emoțională. În legătură cu performanța în sarcinile intelectuale, studiile arată că abilitățile cognitive ale femeilor nu sunt afectate de ciclul menstrual. Nu s-au înregistrat diferențe semnificative ale rezultatelor obținute în diferite faze ale ciclului la probele de memorie, creativitate și rezolvare de probleme. Totuși înainte de menstra lunară la unele femei crește nivelul anxietății și al depresiei, fapt pus în evidență de studiile care investighează *problema sindromului premenstrual* (PMS). Acesta cuprinde simptome care pot să apară chiar și înainte cu două săptămâni de începerea menstruației, dispărând în timpul acestei sau după terminarea sa. Se consideră că sunt afectate un procent variabil (de la 30 până la 90%) de femei, însă la un număr foarte mic dintre acestea simptomele se fac regulat simțite, intensitatea lor

afectându-le într-un mod semnificativ viața de zi cu zi. Simptomele pot să includă: cefalee, transpirația mâinilor și picioarelor, mărirea în volum a sânilor, constipație, senzația de balonare, acnee, oboseală, depresie și iritare. (*Reid și Yen, 1981, Harisson, 1982 apud. Papalia și Olds, 1987; Fontana și Badawy, 1997*). Nu toți specialiștii sunt de acord în ceea ce privește existența acestui sindrom, iar recomandările sunt diverse: de la tratamente cu progesteron la o dietă sănătoasă, practicarea regulată a exercițiilor fizice și prescrierea vitaminelor și mineralelor.

Dintre factorii legați direct de starea de sănătate fac parte: consumul de alcool și tutun, stresul, practicarea regulată a exercițiilor fizice și alimentația.

Funcționarea intelectuală

Experiențele noi ale individului ridică diverse probleme, care necesită o continuă perfecționare a capacităților sale cognitive. În domenii diferite - profesional, al relațiilor interpersonale, al gestionării resurselor financiare - tinerii se confruntă cu noi situații care trebuie depășite într-un mod care să permită adaptarea perpetuă a lor.

Când se investighează dezvoltarea intelectuală din perioadele copilăriei și adolescenței accentul este pus pe diferitele stadii prin care aceasta trece și diferențele calitative dintre stadii, problemă care apare și la vârstele adulte.

Moduri post-formale de operare

Pornind de la perspectiva piagetiană în care dezvoltarea intelectuală se încheie cu stadiul operațiilor formale, studiile au pus în evidență faptul că nu toți adulții rezolvă cu succes probele piagetiene tipice pentru gândirea formală. Ceea ce pare important este educația formală, gândirea la nivelul operațiilor formale necesitând *expertiză* într-un anumit domeniu, lucru admis și de *J. Piaget*. Astfel, adulții utilizează operațiile formale în domeniile lor de competență, dar recurg la operații concrete în domeniile mai puțin familiare lor, fapt demonstrat experimental de *R. DeLisi și J. Staudo* (1980 apud. *Sigelman și Shaffer, 1995*). Autorii au prezentat studenților de la specializările fizică, științe politice și filologie trei tipuri de probleme a căror rezolvare presupunea operații formale, o problemă de fizică, alta politică și ultima de critică literară. Rezultatele obținute indică faptul că din fiecare grup aproximativ 90% dintre subiecți au rezolvat problema de specialitate recurgând la operații formale, în timp ce problemele din domeniile în care nu erau experți au fost rezolvate corect doar de 50% dintre studenți. Aceste date atrag atenția asupra importanței luării în considerare și a experienței individului și a naturii problemei pe care acesta o are de rezolvat.

În timp ce anumiți autori au investigat cauzele pentru care unii adulți în anumite contexte au performanțe scăzute în sarcinile cognitive ce implică operații formale, alții s-au centrat asupra dezvoltării dincolo de stadiul operațiilor formale. Caracteristic pentru *modurile post-formale de operare* sunt:

- gândirea relativistă - unele studii au sugerat că adulții, comparativ cu adolescenții, văd informațiile ca fiind relative, mai degrabă decât absolute.

Gândirea relativistă înseamnă înțelegerea faptului că nu există fapte pur și simplu, ci le considerăm *realități construite*, iar cunoștințele noastre depind de *perspectiva subiectivă* a cunoscătorului. Un absolutist consideră că adevărul este unul singur și este inerent naturii realității, pe când un relativist pornește de la ideea că există o multitudine de moduri în care poate fi privită o problemă și că premisele de la care pleacă persoana vor influența concluzia la care ajunge (Cavanaugh, 1993).

Să considerăm problema pe care *G. Labouvie-Vief* și colaboratorii săi (1983 apud. *Sigelman și Shaffer*, 1995) au prezentat-o subiecților lor preadolescenți, adolescenți și adulți: "John este cunoscut ca alcoolic, consumând cantități mari de alcool mai ales când participă la petreceri. Mary, soția lui, l-a prevenit că dacă mai vine încă o dată acasă în stare de ebrietate, îl va părăsi și va lua cu ea și copiii. În această seară John a întârziat datorită unei petreceri organizate de colegii săi de muncă și a venit acasă beat". Întrebarea la care trebuie să răspundă subiecții este dacă Mary îl va părăsi pe John. Cei mai mulți adolescenți și preadolescenți răspund, cu mici ezitări în care arată ambiguitatea situației, că îl va părăsi, aplicând principiile logicii informațiilor care le-au fost date. Răspunsul lor reflectă nevoia de a găsi răspunsul corect, ambiguitatea fiind considerată o problemă, mai degrabă decât o stare de fapt. Adulții au realizat în număr mai mare că premisele de la care se pornește pot fi diferite, răspunsul final depinzând de premisele care sunt alese.

- gândirea dialectică - caracterizată de capacitatea de a accepta și rezolva contradicțiile dintre ideile, punctele de vedere antagonice

Problemele cu care persoana se confruntă în existența cotidiană cuprind uneori incongruențe, existând și sisteme de cunoaștere incompatibile. Persoanele aflate în stadiul operațiilor formale caută adevărul aplicând principiile logicii formale, atingând o stare de echilibru cognitiv în care toate părțile problemei se potrivesc și capătă sens. În cazul operațiilor post-formale, persoanele detectează incongruențele și paradoxurile, sesizând meritele fiecărui punct de vedere, în final fiind *sintetizate noi elemente din tezele și antitezele emise*. Acest mod de a privi problemele derivă și din lărgirea orizontului lumii sociale, care

oferă frecvent contactul cu puncte de vedere diferite și uneori cu roluri aflate în conflict(Cavanaugh, 1993).

- gândirea sistematică - recunoscând că incongruențele și contradicțiile sunt inerente, persoanele trebuie să găsească un sistem cuprinzător prin care să-și organizeze experiența, devenind foarte importantă capacitatea de a raționa asupra sistemelor de cunoștințe. Este necesară *integrarea contradicțiilor în interiorul unui sistem*, interpretându-le ca o parte a unei totalități mai largi (Vander Zanden, 1985).

Nu este pe deplin clarificat dacă aceste capacități cognitive pot fi considerate un nou stadiu al dezvoltării intelectuale sau pot să se dezvolte și în stadiul operațiilor formale, fără a-l înlocui. Important este că indică faptul că dezvoltarea nu se oprește în adolescență, adulții fiind capabili să rezolve problema informațiilor contradictorii care apar în viața de zi cu zi, asupra cărora sunt posibile perspective diferite.

O altă stadializare a dezvoltării intelectuale, care include și evoluția la maturitate și vârsta a III-a, este cea propusă de Schaie (1977-1978, apud Cavanaugh, 1993). Dezvoltarea intelectuală cuprinde cinci stadii și se desfășoară printr-o serie de treceri de la "*Ce trebuie să știu?*" (achiziția cunoștințelor și a competențelor în primele două stadii caracteristice copilăriei și adolescenței) la "*Cum trebuie să utilizez ceea ce știu?*" (integrarea acestor cunoștințe și abilități într-un cadru practic, pe parcursul stadiilor responsabilității și a celui executiv, între 30 și 60 de ani) și mai departe la "*De ce trebuie să știu?*" (căutarea înțeleșului și a scopului, care culminează cu înțelepciunea vârstei a treia).

Ne vom referi în continuare la modificările care apar în sfera capacităților intelectuale pe perioada vârstelor adulte și la particularitățile procesului de rezolvare de probleme.

Modificări ale capacităților intelectuale

Studiile transversale inițiale pe această temă, care comparau performanțele la aceleași probe ale subiecților aparținând diferitelor categorii de vârstă, au pus în evidență un declin al coeficientului de inteligență după 20 de ani (Sigelman și Shaffer, 1995). Cercetările longitudinale pe această temă au corectat într-o oarecare măsură perspectiva, indicând faptul că declinul nu se produce decât după vârsta adultă de mijloc și nu are severitatea estimată anterior. În ambele tipuri de studii există anumite *surse de eroare* care influențează negativ validitatea rezultatelor obținute. Astfel în cazul studiilor transversale apare efectul generației (cohortei), care postulează că diferențele înregistrate la nivelul capacităților intelectuale se datorează de fapt diferenței de natură educațională și de experiență de viață dintre subiecții care aparțin diferitelor grupe de vârstă. Rezultatele studiilor longitudinale sunt influențate de

testarea repetată a subiecților, precum și de pierderea pe parcurs a subiecților (moarte experimentală), rezultatele finale caracterizând într-o măsură mai mică populația studiată.

O combinație a celor două tipuri este *studiul secvențial*. Un astfel de studiu a fost realizat de către W. Schaie și colaboratorii săi (1983, 1995 apud Santrock, 2002) pentru investigarea problemei regresiei la nivelul capacităților intelectuale odată cu înaintarea în vârstă. Studiul a început în 1956 cu investigarea unui lot de subiecți (cu vârsta cuprinsă între 22 și 70 de ani) pe baza aplicării unui test structurat pe cinci domenii (pornind de la factorii incluși de Thurstone în structura inteligenței): raționament, înțelegere verbală, memorie și fluență verbală, rapiditate perceptivă, abilități numerice și spațiale. După 7 ani lotul inițial a fost retestat și un alt lot (subiecți cu vârsta cuprinsă tot între 22 și 70 de ani) a fost luat în studiu, aplicându-li-se aceleași probe. Aceste loturi făceau posibilă determinarea modului în care performanța subiecților se modifică într-un interval de șapte ani și compararea performanței subiecților aparținând cohortelor diferite (celor care aveau 22 de ani în 1956 cu cei care aveau aceeași vârstă în 1963). Aceeași strategie a fost repetată în 1970, 1977 și 1984, furnizând informații despre generații diferite și informații longitudinale pe o perioadă lungă de timp (28 de ani pentru subiecții primului lot).

Rezultatele studiului indică faptul că *efectul generației* asupra performanței este semnificativ, perspectiva oferită de studiile transversale fiind distorsionată datorită lui. Generațiile născute mai recent le depășeau pe cele anterioare aproape la toate probele. Rezultatele obținute prin înregistrarea longitudinală arată că în cele mai multe domenii apar progrese până la 30 de ani, după care - în medie - performanțele sunt relativ stabile sau chiar cresc până în jur de 60 de ani, când încep să scadă, însă la o vârstă mult mai înaintată decât cea indicată de studiile anterioare. Rata declinului este diferită pentru capacitățile investigate: performanțele la probele pentru măsurarea rapidității perceptive și aptitudinii spațiale scad mai de timpuriu decât cele obținute în cazul probelor de fluență și comprehensiune verbală.

Ca atare se face distincția între diferite tipuri de inteligență. *Inteligența fluidă* (considerată liberă de factorul cultural-educational, măsurată prin probe de raționament și aptitudini spațiale) atinge dezvoltarea maximă la sfârșitul adolescenței și începe să scadă la sfârșitul tinereții conform rezultatelor studiilor transversale. Studiile longitudinale sugerează un declin mai tardiv și cu un ritm mai lent, însă rezultatele pot fi datorate unei îmbunătățiri a performanței cauzată de testarea repetată și nu de îmbunătățirea capacităților intelectuale în sine. *Inteligența cristalizată* implică sarcini care sunt în mai mare măsură dependente de factorul educațional și cultural, performanța păstrându-se constantă până în perioada vârstei a treia. (Papalia & Olds, 1987)

Rezolvarea de probleme

În domeniul rezolvării de probleme, un rol important revine *tipului sarcinilor* oferite: pentru cele tradiționale, prezentate în condiții de laborator, tinerii înregistrează performanțe superioare adulților maturi, iar aceștia, la rândul lor, îi depășesc pe subiecții din categoria vârstei a treia. În cazul în care problemele sunt derivate din domeniile în care persoana este competentă, deseori maturii îi depășesc pe tineri, iar declinul performanței vârstnicilor nu mai este atât de sever. Ca atare, pentru sarcinile de laborator nefamiliare, fără conexiuni cu experiența proprie, performanța tinde să dească după perioada tinereții, iar pentru sarcinile familiare, legate de domeniile de expertiză ale persoanei, performanța se îmbunătățește pentru perioada de mijloc a vârstelor adulte, declinul fiind mai mic pentru vârsta a III-a (*Sigelman și Shaffer, 1995*).

Rezultatele comparației dintre performanța tinerilor și adulților maturi fac trimitere la *paralela expert - novice*. Diferențele în procesarea informațiilor dintre aceste două categorii influențează eficiența lor. Aceste diferențe sunt prezente în cazul următorilor factori (*Miclea și Lemeni, 1999*):

- *volumul și modul de organizare al cunoștințelor;*

Experții posedă pentru domeniul lor de competență mai multe unități de informații relevante dobândite pe baza experienței și a reflexiei asupra propriei performanțe.

- *repertoriul și puterea strategiilor rezolutive;*

Puterea unei strategii se referă la nivelul la care se află ea în ierarhia strategiilor: cu cât se află la un nivel superior în ierarhie înglobează și subordonează strategiile aflate la nivel inferior și are o putere mai mare.

- *metacogniția;*

Este vorba de cunoștințele despre modul în care funcționează procesele, mecanismele cognitive.

- *adâncimea procesării informației;*

Se referă la nivelul de procesare a informației, asociindu-se cu o mai mare posibilitate de stocare a sa în memoria de lungă durată.

- *capacitatea de transfer.*

Depinde de factorii menționați, fiind un efect al acestora: volumul mare și organizarea flexibilă a cunoștințelor, conștientizarea limitelor și valorii strategiilor rezolutive și capacitatea metacognitivă superioară condiționează transferul.

În cazul problemelor noi sau complexe rezolvitorul nu mai poate face apel la *algoritmi*. Se află în fața unui număr mare de alternative, fiind necesară utilizarea unor *strategii euristice*. Rezolvitorul va trebui să selecteze pentru investigare o mică parte din totalul alternativelor care să-l conducă la rezultatul corect, selecția având la bază procedee euristice (raționamente neformalizate care urmează scheme fluente). Utilizarea euristicilor în procesul de rezolvare a problemelor constituie o altă diferență între experți și novici. (*Radu și colab.*, 1993)

Dezvoltarea judecății morale

L. Kohlberg identifică în cadrul teoriei sale referitoare la dezvoltarea judecății morale șase stadii, structurate pe trei niveluri: preconvențional (stadiul 1 și 2), convențional (stadiile 3 și 4) și postconvențional (stadiul 5 și 6). Teoria sa accentuează caracterul invariant și universal al succesiunii secvențelor, considerând acest lucru derivat din caracteristicile stadiilor dezvoltării intelectuale propuse de *J. Piaget*. Acest lucru a fost demonstrat experimental prin studii longitudinale transculturale, subiecții acestora, indiferent de cultura din care proveneau, parcurgând succesiunea de stadii până la un punct. În plus, mai puțin de 5% din subiecți au regresat de la un stadiu la altul (inferior), proporția lor fiind atât de mică încât a fost considerată rezultatul erorilor în cotare. Totuși dezvoltarea până la nivelul stadiului 4 este în mai mare măsură susținută experimental decât dezvoltarea ulterioară (stadiile 5 și 6). Atingerea acestor stadii se realizează, dacă acest lucru se produce, doar în perioada adultă. Studiile indică faptul că majoritatea tinerilor între 30 și 40 de ani se găsesc la nivelul convențional, doar aproximativ 15% dintre ei situându-se la nivelul postconvențional (*Sigelman și Shaffer*, 1995).

Ca atare dezvoltarea morală continuă pe parcursul vârstelor adulte și dacă în copilărie și adolescență pare să fie în mare parte dependentă de dezvoltarea cognitivă, în perioadele următoare rolul cel mai important îi revine experienței personale în situațiile sociale. Evenimentele care produc schimbări în sistemul judecăților morale ale adultului au o componentă emoțională puternică, aceasta declanșând reconsiderarea situației într-un mod în care discuțiile ipotetice, care nu implică experiența proprie, nu pot să o facă. Pe măsură ce persoanele trec prin aceste experiențe sunt din ce în ce mai deschise spre cunoașterea și luarea în considerare a punctului de vedere al altora în legătură cu conflictele morale și sociale. Chiar *L. Kohlberg* consideră că printre factorii care influențează dezvoltarea morală se numără, pe lângă nivelul dezvoltării intelectuale, experiențele sociale relevante, în categoria

lor incluzând: interacțiunile sociale în cadrul cărora persoana sesizează punctele de vedere diferite de ale sale, perioada mai lungă de școlarizare care produce contactul cu diferite perspective și sisteme de gândire și participarea la un sistem democratic de guvernare care recunoaște dreptul de exprimare a opiniei proprii (*Papalia și Olds, 1987*).

Criticile aduse acestei teorii fac trimitere la distorsiunile care apar datorită factorilor culturali. Astfel se pune problema *diferențelor intersexe* în sfera dezvoltării morale. Unele studii au pus în evidență aceste diferențe, ele fiind în mod constant în favoarea bărbaților, indicând superioritatea dezvoltării lor utilizând dilemele morale propuse de *Kohlberg* pentru determinarea nivelului dezvoltării morale. *C. Gilligan (1977)* consideră că, în general, dilemele morale utilizate nu iau în considerare principalele probleme asupra cărora se focalizează femeile, respectiv bărbații. Conform autoarei cele două categorii au domenii morale diferite. Bărbații definesc problemele morale în termeni de reguli, de ceea ce este drept, văzând moralitatea ca un sistem de reguli care au ca scop controlarea, penalizarea comportamentelor antisociale și garantarea și acordarea drepturilor indivizilor – abordarea centrată pe justiție. Femeile percep moralitatea ca obligația de a avea grijă de alte persoane și a evita lezarea acestora, considerând moralitatea ca protejarea relaționării interpersonale – abordarea centrată pe responsabilitate. Aceste domenii sunt rezultatul asimetriei rolurilor tradiționale de gen masculin-feminin. Bărbații, care prin socializare sunt încurajați să devină mai independenți, asertivi, văd dilemele morale propuse de *Kohlberg* ca și conflicte inevitabile între drepturile a două sau mai multe părți, regulile (convențiile sociale) fiind necesare pentru rezolvarea acestor conflicte. Femeile, datorită așteptărilor cuprinse în rolul feminin, sunt centrate asupra nevoilor altora și definesc ceea ce este moral în termenii grijii pentru celelalte persoane (stadiul 3 al creodei lui *L. Kohlberg*).

C. Gilligan a studiat dezvoltarea morală utilizând pentru femei sarcini care presupun decizii în domenii familiare lor, ca de exemplu controlul fertilității. Acestea au definit moralitatea în termeni de egoism versus responsabilitate, ca obligație de a avea grijă de alții. Autoarea a identificat o succesiune de stadii specifice subiecților săi de sex feminin (*Papalia, Olds, 1987*).

Nivelul 1 – *Orientarea spre propria persoană*: femeia se concentrează asupra propriei persoane, asupra ceea ce este important pentru sine.

Tranziția 1 – *De la egoism la responsabilitate*: realizează relaționarea sa cu ceilalți și începe să considere că deciziile responsabile sunt cele care îi au în vedere și pe ceilalți

Nivelul 2 – *Bunătatea ca sacrificiu de sine*: femeia consideră că trebuie să-și sacrifice propriile dorințe în favoarea punctului de vedere al celorlalți. Se consideră responsabilă pentru

acțiunile altora, văzându-i pe ceilalți responsabili pentru deciziile sale. Se află într-o poziție de dependență de alții, făcând eforturi de a exercita un control indirect asupra lor.

Tranziția 2 – *De la bunătate la onestitate*: își evaluează deciziile nu pe baza modului în care vor reacționa ceilalți, ci pe baza intențiilor sale și consecințelor propriilor acțiuni. Își dezvoltă un nou mod de a gândi ia în calcul propriile nevoi, alături de cele ale altora. Își asumă responsabilitatea față de ceilalți, însă dorește să fie corectă și față de sine, considerându-se responsabilă și față de sine.

Nivelul 3 – *Moralitatea nonviolentei*: interdicția cu privire la a cauza un prejudiciu unei persoane (inclusiv propriei persoane) este văzută ca un principiu care trebuie să ghideze toate deciziile sale, stabilind astfel o “morală a egalității” între sine și ceilalți. Femeia devine astfel capabilă să-și asume responsabilitatea alegerilor făcute în situațiile dilematice.

Cercetările ulterioare pe această temă nu susțin în totalitate existența diferențelor intersexe. Studiile metaanalitice ajung la concluzia că nu există diferențe semnificative între cele două grupuri, diferențele intragrup fiind mai mari decât cele dintre grupuri, acestea datorându-se uneori altor factori, ca de exemplu nivelului de educație al subiecților. Totuși studiile lui *C. Gilligan* au dus la conștientizare a unor limite ale teoriei lui *Kohlberg*, uneori atât femeile cât și bărbații fiind centrați asupra binelui colectiv, fiind întâlnită în cazul ambelor sexe diferența între morală justiției și cea a responsabilității.

Pornind de la diferența dintre cele două “domenii morale” unele critici ale teoriei lui *Kohlberg* pornesc de la studii care vizează *diferențe interculturale*. S-a remarcat că, dacă dezvoltarea morală a subiecților din diferite culturi atinge stadiile 3 și 4, trecerea la nivelul postconvențional nu se regăsește în cazul tuturor culturilor, unii autori considerând că acesta reflectă idealul justiției din societățile vest-europene și nord-americane. În societățile în care drepturile individului nu sunt valorizate într-o atât de mare măsură încât să ducă la chestionarea regulilor sociale, unde binele colectiv este mai presus de cel al individului și unde accentul cade asupra armoniei sociale, indivizii pot fi considerați incapabili de a atinge nivelul postconvențional al dezvoltării morale. În realitate au concepții extrem de sofisticate despre ceea ce este just, însă diferite de cele din teoria lui *Kohlberg*. Astfel în evaluarea nivelului de dezvoltare a judecății morale este necesar să luăm în considerare și factorii relevanți de studiile transculturale.

Dezvoltarea socială

Perioada tinereții este caracterizată prin asumarea unor noi roluri în diferite domenii, acestea influențând evoluția ulterioară a individului. În general persoanele fac

primele alegeri legate de relaționarea cu partenerul/partenera în cadrul unei relații intime profunde, precum și referitoare la activitatea profesională.

Stabilirea unei relații intime de iubire

În cultura umană iubirea s-a bucurat de o atenție deosebită, regăsindu-se în lucrările filosofilor, romancierilor și moralistilor, constituind o sursă de inspirație pentru poeți, muzicieni și creatori ai operelor de artă.

Dragostea este mai dificil de studiat cu mijloace precise științifice, ea putând fi înțeleasă pe deplin doar ca *experiență trăită*, de comuniune simultan sexuală, psihologică, spirituală (*Mitrofan și Ciupercă*, 1997). Începând cu anii '70 este prezentă o preocupare constantă a cercetării psihologice pentru acest domeniu, producându-se detașarea de sprijinirea inițială pe elemente de psihologie “naivă”.

Alegerea unui partener

O problemă importantă spre care s-a îndreptat atenția cercetărilor este cea a opțiunii pentru un anumit partener.

La prima vedere acest proces este explicat în totalitate de trăirea sentimentului pur al iubirii față de partener, în societatea actuală căsătoriile aranjate de rude țin în cea mai mare parte de domeniul trecutului. Însă studiile arată că opțiunea pentru un anumit partener nu este atât de liberă pe cât pare pentru majoritatea oamenilor, fiind influențată de o varietate de factori. Acești factori vor fi analizați pornind de la modelul filtrului în selecția partenerului propus de *Udry* (1971 apud *Sigelman și Shaffer*, 1995).

Autorul consideră că alegerea unui partener este rezultatul unui proces de selecție constând dintr-o succesiune de etape, în fiecare etapă un alt criteriu (filtru) dobândind o importanță maximă.

Astfel, chiar dacă jumătatea ta perfectă se află în Spania, pentru a te îndrăgosti de acea persoană trebuie întâi de toate să o întâlnești, împreunându-se condiția *proximității spațiale* (proprinquity). În unele cazuri acest factor este depășit cu ajutorul mijloacelor tehnice moderne (căsătorii ale persoanelor care s-au cunoscut corespondând prin poșta electronică), însă decizia finală este luată totuși după întâlnirea celor două persoane.

Cercetările de teren au pus în evidență o corelație pozitivă semnificativă între acest factor și atracția interpersonală (*Newcomb*, 1961; *Segal*, 1974, apud *Brehm și Kassin*, 1990), însă relevă și faptul că dintre cei aflați în vecinătatea noastră fizică fac parte și cele mai apropiate persoane (prieteni, prietene, iubit/ă), dar și cele antipatizate. Prin urmare, proximitatea spațială oferă posibilitatea interacțiunilor sociale și nu determină calitatea lor. De reținut că efectul proximității nu acționează prin el însuși: vecinătatea favorizează

contactele reciproce, mijlocește comunicarea, iar asemănarea de opinii și valori constituie o sursă de convergență, atracție interpersonală. Proximitatea spațială acumulează și alte criterii homograme (etnie, statut socio-profesional, religie, rasă) fiind asociată cu similaritatea culturală (Iluț, 1995).

De asemenea, expunerea repetată la anumiți stimuli duce, în anumite condiții, la creșterea pozitivității evaluării acelor stimuli (efectul familiarității), întâlnire repetată cu o persoană măbind gradul de atracție față de ea. (Radu, Iluț și Matei, 1994)

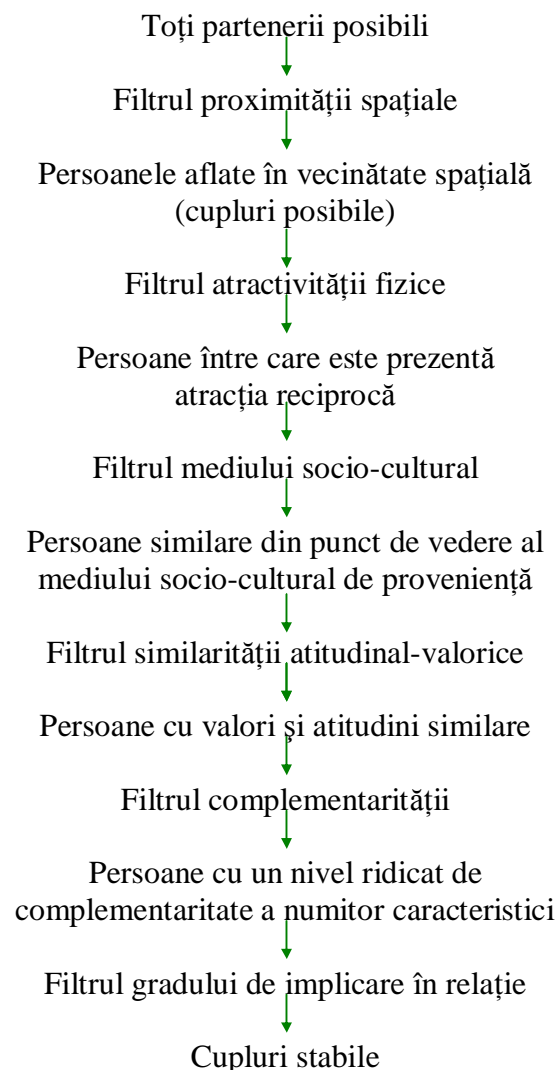


Fig. 1 - Modelul filtrului în selecția partenerului propus de Udry (1971 – adaptat după Sigelman și Shaffer, 1995)

Cel de-al doilea filtru este al *atractivității fizice*. Acest factor este unul important, experimentele realizate pe baza întâlnirilor cu parteneri necunoscuți (blind date) au indicat că el este singurul semnificativ în funcție de care subiecții au evaluat cât de mult le-a plăcut

prima lor întâlnire (*Walster și colab.*, 1966, apud *Iluț*, 1995). În explicarea importanței atractivității fizice în selecția partenerului au fost luați în considerare anumiți factori:

- înfățișarea fizică este o recompensă în sine, satisfăcând nevoi estetice ale celorlalți;
- existența unui beneficiu al celui care se asociază cu o persoană atractivă, prin faptul că o parte a aprecierii pozitive față de aceasta se va răsfrânge asupra partenerului;

Acest efect se produce când persoanele sunt observate împreună, fiind percepute simultan; însă când ele sunt percepute succesiv, sunt evaluate prin contrast, pe baza comparării lor.

- stereotipul “ceea ce este frumos este și bun” – convingerea că persoanele atractive fizic posedă și alte caracteristici dezirabile (efect de halo). Ele sunt evaluate ca fiind mai sociabile, amabile, sensibile față de problemele semenilor, având un viitor care promite satisfacții în plan familial și al carierei.

De remarcat însă că frumusețea nu aduce doar avantaje: există și stereotipuri negative. Femeile sunt considerate egocentrice și superficiale, iar bărbații mai puțin inteligenți. Persoanele atractive sunt supuse și unei presiuni sociale mai mari pentru a-și menține înfățișarea plăcută, trecând mai greu peste scăderea atractivității fizice odată cu înaintarea în vârstă. Oricum această presiune este mai ridicată în cazul femeilor, datorită disparității dintre capitalul marital al celor două sexe: bărbații pun un mai mare accent asupra atractivității fizice a partenerului (corespunzător capitalului marital tradițional al femeii predominant erotico-estetic), pe când pentru femei mai importante par a fi calități precum ambiția, inteligența și statutul socio-economic (care corespund capitalului material-social al bărbatului), dovedind că bărbatul va fi capabil să-și susțină economic familia (*Sigelman și Shaffer*, 1995).

Studiile de laborator și de teren arată că în funcție de atracția fizică autoevaluată, avem tendința de a ne alege un partener similar nouă, funcționând și în acest caz, ipoteza potrivirii. Conform acestora persoanele sunt atrase și au tendința de a forma relații cu cei care sunt similari din punctul de vedere al unor caracteristici (*Huston*, 1983; *Feingold*, 1988 apud *Brehm și Kassin*, 1990).

Următorul filtru este cel al *mediului social* comun al celor două persoane. Aici intervin ca și criterii de comparație a partenerilor variabile socio-demografice ca: rasa, etnia, religia, nivelul socio-economic și educațional. Referindu-ne la aceste aspecte există o puternică tendință de a opta pentru un partener similar nouă (homogamie), ea fiind demonstrată prin analiza cuplurilor conjugale. În legătură cu vârsta soților la căsătorie, există totuși o abatere

sistematică către o vârstă mai mare a bărbatului la căsătorie decât a partenerii lui (Iluț, 1995).

După ce potențialul partener trece prin aceste filtre largi, următorul este cel al *similarității atitudinal-valorice*. Investigații pe cupluri maritale au dovedit că există o corelație pozitivă între similaritatea axiologică, de personalitate și satisfacția, fericirea raportată de parteneri, atât în cazul similarității reale cât și pentru cea percepută de cei doi. Totuși, studiile ai căror subiecți sunt căsătoriți, mai ales în cazul unei perioade lungi de mariaj, nu au o relevanță prea mare pentru demonstrarea importanței efectului similarității în opțiunea pentru un partener. Pe măsura trecerii timpului partenerii seamănă tot mai mult unul cu altul, de aceea sunt preferate cercetările sistematice ale cuplurilor aflate în perioada “curtării”. Și acestea susțin, de asemenea, importanța acestui filtru în evoluția relației de iubire (Brehm și Kassin, 1990; Iluț, 1995). Explicația o regăsim și în teoria actelor comunicative dezvoltată de Th. Newcomb (1965 apud Radu, Iluț și Matei, 1994): atitudinile asemănătoare ale partenerilor față de diferite evenimente, persoane, valori (numite “relații simetrice” față de obiectul atitudinii) constituie sursă de confirmare, de validare socială a opiniilor, funcționând ca o întărire, consolidând relația interpersonală, dorința de contact și de reiterare a dialogului.

Până în acest moment, în procesul de selecție a partenerului a primat *ipoteza similarității* partenerilor (“Cine se aseamănă se adună”), homogamia aplicându-se în cazul tuturor factorilor prezentați.

Selectivitatea socio-culturală operează la nivelul existenței cotidiene foarte fin, insidios, fiind mai puțin sesizabilă la nivelul simțului comun, pentru care căsătoria, relațiile de iubire apar ca fiind “libere”. Studiile au indicat că, pe lângă similaritatea partenerilor (reală sau percepută de către aceștia) mai intervine și *complementaritatea*. Ea se referă la compatibilitatea dintre două persoane bazată pe existența unor caracteristici opuse pe care le posedă partenerii sau a nivelurilor diferite ale aceleași nevoi (“Contrariile se atrag”).

Complementaritatea este bine ilustrată în prescripțiile sociale față de rolul femeii și al bărbatului în cuplu, fixate în rolurile tradiționale de gen. Anumite comportamente și sarcini domestice sunt atribuite persoanelor în funcție de categoria de sex căreia îi aparțin. Justificarea acestei diviziuni a rolurilor are la bază diferențele care există, în opinia grupului social, între femeie și bărbat la nivelul caracteristicilor fizice și de personalitate.

Autorii consideră că mariajele bazate pe complementaritate de nevoi și trăsături de personalitate care se înscriu în prescripțiile sociale de rol (de exemplu bărbat dominant - femeie submisivă; bărbat cu avere și poziție socială - femeie frumoasă) au șanse mai mari de

stabilitate decât cele bazate pe complementaritatea inversă (femeie dominantă, autoritară - bărbat ascultător, supus), presiunea socială acționând în sensul menținerii rolurilor de gen (Iluț, 1995; Mitrofan și Ciupercă, 1997).

În final Udry notează că, pe lângă potrivirea partenerilor, trebuie să fie prezentă și dorința acestora de a se implica în relație, măsura în care sunt pregătiți pentru o angajare de durată fiind hotărâtoare pentru ca relația să fie una stabilă și să conducă la căsătorie (cuplu stabil).

Tipuri de iubire

Acest subiect a prilejuit abordări diverse. Cea mai cunoscută distincție este făcută între *iubirea pasională* (passionate love) și *iubirea prietenie*, “a companionilor de o viață” (companionate love) (Walster și Walster, 1978 apud Papalia și Olds, 1987). Iubirea pasională se caracterizează printr-un nivel ridicat al atracției fizice dintre parteneri, al activării fiziologice (arousal) și prin incertitudine referitoare la comportamentul partenerului/partenerei. Ea include o serie de stări diferite: tandrețe și dorință sexuală, bucurie, optimism și teamă, anxietate, gelozie.

Al doilea tip ia forma unei relații stabile, la fel de profunde dar mai puțin intense, fiind vorba de un atașament reciproc împărtășit, siguranță și încredere reciproc împărtășită între parteneri.

R. Sternberg (1986 apud Simons, Kalichman și Santrock, 1994), în teoria sa asupra iubirii (triangular theory of love) identifică trei caracteristici ale acesteia:

- *intimitatea* – componenta emoțională, care implică sentimentul apropierii;
- *pasiunea* – componenta motivațională, care reflectă atracția sexuală;
- *angajament, implicare* – componenta cognitivă, care include decizia persoanei de a se implica în relația cu partenerul respectiv.

Combinând aceste componente, autorul definește mai multe tipuri de iubire:

- iubirea oarbă (infatuated) – este prezentă doar pasiunea, în sensul idealizării iubirii pentru cineva, uneori fiind o persoană inaccesibilă (vedetă de cinema, celebritate);
- iubirea romantică (romantic) – în care domină intimitatea și pasiunea;
- iubirea camaraderie (companionate) – dominante sunt intimitatea și implicarea în relație;
- iubirea naivă (fatuous) – sunt prezente pasiunea și implicarea;
- iubirea “golită” (empty) – a mai rămas doar angajamentul, obligația;
- iubirea completă – în care toate componentele sunt prezente la un nivel ridicat.

Diferitele forme ale iubirii descrise pot fi utilizate pentru a înțelege *evoluția relației*. La începutul acesteia nivelul pasiunii este ridicat, intimitatea și angajarea fiind mai scăzute.

Această fază are la bază o combinație între atracția sexuală, o reducere a sentimentului singurătății, bucuria simțită ca urmare a cunoașterii, explorării partenerului. Relația trăită este deosebit de intensă, bazată pe atractivitatea fizică, fiind prezent un element de cristalizare, de transfigurare a partenerului sub influența propriilor dorințe, idealuri. Faza are o durată variabilă, relativ scurtă, între șase luni și aproximativ doi ani. Ea caracterizează toate cuplurile, indiferent de orientare sexuală și de modul în care se va finaliza relația. Pe măsură ce relația continuă atracția sexuală scade în intensitate, noutatea este înlocuită de familiaritate și partenerii sunt incluși într-o relație caracterizată de siguranță și încredere reciprocă, cu un nivel ridicat de intimitate (iubirea camaraderie) sau se simt plictisiți sau dezamăgiți. În ultimul caz vor căuta o nouă parteneră/partener.

Cercetătorii au arătat că dimensiunile iubirii variază ca importanță și de-a lungul ciclului vieții (*Reedy, Birren și Schaie, 1975, 1981, apud Cavanaugh, 1993*) au analizat șase aspecte ale relației de iubire (comunicare, respect, suport, siguranță emoțională/fidelitate, relații sexuale și tandrețe), luând în studiu un mare număr de cupluri căsătorite. Importanța acestor dimensiuni diferă în funcție de vârstă: intimitatea fizică crește ca importanță până în perioada de mijloc a maturității, după care scade mult; pasiunea este mai importantă în cazul cuplurilor mai tinere, la fel și comunicarea, ca rezultată a procesului de intercunoaștere caracteristic începutului relației. Tandrețea și loialitatea sunt mai importante în cazul cuplurilor mai în vârstă. Tinerii și maturii dau dovadă de mai mare realism în evaluarea calităților și defectelor partenerului, comparativ cu adolescenții și persoanele de vârsta a III-a, care au o mai mare tendință să-l idealizeze pe celălalt.

Studiile au evidențiat de asemenea și *diferențele între femei și bărbați* în modul de a-și manifesta iubirea. Deși în mod tradițional femeile au fost considerate mai romantice decât bărbații, cercetările par să indice contrariul: bărbații cred în mai mare măsură în iubirea la prima vedere, consideră mai frecvent că există o singură persoană predestinată și privesc iubirea ca pe ceva magic și de neînțeles. Femeile tind să fie mai pragmatice în dragoste considerând că există mai multe persoane pe care cineva poate învăța să le iubească și că iubirea nu șterge toate diferențele și nu învinge toate obstacolele. Bărbații se îndrăgostesc mai repede, dar mai puțin intens, în vreme ce femeile alocă mai mult timp pentru a se decide și angaja într-un parteneriat erotic; odată decise se implică însă mult mai intens.

O altă abordare a tipurilor iubirii este realizată pornind de la teoria atașamentului (*Bowlby, 1963*). Aceasta este interesată de legătura care se dezvoltă între copil și persoanele semnificative (figurile de atașament) și de consecințele pe care le are natura acestei relații asupra formării conceptului de sine și reprezentării mediului social.

Cercetările relativ recente propun ideea *constanței structurilor de atașament*, explorându-le la vârstele adulte, considerând că se manifestă în relația dintre partenerii cuplului erotic.

Hazan și Shaver (1987) au clasificat modul de relaționare cu partenerul/partenera utilizând cele trei categorii clasice ale structurilor de atașament (securizant, evitant și ambivalent) pe baza Chestionarului stilurilor de atașament.

Care dintre următoarele paragrafe descrie cel mai bine sentimentele dumneavoastră:

- A. Îmi este relativ ușor să am o relație apropiată, profundă cu o altă persoană, să mă bazez pe altcineva, să depind de el/ea și să știu că alții depind de mine. Nu-mi fac prea multe griji la ideea că pot fi părăsit(ă) sau că mă implic emoțional în prea mare măsură.
- B. Nu mă simt prea bine când sunt foarte apropiat(ă) de cineva, mi-e greu să am încredere completă și să depind de o altă persoană. Sunt tensionat(ă), stânjenit(ă) când cineva devine prea apropiat și deseori partenerul/partenera ar dori o relație mai profundă, mai apropiată decât cea cu care eu mă simt bine, care mie îmi convine.
- C. Simt că ceilalți opun rezistență când le cer să se implice tot atât de mult în relație ca și mine. Deseori îmi fac griji că partenerul/partenera nu mă iubește cu adevărat și/sau nu va mai dori să fim împreună. Vreau să fuzionez complet cu o altă persoană, să fim ca o singură ființă, și această dorință îmi sperie pe ceilalți.

Studiile realizate (*Collins și Read*, 1990; *Mikulincer*,1995; *Verschueren, Marcoen și Scoefs*, 1996; *Griffin și Bartholomew*, 1994) indică faptul că stilul de atașament la vârstele adulte este relaționat cu calitatea legăturii dintre cei doi parteneri:

- A. adulții cu *structură securizantă* de atașament au un grad mai mare de acceptare a intimității și o mai mare încredere, siguranță în relația cu partenerul;
- B. persoanele cu o *structură de tip evitativ* se tem de o prea mare intimitate, având tendința de retragere din relație;
- C. adulții cu un stil *anxios/ambivalent* își doresc o relație extrem de apropiată, manifestând o dependență exagerată față de partener, împreună cu teama de a nu pierde iubirea celuilalt sau a nu fi părăsit de către acesta.

Cercetările pun în evidență corelația dintre stilul de atașament la vârsta adultă și calitatea relației dintre persoană și figurile de atașament din copilărie. Adulții cu stil securizant evaluează stilul parental ca fiind cald, apropiat, pe când cei din celelalte două categorii au în mare măsură tendința de a aprecia că relația cu părinții (în special cu mama) a

fost una rece, distantă. Aceste rezultate susțin ipoteza lui Bowlby conform căreia ne formăm anumite reprezentări ale relației cu figura primară de atașament, acest model influențându-ne modul de comportament în cadrul relațiilor intime ulterioare.

O altă tipologie este cea propusă de *J.A. Lee* (apud *Mitrofan și Ciupercă, 1997*). Ea include următoarele categorii de îndrăgostiți:

1. *Eroticul (Eros)*: este un romantic ce caută un partener ideal și crede că există numai unul singur, adevărat pentru el. Dorește o relație intensă cu partenerul, odată intrat în relație este de obicei fidel. O importanță deosebită pentru el o are atracția fizică pe care o simte față de partener.
2. *Ludicul (Ludus)*: este tipul de partener infidel, instabil, preferând mai multe relații paralele. Îi place variația, noutatea și nu se implică prea mult în relații. Este o persoană plăcută, are multă imaginație, fantezie, și știe cum să-i cucerească pe ceilalți.
3. *Storgicul (Storge)*: este un partener care oferă afecțiune, crede în stabilitatea relației, își tratează partenerul ca un prieten de neînlocuit. Îl cunoaște bine pe celălalt, prețuiește încrederea între parteneri și dă dovadă de fidelitate. Chiar dacă relația de iubire se sfârșește, el continuă să rămână prieten cu partenerul.
4. *Maniacul (Mania)*: este foarte dependent emoțional de celălalt, extrem de gelos. Suferă de teama de a fi respins, de a nu mai fi iubit de partener. Trăiește dragostea foarte intens și se gândește în permanență la persoana iubită și, din acest motiv, separarea fizică de partener nu-i micșorează intensitatea sentimentului de iubire.
5. *Agapicul (Agape)*: este cel mai puțin posesiv și cel mai iertător dintre toate cele șase tipurile de îndrăgostiți. El este foarte răbdător și acceptă, tolerează aproape orice fel de comportament din partea partenerului. Oferă întotdeauna ajutor celuilalt indiferent pentru ce.
6. *Pragmaticul (Pragma)*: este o persoană care se comportă în dragoste ca și cum aceasta ar fi o "afacere", încercând să obțină cel mai bun "profit" posibil. Interesul pentru o persoană este legat întotdeauna de calculul dintre costurile suportate de el și beneficiile pe care le are în cadrul acelei relații.

Revenind la modelul filtrului în opțiunea pentru partener am văzut că rezultatul acestui proces este cuplul stabil. Urmează să prezentăm formele concrete de relaționare ale partenerilor.

Opțiunea pentru un anumit stil de viață în sfera relațiilor intime

Alegerea unui tip personal de relaționare cu partenerul se realizează cel mai frecvent în perioada tinereții. Stilul de viață este văzut ca un pattern global al existenței, prin care

individul încearcă să-și satisfacă nevoile de natură biologică, afectivă și socială. El include și dezvoltarea unei relații de iubire, cu un rol foarte important pentru individ, atât în situația în care conduce la căsătorie, cât și în cazul alternativelor nonmaritale. Pe fondul numeroaselor mișcări care vizează obținerea unor drepturi pentru anumite grupuri sociale s-a ajuns la o lărgire a sferei standardelor de evaluare a comportamentului, oferind individului o mai mare libertate în alegerea stilului personal.

Cea mai frecventă opțiune este căsătoria. În continuare vom realiza o succintă trecere în revistă a stilurilor de relaționare în cuplu.

Căsătoria și divorțul

Este cel mai frecvent stil de relaționare cu partenerul. Presupune crearea unei familii, adică un grup recunoscut social, unit prin drepturi și obligații morale, juridice, economice, religioase și sociale, format din soț, soție și copii sau alte rude (*Lefrancois*, 1983).

Principala formă de mariaj este monogamia, în care pe un timp dat o persoană este căsătorită cu o singură altă persoană. Este cea mai răspândită, însă în multe societăți este permisă și căsătoria multiplă - poligamia - cu cele două forme ale sale: poliginia (un bărbat este căsătorit concomitent cu mai multe femei) și poliandria (o femeie are în același timp mai mulți soți). În societatea noastră forma recunoscută legal este monogamia serială în care pe parcursul vieții persoanei îi este permis să aibă mai mulți parteneri conjugali, nu simultan, ci secvențial (paternul căsătorie – divorț – recăsătorie).

Evoluția familiei trece prin anumite stadii. *E. Duvall* (1977 apud *Sigelman și Shaffer*, 1995) propune următorul *ciclu al vieții de familie*, centrat asupra apariției și dezvoltării copiilor:

1. cuplul conjugal nou format fără copii;
2. familia cu copii antepreșcolari (cu vârsta sub 30 luni);
3. familia cu copii preșcolari (30 luni – 6 ani);
4. familia cu copii școlari (6 – 13 ani);
5. familia cu copii adolescenți (13 – 20 de ani);
6. familia ca “rampă de lansare” pentru tineri (de la plecarea primului copil până la plecarea mezinului);
7. stadiul “cuibului gol” (de la plecarea mezinului până la momentul retragerii profesionale);
8. familia cu membrii de vârstă a treia (din momentul pensionării până la decesul unuia dintre parteneri).

În fiecare etapă membrii familiei au roluri distincte și trebuie să rezolve anumite probleme legate de evoluția familiei. Cuplul de tineri căsătoriți se adaptează noii relații, interiorizează rolurile maritale. În faza a doua apar problemele puse de rolurile parentale, urmând apoi, odată cu creșterea copiilor, noi sarcini. Copii adolescenți și tineri își vor câștiga autonomia față de familia de origine, vor părăsi de cele mai multe ori domiciliul părinților și își vor întemeia o familie. Părinții trebuie să accepte modificările care se produc, independența copiilor. Se vor adapta situației de revenire la cuplul conjugal singur, rolurilor de bunici și retragerii din activitatea profesională.

În prima perioadă a căsătoriei partenerii petrec mult timp împreună discutând, uneori în contradictoriu, se adaptează așteptărilor pe care le au unul față de celălalt și rolurilor maritale. Cei doi trebuie să învețe să rezolve stările conflictuale. Un aport important la intimitatea relației îl are de asemenea activitatea sexuală. În acest stadiu se înregistrează cel mai ridicat nivel al satisfacției maritale, care scade odată cu apariția copilului (*Cavanaugh, 1993*).

Nașterea primului copil este precedată de perioada de sarcină. Aceasta constituie un eveniment important în viața cuplului, mai ales a femeii. Ea prefigurează apariția unor noi roluri și trecerea familiei în următorul stadiu. Se reflectă asupra planurilor pe termen lung ale partenerilor, care își reevaluează concepția referitoare la responsabilitățile și autonomia proprie. Un efort de adaptare mult mai mare este solicitat din partea femeii. Din păcate nu întotdeauna sarcina, mai ales primul trimestru, este ușor de suportat, putând să apară simptome de greață, oboseală, cefalee etc. Viitoarea mamă are nevoie de susținere din partea celorlalți, cel mai important rol avându-l partenerul.

Apariția copilului îi apropie în general pe soți, este o experiență plăcută, însă presupune și o serie de costuri: scade timpul pe care partenerii îl petrec împreună, intervin o serie de sarcini și cheltuieli suplimentare care limitează libertatea de care s-a bucurat cuplul. Acestea se răsfrâng asupra satisfacției maritale, scăderea ei fiind înregistrată în cazul tuturor cuplurilor, indiferent de rasă, nivel educațional, vârstă, statut social și nivel economic. Unele cupluri trec mai ușor peste dificultățile acestei perioade. Printre factorii explicativi se numără (*Sigelman și Shaffer, 1995*):

- caracteristicile copilului - un copil ușor iritabil provoacă mai multă anxietate și stres decât unul liniștit, afectuos, sociabil;
- pregătirea părinților pentru noile roluri - partenerii maturi, a căror relație este consolidată și care au așteptări realiste față de ceea ce presupune noul rol, se adaptează mai ușor decât cei mai puțin pregătiți;

- calitatea relației dintre parteneri - între aceștia trebuie să existe o relație armonioasă; proaspăta mamă, care preia într-o mai mare măsură responsabilitățile îngrijirii copilului, simte nevoia să împartă responsabilitățile și sarcinile cotidiene cu soțul;

- atmosfera familială în care a crescut adultul - noul rol este mai ușor acceptat în situația în care noii părinți evaluează climatul familial în care au crescut ca suportiv, plin de afecțiune;
- sprijinul oferit de cei apropiați (prieteni, rude).

Apariția celorlalți copii atrage după sine creșterea sarcinilor, ca urmare tatăl este solicitat să se implice în mai mare măsură. Cresc și solicitările financiare, apare problema rivalității între frați, a afecțiunii discriminative (reale sau doar percepute) acordată de părinți copiilor lor. Odată cu creșterea copiilor, apar noi probleme pe care părinții trebuie să le rezolve. Însă rolurile parentale oferă o serie de satisfacții, ca atare apariția copiilor este considerată în general o experiență pozitivă.

Am văzut că nivelul cel mai ridicat al satisfacției maritale se înregistrează în primul stadiu al ciclului vieții familiale, apoi scade pe perioada apariției și creșterii copiilor, după care se înregistrează o nouă creștere, odată cu câștigarea autonomiei copiilor și intrarea cuplului în stadiul “cuibului gol”, așa cum vom vedea în 8.4.3.1 !!!!!.

Ciclul familiei a fost legat și de modificarea conținutului rolurilor de gen. Studiile arată că în cazul apariției copiilor diviziunea sarcinilor casnice între soți se orientează spre rolurile tradiționale de gen. Acest lucru apare chiar dacă anterior sarcinile erau altfel distribuite, partenerii fiind adepții egalitarismului. Astfel soția va fi cea care se va angaja preponderent în îngrijirea copilului, rezolvarea sarcinilor domestice tipice (gătit, spălat etc.) și satisfacerea nevoilor de natură emoțională ale familiei. Soțul va pune accentul asupra calităților tipic masculine pentru a asigura susținerea financiară a familiei (*Papalia și Olds, 1987*).

Rolurile se modifică în perioada “cuibului gol”, când se reduc responsabilitățile legate de rolurile parentale. Partenerii încep să-și afirme latura mai puțin cultivată până atunci. Femeile, după ce în anii anteriori au fost axate pe satisfacerea nevoilor emoționale, acum își dezvoltă caracteristici ca activism, asertivitate și dominanță. Bărbații încep să acorde o mai mare importanță nevoilor celorlalți și să-și exprime mai frecvent propriile sentimente. Diferențele dintre sexe la nivelul caracteristicilor rolurilor de gen tind să scadă (*Sigelman și Shaffer, 1995*). Studiile arată că nu se produce o înlocuire a trăsăturilor masculine cu cele feminine la bărbați și a celor feminine cu cele masculine în cazul femeilor. Ambele sexe tind să rețină calitățile tipice rolului de gen corespunzător și să cultive caracteristici tipice celuilalt rol (tipul androgen). Dezvoltarea rolurilor de gen se produce diferit, în funcție de contextul

social și cultural, însă depinzând și de alte roluri ale persoanei, așa cum indică legătura lor cu ciclul vieții de familie.

În ciuda faptului că orice persoană, când a decis să se căsătorească, își dorește ca mariajul să fie unul fericit și durabil, nu întotdeauna se întâmplă acest lucru, relația terminându-se prin *divorț*. Se face distincție între disoluția oficială și cea informală a cuplului marital, în care partenerii nu se separă juridic, chiar dacă nu se mai simt legați din punct de vedere emoțional.

Chiar dacă divorțul se referă în sens strict la despărțirea legală dintre soți, el trebuie privit ca făcând parte dintr-un lanț de evenimente tipice disrupției maritale, care începe cu conflictul dintre soți și include și schimbările complexe ce au loc după pronunțarea oficială a desfacerii căsătoriei.

Cu toate că la noi în țară rata divorțialității este mai redusă comparativ cu alte state, oscilând în ultimele decenii între 1,4 și 1,7 divorțuri/ 1000 de locuitori, autorii atrag atenția asupra creșterii accentuate a numărului de divorțuri după 1950 (*Mitrofan și Ciupercă, 1998*). Această creștere este legată de *schimbările expectanțelor față de căsătorie și divorț*, pe fondul transformărilor survenite în societate. Dacă în mod tradițional familia era văzută ca îndeplinind în primul rând funcții economice, de procreare și socializare a copiilor, actualmente accentul este plasat asupra funcției psiho-afective. Partenerii se așteaptă să își ofere unul altuia iubire, grijă, respect și susținere. Căsătoria este văzută ca o experiență pozitivă, care împlinește și îmbogățește persoana, iar când aceste efecte nu sunt prezente, divorțul este privit tot mai des ca o cale de a ieși dintr-o situație critică, o soluție pentru a putea continua căutarea unui nou partener cu care să devină posibilă o astfel de relație. Iată deci că femeile și bărbații, care în societatea contemporană decid să se căsătorească datorită iubirii sincere, când constată că mariajul lor nu (mai) înseamnă intimitate, afecțiune, grijă, se simt liberi să-i pună capăt (*Papalia și Olds, 1987*). Această schimbare se reflectă în motivele de divorț invocate: dacă în 1948 în societatea americană cel mai frecvent soțiile solicitau divorțul datorită violenței, consumului exagerat de alcool și lipsei de suport financiar din partea partenerului, în 1985 cel mai des menționate motive sunt lipsa sentimentului apropierii, iubirii, probleme de comunicare și în sfera relațiilor sexuale (*Cavanaugh, 1993*).

Printre factorii care au contribuit la creșterea ratei divorțului și la schimbarea atitudinii față de căsătorie și divorț se remarcă și *emanciparea economică a femeii*, pe fundalul industrializării, modernizării și urbanizării. Prin angajarea în muncă femeia nu mai depinde economic de bărbat și nu mai este nevoită să tolereze orice comportament al acestuia. Se mai adaugă și *democratizarea și liberalizarea vieții sociale*, cu scăderea influenței bisericii, o

legislație mai permisivă față de divorț, micșorarea presiunilor tipice societății tradiționale, care stigmatiza persoanele divorțate și rudele acestora (Iluț, 2000). Ca atare, imaginea în plan social a divorțului nu mai este atât de negativă, chiar dacă și azi este văzut ca un eveniment negativ, extrem de stresant, ca o experiență dificilă pentru toți cei implicați. Din ce în ce mai des este vehiculată ideea divorțului ca o posibilă soluție, convingerea că e mai bine singur decât nefericit în doi și că nu întotdeauna cel mai bun lucru pentru copii este ca părinții să rămână împreună de dragul lor, indiferent de natura și intensitatea problemelor maritale.

Pe lângă factorii prezentați ca fiind responsabili de o nouă mentalitate despre divorț, intervin o serie de *cauze specifice pentru fiecare cuplu marital* care se desparte. Cercetările care și-au propus să degaje predictorii semnificativi ai disoluției maritale ajung la o serie de variabile implicate în procesul de selecție a partenerului (vezi !!!!). Astfel, diferențele mari între soți la nivelul statutului socio-economic și gradului de școlaritate sunt asociate cu o mai mare probabilitate de divorț. Cu cât vârsta la căsătorie este mai mică, cu atât riscul de instabilitate maritală este mai mare pentru cazurile în care perioada de curtare a fost scurtă, gradul de intercunoaștere fiind mic, partenerii au întrerupt școala sau căsătoria a survenit ca urmare a unei sarcini nedorite (Sigelman și Shaffer, 1995). Analiza datelor statistice arată că și mariajele în care etnia și/sau religia soților sunt diferite par să fie mai puțin stabile, diferențele dintre capitalul cultural al soților fiind asociate cu o probabilitate mai mare a divorțului (Cavanaugh, 1993). În plus investițiile maritale reprezintă un factor important: prezența copiilor și a bunurilor materiale comune favorizează continuarea căsătoriei, chiar dacă satisfacția maritală nu este cea așteptată.

Perspectiva subiectivă, oferită de motivele invocate de soți în momentul în care ajung la divorț, am văzut că plasează actualmente în prim plan lipsa iubirii, distanțare afectivă, probleme de comunicare, de compatibilitate între parteneri la nivelul stilului de viață, relațiilor sexuale, sistemului axiologic. Pe baza unor investigații desfășurate în anii 1984-1985, Petre Iluț (1995) identifica un sindrom al „incapacității de conviețuire conjugală” în care centrală este lipsa sentimentului de dragoste, chiar dacă este efectul unor factori diferiți pentru cei doi soți: problemele invocate de femei se referă la consumul exagerat de alcool al soțului, probleme legate de cheltuirea banilor, distribuția inechitabilă a sarcinilor gospodărești, gelozie nejustificată și violență, iar motivele invocate de bărbați includ infidelitatea soției, neglijarea familiei, relații tensionate cu familia extinsă.

Divorțul, așa cum am menționat, trebuie privit ca făcând parte dintr-o *suită de evenimente* și chiar dacă există concepția conform căreia perechile din zilele noastre nu se străduiesc destul să facă mariajul să meargă, majoritatea cuplurilor trec printr-o perioadă

destul de lungă de probleme și conflicte, înainte de a ajunge la divorț. Soții trăiesc sentimentul eșecului, inclusiv recunoașterea incapacității de alegere a unui partener potrivit, blamându-se pentru acest lucru și punându-și problema cauzelor și rolului propriu în evoluția negativă a relației. Când ajung la concluzia că mariajul nu se va îndrepta de la sine și că situația prezentă are efecte negative asupra tuturor celor implicați, încearcă să acționeze, apelând la diferite persoane despre care cred că îi pot ajuta să își rezolve dificultățile. Deseori aceste persoane sunt membri ai familiei extinse sau prieteni apropiați, iar uneori se recurge la serviciile unui consilier în probleme maritale, în speranța că mariajul mai poate fi salvat. În situația în care acest lucru nu se realizează, se ajunge la divorț. *Buhannon (1970, apud Mitrofan și Ciupercă, 1998)* distinge șase *etape ale disoluției maritale*:

- emoțional, referitor la deteriorarea relației înainte de despărțirea oficială;
- legal, care consfințește juridic desfacerea căsătoriei;
- economic, ce implică partajul bunurilor;
- parental, care vizează acordarea custodiei copiilor și reglementarea vizitelor părintelui care nu are custodia copilului;
- social, care se referă la relația cu membrii familiei extinse, prieteni, cunoștințe;
- de redefinire a identității, a sinelui după divorț.

Primul aspect a fost menționat mai sus, iar cel legal, economic și în parte și cel parental țin în mare măsură de „aspectele tehnice” ale divorțului, constituind obiectul dreptului familiei. Ne vom referi în continuare la *consecințele pe care le are divorțul* asupra foștilor soți și copiilor acestora.

Chiar atunci când divorțul este foarte puțin complicat ca și procedură juridică, fiind pronunțat ca urmare a consimțământului ambilor soți, totdeauna există o perioadă dureroasă de adaptare, în care conflictul, pierderea, schimbarea și nesiguranța sunt proeminente.

Efectele divorțului depind de existența sau nu a copiilor, de ceea ce a investit afectiv persoana în căsătorie, de faptul că ea a inițiat divorțul sau partenerul, de abilitățile sale de coping, de natura și intensitatea schimbărilor anticipate, de valoarea persoanei pe piața maritală și de suportul social de care beneficiază (*Iluț, 1995*). Evaluarea efectelor presupune o abordarea a fiecărui caz în parte, totuși studiile pun în evidență faptul că la scurt timp după oficializarea separării foștii parteneri simt un grad mai mare de ostilitate unul față de celălalt decât înainte de divorț, ca efect al luptei pentru partajul bunurilor și pentru câștigarea custodiei copiilor. Pe de altă parte însă multe persoane subestimează atașamentul lor față de fostul partener/ fosta parteneră. Ostilitatea și furia alternează cu perioade de tristețe, deprimare, teamă și vinovăție. Persoana care inițiază divorțul este de obicei într-o stare emoțională mai

bună în primele luni după separare decât partenerul/ partenera sa, care trebuie să facă față și tristeții cauzate de repingerea sa și de incapacitatea de a schimba cursul evenimentelor (*Papalia și Olds, 1987*). Foștii soți simt o anumită izolare socială, o înstrăinare față de anumite rude și prieteni. Ei înfruntă singurătatea și multe probleme: de natură practică legate de venitul mai scăzut, eventual de schimbarea domiciliului, căutarea unui alt loc de muncă, apoi cele legate de îngrijirea copiilor și de dezvoltarea unor relații mai strânse cu membrii familiei de origine pentru a primi mai mult suport. Persoana trebuie să depășească starea negativă datorată divorțului și să își redefinească identitatea. Pentru a reuși acest lucru soții ar trebui:

- să rezolve conflictul marital, încetând învinuirile reciproce și recunoscând contribuția proprie la eșecul căsniciei;
- să evalueze relația avută, punctele sale slabe și ceea ce a fost pozitiv, precum și ceea ce a învățat fiecare din această experiență;
- să renunțe la atașamentul față de fostul soț/ soție și să se preocupe de menținerea unei relații apropiate între copii și ambii părinți;
- să recunoască sentimentele de tristețe cauzate de neîmplinirea speranțelor legate de mariaj, să integreze experiența trăită în viziunea asupra familiei și să depășească stările negative;
- să facă față unor noi roluri și sarcini și să își asume noi responsabilități;
- să se implice în noi relații apropiate, de prietenie și iubire.

Acest proces durează 2-3 ani și nu întotdeauna se reușește rezolvarea cu succes a tuturor sarcinilor (*Germain, 1991*).

Sigur că *adaptarea după divorț* depinde și de existența sau nu a copiilor, cuplurile fără copii trecând mai ușor peste acest eveniment stresant. În cele mai multe cazuri în care sunt implicați copiii, mamele sunt cele care obțin custodia, iar studiile arată că acest lucru atrage după sine costuri materiale mai mari pentru acestea și costuri psihologice mai mari pentru tați, cel puțin pe termen scurt. Situația materială a mamei și copiilor se înrăutățește după divorț, fiind mai precară față de cea a familiilor cu ambii părinți (*Iluț, 1995*). Pe termen lung este clar că femeile sunt mai serios afectate, din motive sociale și economice: nivelul financiar este mai scăzut, sunt socotite în mai mare măsură responsabile pentru starea copiilor, e mai greu pentru ele să stabilească o nouă relație intimă în condițiile în care dețin custodia copiilor și au astfel mai puține oportunități pentru a se recăsători (*Cavanaugh, 1993*).

Se pune problema *consecințelor pe care divorțul părinților îl are asupra copiilor*, factorii de care depinde impactul divorțului fiind: stilul parental al ambilor soți, relația dintre ei, măsura în care copilul continuă să petreacă suficient timp cu părintele care nu are custodia sa, condițiile economice ale părintelui care deține custodia, personalitatea și vârsta copilului, precum și suportul social care i se oferă (*Sigelman și Shaffer, 1995*).

Această perioadă dificilă nu îi face pe adulți să devină părinți mai buni. Dificultățile care apar în relația părinte-copil sunt mai mari în primul an după divorț și se manifestă printr-un nivel mai scăzut al comunicării, al apropierii, o sensibilitate mai mică a părintelui față de problemele copilului și totodată răbdare, toleranță mai scăzută în acest caz. De asemenea apare deseori o constanță mai redusă în aplicarea unor măsuri ferme de disciplinare. Tații au tendința de a deveni mai permisivi decât înainte de divorț, pe perioada petrecută cu copiii, ceea ce nu ajută la rezolvarea problemelor de comportament ale acestora. Relațiile amicale dintre părinți sunt foarte importante, frecvența vizitelor tatălui în aceste condiții fiind asociată cu o mai ușoară adaptare a copilului, cu relații mai bune ale lui cu ceilalți membri ai familiei, inclusiv cu mama. În plus, în acest fel părinții continuă să structureze în mod coerent sistemul de reguli care se aplică în cazul activităților și comportamentului copilului.

Un studiu realizat de *Wallerstein și Kelly (1980, apud Germain, 1991)* asupra efectelor divorțului arată că primul an este cel mai dificil, însă chiar și după 5 ani copiii se resimt. Preșcolarii din studiu erau mai afectați decât copiii mai mari, însă datele follow-up-ului realizat la 10 ani de la divorț au arătat că ei aveau mai puține amintiri despre conflictele dintre părinți și despre divorț. Cei mai mari, care aveau între 9 și 18 ani la divorț aveau acum mai multe temeri legate de instabilitatea relațiilor apropiate și de posibilitatea de a fi trădați. O mică parte a copiilor cuprinși în studiu continuau să aibă probleme datorită scăderii calității relației părinte-copil. Este indicat ca părinții să-i dea ocazia copilului să își exprime sentimentele negative și temerile față de situația nouă, să i se confirme faptul că este iubit și înțeles. Grija și susținerea oferită de cei apropiați (rude, prieteni) părinților și copiilor poate îmbrăca forma ajutorului material și emoțional, bunicii având un rol important pentru copiii și nepoții lor în această perioadă.

În situația în care copilul rămas cu mama este băiat poate să apară mai frecvent fenomenul de supraprotecție, mama revărsându-și toată afecțiunea asupra lui, formulând obligații casnice minimale, motivate și de faptul că vrea să evite eventualele reproșuri ale soțului și rudelor sale că își neglijează copilul. Acest lucru afectează negativ exercitarea rolului conjugal al actualului copil când va ajunge adult. Referitor la identitatea de gen, se

pare că absența tatălui este asociată cu dificultăți în manifestarea rolului de gen corespunzător în cazul copiilor de ambele sexe (*Mitrofan și Ciupercă, 1998*).

Pentru a face mai ușoară adaptarea copiilor la noua situație sunt necesare, așa cum am văzut, relații amiabile între părinți, relații apropiate părinți-copii, păstrându-se consecvența în respectarea regulilor trasate, un nivel financiar adecvat nevoilor părinților și copiilor, suport social suplimentar oferit de rude și prieteni, dar și de profesioniști, precum și un nivel minim al altor stresori, de exemplu schimbarea domiciliului sau a locului de muncă (*Sigelman și Shaffer, 1995*).

Trebuie să menționăm că imaginea oferită asupra consecințelor divorțului este nuanțată de unii autori (*Iluț, 1995; Germain, 1991*). Se invocă faptul că problemele copiilor, evaluate după divorț, sunt de fapt și efectul problemelor prezente în familie înainte de a se ajunge la divorț, așa că este greu de precizat care anume sunt doar consecințele divorțului. De foarte multe ori stima de sine a copiilor este mai grav afectată în cazul familiilor în care sunt prezente conflicte frecvente între soți, comparativ cu cele monoparentale. O serie de studii arată că în condițiile păstrării relațiilor amiabile dintre părinți și continuării interacțiunii dintre copii și ambii părinți, comparațiile problemelor copiilor după divorțul părinților cu cele ale copiilor din familiile biparentale indică diferențe ne semnificative. În plus, diferența dintre frecvența comportamentului antisocial și problemelor școlare ale copiilor din familiile în care părinții au divorțat și cele ale copiilor din familiile cu ambii părinți devine ne semnificativă statistic când este luat în calcul efectul venitului, așa că diferențele constatate inițial sunt explicate mai degrabă de starea materială mai precară a familiilor monoparentale.

În ceea ce îi privește pe adulți, divorțul presupune de cele mai multe ori și pentru ei un cost psihologic foarte mare, greu de evaluat corect anterior producerii evenimentului. Multe persoane divorțate au mărturisit că au subestimat suferința pe care se așteptau să o trăiască. Totuși doar 5% din cei intervievați au declarat, la 5 ani de la divorț, că îl mai consideră o greșeală, restul aprobând decizia, chiar dacă inițial s-au opus (*Cavanaugh, 1993*). Cele mai multe persoane depășesc acest eveniment traumatic și reușesc să se împace cu cursul propriei vieți.

O mare parte dintre cei care au trecut printr-un divorț continuă să caute un partener și doresc să oficializeze relația. *Recăsătoria* este mai frecventă în cazul tinerilor, precum și în cazul în care persoana nu are copii sau nu deține custodia acestora. De asemenea există diferențe între sexe: în majoritatea cazurilor femeilor li se încredințează copiii spre creștere și în plus există tendința bărbaților de a se căsători cu femei mai tinere decât ei, așa că este mai

greu pentru femeile divorțate să își găsească un nou soț, comparativ cu bărbații divorțați, a căror valoare pe piața maritală crește cu vârsta până la un punct.

Adaptarea la o nouă relație poate fi dificilă, studiile indicând că familiile reconstituite cu copii au probleme mai numeroase nu doar comparativ cu cele biparentale, ci și cu cele monoparentale. La început se trece printr-o perioadă dificilă de structurare a rolurilor și relațiilor, se pune problema acceptării de către copii a părinților vitregi și invers, a depășirii expectanțelor nerealiste față de relațiile din familie. Există însă și avantaje clare ale recăsătoriei, atât la nivelul satisfacerii nevoilor emoționale, cât și pe linia situației materiale, acest ultim aspect fiind mai important pentru femeile singure cu copii (Iluț, 1995). În plus recăsătoria atrage după sine lărgirea rețelei de relații sociale prin câștigarea de noi rude și beneficii pentru copii prin oferirea de modele de rol în sfera relațiilor maritale.

Singurătatea (celibatul) - este un stil de viață care se poate institui definitiv în cazul persoanelor care nu au fost niciodată căsătorite (celibatare) sau poate fi urmarea unui divorț sau a văduviei.

Între 1970-1978 numărul persoanelor în vârstă de 14-34 de ani care trăiau singure aproape s-a triplat în Statele Unite ale Americii (cf. *Mitrofan și Ciupercă, 1997*). Statisticile americane (*Cavanaugh, 1993*) indică faptul că la începutul tinereții cele mai multe persoane sunt singure (75% din bărbații și 57% din femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 25 de ani sunt necăsătoriți/necăsătorite). O comparație statistică între categoriile de persoane singure (*Vander Zanden, 1985*) arată că aceia care nu au fost niciodată căsătoriți reprezintă mai mult de 70% din totalul celor singuri, iar persoanele divorțate doar 13% din total (deși rata divorțialității este ridicată, majoritatea divorțaților se recăsătoresc).

Printre *explicațiile opțiunii pentru acest stil* se numără:

- schimbarea concepției tinerilor și societății în ansamblu referitor la căsătorie, ea putând fi văzută uneori ca un impediment în calea evoluției profesionale;
- liberalizarea relațiilor sexuale în afara cadrului legalizat al căsătoriei, cu accent pe varietate, noutate și calitate;
- mișcarea de recunoaștere și legalizare a homosexualității, care duce la apariția unui al patrulea subgrup în cadrul celor singuri;
- modificarea condițiilor economice, inclusiv creșterea independenței financiare a femeilor (*Mitrofan și Ciupercă, 1997*)
- schimbarea concepției societății referitoare la singurătate; dacă în 1957 sondajele de opinie arătau că 80% dintre americani asociau singurătatea femeilor cu bolile psihice și

imoralitatea, această mentalitate scădea în 1978 la 25%. În prezent mulți americani nu mai vad singurătatea ca pe o categorie din care fac parte cei nefericiți, care nu au fost aleși ca parteneri de o altă persoană. (Cananaugh, 1993)

Celibatul nu exclude o viață sexuală activă și nu este trăit întotdeauna ca o neîmplinire; persoanele care au optat pentru această alternativă consideră că oferă o serie de avantaje față de căsătorie: oportunități mai multe pentru evoluția profesională, mobilitate mai mare, disponibilitate din punct de vedere al relațiilor sexuale, autonomie și libertatea de a lua deciziile dorite (Papalia și Olds, 1987).

Pe măsură ce numărul celor singuri a crescut, în cele mai multe metropole au apărut comunități ale acestora, existând zone de rezidență, baruri și activități de grup organizate pentru cei singuri. Însă chiar dacă oferă mai multă independență decât mariajul, singurătatea nu este scutită de dezavantaje: în medie persoanele singure sunt mai puțin fericite decât cele căsătorite și trăiesc în măsură mai mare sentimentul singurătății (Lefrancois, 1984).

Coabitarea (uniunea liberă)

Desemnează “un mod de a trăi împreună” al cuplurilor, în afara căsătoriei (Mitrofan și Ciupercă, 1997).

Anii '80 pot fi considerați momentul critic al proliferării fără precedent a formelor substitutive ale familiei de tipul uniunii libere: în S.U.A. în 1981 existau 1,8 milioane de cupluri care coabitau (de trei ori mai multe comparativ cu 1970), ceea ce reprezenta 4% din totalul cuplurilor. În 1986 în Suedia rata coabitării era de peste 12% (conform Iluț, 1995).

Coabitarea este doar uneori o căsătorie de probă, o perioadă de adaptare a partenerilor în vederea căsătoriei viitoare, putând fi considerată un nou model de relaționare a partenerilor, care poate înlocui căsătoria în toate fazele sale. Deși cea mai mare atenție a fost acordată cuplurilor tinere, cei care coabitează aparțin tuturor claselor socio-economice și grupelor de vârstă. Partenerii care au mai fost căsătoriți preferă frecvent în locul unui al doilea mariaj coabitarea, cel puțin pentru o anumită perioadă de timp (Lefrancois, 1984).

O explicație generală a creșterii frecvenței modelului coabitational este aceea că el prezintă în mare măsură avantajele căsătoriei, înlăturând o parte din costurile unui eventual divorț. Opțiunea pentru uniunea liberă încearcă să satisfacă prin conjugare nevoia de dependență și identificare cu cea de autonomie, negând aspectul contractual al relației. Motivul uniunii partenerilor este gratificația mutuală, ei rămânând împreună doar atâta timp cât reușesc să-și rămână nu numai necesari, dar și reciproc satisfăcători. Astfel o parte din consecințele stresante ale divorțului sunt evitate, despărțirea celor doi ieșind de sub incidența cadrului legislativ mai larg. (Mitrofan și Ciupercă, 1997).

Și în problema coabitării societatea devine tot mai permisivă. Astfel în 1968 Linda LeClaire, studentă a Colegiului Barnard (S.U.A.) a devenit o celebritate națională după ce a recunoscut public că în afara campusului studențesc coabita cu un fost student. Din acest motiv i s-a interzis să mai frecventeze barul și cantina colegiului și să participe la evenimentele sociale organizate în campus (*Vander Zanden, 1985*). În zilele noastre atitudinea oficialităților a devenit mult mai permisivă, în majoritatea căminelor studențești problema coabitării fiind ignorată.

Deoarece cercetările pe această temă au vizat preponderent cuplurile de tineri, cauzele specifice ale coabitării sunt aplicabile în special acestora. Astfel școlarizarea prelungită a dus la creșterea diferenței dintre vârsta biologică și cea a maturității sociale, și, ca atare, mulți tineri își doresc relații apropiate, incluzând contacte sexuale, nefiind însă pregătiți pentru căsătorie. Coabiarea le oferă posibilitatea satisfacerii acestor nevoi și posibilitatea de a se cunoaște mai bine pe ei înșiși, de a înțelege mai bine ce implică o relație intimă și de a-și da seama ce expectanțe au față de căsătorie și partenerul potențial, fără să se angajeze neapărat într-o relație de lungă durată (*Papalia și Olds, 1986*).

În unele cazuri coabitarea servește ca și “căsătorie de probă”, însă coabitarea anterior căsătoriei nu constituie un predictor al stabilității maritale. Studiile care își propun să realizeze o comparație între coabitare și căsătorie arată că nu există diferențe semnificative între cei care aleg o formă sau alta de relaționare privind diferite aspecte: comunicarea dintre parteneri, distribuirea sarcinilor domestice, luarea deciziilor, satisfacția partenerilor și frecvența relațiilor sexuale cu alte persoane. Dintre dezavantajele coabitării menționăm: limitarea, prematură uneori, a experienței întâlnirilor (unele persoane coabitează după ce în prealabil au avut un număr restrâns de relații cu parteneri potențiali); perpetuarea rolului tradițional al femeii, constând în atribuirea sarcinilor domestice, cu repercusiuni negative asupra instruirii și formării pentru viitoarea carieră; investire emoțională inegală, unul dintre parteneri fiind implicat în mai mare măsură în relație decât a intenționat inițial; complicații legale (*Mitrofan și Ciupercă, 1997*). În ciuda dezavantajelor menționate, coabitarea tinde să fie evaluată ca fiind satisfăcătoare de către cei implicați.

Homosexualitatea

În timp ce heterosexualitatea se referă la preferința pentru o persoană de sex opus ca partener sexual, homosexualitatea implică preferința pentru un partener de același sex. Simțul comun tinde să utilizeze dihotomia homosexuali-heterosexuali, însă cercetările arată că cele două categorii trebuie văzute ca poli ai unui continuum, care trece printr-un “zero” teoretic

corespunzător preferinței egale pentru parteneri de același sex sau sex opus în cadrul relațiilor sexuale (bisexualitate).

Discuțiile privind cauzele homosexualității continuă să fie actuale, printre factorii vizati numărându-se: stilul rece, rejectiv, impersonal al relației copil-părinte de același sex, având ca și consecință în capacitatea identificării copilului cu rolul coresponzător (teorii de factură psihanalitică); expectanțe negative față de persoanele de sex opus, formate prin învățare directă sau observațională (teorii ale învățării); efectul anumitor particularități fizice și ale unor trăsături temperamentale care duc la incapacitatea băieților de a răspunde cu succes așteptărilor anturajului asociate rolului de gen coresponzător, fond pe care apare ca o compensare asocierea preferențială cu fetele și interiorizarea rolului feminin; factori ereditari sau de natură hormonală (teorii biologice). Întrucât rolul acestor factori explicativi nu a putut fi demonstrat cu certitudine de către specialiști, cei mai mulți dintre aceștia consideră că sunt necesare noi cercetări pe această temă.

Referitor la homosexualitate se cunosc mai informații decât pentru celelalte tipuri de relații. Explicațiile rezidă din atitudinea negativă a societății față de acest stil de viață. Pe lângă problemele comune alternativelor mariajului (vină, instabilitate) în cazul homosexualității masculine și feminine (lesbianismului) persoanele se confruntă cu dezaprobarea socială fermă a acestui tip de relații. Să nu uităm că până în 1973 Asociația Americană de Psihiatrie (American Psychiatric Association) a inclus homosexualitatea ca și categorie nosologică în manualele sale editate pe teme patologiei psihiatrice. În toate statele homosexualitatea este cauza a numeroase discriminări față de cei care o practică, iar în unele este încă sancționată legal. Cum relațiile homosexuale nu pot fi legalizate (excepție făcând legislația Olandei), trebuie să le includem printre formele de nonmaritalitate impusă.

Bell și Weinberg (1978, apud *Lefrancois*, 1984) disting câteva modalități de relaționare în cadrul homosexualității:

- cuplurile apropiate, caracterizate de fidelitate asumată față de partener/parteneră, care conviețuiesc asumându-și o serie de angajamente caracteristice căsătoriei tradiționale. Cercetările arată că acest stil este în mai mare măsură caracteristic lesbianismului decât homosexualității masculine;
- cupluri deschise, care includ situațiile în care partenerii locuiesc împreună, constituind o pereche, însă sunt deschiși și spre relații sexuale cu alți parteneri. Un procent de aproximativ 90% dintre bărbații homosexuali care aveau parteneri bine stabiliți întrețineau

relații sexuale cu alți bărbați, fidelitatea fiind mai degrabă definită prin implicarea, angajarea emoțională în relația cu celălalt (*Vander Zanden, 1985*);

- funcționalii, o categorie care cuprinde persoanele care trăiesc singure sau în grupuri și caută o varietate de relații, mai degrabă decât stabilitatea oferită de o singură relație;
- disfuncționalii, categorie formată din indivizi a căror preferință sexuală este o sursă de conflict și nefericire și care oscilează frecvent între a-și exprima sau ascunde orientarea sexuală;
- asexualii, care își suprimă preferințele homosexuale.

Pe fondul apariției sindromului imunodeficienței dobândite (SIDA), primul tip de relaționare a câștigat teren, crescând importanța exclusivității sexuale. Odată stabilit cuplul, partenerii se confruntă cu anumite probleme, caracteristice tuturor relațiilor intime: decizii privind bugetul, distribuția puterii în cuplu, diviziunea sarcinilor domestice (partenerii homosexuali tind să-și asume atribuțiile casnice mai echitabil, pe baza preferințelor fiecăruia, rolurile tradiționale neavând influența pe care o au în cuplurile tradiționale).

O problemă mult discutată în ultimul timp este cea a părinților homosexuali și a influenței pe care orientarea lor sexuală o are asupra dezvoltării copiilor crescuți de ei. Se consideră în majoritatea societăților că patternul de comportament homosexual va fi mai frecvent adoptat de către copiii crescuți de părinți homosexuali și, ca atare, acordarea custodiei copiilor sau politica adopțiilor este în mare măsură influențată de orientarea sexuală a adulților implicați.

Grupările comunitare

Sunt grupuri formate în mod intenționat, care cuprind persoane între care nu există relații de rudenie, în scopul stabilirii unor relații de tip familial. Trecutul lor merge până în perioada antichității, în S.U.A. având de asemenea o istorie lungă, începând cu sosirea în Lumea Nouă a unor secte religioase, cu scopul de a se retrage și a trăi în grupări utopice.

Grupările comunitare reprezintă un termen umbrelă care acoperă multe tipuri de stiluri de viață. Referitor la relațiile sexuale, unele încurajează abținerea, altele practică monogamia, în timp ce unele încurajează relațiile sexuale nerestrictive. Au structuri diverse: la un capăt al continuumului se află formele anarhice care accentuează intimitatea, căldura, implicarea, au puține reguli formale, nu cer angajare pe termen lung, au o fundamentare filosofică vagă, sunt deschise noilor membri și au o bază financiară săracă. La celălalt pol se situează grupările cu un nivel înalt de organizare, care solicită o implicare ideologică fermă,

impun un program zilnic, fixează criteriile de admitere stricte și furnizează suport economic membrilor pe baza acțiunilor financiare comune (*Vander Zanden, 1985*).

În perioada anilor '60-'70 în S.U.A. se înregistrează un interes ridicat pentru acest stil de viață, grupările comunitare fiind înființate pe fondul dezintegrării instituțiilor tradiționale și căutării a unei noi ordini. Apar grupările comunitare sexuale ca o replică și o formulă de protest la adresa problemelor identificate în cadrul familiei tradiționale, tinerii căutând o nouă mistică, cea a comunităților sexuale. Acestea doresc să satisfacă nevoia de afiliere, comunicare, apropiere la care aspiră fiecare persoană. Stilul acesta însă nu previne întotdeauna amestecul geloziei în raporturile dintre membrii grupului sau inegalitatea rolurilor de gen. Grupările comunitare sunt fragile, majoritatea durând mai puțin de un an, acest lucru fiind aplicabil mai ales formelor anarhice, dovedindu-se construcții utopice (*Mitrofan și Ciupercă, 1997*).

Dezvoltarea carierei

Perioada tinereții este cea în care cele mai multe persoane se angajează și ocupă primul lor loc de muncă, dobândind independență financiară și asumându-și noi responsabilități și roluri care le modelează identitatea. Sigur că ocupația joacă un rol important de-a lungul tuturor perioadelor, în copilărie fiind prezente preocuparea pentru ceea ce persoana “vrea să devină când va fi mare”, în adolescență luptând pentru a-și dezvolta identitatea vocațională și pentru decizia de a se angaja într-un anumit domeniu de activitate sau a se pregăti pentru o profesie care solicită o nouă perioadă de școlarizare. Pe parcursul perioadei de maturitate pot să apară situații în care persoana pune la îndoială alegerea făcută, schimbându-și profesia sau uneori fiind nevoit să facă acest lucru datorită șomajului urmat de incapacitatea de a-și găsi un loc de muncă în domeniul pentru care s-a pregătit inițial. Persoanele în vârstă se confruntă cu problemele retragerii din activitate, după pensionare simțind lipsa activității pe care o prestau și pierzându-și statutul pe care-l aveau anterior acestui eveniment. O tratare mai amănunțită a acestui subiect este realizată în capitolul !!!!.

Teoriile dezvoltării la vârstele adulte pe care le-am prezentat ilustrează legătura existentă între activitatea profesională a individului și aspectele intelectuale și socio-afective ale dezvoltării.

Studiile indică faptul că această perioadă este marcată de încercarea de a stabili o implicare fermă, o angajare profundă față de un anumit domeniu de activitate și de o anumită profesie.

Comparativ cu persoanele mai vârsnice, la început tinerii au un grad mai scăzut de implicare și prezintă o mai mare rată a fluctuației profesionale și a absenteismului datorat unor motive subiective, ca efect al încercărilor de a găsi profesia și locul de muncă cel mai potrivit.

Tinerii sunt conștienți de faptul că în această perioadă schimbările sunt mai ușor de făcut decât mai târziu, presupunând mai puține costuri și au, de asemenea, un spirit critic mai ascutit față de locul lor de muncă decât după ce s-au implicat profund în exercitarea respectivului rol. Spre sfârșitul acestei perioade este prezentă la majoritatea persoanelor *implicarea, angajarea accentuată*, cu interiorizarea rolului profesional.

MATURITATEA

Caracterizare generală

Maturitatea este fixată din punct de vedere al vârstei cronologice între 40 și 65 de ani, înregistrându-se variații interindividuale. Este considerată ca perioada unei maxime realizări, în care, în general, persoanele ating cel mai înalt statut socio-profesional și cel mai ridicat nivel al bunăstării. Sigur că și în acest stadiu persoana este confruntată cu o serie de probleme la care trebuie să se adapteze.

Întreaga perioadă este centrată pe problema continuității și schimbării. Cel mai ușor de sesizat sunt modificările caracteristicilor fizice și ale stării de sănătate, având repercusiuni de natură psihologică. Maturii revaluează deciziile luate pe plan profesional, ceea ce duce la ajustarea proiectelor de viitor. Uneori sunt înregistrate modificări notabile în evoluția profesională. În final intervine retragerea din activitatea profesională, cu un impact semnificativ asupra situației financiare și sociale. La fel se întâmplă și în sfera relațiilor cu soțul/soția, mai ales după ce familia revine la cuplul conjugal singur, prin plecarea copiilor. Acest nou stadiu al ciclului vieții familiale poate fi similar cu o a doua lună de miere sau obligă partenerii să realizeze că îi mai leagă foarte puține lucruri. Oricum rolurile familiale sunt în continuă schimbare, maturii fiind prinși între două generații: pe de-o parte este rândul lor acum să-și sprijine părinții, iar pe de altă parte continuă să-și ajute copiii adolescenți sau tineri.

Un eveniment major al maturității este schimbarea modului în care persoanele privesc relația dintre trecerea timpului și propria existență. Orientarea se schimbă de la anii care au trecut - vârsta cronologică - la timpul care a mai rămas de trăit. Acest lucru duce la chestionarea gradului în care persoana a reușit să imprime vieții sale sensul dorit și la modalitatea prin care ar putea să schimbe cursul existenței proprii cât încă mai are timp pentru a realiza acest lucru. În acest capitol vom încerca să abordăm toate aceste aspecte care apar în perioada maturității.

Evoluția stării fizice și consecințele sale în plan psihologic

Dacă pe parcursul altor perioade ale dezvoltării, ca de exemplu adolescența și vârsta a III-a, schimbările care apar la nivel fizic sunt extrem de ușor de observat, la maturitate modificările se produc de obicei gradual, înregistrând o mare variabilitate interindividuală datorată factorilor genetici și stilului de viață.

Înfățișarea

Chiar dacă maturii care se bucură de o stare bună de sănătate apreciază de cele mai multe ori că nu s-au schimbat foarte mult față de modul în care se percepeau la sfârșitul tinereții, cele mai evidente și ușor de recunoscut semne ale trecerii timpului sunt cele de la nivelul aparenței fizice.

Pielea se ridează, își pierde din elasticitate datorită scăderii colagenului din țesuturi și se pigmentează, apărând pete, mai ales în zonele mai frecvent expuse la soare. Aceste caracteristici sunt inevitabile, însă rata evoluției lor poate fi mai lentă în cazul îngrijirii speciale și expunerii solare moderate. *Părul* încărunțește, devine mai rar și mai friabil, datorită declinului în producerea melaninei și a ratei mai lente de regenerare. Se produce *scăderea înălțimii* persoanelor ca urmare a compresiei coloanei vertebrale și schimbărilor posturii. O altă modificare în constituția corporală se leagă de *creșterea raportului dintre țesutul adipos și cel muscular* și de scăderea ratei metabolismului bazal (cantitatea minimă de energie care se consumă în stare de repaus). Dacă în adolescență țesutul gras reprezintă 10% din greutatea persoanei, la maturitate ajunge să fie 20% și chiar mai mult (*Sigelman și Shaffer, 1995*). La vârstele adulte ponderea țesutului adipos crește, nevoile sale metabolice fiind mult mai mici decât cele ale țesutului muscular. Astfel, dacă persoana continuă să mănânce în același fel ca și în tinerețe, va câștiga în mod clar în *greutate*, abdomenul și șoldurile devenind mai pronunțate. Dacă se adaugă la acest lucru și o scădere a frecvenței exercițiilor fizice, creșterea ponderală este și mai mare. Chiar dacă a lua în greutate pe perioada maturității este un fenomen natural, trebuie evitată obezitatea, care constituie un factor important de risc pentru sănătate (*Dacey și Travers, 1996*).

Sigur că toate aceste modificări nu rămân fără *ecou asupra imaginii de sine* a persoanei, cu atât mai mult cu cât în societatea modernă înfățișarea tinerească este deosebit de prețuită. Impactul semnelor îmbătrânirii asupra gradului de atractivitate fizică este mult mai sever în cazul femeilor, regăsindu-se aici dublul standard în evaluarea persoanelor de sex feminin și masculin: dacă pentru bărbați părul grizonat și într-o oarecare măsură și ridurile sunt considerate indicii ale puterii și maturității, la femei sunt văzute ca total inestetice. Multe persoane încearcă să atenueze semnele trecerii timpului, acordând o mai mare atenție îngrijirii corpului cu ajutorul produselor cosmetice, dietei, dozelor mai mari de vitamine etc. Această preocupare trebuie să fie dublată de recunoașterea și acceptarea schimbărilor care se petrec inevitabil în perioada maturității, fără ca acest lucru să afecteze stima de sine a persoanei. Înfățișarea este doar una din sursele imaginii de sine și, în plus, maturul continuă să se compare cu cei de vârsta sa, nu doar cu cei mai tineri sau cu modul în care arăta trecut.

Motricitatea

Persoana atinge nivelul cel mai înalt al forței fizice, rapidității și coordonării mișcărilor la începutul tinereții. Pe fondul uzurii și a descreșterii cantității de țesut muscular, în perioada 30-60 de ani se produce o *scădere graduală a forței fizice*, mai ales pentru musculatura spatelui și picioarelor, estimată în medie la 10% (Vander Zanden, 1993).

Densitatea osoasă este maximă la mijlocul și spre sfârșitul celei de-a patra decade a vieții (35-40 de ani), după care apare o pierdere progresivă, mai lentă la început, care însă se accelerează după 50 de ani, iar după 70 de ani încetinește (Cavanaugh, 1993). Procesul de *osteoporoză* este mult mai pronunțat în cazul femeilor, comparativ cu bărbații, datorită modificărilor hormonale ce survin pe parcursul menopauzei.

Treptat *tendoanele și ligamentele* își pierd și ele din elasticitate, se produce deteriorarea învelișului cartilagos al suprafețelor articulare ale oaselor, ajungându-se la artroză.

Toate aceste modificări conduc, spre sfârșitul maturității, la *dificultăți motorii*: o mai scăzută capacitate de a efectua anumite mișcări, senzația de înțepenire, dureri la nivelul articulațiilor, o mai mare fragilitate a oaselor, care se fracturează mult mai ușor și se refac mult mai lent.

Capacitatea senzorială

Chiar dacă la nivel senzorial declinul începe în tinerețe, efectele sale devin observabile doar după 40 de ani, însă chiar și la această vârstă modificările se produc gradat și sunt de obicei mici .

La începutul celei de a patra decade de viață se produc o serie de schimbări ale structurii și funcționării segmentului periferic al *analizatorului vizual*. Ca urmare a acumulării de noi celule, cristalinul devine din ce în ce mai dens și își pierde din elasticitate și transparență. Ca atare, multe persoane se plâng de aceeași problemă: diminuarea capacității vizuale în cazul obiectelor apropiate, datorită capacității de acomodare mai scăzute a cristalinului. Ele pot fi observate apropiindu-și involuntar, pentru a compensa, textul scris de ochi și, de cele mai multe ori, purtând ochelari sau lentile de contact pentru corectarea vederii obiectelor apropiate. Conform unei statistici realizate în Statele Unite ale Americii (Sigelman și Shaffer, 1995), în această situație sunt 4% dintre persoanele cu vârsta între 20 și 30 de ani, comparativ cu 51% dintre cele între 40 și 50 de ani.

Variația diametrului pupilei nu mai este atât de rapidă în condiții diferite de luminozitate, iar retina devine mai puțin sensibilă când nivelul iluminării este scăzut (Sanrock, 2002). În consecință adaptarea la trecerea de la lumină la întuneric este mai lentă, iar în condițiile unei luminozități reduse apar mai multe probleme (conducerea mașinii în amurg sau în cursul nopții este îngreunată).

Înaintarea în vârstă atrage după sine o creștere a riscului apariției unor afecțiuni grave ale ochilor. În cazul glaucomului presiunea intraoculară crește anormal și determină atrofierea progresivă a nervului optic, iar netratarea la timp și corespunzătoare duce la cecitate. Cataracta – opacifierea cristalinului caracterizată prin tulburări de vedere (vedere dublă sau triplă, perceperea subiective de musculițe „zburătoare”) și prin colorarea în alb sau cenușiu a pupilei (Dicționar enciclopedic român, 1962) – apare de cele mai multe ori în perioada vârstei a III-a. În anumite cazuri se întâmplă ca această boală să survină la sfârșitul anilor '50 - începutul anilor '60, rezolvarea sa modernă realizându-se prin înlocuirea chirurgicală a cristalinului cu o lentilă specială.

Declinul *funcției auditive* apare după 40 de ani, rata sa variind foarte mult de la o persoană la alta. Prima care scade este sensibilitatea la sunete înalte ca frecvență. Mai este afectată și capacitatea de recepționare a vorbirii când interlocutorul șoptește pe un fond cu zgomote, mai ales pentru sibilante (s, z, ș, j). Problemele auditive sunt mai frecvente în cazul persoanelor care își desfășoară activitatea profesională într-un mediu cu un nivel ridicat de zgomot (Vander Zanden, 1993).

Sensibilitatea olfactivă suferă și ea o descreștere care se produce lent după 40-50 de ani și este mai accentuată după 70 de ani (Dacey și Travers, 1996). Pragul minim și cel diferențial cresc, ca atare se diminuează capacitatea persoanei de a simți mirosuri de intensitate scăzută și de a diferenția mirosuri de intensități diferite.

Simțul gustativ este direct legat de cel olfactiv și apare un declin și în acest caz: scade capacitatea de detectare a stimulilor gustativi de intensitate mică, păstrându-se însă capacitatea de a discrimina gusturile puternice. Aceste modificări pot fi relaționate și cu consumul excesiv de alcool, țigări și sare (Cavanaugh, 1993).

Sensibilitatea la durere crește începând cu 45 de ani și continuă și după 60 de ani (Sigelman și Shaffer, 1995), reducând starea psihologică de bine.

Am văzut că toate simțurile înregistrează un declin după un anumit punct în perioada maturității, acesta fiind însă gradual și relativ mic. În plus pierderile suferite la nivelul capacităților senzoriale pot fi compensate astfel încât cauzează schimbări mici ale stilului de viață.

Climacteriul și activitatea sexuală

Climacteriul (lat. climacter „perioadă critică”; gr. klimacter „scară” - Dicționarul explicativ al limbii române, 1998) este asociat cu perioada care marchează sfârșitul maturității unei persoane, fiind caracterizat de un ansamblu de modificări fiziologice, funcționale și psihice. Se definește ca „proces lent, în care fenomenele biologice caracteristice se desfășoară într-o succesiune determinată: scăderea treptată până la dispariție a funcționalității gonadelor, involuția tractului genital și începutul regresivității caracterelor sexuale secundare, inițierea restructurării modelului neuropsihic vegetativ, metabolic și funcțional al perioadei adulte” (Gorgos, 1987, p. 562). Este mai evident în cazul persoanelor de sex feminin și a fost mai des studiat, însă vom vedea care sunt modificările care apar și în cazul bărbaților.

Menopauza

Se referă la etapa din ontogeneza femeii, la perioada în care se produc *modificări hormonale*, schimbări ale fiziologiei genitale, fiind caracterizată prin oprirea ciclurilor menstruale. Principala schimbare fizică este că ovarele secretă o cantitate din ce în ce mai mică de hormoni, iar în final încetează să mai producă estrogen și progesteron. Evoluția menopauzei include trei *etape*: premenopauza, caracterizată de secreție mai scăzută de progesteron și de hemoragii uterine care apar la intervale de timp neregulate (metroragii); menopauza propriu-zisă, în care predomină insuficiența estrogenului și dispare ciclul; postmenopauza, când secreția de estrogeni dispare aproape complet (Gorgos, 1989).

Modificările care au loc la nivel hormonal atrag după sine *simptome neurovegetative* neplăcute care se manifestă în foarte multe din cazuri: bufeuri (valuri de căldură) însoțite de transpirație, oboseală, senzație de amețeală, dureri de cap, aritmii, hipertensiune arterială. Apar schimbări și la nivelul organelor genitale: pereții vaginali devin mai subțiri și se reduce secreția de substanță care lubrifică vaginul, fiind afectat confortul raporturilor sexuale (Vander Zanden, 1993).

La menopauză sunt menționate și alte *probleme, efectul unor procese complexe, legate de interacțiunea dintre modificările survenite la nivelul stării fizice și factorii psiho-sociali*: labilitate emoțională, irascibilitate, anxietate, stări depresive, insomnii, astenie. Ele sunt văzute ca reacții psihosomatice la stresul cauzat de modificarea statutului biologic și social al femeii în această perioadă. Mulți autori atrag atenția asupra faptului că oprirea ciclului menstrual și pierderea fertilității sunt evenimente foarte importante pentru femei, asociate cu conștientizarea intrării într-o etapă apropiată vârstei a III-a, cu ideea scăderii atractivității fizice, a valorii personale, chiar cu sentimentul lipsei de utilitate, trăiri care sunt sporite de

mentalitatea culturilor orientate spre tinerețe. În plus această perioadă este una de ample transformări: are loc dezangajarea din viața profesională pentru majoritatea femeilor, plecarea de acasă a copiilor ajunși adolescenți sau tineri, iar uneori apar griji pentru starea de sănătate a unor persoane apropiate, în special părinții. Toate acestea solicită un mare efort de adaptare din partea persoanelor implicate, menopauza fiind deseori zăcută ca și cauza principală a stării resimțite, lucru care nu este adevărat în majoritatea cazurilor. Din ce în ce mai mulți autori atrag atenția că descrierea menopauzei ca un eveniment de viață extrem de negativ nu este valabilă în toate cazurile. Multe din cercetările asupra menopauzei se bazează pe datele obținute de la persoane care solicită ajutor de specialitate tocmai pentru că au probleme serioase asociate cu menopauza, ele nefiind reprezentative pentru întreaga populație feminină.

Studiind *atitudinea față de menopauză* la femei între 45 și 55 de ani, *Neugarten și colaboratorii* (1963, apud *Dacey și Travers*, 1996) au pus în evidență opinii diferite, de la menopauza ca eveniment care atrage după sine pierderea atractivității fizice și a sex-appeal-ului, până la convingerea că menopauza nu are nici o semnificație socială și psihologică. Impactul pe care îl are menopauza asupra stării de bine a femeilor depinde de mai mulți factori: atitudinea față de pierderea capacității de procreare, intensitatea simptomelor resimțite ca urmare a modificărilor hormonale, anxietatea generată de procesul de îmbătrânire, satisfacția maritală și profesională și starea generală de sănătate. În legătură cu efectul pe care s-a presupus că îl are la nivel psihologic pierderea fertilității, un studiu recent (*Brim*, 1999 apud *Sanrock*, 2002) a arătat că 75% dintre femeile chestionate au declarat că au simțit ușurare când menstrele au încetat, scăpând de îngrijorarea dată de perspectiva unei sarcini nedorite, doar 1% declarând că au simțit doar regret. În plus unele femei au menționat că – în condițiile în care apreciază că au o sănătate bună, siguranță în relațiile cu apropiații, un nivel socio-profesional satisfăcător – se simt încrezătoare și mulțumite cu starea lor, chiar „eliberate” de ceea ce presupunea ciclul menstrual. Iată deci că menopauza în sine nu trebuie văzută ca o boală sau ca un eveniment care are doar efecte negative, cu atât mai mult cu cât în prezent se propun terapii hormonale pentru a compensa efectele încetării activității secretorii ale ovarelor.

Climacteriul masculin

Stereotipurile culturale portretizează bărbații ca traversând la maturitate o perioadă dificilă, caracterizată de frustrare, stres, probleme în domeniul profesional și al relațiilor intime (își părăsesc soțiile pentru partenere mult mai tinere), nemulțumire față de propria existență, precum și creșterea comportamentelor cu risc pentru sănătate (consum excesiv de alcool). Explicațiile deseori pleacă de la o analogie cu situația femeilor, care am văzut că

trebuie să facă față unor modificări fiziologice certe și nete. Astfel s-a pus problema „andropauzei”, văzută ca și o „menopauză masculină”, însă termenul și comparația în sine nu sunt deloc corecte, nu corespund realității. Dacă în cazul femeilor se produce o încetare totală a secreției de hormoni la nivelul ovarelor și dispariția fertilității, la bărbați secreția de hormoni androgeni (dintre care cel mai important este testosteronul) scade lent pe parcursul maturității, cu o rată de aproximativ 1% pe an, iar fertilitatea nu se pierde în această perioadă, chiar dacă se reduce gradual producerea spermei și a lichidului seminal. Terapia cu testosteron nu ușurează simptomele menționate, ceea ce arată că ele nu sunt induse de modificări hormonale (Santrock, 2002).

Ceea ce s-a numit „andropauză” se pare că nu are de-a face atât de mult cu aspecte fiziologice, cât cu *adaptarea psihologică a bărbatului la problemele tipice perioadei* pe care o traversează. Criza specifică maturității, atunci când apare, este datorată conștientizării acute a scurgerii timpului și evaluării gradului în care expectanțele și visele legate de cursul existenței au fost împlinite (vezi ...Maturit!!).

Revenind la *modificările legate de sistemul genital*, după 40 de ani apare pentru bărbați o creștere în volum a prostatei, creștere asociată cu schimbări hormonale lente, inerente trecerii timpului. Acest lucru se răsfrânge asupra procesului de micțiune, deoarece prostata apasă asupra uretrei. Apare senzație intensă, mai ales noaptea, că urinarea este imperios necesară și apare o dificultate la începutul micțiunii. În plus hipertrofia prostatei poate fi urmată de apariția adenomului de prostată sau a cancerului care, dacă nu este diagnosticat la timp, pune mari probleme de sănătate.

Activitatea sexuală

Activarea (arousal-ul) sexuală este produsul interacțiunii complexe a proceselor afective, cognitive și nu în ultimul rând fiziologice, așa că se pune problema consecințelor pe care le au modificările la nivel fizic asupra vieții sexuale a bărbaților și femeilor în perioada maturității.

Declinul biologic legat de *funcționarea sexuală* este relativ mic: după 50 de ani bărbații observă că au nevoie de mai mult timp și de mai multă stimulare pentru a atinge erecția, penisul nu mai este atât de ferm, erecția maximă fiind atinsă chiar înainte de orgasm. Apare o reducere a cantității de spermă și lichid seminal, a numărului de contracții musculare din cursul orgasmului și a forței ejaculării. După perioade lungi de absență a stimulării sexuale responsivitatea este mai scăzută. Și la femei arousal-ul sexual este mai puțin intens și e nevoie de un preludiu mai lung și de o perioadă mai mare de stimulare pentru a atinge orgasmul. Lubrifierea vaginului se produce mai lent și este mai scăzută, pereții acestuia devin

mai subțiri, mucoasa vaginală se irită mai ușor, așa că este afectată ușurința cu care se realizează activitatea sexuală, crescând probabilitatea de a avea contacte sexuale dureroase în anumite condiții (*Dacey și Travers, 1996*).

Aceste schimbări nu alternează prin ele însele în mod semnificativ interesul și plăcerea resimțite față de viața senzuală și sexuală. Diminuarea activității sexuale la maturitate, comparativ cu perioada tinereții, este determinată de *starea fizică și de sănătate* a persoanei și a partenerului/ partenerei, dar și de *atitudinea acestora față de viața sexuală* (convingerea celor doi că după o anumită vârstă interesul și activitatea sexuală devin nepotrivite, nu mai sunt naturale și nu mai au nici un sens, entuziasmul scăzut al partenerului/ partenerei, dublat - mai ales în cazul bărbaților - de teama de eșec, prezența plictiselii în relație) și de existența unor *stresori externi relației* (*Cavanaugh, 1993*).

În concluzie, adulții sănătoși, de orice vârstă, au capacitatea de a întreține relații sexuale și de a se bucura de acestea. Satisfacția dată de o relație apropiată cu partenerul/ partenera, care include și senzualitate și activitate sexuală, poate fi mai importantă decât sentimentele care întovărășesc declinul inerent al performanței sexuale. Foarte important este ca maturii să nu devină victime ale mitului vârstnicului lipsit de sexualitate, vehiculat deseori în plan social.

Sănătate și boală

Chiar dacă tinerețea este perioada în care persoana se bucură de cea mai bună stare de sănătate, mulți maturi trec prin această perioadă fără să aibă boli și probleme persistente de sănătate. Totuși pentru unii aceste probleme încep să fie mai frecvente. *Bolile cronice* sunt caracterizate printr-o evoluție lentă pe o durată mai lungă de timp și incidența lor crește cu înaintarea în vârstă, devenind la maturitate principala cauză de deces. Cele mai frecvente boli cronice în această perioadă sunt cele cardio-vasculare, cancerul și artroza (*Dacey și Travers, 1996*).

Incidența mare a *bolilor cardiace* se explică în parte prin modificările structurale ale inimii: formarea ateroamelor (depozite de grăsime), prin depuneri lente, la nivelul pericardului, endocardului și valvelor cardiace și distrofierea miocardului. În consecință scade capacitatea cordului de a se contracta în ritmul cerut de solicitările activităților, micșorându-se volumul de sânge pompat pe minut (în condiții comparabile la 20 de ani inima pompează 40 litri pe minut, iar la 40 de ani 23 litri pe minut) și capacitatea inimii de a mări cantitatea de sânge pompată în cazul solicitării fizice prelungite sau deosebit de intense (*Sanrock, 2002*).

O altă modificare la nivelul sistemului circulator este depunerea pe pereții interni ai vaselor de sânge a substanței grase din sânge, inclusiv a colesterolului, ceea ce duce la îngustarea diametrului intern al vaselor. În plus pereții arterelor devin mai puțin elastici deoarece pe măsura înaintării în vârstă calciul este depozitat mai ușor în pereți. Depozitele de substanțe grase și calcifierea pereților arterelor sunt cauzele arterosclerozei, afecțiune care apare cu o frecvență mare la maturitate. Ea este asociată cu un risc sporit de blocaj, producându-se accidente vasculare și contribuie la creșterea presiunii sângelui în artere.

Există o serie de *factori de risc ai afecțiunilor cardio-vasculare*: obezitatea, sedentarismul, fumatul și diabetul. În plus, dacă anterior menopauzei hormonii sexuali feminini constituie un factor important de protecție pentru femei împotriva bolilor cardio-vasculare, după menopauză nivelul tensiunii arteriale crește și de obicei rămâne în medie superior celui al bărbaților. Un rol important par să joace și factorii de personalitate: tipul de comportament a fost pus în legătură cu frecvența problemelor cardiace. Este vorba de un cluster de caracteristici: competitivitate excesivă, ostilitate, nerăbdare, grabă, preocuparea permanentă pentru a atinge într-un timp cât mai scurt anumite scopuri propuse. Dintre aceste caracteristici descrise de *Friedman și Rosenman (1959, apud Derevenco, Anghel și Băban, 1992)* se pare că ostilitatea este asociată cu o mai mare vulnerabilitate la boli coronariene: în cazul acestor persoane răspunsul fiziologic la stres este deosebit de intens, determinând un efort mărit al cordului.

Progresele medicale au contribuit mult la scăderea numărului deceselor datorită bolilor cardiovasculare prin punerea în circulație a unor medicamente care controlează nivelul tensiunii și al colesterolului, precum și prin proceduri chirurgicale deosebit de utile în diverse cazuri în care tratamentul medicamentos nu poate rezolva problemele care există.

Deși bolile cardio-vasculare reprezintă conform statisticilor prima cauză a decesului la maturitate, *cancerul* este o afecțiune mult mai temută. Contrar impresiei, cancerul nu apare cu frecvența cea mai mare la vârsta a III-a: vârful său de incidență este între 45 și 65 de ani, după care riscul îmbolnăvirii se micșorează. Deși acest diagnostic este primit cu foarte mare îngrijorare, nu trebuie considerat în mod automat echivalentul unei condamnări la moarte. Datele statistice nu justifică această viziune fatalistă; și în acest domeniu progresele medicale oferă multe posibilități de intervenție și tratament, accentul continuând să se pună pe diagnosticul și tratamentul precoce al acestei afecțiuni.

De altfel la nivelul tuturor problemelor de sănătate specialiștii atrag atenția asupra importanței unor *comportamente care previn apariția și evoluția rapidă a bolilor*: practicarea regulată a exercițiilor fizice, reducerea consumului de toxice (alcool, tutun, cafea etc.), o dietă

echilibrată, cu un conținut redus al grăsimilor și evitarea oboselii cronice, prin alternarea perioadelor de activitate cu cele de odihnă. Un rol important revine și efectuării unor controale medicale periodice în vederea diagnosticării precoce a eventualelor probleme, precum și calității relațiilor cu cei apropiați.

Evoluția funcționării intelectuale

Am văzut că la maturitate se înregistrează un declin gradual al multora dintre caracteristicile fizice. În continuare ne vom concentra asupra modificărilor care apar la nivelul procesării informațiilor.

Modificări ale capacităților intelectuale

Investigarea evoluției funcționării intelectuale pe parcursul vârstelor a fost realizată prin cercetări transversale și longitudinale, în ambele tipuri existând o serie de surse de eroare, care pun în discuție validitatea rezultatelor obținute: efectul cohortei și respectiv pierderea subiecților și testarea repetată a acestora (vezi 7.3.2). Studiul de tip secvențial proiectat și realizat de *W. Schaie* și colaboratorii săi (1983, 1996 apud *Santrock*, 2002) pare să ofere o perspectivă mai corectă asupra acestui fenomen. Amintim că autorii mai sus menționați au îmbinat perspectiva transversală cu cea longitudinală, urmărind loturile de subiecți pe o perioadă lungă de timp (28 de ani pentru subiecții primului lot) și incluzând în studiu periodic -la intervale de șapte ani- alți participanți. Abilitățile avute în vedere de acest studiu sunt: înțelegerea verbală, memoria și fluența verbală (capacitatea de a memora și reda unități lingvistice cu sens), abilitățile numerice (capacitatea de a realiza calcule matematice), abilitățile spațiale (capacitatea de a vizualiza și roti mental stimuli bi- și tridimensionali), raționamentul și rapiditatea percepției (capacitatea de a discrimina rapid și corect stimuli vizuali). Rezultatele indică faptul că pe perioada maturității se înregistrează un *nivel al performanței aproximativ egal cu cel din tinerețe* pentru patru din cele șase caracteristici investigate: *înțelegere verbală, memorie și fluență verbală, raționament și orientare spațială*. Pentru *rapiditatea perceptivă și abilitățile numerice* s-a înregistrat o *scădere clară*, prima abilitate având cel mai timpuriu declin, începând din primii ani ai tinereții. Aceste rezultate confirmă în cea mai mare parte concluziile altor specialiști care au studiat aceeași problemă și care au pornit de la distincția dintre inteligența fluidă și cea cristalizată. *Horn și Donaldson* (1980, apud *Dacey și Travers*, 1996) consideră că inteligența fluidă înregistrează un ușor declin pe perioada maturității, ea depinzând mult mai mult de anumiți parametri funcționali ai

sistemului nervos, în timp ce inteligența cristalizată nu scade, ci chiar crește la maturitate, demonstrând clar efectul cumulativ al culturii și învățării asupra performanței în sarcină.

O altă observație a studiilor în domeniu este *variabilitatea interindividuală* notabilă a nivelului performanțelor subiecților, lucru care este în parte explicat prin diferențe între subiecți la *nivelul modificărilor neuronale*. Perspectiva asupra schimbărilor care au loc la nivelul cortexului datorită evoluției în vârstă pleacă de la două modele importante (Sigelman și Shaffer, 1995):

- *modelul degenerării neuronale* – care consideră că neuronii se distrug în timp și nu mai sunt înlocuiți, așa că există un punct dincolo de care această deteriorare afectează serios funcționarea cognitivă a individului;
- *modelul plasticității* – care susține că funcțiile neuronilor deteriorați sunt preluate de alți neuroni, cărora li se dezvoltă noi conexiuni, astfel încât declinul intelectual nu este inevitabil.

Punctul de vedere final îmbină cele două modele, cercetările relevând coexistența celor două tipuri de procese: de distrugere a unor neuroni și de preluare a funcțiilor lor de alți neuroni, caracterizați de capacitatea de creștere, dezvoltare. Astfel în cazul unor adulți poate predomina degenerarea neuronilor și apare o scădere a performanței intelectuale, iar la alții este prezentă o mai mare plasticitate neuronală care este premisa menținerii performanței. Doi factori sunt evidențiați ca fiind deosebit de importanți pentru evitarea declinului la vârstele adulte sau chiar pentru creșterea performanței în unele domenii: *absența bolilor care interferează cu funcționarea sistemului nervos și un nivel ridicat al activităților intelectuale*, prin stimularea continuă și diversă (Sigelman și Shaffer, 1995).

Procesarea informațiilor

Cele mai semnificative schimbări care apar la maturitate sunt cele legate de viteza de procesare, memorie și rezolvarea de probleme. Din datele oferite de Schaie și colaboratorii săi pentru *rapiditatea perceptivă*, este clar că în cazul acestui aspect apare un declin care începe încă din perioada tinereții, chiar dacă scăderea nu este una dramatică. *Capacitățile mnezice* ating conform aceluiași studiu un maxim în perioada 50-60 de ani pentru materialul verbal, însă există controverse pe această temă. Alte studii, mai ales transversale, constată un declin în ultima parte a maturității la probele de reactualizare a unor liste de numere, cuvinte și propoziții cu sens. Scăderea constată este legată strâns de utilizarea mai scăzută de către subiecții maturi a strategiilor mnezice de care dispun și de un nivel mai scăzut de motivație

pentru performanță în sarcinile de laborator (*Salthouse și Skovronek, 1992* apud *Sanrock, 2002*).

În domeniul *rezolvării de probleme* rezultatele obținute de adulți depind foarte mult de timpul de sarcină. Compararea performanțelor pentru sarcinile clasice în condiții de laborator demonstrează o superioritate certă a tinerilor. Când însă sarcinile sunt derivate din domeniul de expertiză ale subiecților, superioritatea maturilor este evidentă, explicațiile pornind de la comparația expert-novice (vezi 7.3.3).

O altă problemă discutată este legată de *capacitatea de învățare*. Multe studii indică un oarecare declin, mai ales la vârsta a III-a, însă acest rezultat este nuanțat de o serie de factori: starea fizică a persoanei, eficiența autopercepută în sarcină și relevanța pe care o are sarcina pentru persoană. Maturii și vârstnicii sunt mai puțin motivați să învețe în condiții de laborator, comparativ cu tinerii, gradul de semnificație al sarcinii fiind mult mai scăzut. De asemenea au un nivel mai ridicat de anxietate în condițiile în care sunt plasați într-un mediu artificial în care le sunt studiate capacitățile intelectuale (*Dacey și Travers, 1996*). Ca atare performanțele lor sunt mai scăzute și datorită acestor factori, însă sunt interpretate ca fiind dovada doar a declinului capacității de învățare. Se recomandă tot mai insistent analizarea atentă a studiilor pe această temă pentru a nu altera în mod nejustificat imaginea asupra capacităților intelectuale ale maturilor și vârstnicilor. Este clar că perfecționarea, specializarea și mutațiile din domeniul profesiilor solicită o adaptare continuă a individului în contextul societății moderne, caracterizată de un ritm rapid al progresului tehnico-științific. Învățarea permanentă „atenuează inegalitățile existente în pregătire, prelungește durata participării la viața social-profesională prin îmbogățirea de cunoștințe și adaptarea la schimbări, optimizează condițiile de participare la progresul științei, tehnicii și culturii” (*Verza și Verza, 2000, p.234*). Presupune antrenarea tuturor proceselor psihice și are ca efect micșorarea distanțelor dintre generații, realizându-se pe tot parcursul vieții profesionale și nu numai.

8.4 Dezvoltarea socială și a personalității

Așa cum am mai menționat, în mod tradițional psihologia dezvoltării s-a focalizat inițial asupra modificărilor care apar pe parcursul copilăriei și adolescenței. În perspectiva actuală însă vârstele adulte, deci implicit și maturitatea, sunt recunoscute ca perioade caracterizate de schimbări în plan fizic, psihologic și social.

În continuare ne vom referi la o serie de teorii stadiale ale dezvoltării în această perioadă și la controversile existente între cele două viziuni asupra maturității: perioadă

critică, care include insatisfacția, frustrarea și uneori schimbări majore ale stilului de viață, iar pe de altă parte perioadă stabilă, caracterizată de responsabilitate pentru destinul următoarelor generații.

Vom acorda de asemenea importanța cuvenită și evenimentelor care survin pe parcursul maturității, ca de exemplu revenirea familiei la cuplul conjugal singur, prin plecarea copiilor, schimbarea relațiilor părinte-copil pe măsură ce părinții îmbătrânesc și devin dependenți de proprii copii, asumarea rolului de bunic/bunică și evoluția carierei.

8.4.1 Abordări stadiale ale dezvoltării în perioada maturității

O primă teorie este cea a lui *E. Erikson* (1965) care descrie o suită de opt stadii prin care progresează dezvoltarea individuală. Fiecare dintre stadii se referă la rezolvarea unei crize care presupune existența unui conflict între două tendințe opuse trăite de individ. Rezolvarea cu succes a acestui conflict creează o solidă bază psihologică pentru dezvoltarea ulterioară, în timp ce eșecul afectează negativ rezolvarea următoarelor conflicte.

La maturitate persoana se confruntă cu noi solicitări sociale a căror rezolvare poate fi exprimată prin următorul cuplu de tendințe aflate în competiție: *altruism și egocentrism* (generativity versus stagnation). Conceptul de altruism se sprijină pe convingerea că indivizii trebuie să mențină și să perpetueze sistemul social. Este caracterizat de *ghidarea generației următoare*, manifestată prin grija față de proprii copii ajunși acum la vârsta adolescenței sau tinereții, prin atenția acordată colegilor mai tineri de la locul de muncă, protejându-i și devenind chiar mentori pentru unii din ei, precum și prin angajarea în anumite activități extraprofesionale care servesc progresului comunității.

Egocentrismul, stagnarea, exprimă ratarea atitudinii altruiste, lipsa devotamentului față de cei care vor continua să existe. Se manifestă prin *centrarea asupra propriei persoane*. Este posibil să apară și situația în care persoanele au avut grijă de proprii copii, iar acum, după plecarea acestora de acasă, simt dorința de a-și acorda mai multă atenție pentru un timp după care se vor centra din nou asupra altora.

Altruismul este asociat cu nevoia persoanei de a produce ceva care să dureze și după încetarea vieții sale, cu capacitatea de a se îngriji de viitorul generației următoare. *McAdams & colab.* (1991, apud *Sigelman și Shaffer*, 1995) arată că subiecții maturi de ambele sexe acordă un interes mult mai mare acestor probleme decât tinerii.

R. Peck (1968, apud *Vander Zanden*, 1985), pornind de la teoria psihosocială a dezvoltării a lui *Erikson*, consideră că descrierea acestui stadiu este prea globală. Ca atare identifică mai precis sarcinile cu care se confruntă persoana pe parcursul maturității, pe care le

leagă nu atât de vârsta cronologică, cât de evenimentele existenței persoanei. Acestea constau în:

- *prețuirea înțelepciunii versus prețuirea forței fizice* (valuing wisdom versus valuing physical powers)

Printre modificările care apar la maturitate se numără și cele legate de starea fizică. Persoana resimte un declin al forței, rezistenței și atractivității fizice, într-o societate care accentuează importanța acestor atribute tipice adolescenței și tinereții. Simultan se fac însă simțite o serie de avantaje date de experiența de viață. Înțelepciunea, definită ca și capacitatea de a adopta cele mai bune decizii, depinde de bogăția experienței de viață, de posibilitatea de a întreține o gamă largă de relații cu semenii și de a te afla într-o varietate de situații. Maturii, în special cei satisfăcuți de propria existență, consideră că înțelepciunea pe care au dobândit-o până acum compensează din plin declinul caracteristicilor fizice. În cadrul procesului de adaptare accentul se va muta asupra acestor competențe.

- *socializare versus sexualitate în cadrul relațiilor intime* (socializing versus sexualizing in human relationships)

Odată cu declinul unor caracteristici fizice, în cadrul relațiilor cu partenerul/partenera intervin modificări ale calității și frecvenței raporturilor sexuale. Astfel relațiile care aveau o importantă componentă sexuală se schimbă și ele: persoanele trebuie să cultive în mare măsură intimitatea, apropierea bazate pe comunicare, încredere și înțelegere reciprocă. Suportul moral și emoțional, iubirea “companionilor de viață” și alte dimensiuni ale relațiilor sociale devin tot mai importante, pe măsură ce sexualitatea pierde din aportul pe care l-a avut la trăirea satisfacției dată de respectiva relație.

- *flexibilitatea emoțională versus sărăcire emoțională* (emotional flexibility versus emotional impoverishment)

Conflictele descrise de teoreticieni ca *Peck* și *Erikson* au originea în cea mai mare parte în schimbările fizice și sociale care apar în viața individului și care îi solicită acestuia adaptarea la noile condiții. Această nevoie de adaptare este bine ilustrată de această situație. Maturitatea este vârsta la care individul se confruntă cu decesul unor persoane semnificative (părinți, frați/surori, prieteni), cu plecarea copiilor, cu întreruperea unor activități din cauza limitelor impuse de condiția fizică sau atingerea unei anumite vârste. Adaptarea la aceste modificări cere din partea individului flexibilitate emoțională. Ea este definită ca și capacitatea de a transfera implicarea emoțională caracteristică relației cu o anumită persoană asupra unei alte relații, de a transfera energia investită și starea de satisfacție resimțită într-un

anumit domeniu de activitate asupra unei alte activități și de a cultiva noi roluri pentru a le înlocui pe cele care dispar.

- *flexibilitate mintală versus rigiditate* (mental flexibility versus mental rigidity)

Modificările survenite în evoluție solicită nu numai flexibilitate emoțională, ci și mintală. În această perioadă mulți indivizi ating cel mai înalt statut posibil, existând tentația de a renunța la căutarea unor noi soluții la problemele puse anterior. Totuși procesul de adaptare continuă, confruntând persoana cu noi probleme pe care trebuie să le rezolve. De asemenea ea trebuie să fie capabilă să accepte noi idei și uneori să renunțe la cele vechi, fiind necesar să-și cultive flexibilitatea cognitivă.

Dintre cercetările care își propun să investigheze modificările care apar în dezvoltarea la vârstele adulte am reținut studiul Grant (*Vaillant și colab., 1977, apud Papalia și Olds, 1987*) și cel al lui D. Levinson și colab. (1978, apud Cavanaugh, 1993). Metodologia lor a fost descrisă în 7.1.1 unde am prezentat și limitele acestor cercetări.

Studiul Grant, realizat de G. Vaillant și colaboratorii săi, plasează tranziția spre maturitate în jurul vârstei de 40 de ani, după stadiul consolidării carierei.

Perioada poate fi critică, în situația în care survin multe modificări în mediul familial și la locul de muncă, solicitând adaptare rapidă din partea persoanei. Însă *pentru cei mai mulți dintre subiecți perioada maturității are relativ rar dimensiunea unei crize*. Nu s-au înregistrat în cazul lor diferențe semnificative ale nivelului satisfacției profesionale și ratei divorțurilor comparativ cu perioada tinereții. Cei cu un statut profesional și social ridicat au evaluat, în pragul vârstei de 50 de ani, perioada între 35 și 40 de ani ca fiind cea mai fericită a existenței lor, chiar și în cazul comparării ei cu perioada 21-35 de ani. În interpretări este ușor de observat influența teoriei psihosociale a dezvoltării: *Vaillant* constată că acești subiecți, bine adaptați în plan profesional și familial fac mai frecvent dovada unei atitudini altruiste, evaluată prin responsabilitățile pe care și le-au asumat față de colegii lor de muncă mai tineri, prin performanțele academice ale propriilor copii și prin actele caritabile realizate. (*Papalia și Olds, 1987*)

D. Levinson consideră că dezvoltarea pe parcursul vârstelor adulte constă dintr-o alternanță între perioadele de stabilitate și cele de tranziție. Așa cum am văzut în 7.1.1 un loc central în teoria sa îl ocupă noțiunea de structură a existenței. Autorul consideră că adulții se angajează în formarea acestei structuri pe parcursul perioadelor de stabilitate, în timp ce în perioadele de tranziție se produc modificări ale structurii anterioare în domeniile care capătă o importanță deosebită în acel moment. Pentru primii ani ai maturității autorul a descris pe baza rezultatelor studiului său *două stadii*:

- *Tranziția spre maturitate* - cunoscut și sub numele de criza maturității (midlife crisis) și începe în jurul vârstei de 40 de ani, având o durată variabilă cuprinsă, după autor, între patru și șase ani. Este o perioadă în care persoanele cuprinse în studiu sunt preocupate de *reevaluarea structurii existenței construite anterior*; își pun întrebări referitoare la aspecte importante a căror evoluție fusese proiectată: viața de familie și dezvoltarea profesională, sistemul axiologic, propriile capacități și modul în care au fost cultivate. Pentru subiecții lui Levison această perioadă a fost caracterizată de o *criză* de intensitate medie sau ridicată, produsă de discrepanțele existente între realitate și idealurile fixate anterior.
- *Intrarea în perioada maturității* - începe după 45 de ani și este centrată pe *construirea unei noi structuri a existenței*. Anumite interese, dorințe ignorate sau nedescoperite până acum, sunt integrate în planurile de viitor, aceste aspecte ducând uneori la modificări notabile în plan profesional sau al vieții de familie. Există și riscul nerezolvării acestei solicitări de reprojectare a evoluției ulterioare, cu consecințe negative asupra satisfacției individului. (Cavanaugh, 1993)

Cercetarea realizată de *D. Levison* și colaboratorii săi a urmărit dezvoltarea subiecților până la vârsta de 50 de ani, astfel încât stadiile pe care le-au descris după această vârstă sunt doar presupoziii bazate pe rezultatele anterioare. În opinia autorilor etapele următoare include tranziția spre 50 de ani, construirea unei a doua structuri a existenței pe perioada maturității și tranziția spre vârsta a treia. (Papalia și Olds, 1987)

Abordările prezentate mai sus pun problema existenței la maturitate a unei perioade de criză. În legătură cu acest aspect opiniile sunt împărțite.

8.4.2 Controverse privind criza specifică maturității

Partizanii existenței crizei la vârsta adultă de mijloc așează la baza sa ideea maturității ca *perioadă care implică un "bilanț"*. Se produce o apreciere a evoluției personale prin prisma idealurilor proiectate pe parcursul tinereții. Caracterul imperios al acestei evaluări este dat și de o *modificare fundamentală care apare acum în percepția timpului*, aceasta fiind, în opinia unor autori, miezul crizei din această perioadă. Concepția individului referitoare la relația dintre propria viață și trecerea timpului se schimbă. Ea trece de la evaluarea timpului trăit până acum (vârsta cronologică) la timpul rămas, pe care persoana estimează că îl mai are de trăit. La această schimbare de perspectivă contribuie o serie de evenimente: moartea părinților, a unor covârșnici (prieteni, colegi, cunoștințe), boli cronice, revenirea familiei la cuplul conjugal singur, prin plecarea copiilor (Cavanaugh, 1993). Persoana devine progresiv conștientă de perisabilitatea sa (caracterul său trecător) și de faptul că este posibil să nu mai fi

rămas prea mult timp pentru vise. Pentru mulți devine foarte importantă modificarea idealurilor, stilurile de viață și accentuarea aspectelor neglijate anterior, dar acum socotite importante. Ca rezultat pot să apară schimbări majore ale existenței, mergând până la renunțarea completă la responsabilitățile asumate anterior și angajarea în noi roluri, total diferite de cele precedente (Lefrancois,1984).

Pentru partizanii *modelului desfășurării în timp a evenimentelor* (vezi 7.1) rolul crizelor în dezvoltarea pe parcursul vârstelor adulte este limitat. Ele nu sunt văzute ca o parte inerentă a dezvoltării, ci mai degrabă ca evenimente întâmplătoare. Dezvoltarea este organizată conform ceasului social care reglementează trecerea persoanei prin etapele ciclului vieții. Crizele apar în cazul incapacității de a anticipa anumite evenimente care produc o întrerupere a ritmului acestui ciclu. Astfel punctele critice ale evoluției individului la care fac trimitere teoreticienii modelului crizelor normative sunt văzute ca excepții de la regulă.

Această orientare este susținută de o serie de studii (Vaillant,1977; Roberts și Newton, 1987; Farrell și Rosenberg, 1981; Haan, 1985; Costa și McCrae,1980 – apud Sigelman și Shaffer, 1995) care nu pun în evidență diferențe semnificative între maturi și tineri în ceea ce privește satisfacția produsă de propria existență, trăirea stărilor negative (anxietate, depresie) sau prezența mecanismelor neadaptative de coping (consum de alcool, droguri).

În concluzie maturitatea este caracterizată de o serie de modificări. Acestea în unele cazuri par să conducă spre adevărate crize în dezvoltare, însă pentru majoritatea persoanelor această perioadă nu este nici mai mult, nici mai puțin traumatizantă față de celelalte stadii ale dezvoltării.

8.4.3 Relațiile cu persoanele semnificative

Ne vom referi la legăturile pe care maturii le au cu persoanele importante, mai apropiate ca vârstă (soțul/soția, frații/surorile și prietenii), cu copiii lor ajunși adolescenți sau tineri, cu părinții lor și cu nepoții.

8.4.3.1 Relațiile dintre parteneri în cadrul cuplului marital

Odată cu trecerea timpului familia devine “rampa de lansare” pentru copii, ajunși acum adolescenți sau tineri. Ei câștigă autonomie financiară prin angajarea în activitatea profesională, se desprind de familia de origine și își întemeiază propria familie. Sigur că în general copiii continuă să mențină o relație stânsă cu părinții și deseori aceștia le oferă suport emoțional și material, așa că plecarea copiilor nu înseamnă întreruperea unei relații atât de importante.

În multe cazuri școlaritatea prelungită a tinerilor face ca plecarea lor să se producă gradat, ei revenind pentru anumite perioade acasă, în vacanțele școlare.

Familia, după plecarea de acasă a copiilor, intră într-o nouă fază, a revenirii la cuplul conjugal singur. Această fază se mai numește *stadiul "cuibului gol"* (empty nest) și impune o serie de modificări ale rolurilor parentale, ale relațiilor dintre parteneri și caracteristicilor rolurilor de gen (vezi 7). Uneori plecarea copiilor are un impact negativ asupra părinților, mai ales în cazul mamelor centrate asupra creșterii și îngrijirii copiilor și când părinții consideră că fiul sau fiica nu sunt încă pregătiți. Acest lucru poate fi asociat cu stări depresive, insomnie și inapetență. Rezultatele studiilor arată că aceste cazuri sunt mult mai puțin frecvente decât s-a crezut inițial. (Lee, 1988; White și Edwards, 1990, apud Sigelman și Shaffer, 1995) De cele mai multe ori plecarea copiilor este un eveniment anticipat și, chiar dacă solicită o perioadă de adaptare, aceasta este de obicei scurtă. Iată două opinii exprimate de subiecții de sex feminin intervievați de Rubin (1979, apud Fisher și Lerner, 1994).

Prima exprimă ambivalența mamei față de acest eveniment, descriind perioada de adaptare: "Este complicat; nu simți doar într-un fel sau altul. Cred că este mai degrabă ceva dulce-amăru. Nu este doar ceva bun sau rău, ci mai degrabă o perioadă care se apropie de sfârșit și care, în multe feluri, era un episod plăcut. Așa că există puțină tristețe și cred că uneori simt că am pierdut ceva. Dar nu este mare lucru; apare și apoi trece. De cele mai multe ori trece."

Cea de-a doua indică acceptarea cu ușurință a evenimentului: "Pot să vă spun că pentru mine a fost o ușurare să mă văd într-un "cuib gol". Sigur, când mezinul a plecat și el la școală, câteva zile am fost neliniștită, dar credeți-mă, a durat doar o zi sau două."

Plecarea copiilor are, în general, un efect pozitiv asupra satisfacției maritale a partenerilor, această perioadă fiind comparată de unii cu o a doua lună de miere. Soții se bucură de o mai mare intimitate, petrecând mai mult timp împreună, sunt liberi să se manifeste cu o mai mare spontaneitate. Au mai puține griji legate de responsabilitățile impuse de rolul de părinte, de situația financiară și au sentimentul că acest rol a fost în mare parte îndeplinit, chiar dacă va continua să se manifeste prin ajutorul pe care îl vor oferi copiilor.

În această perioadă un rol foarte important îl are *iubirea prietenie, a "companionilor de o viață"*. Așa cum considera G. Peck (8.4.1), pe măsură ce sexualitatea pierde din aportul pe care îl avea la crearea satisfacției maritale, trebuie cultivată intimitatea bazată pe comunicare, înțelegere și încredere reciprocă. Acest lucru nu înseamnă că activitatea sexuală își pierde importanța, însă scade ca frecvență datorită modificărilor fiziologice și consecințelor lor în plan psihologic (vezi 8.2.).

Există și situații când stadiul “cuibului gol” poate însemna o perioadă critică pentru stabilitatea cuplului. În cazul în care relația dintre soți a fost una conflictuală, tensionată, odată cu plecarea copiilor multe din îndatoririle de părinte iau sfârșit și partenerii realizează că s-au schimbat și au mult mai puține lucruri în comun decât la început. Este evaluată perioada petrecută împreună și uneori apar dubii în ceea ce privește dorința de a continua relația, putând să apară în unele cazuri disrupția maritală.

8.4.3.2 Relațiile cu frații și/sau surorile

Începând cu perioada adolescenței contactul dintre frați/surori scade pe măsură ce ei părăsesc orașul natal, se căsătoresc și își creează noi rețele de prieteni.

Cei mai mulți continuă să mențină legături pe tot parcursul vieții. *Cicirelli* (1989-apud *Sigelman și Shaffer*, 1995) arată că maturii își întâlnesc cel puțin de câteva ori pe an fratele/sora, fiind foarte rare cazurile în care relațiile sunt inexistente. Cele mai strânse legături se înregistrează între surori, în timp ce cele mai puțin apropiate sunt relațiile dintre frați. Explicația rezidă din caracteristicile rolurilor de gen: în cazul femeilor este cultivată interdependența, sensibilitatea față de nevoile altora, în timp ce pentru bărbați accentul este pus asupra independenței.

Relațiile sunt mai distante când frații locuiesc la mari distanțe sau apar mari diferențe între nivelul lor educațional, statutul profesional sau sistemul axiologic. În general rivalitatea din copilărie se manifestă în mai mică măsură la vârsta adultă, conflictele fiind mai puțin frecvente. Pot să apară probleme pe tema îngrijirii părinților și partajul moștenirilor, mai ales când relațiile nu au fost cordiale nici în perioadele anterioare.

De obicei relațiile devin mai strânse în situații de criză (divorț, văduvie, îmbolnăvirea gravă a unuia dintre frați/surori), când se oferă suport emoțional și material celui care are nevoie. Această relație este cea mai lungă pe care o avem, legându-ne de persoane cu care avem multe în comun. Calitatea ei contribuie în mare măsură la satisfacția vieții.

8.4.3.3 Prietenia

Maturii par să aloce mai puțin timp relațiilor de prietenie, comparativ cu alte perioade. Sunt preocupați de relațiile cu membrii familiei și de activitatea profesională, în care investesc foarte multe resurse pentru a-și asigura securitatea financiară după retragerea din activitatea profesională.

Sigur însă că relația de prietenie continuă să fie o importantă sursă de suport emoțional și deseori instrumental, care contribuie la satisfacția trăită față de propria existență.

Continuă să existe diferențe între bărbați și femei în modalitățile de a-și manifesta prietenia: femeile își bazează relația pe discuțiile despre propriile probleme, confidențe, dezvăluirea propriilor sentimente, în timp ce prietenia bărbaților se concretizează în participarea la anumite activități care satisfac interese și preocupări comune.(*Cavanaugh*, 1993)

8.4.3.4 Relațiile cu copiii

Părinții maturi trebuie să-și redefinească rolul de părinte, deoarece se confruntă acum cu noile probleme ale copiilor lor adolescenți sau tineri. Aceștia trec prin numeroase schimbări de natură fizică, emoțională și socială.

Adolescentul petrece mult timp fără a putea fi supravegheat, testând principiile morale transmise de adulți. Părinții trebuie să stabilească un echilibru între încercarea lor de a-i acorda adolescentului libertatea de a lua decizii și stabilirea unor limite corespunzătoare. Încercările adolescentului de a-și construi propria identitate pot duce la comportamente asertive față de părinți, contribuind la creșterea rupturii dintre generații.

O sarcină foarte importantă a acestei perioade este acceptarea propriilor copii așa cum sunt ei și nu așa cum părinții au visat să fie. Părinții își dau seama că nu au control total asupra vieții copiilor lor și că deciziile luate de fiul/fiica lor pot fi mult diferite de cele pe care ei le consideră potrivite. Această nevoie de acceptare este bine ilustrată de versurile lui *Kahlil Gibran*:

“Copiii voștri nu sunt ai voștri

Ei sunt fiii și fiicele dorului vieții de ea însăși îndrăgostită.

.....

Puteți să le dați dragostea, nu însă și gândurile voastre,

Fiindcă ei au gândurile lor.

Le puteți găzdui trupul dar nu și sufletul

Fiindcă sufletele lor locuiesc în casa zilei de mâine,

Pe care voi nu o puteți vizita nici chiar în vis.

Puteți năzui să fiți ca ei, dar nu căutați să-i faceți asemenea vouă

Pentru că viața nu merge înapoi, nici zăbovește în ziua de ieri.

Voi sunteți arcul din care copiii voștri, ca niște săgeți vii, sunt zvârliți.”

(Gibran, K., *Profetul*, Ed. Orion, București, 1991)

Acceptarea nu este ușor de realizat, ceea ce face ca perioada în care copiii sunt adolescenți să fie una dintre cele mai dificile în orice familie.

Adolescenții și tinerii își câștigă autonomia financiară și părăsesc domiciliul părinților lor. În societățile occidentale acest eveniment înseamnă o independență mult mai mare decât la noi, unde rămân strânse nu numai legăturile emoționale dintre părinți și copii, ci și cele material-financiare. Există și excepții, situații în care copiii, datorită problemelor economice, continuă să locuiască cu părinții. Acest lucru poate duce la apariția unor conflicte între generații din cauza diferențelor de mentalitate, mai ales pe tema relațiilor intime și datorită controlului pe care părinții simt că trebuie să-l exercite asupra vieții copiilor (*Ilut*, 1995).

După ce copiii nu mai locuiesc cu părinții, rolurile parentale continuă să se manifeste prin suportul pe care îl oferă copiilor. Cuplurile nou formate întrețin relații apropiate cu părinții, aceștia continuând să-i ajute financiar și contribuind la îngrijirea nepoților.

În general părinții continuă să ofere copiilor lor mai mult decât primesc, ceea ce reflectă forța pe care o au maturii. (*Papalia și Olds*, 1987) Acest lucru se va schimba pe parcursul perioadei de maturitate a copiilor, așa cum vom vedea în continuare.

8.4.3.5 Relațiile cu părinții

Variază foarte mult de la caz la caz, în funcție de natura legăturii dintre copiii ajunși acum la maturitate și părinții lor. În această perioadă persoanele sunt capabile să-și privească părinții cu obiectivitate, fără să-i idealizeze și fără amărăciunea, revolta produsă de greșelile lor. Maturitatea îi ajută pe oameni să-și vadă părinții ca indivizi pur și simplu, care au calități și defecte. Maturul realizează brusc faptul că părintele nu mai este sprijinul pe care se poate baza, având acum la rândul său nevoie de ajutor.

Persoanele de vârsta a treia solicită sprijinul copiilor pentru luarea unor decizii. De asemenea, diminuarea forței fizice și a resurselor financiare poate să-i facă dependenți de copii în realizarea sarcinilor de zi cu zi. Dacă se îmbolnăvesc, copiii vor fi puși în situația de a-și asuma responsabilitatea pentru starea lor.

Maturul va fi prins între cele două generații: pe de-o parte este rândul său acum să-și sprijine părinții, iar pe de altă parte trebuie să continue să-și ajute copiii. Din această cauză maturii sunt prezentați uneori în literatura americană ca “generația sandwich”.

Copiii și părinți lor care au acum nevoie de ajutor preferă să locuiască aproape, deseori în aceeași casă, datorită situației financiare sau stării de sănătate a părintelui în vârstă. Cele mai frecvente situații de acest tip sunt cele în care mama în vârstă locuiește cu familia fiicei sale, ceea ce reflectă tendința mamelor și fiicelor de a menține pe parcursul vârstelor adulte

cele mai apropiate relații decât alte combinații posibile ale membrilor familiei. (*Papalia și Olds, 1987*)

Maturii își ajută de cele mai multe ori părinții în primul rând datorită iubirii, nu datorită sentimentului datoriei. În toate cazurile grija acordată părinților bolnavi este asociată cu o stare de anxietate și oboseală. Îngrijorarea este cauzată în parte de starea părintelui, dar și de efectele acesteia asupra vieții proprii. Îmbolnăvirea părinților este cu atât mai stresantă cu cât persoanele nu sunt pregătite pentru acest eveniment. Când apare este văzută ca suprapusă peste responsabilitățile deja existente, împiedicând realizarea altor planuri. Din această cauză apare uneori, mai ales în cazul bolilor cronice, o ambivalență a sentimentelor față de părinți, asociate și cu un sentiment de culpă. Situația este mai ușor de depășit când îngrijirea este acordată ca urmare a atașamentului dintre copii și părinți.

8.4.3.6 Relațiile cu nepoții

Cei mai mulți maturi devin în această perioadă bunici. *Kivnick (1982, apud Cavanaugh, 1993)* pune în evidență câțiva *factori asociați cu acest nou rol*, care devine central în existența persoanei:

- sentimentul continuității, sentimentul că supraviețuiești prin ceilalți;
- satisfacția, plăcerea de a te amuza împreună cu nepoții și de a-i răsfăța puțin;
- reamintirea relațiilor din trecut pe care persoana le-a avut cu bunicii și părinții săi;
- aprecierea propriei valori, adică a fi considerat o persoană înțeleaptă, cu foarte multă experiență, care este gata să te ajute.

Alte studii s-au centrat asupra *stilurilor de relaționare bunic-nepot*. *Cherlin și Furstenberg (1986-apud Sigelman & Shaffer, 1995)* au identificat trei astfel de moduri de relaționare:

- *bunicii ca figuri distante;*

Acest stil are o pondere de 29% din totalul lotului studiat. Bunicii sunt întâlniți de către nepoți rar, la anumite ocazii speciale, în cea mai mare parte datorită distanțelor geografice mari, care au ca efect o relație mai puțin apropiată și în plan afectiv. În acest caz bunicii își doresc să-și poată vizita mai des nepoții, chiar să locuiască mai aproape, pentru ca relațiile să devină mai strânse.

- *bunicii ca prieteni;*

Este cel mai frecvent stil (55%). Bunicii își întâlnesc des nepoții și le face plăcere să petreacă timpul împreună desfășurând activități distractive. Joacă foarte rar roluri parentale,

fiind mai degrabă un camarad al copilului, decât persoana care îl îngrijește. Nu se amestecă în modul în care părinții își educă și cresc copiii, lăsând acestora responsabilitatea îngrijirii lor.

- *bunicii ca persoane implicate în creșterea nepoților.*

Ei își întâlnesc frecvent nepoții și le acordă mult timp, la fel ca și bunicii-prieteni, companioni. Spre deosebire de aceștia își asumă roluri apropiate de cele parentale, contribuie efectiv la creșterea nepoților: dau sfaturi, îi îngrijesc pe anumite perioade, preiau o parte din sarcinile gospodăriei copiilor lor. Unii sunt un veritabil substitut al părinților în cazul mamelor celibatate sau divorțate, sau când mama și-a reluat activitatea profesională.

Rolul de bunic se poate schimba când apar modificări în viața copiilor, bunicii fiind printre primele persoane care intervin rapid în situațiile critice (divorț, îmbolnăvirea sau decesul unui părinte). Acest rol ocupă un loc central în viața maturilor și persoanelor de vârstă a treia. Așa cum am văzut poate lua diverse forme, depinzând de preferințele bunicii, distanța la care locuiesc și modificările care survin în viața copiilor lor. Nepoții îi consideră pe bunici ca figuri importante, iar întâlnirile cu aceștia au un efect benefic pentru formarea lor.

8.4.4 Dezvoltarea carierei

Decizia inițială referitoare la activitatea profesională constituie doar primul punct major în dezvoltarea carierei și, ca atare, de interes crescut se bucură și problema evoluției vocaționale în perioada maturității.

Angajatul tipic în această etapă se înscrie într-unul dintre cele două cazuri: se află într-o fază maximă a carierei sale, bucurându-se de un prestigiu mai ridicat decât în tinerețe și exercitând mai multă influență sau se orientează spre o altă profesie.

Explicația oferită pentru *decizia de schimbare a profesiei* include următoarele motive după Sarason (1977, apud Fisher și Lerner, 1994):

- insatisfacția muncii sau satisfacție scăzută în cazul profesiei inițiale;
- descoperirea unei noi profesii care promite mai multe satisfacții;
- reformularea scopurilor vieții ca și consecință a unor evenimente de importanță majoră.

Dintre aceste evenimente cel mai frecvent este *pierderea locului de muncă*. Acesta este stresorul ocupațional cu impactul cel mai sever, mai ales în situația pierderii bruște, neașteptate și involuntare a locului de muncă. Situația duce la pierderea siguranței financiare și scăderea stimei de sine. Adaptarea la noua situație depinde de numeroși factori: resursele financiare disponibile, suportul social oferit de cei apropiați, atitudinea față de propria persoană - lipsită de blamare pe termen lung pentru eșecul suferit. Situația poate fi văzută ca o

posibilitate de a realiza ceva nou, o provocare pentru a continua dezvoltarea carierei. (*Papalia și Olds, 1987*)

În cazul femeilor în examinarea dezvoltării vocaționale se face o distincție între cele care, pe lângă rolul profesional, dețin și rolul de soție și mamă. Acest lucru permite evaluarea consecințelor diversității rolurilor asupra performanței în cele două domenii (profesional și familial). Analizând problema repercusiunii angajării profesionale asupra modului în care femeile reușesc să facă față celorlalte roluri, studiile au ajuns la concluzia că rolul profesional nu afectează negativ îngrijirea copiilor. Aici intervine și problema flexibilității programului de muncă și a diviziunii sarcinilor domestice între soți.

Așa cum am văzut în capitolul precedent, un statut profesional ridicat presupune pentru femei costuri mai ridicate pe plan familial decât pentru bărbați. Totuși studiile care compară satisfacția globală a vieții femeilor casnice cu femeile angajate profesional insistă asupra faptului că diversitatea rolurilor duce la o diversificare a surselor stimei de sine. Complexitatea sinelui asigură o mai mare capacitate de a depăși situațiile dificile legate de un anumit domeniu (familial sau profesional) cu ajutorul compensării pe celălalt plan (*Linville, 1987, apud Brehm și Kassir, 1990*).

În jurul vârstei de 60-65 de ani cea mai mare parte a persoanelor se *retrag din activitatea profesională*. După *R. Atchley (1976, apud Sigelman și Shaffer, 1995)* indivizii trec prin anumite faze, confirmate de studii pe această temă:

- *faza anterioară pensionării* (preretirement phase) – în care sunt adunate informații și sunt realizate planuri pentru perioada de după pensionare;
- *faza “lunii de miere”* (honeymoon phase) – pensionarul se bucură de libertatea pe care o are acum;
- *faza scăderii entuziasmului* (disenchantment phase) – satisfacția produsă de noua situație scade, persoana se simte plictisită, inutilă, nemulțumită de propria existență;
- *faza reorientării* (reorientation phase) – în care apare interesul pentru noi activități, individul construindu-și un nou stil de viață.

Se consideră că pensionarea este un eveniment cu consecințe negative asupra individului, care se simte plictisit, inutil, nemulțumit de existența sa. *E. Palmore (1985, apud Sigelman și Shaffer, 1995)* a analizat șapte studii longitudinale realizate pe această temă. A ajuns la concluzia că retragerea profesională a avut puține consecințe negative asupra bărbaților și chiar mai puține asupra femeilor și că multe din aceste probleme se datorau

scăderii venitului persoanei după pensionare. Ca atare pensionarea , chiar dacă solicită o perioadă de adaptare, nu este asociată întotdeauna cu o existență nesatisfăcătoare.

VARSTA A TREIA

Vârstnicii în societate

Vârsta a treia, cunoscută și ca perioada bătrâneții sau de regresie, este considerată din punct de vedere cronologic etapa existenței de după 65 de ani, reper utilizat de majoritatea autorilor. Această perioadă este relaționată și cu alți termeni, fiind necesară delimitarea lor (Șchiopu și Verza, 1981). *Senescența* se referă la aspectul normal al îmbătrânirii, la procesul biologic care, deși începe de timpuriu, acum se manifestă la toate nivelurile de integrare ale organismului, în timp ce *senilitatea* desemnează aspectul patologic al acestui proces.

Alături de gerontologie și geriatrie, psihologia dezvoltării studiază problemele specifice acestei etape de vârstă, încercând conturarea unei strategii profilactice a îmbătrânirii premature și unei modalități optime de protejare și asistare a celor în dificultate, în contextul societății moderne în care are loc creșterea numărului de persoane de peste 65 de ani ca efect al progreselor tehnico-științifice și îmbunătățirii nivelului de trai.

În cursul analizei fiecărei perioade a dezvoltării umane s-a încercat evidențierea unor caracteristici comune persoanelor, atrăgându-se permanent atenția asupra diferențelor interindividuale la nivelul personalității și nișei de dezvoltare. În cazul vârstelor adulte, mai ales al bătrâneții, acest lucru se manifestă plenar. Istoria de viață cu complicatele ei modele sociale și personale ale comportamentelor și activităților, efectul coortei, cultura în care trăiește persoana, domeniul profesional ales, statutul socio-economic, capacitățile funcționale și gradul de adaptare psiho-socială, toate contribuie la crearea complexității și diversității întâlnite la vârsta a treia (Germain, 1991). Ca atare, bătrânețea trebuie privită ca o *etapă a existenței în cadrul căreia întâlnim mari diferențe individuale*, lucru reflectat și de concepțiile asupra sa. Există pe de-o parte o percepție negativă, ca perioadă marcată de declin și pierderi, apoi o viziune mai optimistă, pozitivă, centrată asupra noilor roluri și activități, asupra înțelepciunii și experienței, iar celor două perspective li se adaugă poziția de mijloc, care acordă atenție atât evenimentelor pozitive, cât și stresorilor majori întâlniți la această vârstă, considerând că declinul din anumite arii este dublat de creștere și dezvoltare în alte domenii (Birren și Schaie, 1996).

Concepțiile sociale despre capacitățile și rolurile vârstnicilor implică o *componentă culturală*. De-a lungul evoluției umane bătrânețea a cunoscut conotații diferite (Șchiopu și Verza, 1981; Verza și Verza, 2000). În Roma și Grecia antică istoria menționează rolul important acordat, existând un „sfat al bătrânilor”, care funcționa ca organ consultativ și decizional. Au existat și situații inverse, în care bătrânii erau considerați drept povară pentru

familie și societate: eschimoșii îi părăseau pe vârstnici, după ceremonialuri complicate, în ținuturi izolate, unde cădeau pradă animalelor sălbatice. De asemenea, cântecele străvechi ale popoarelor războinice arată disprețul acestora pentru bătrânețe și lipsa de sens a continuării vieții la această vârstă, când participarea la bătălii și contribuția la procurarea celor necesare existenței este minim. Renașterea aduce o reconsiderare a bătrâneții, datorită orientării spre știință și umanism. În secolul XX, datorită noilor descoperiri, a creșterii nivelului de trai, a unor legi vizând asistența socială, a crescut speranța de viață. În țara noastră, privită sub raport economic, vârsta a treia în perioada de tranziție, cu o protecție socială și o economie greu încercate, are în multe cazuri o conotație negativă. Nivelul economic scăzut al vârstnicilor face ca principala lor preocupare să fie legată de gestionarea resurselor astfel încât să poată fi asigurat necesarul pentru traiul zilnic și de obținerea medicamentelor pentru tratarea afecțiunilor cronice. Aceste griji domină aspectele pozitive ale vârstei, având repercusiuni importante asupra sănătății fizice și psihice ale persoanelor.

În societățile în care păstrarea legăturilor familiale strânse este încurajată, bătrânii sunt tratați cu *respect* pentru înțelepciunea și realizările lor, se bucură de prețuire, fiindu-le recunoscută contribuția la viața comunității. Când societatea este centrată asupra performanței economice, asupra tinereții și vigoarei, fiind definită de disoluția familiei extinse, vârsta a treia are o profundă *conotație negativă*: boală, neputință, lipsa atractivității fizice, conservatorism, concepții învechite, singurătate, dependență de alții, povară. Existând această construcție socială a vârstei a treia, nu ne surprinde faptul că oamenii ajung să se teamă de bătrânețe tot atât de mult ca și de ideea că nu vor trăi suficient pentru a ajunge bătrâni. Vârstnicii par a fi plasați într-o nișă a dezvoltării în care fie că le rămân foarte puține contribuții de adus, fie că aceste contribuții nu sunt valorizate într-o prea mare măsură (Gardiner, Mutter și Kosmitzki, 1998).

Imaginea asupra bătrâneții care este vehiculată într-o anumită societate este extrem de importantă pentru *modul în care vârstnicii sunt percepuți și tratați*, precum și pentru *imaginea lor de sine*. Este bine cunoscut faptul că individul, în strădania sa de a-și forma o impresie despre ceilalți, recurge în prima fază la includerea acestora în anumite categorii. Acest fapt se realizează în mod automat, iar categoria activată nu indică numai apartenența persoanei la o anumită clasă, ci face apel și la informațiile conținute în structurile noastre de cunoștințe referitoare la aceasta (scheme cognitive). Ca atare, odată cu evocarea categoriei sunt activate o serie de informații cuprinse în stereotipul față de aceasta. Astfel impresia pe care ne-o vom face despre o persoană poate fi incorectă, fiind în mare măsură efectul concepțiilor legate de categoria în care am inclus-o. În plus, *stereotipurile față de persoanele de vârsta a treia*

afectează în mod direct imaginea de sine a acestora. *Pinquart* (2002) a studiat efectele expunerii vârstnicilor la informații negative, cuprinse în stereotipul față de bătrânețe. Rezultatele sale arată că percepția globală a altor persoane de vârsta a treia se înrăutățește, iar schimbările la nivelul percepției de sine variază în funcție de măsura în care subiecții săi au considerat că atributele negative le sunt caracteristice. De foarte multe ori apare tendința de protejare a imaginii de sine, participanții la studiu socotind că trăsăturile negative nu sunt definitorii pentru propria persoană, fiind utilizate drept etaloane în comparația cu alții aflați în situații mai grave.

Clișeele cu privire la bătrânețe duc la apariția și întărirea unor concepții greșite despre această perioadă a vieții, marginalizează viețile unui număr mare de oameni. La noi, potrivit datelor din Anuarul Statistic al României din 1998, în perioada 1992-1997 procentul persoanelor cu vârsta peste 65 de ani era cuprins între 11,11% și 12,55%. Se remarcă o creștere constantă a proporției vârstnicilor (fenomenul de îmbătrânire demografică), tendință regăsită în majoritatea statelor lumii, ca urmare a îmbunătățirii condițiilor de trai și a progreselor din domeniul îngrijirii medicale și asistenței sociale. Pentru a avea o imagine corectă asupra problemei trebuie să menționăm că marea majoritate a vârstnicilor au vârsta între 65 și 74 de ani. De exemplu în 1997 din totalul de 2.831.545 de bătrâni, 1.950.181 (68,87%) erau între 65 și 74 de ani, 709.021 (25,04%) între 75 și 84 de ani și 172.343 (6,08%) peste 85 de ani.

În cursul vârstei a treia *problemele de sănătate* sunt mai numeroase, însă imaginea sumbră transmisă prin stereotipurile despre bătrânețe concordă în mică măsură cu realitatea, nu ține seama de marea diversitate a vârstnicilor. Există fără îndoială oameni bolnavi și neputincioși, însă în cazul celor mai mulți bătrâni stereotipurile negative prezentate sunt incorecte. Aceste stereotipuri nu aduc oamenilor obișnuiți informații pertinente cu privire la ceea ce îi așteaptă în viitor, nu oferă specialiștilor din domeniul sănătății date corecte și nici nu duc la o creștere a sensibilității față de problemele vârstnicilor. Dimpotrivă, se pot transforma în predicții care au tendința de a se auto-valida, conduc la teamă, dependență, uneori chiar discriminare și abuz (*Thornton*, 2002). Trebuie recunoscută *marea diversitate a stilurilor de viață, a experienței și expectanțelor celor care se află în această etapă a existenței*. Vârstnicii constituie o parte importantă a societății și majoritatea lor continuă să contribuie la viața comunității.

Evoluția psihosocială la vârsta a treia

Această perioadă a vieții este una marcată de *confruntarea cu o serie de evenimente importante*, presupunând „dezangajarea față de rolurile sociale active, retragerea din viața profesională (pensionarea) și adoptarea altor roluri sociale, dintre care unele cu caracter pasiv, caracterizate de dependența față de alții, iar altele cu caracter activ, compensator” (Rădulescu, 2002, p. 66). În cursul vârstei a treia persoana integrează imaginile anterioare și actuale despre propriul sine, căutând continuitatea și sensul vieții ca întreg, în condițiile în care se produce renunțarea la rolul profesional. Relațiile cu cei apropiați și susținerea oferită de aceștia devin din ce în ce mai importante, mai ales că această vârstă pune mai multe probleme clinice decât etapele anterioare.

1. Perspective teoretice relevante

Conform stadiilor descrise de *Erik Erikson* (1965), anii bătrâneții sunt văzuți ca o perioadă de bilanț, în care persoana reflectează asupra propriei vieți și se confruntă cu problema integrității personalității, care poate duce la gruparea activității psihice în jurul trăirilor de *realizare* sau la *dezamăgire și disperare* (integrity versus despair).

Procesul de revizuire a vieții apare natural, fiind declanșat de o serie de „mesaje ale îmbătrânirii”: încetinirea unor funcții ale organismului, dezangajarea profesională, semnale care demonstrează că ești vulnerabil, muritor (probleme mai dese se sănătate, îmbolnăvirea gravă sau/și moartea unor apropiați). Sunt evocate anumite evenimente care atrag gânduri și sentimente despre sine, reconsiderarea semnificației experiențelor personale, integrarea imaginilor anterioare ale sinelui cu starea curentă, în încercarea de a realiza continuitatea dintre imaginile trecute, prezente și viitoare, în lumina realității curente și expectanțelor cu privire la viitor (Kimmel, 1990). Poate să aibă loc împărtășirea amintirilor, sentimentelor și gândurilor cu membri ai familiei sau cu prietenii și astfel apar noi subiecte de meditație. Revizuirea trecutului conduce de foarte multe ori la mulțumire de sine, pentru că deciziile și acțiunile din cursul vieții au fost în cea mai mare parte juste și au atras după sine satisfacția persoanei și a celor implicați. Chiar dacă persoanele sunt marcate de faptul că timpul se scurge, *se simt satisfăcute de ceea ce au realizat*, iar acest lucru le oferă compensații pentru retragerea din anumite roluri, pentru problemele care apar odată cu trecerea anilor și pentru apropierea sfârșitului vieții. În anumite cazuri însă indivizii ajung la concluzia că au făcut multe greșeli, au luat decizii nepotrivite și au ratat oportunități importante pentru carieră și relațiile cu cei apropiați. Au sentimentul că și-au irosit existența, regretă trecutul, își dau seama că timpul trece și e prea târziu pentru a îndrepta greșelile dint trecut, *se simt dezamăgite, disperate, nu reușesc să ofere un sens propriilor existențe*.

Perspectiva lui *R. Peck* (1968, apud *Vander Zanden*, 1993) asupra ultimului stadiu prezentat de Erikson pornește de la fixarea a trei sarcini cu care se confruntă vârstnicii:

- *Diferențierea sinelui versus preocupare față de rolul profesional* (ego differentiation vs. work role preoccupation) – pentru care tema centrală gravitează în jurul pensionării. Indivizii trebuie să-și redefinaască valoarea proprie în alți termeni decât cei ai rolului profesional, având nevoie de găsirea unor activități care să le permită să urmeze noi căi pentru a descoperi sentimentul satisfacției și valorii vieții.

- *Transcedența corporală versus preocuparea față de corp* (body transcendence vs. body preoccupation) – pe măsură ce indivizii înaintază în vârstă aspectul persoanei se schimbă, apare un declin al capacităților fizice și mai multe probleme de sănătate. Cei care pun semnul egal între satisfacția vieții și starea de bine la nivel fizic au de ales între a deveni din ce în ce mai preocupați de starea lor fizică și a găsi noi surse ale mulțumirii și împlinirii.

- *Transcendența sinelui versus preocuparea față de sine* (ego transcendence vs. ego preoccupation) – cei mai tineri privesc moartea ca pe un eveniment îndepărtat, însă în perioada vârstei a treia această convingere nu mai poate fi mult timp dominantă. Indivizii recunosc că sunt muritori, iar acest lucru nu atrage neapărat după sine resemnare și apatie, pentru că în același timp pot să considere că vor continua să existe prin copiii lor, prin contribuția la bunul mers al comunității din care fac parte, fiind oarecum deasupra prezenței fizice în această lume. La rezolvarea acestei sarcini convingerile religioase joacă un rol extrem de important, moartea putând fi văzută ca o trecere spre o altă existență.

Încercările de a explica viața și activitatea celor care reușesc să îmbătrânească „cu succes”, păstrându-și mulțumirea față de propria existență, au condus și la *alte puncte de vedere* privind cursul evoluției în vârstă.

- *Teoria dezangajării* (disengagement theory, *Cumming și Henry*, 1961, apud *Dacey și Travers*, 1996) – consideră că pe măsură ce indivizii îmbătrânesc are loc un proces de retragere progresivă, iar persoanele nu sunt neapărat nefericite când se produce acest lucru. La nivel fizic scade tempoul activităților, din punct de vedere psihologic descrește interesul față de lumea din jur și apare focalizarea asupra propriei persoane și aspectelor care o vizează direct, iar la nivel social retragerea este bidirecțională, pentru că nu numai persoana renunță la anumite roluri sociale, ci și societatea începe să-și retragă implicarea în viața persoanei, încurajând pensionarea, creând instituții speciale pentru persoane de vârsta a treia.

Această teorie a fost acerb criticată, atrăgând un val de proteste și a fost rapid abandonată, considerându-se că reflectă convingerile despre vârstnici existente la mijlocul secolului XX. Ea exagerează retragerea persoanelor pentru că, în ciuda faptului că are loc

dezangajarea din anumite roluri, foarte puțini sunt cei care renunță la legăturile emoționale importante. În plus multe persoane participă la acțiunile organizațiilor religioase și civice.

- *Teoria activității* (activity theory, Havighurst, Neugarten și Tobin, 1968, apud Lesfrancois, 1984) – este opusă celei precedente: dezangajarea nu reprezintă cursul optim al evoluției. Vârșnicii, exceptând modificările inevitabile la nivelul stării de fizice, sunt asemănători maturilor din punctul de vedere al nevoilor lor, iar interacțiunea socială în scădere rezultă mai degrabă din retragerea societății. Satisfacția vieții este relaționată cu participarea activă în plan psihologic și social. Teoria se bucură de un larg suport empiric: cu cât vâșnicii sunt mai activi, energici, productivi, cu atât îmbătrânesc cu succes și sunt mai fericiți. Rolurile din perioada maturității pot fi prelungite în condițiile în care competențele persoanei permit acest lucru, iar în momentul în care dispar, este bine ca persoana să găsească alte roluri pentru a se menține activă și implicată. Activismul sau retragerea care apare la vâșnici pare a fi o prelungire a paternului anterior al existenței persoanei, a stării de sănătate și statutului socio-economic, mai degrabă decât a procesului inevitabil al îmbătrânirii.

- *Teoria selectivității socio-emoționale* (sociemotional selectivity theory, Carstensen, 1991, apud Santrock, 2002) – susține că vâșnicii devin odată cu trecerea timpului mai selectivi în domeniul relațiilor sociale. Valorizarea din ce în ce mai mare a satisfacției emoționale îi face să aloce mai multe resurse relațiilor cu persoane apropiate, care sunt o sursă de bucurie și să se retrăgă în mod deliberat din relațiile cu persoanele mai puțin importante. Astfel stereotipul bășrânilor „avizi” de contacte sociale, nemulțumiți de îngustarea câmpului interacțiunilor cu ceilalți, este contrazis: chiar persoanele de vâșta a treia preferă să micșoreze numărul de relații interpersonale pentru a putea petrece mai mult timp cu cei care le satisfac în măsură ridicată nevoile emoționale. Studiile care investighează evoluția frecvenței și calității relațiilor sociale pe parcursul vâștelor adulte arată că rețelele sociale ale bășrânilor se micșorează comparativ cu tinerii și maturii. Acest rezultat se datorează însă scăderii contactelor sociale periferice, pe când relațiile intime, apropiate rămân aproximativ la fel de numeroase.

- *Teoria optimizării selective și a compensării* (selective optimization with compensation theory, Baltes și colab., 1990, apud Santrock, 2002) – așează la baza îmbătrânirii cu succes selecția, optimizarea și compensarea. Selecția este importantă pentru că la vâșta a treia apare o scădere a capacității funcționale a persoanei, ca atare performanța se reduce în multe domenii ale activității. Persoana trebuie selecteze domeniile de importanță maximă pentru sine și în cazul lor să încerce să își optimizeze performanța prin practicarea constantă a activităților relevante și prin utilizarea resurselor tehnice existente. În plus,

persoana trebuie să se servească de strategii speciale pentru a putea compensa scăderea performanței în sarcinile care cer un nivel al capacităților situat dincolo de nivelul curent dat de potențialul pe care îl au vârstnicii (în cazul rapidității reacțiilor, a memorării și gândirii). Îmbinarea selectivității, optimizării și a compensării este eficientă totdeauna când apare o scădere la nivelul capacităților persoanelor de orice vârstă, iar formele pe care procesul le îmbracă sunt în concordanță cu istoria personală, interesele și aptitudinile fiecăruia.

În concluzie, *nu există un patern anume al îmbătrânirii „cu succes”*. Există persoane aparent inactive și totuși satisfăcute de viața lor, importantă fiind nu cantitatea, ci calitatea activităților și relațiilor. Vârstnicii adoptă uneori o perspectivă mai detașată asupra evenimentelor, devin mai introspectivi decât erau. În toate cazurile însă implicarea în anumite activități care corespund dorințelor, intereselor și capacităților trebuie încurajată, ea contribuind la satisfacția și sănătatea persoanelor respective.

2. Impactul retragerii din activitatea profesională

Echilibrul vieții cotidiene este perturbat de o serie de factori stresanți, dintre care unii mai puțin importanți, ca de exemplu tracasările cotidiene, iar alții care implică schimbări semnificative ale existenței, solicitând într-o mare măsură resursele fizice și psihologice ale persoanei. Studiile centrate asupra evenimentelor majore ale vieții care au loc între 60 și 70 de ani au arătat că persoanele consideră pensionarea lor și a partenerului (parteneriei) ca fiind cele mai importante, urmate de probleme de sănătate și de văduvie. Pentru perioada 70-95 de ani cea mai frecvent menționată este moartea unui apropiat și îmbolnăvirea (*Birren și Schaie, 1996*). Iată că *pensionarea marchează trecerea de la maturitate la vârsta a treia, fiind considerată cel mai important eveniment de viață al acestei perioade*.

În mod *tradițional pensionarea a fost văzută ca un eveniment nedorit*, cu consecințe extrem de negative. Munca determină o structurare a timpului, duce la relaționarea cu ceilalți în cadrul programului de activitate și în afara lui, furnizează un statut, anumite funcții, o serie de oportunități pentru autorealizare, este cea mai importantă sursă de venit, contribuie la formarea identității și ajută persoana să definească semnificația propriei existențe. Persoanele și cuplurile pensionate suportă o scădere a venitului și a nivelului de trai, sunt angajați într-un proces de reconstruire a imaginii de sine prin disoluția subidentității profesionale, fiind cupată angajarea, expansiunea socială antrenată prin exercitarea profesiei. Poate să apară și o criză a intereselor și a capacităților profesionale, cu atât mai mult cu cât mulți indivizi sunt obligați să se pensioneze când încă sunt capabili, disponibili intelectual și cultural; la acestea se adaugă și o criză de prestigiu (*Șchiopu și Verza, 1981*).

Viziunea negativă asupra pensionării nu este adevărată într-o atât de mare măsură. Semnificația retragerii din activitate și *adaptarea la noua situație este legată de o serie de factori* (Canvanaugh, 1993):

- *atitudinea față de muncă* – atunci când activitatea profesională este cea mai importantă sursă de satisfacție și stimă de sine, iar poziția și prețuirea atașată ei sunt ridicate, pensionarea nu este niciodată un eveniment dorit, așteptat, iar adaptarea la noul statut este extrem de dificilă. În situația în care slujba este puțin recompensantă, este frustrantă, plicticoasă, pensionarea este binevenită, ceea ce lipsește nefiind munca în sine, ci colectivul de colegi și prieteni;

- *starea de sănătate* – este unul din factorii care contribuie la decizia persoanei de a se pensiona anterior vârstei maxime. Un studiu longitudinal (Levz, 1978 apud Craig, 1986) a ajuns la concluzia că, împreună cu prezența/ absența dorinței de pensionare, este un bun predictor al adaptării ulterioare. Persoanele sănătoase care așteptau pensionarea s-au adaptat cel mai bine schimbărilor induse de acest eveniment. Cei care se bucurau de o stare bună de sănătate și nu erau dispuși să se pensioneze au trecut printr-o fază de insatisfacție, revoltă, iar după o perioadă de timp și-au revenit, apropiindu-se de starea de mulțumire a celor sănătoși și dornici să se retragă. Pentru subiecții cu probleme semnificative de sănătate, indiferent de atitudinea față de pensionare, s-a înregistrat pe termen lung cel mai scăzut nivel de satisfacție. Cu cât sănătatea se menține timp îndelungat la un nivel satisfăcător, cu atât mai mult persoanele se declară mulțumite de existența lor, adaptându-se mai ușor altor schimbări ale stilului de viață.

- *situația financiară* – suferă o scădere însă, dacă permite un nivel de trai apropiat de cel de dinainte de retragerea din activitatea profesională, adaptarea și mulțumirea pensionarilor față de noua situație sunt ridicate. Pentru cei cu pensii mici retragerea din activitatea profesională înseamnă renunțare, frustrare, ideea că acest eveniment determină îngrădirea, limitarea și mai mult a resurselor persoanei. Se ridică probleme asupra gradului în care sistemul de asigurare socială și de asistență medicală reușește să ofere persoanelor de vârsta a III- a resursele necesare pentru a putea duce o viață civilizată, a modului în care societatea reușește să restituie o parte din obligațiile care îi revin față de aceste persoane;

- *relațiile cu cei apropiați* – asigură persoanei un anumit echilibru, permițând canalizarea unei părți a energiei și timpului alocat profesiei spre un alt domeniu important al existenței. Este importantă și atitudinea pozitivă față de pensionare a prietenilor, colegilor și membrilor familiei, ușurând adaptarea persoanei.

Am văzut în (!!!!Maturit) că indivizii care se retrag din activitatea profesională trec printr-o serie de *faze* confirmate de studiile pe această temă, așa că este de așteptat ca starea lor să varieze în timp. Foarte multe persoane simt o anumită insatisfacție odată cu pensionarea, însă modul în care ei se adaptează noii situații depinde și de stilul de coping al persoanei, care a fost pus în lucru și în cazul altor situații care presupuneau schimbări notabile. Un alt aspect important este ca *planurile din faza anterioară pensionării să poată fi puse în aplicare*, adică starea de sănătate a persoanei și partenerului și situația financiară a cuplului să permită realizarea acestor planuri. Ele se leagă de dezvoltarea sau continuitatea unor interese și de anticiparea unor noi roluri disponibile în familie și comunitate, care ajută persoana să își structureze programul zilnic.

3. Relațiile sociale

Pe tot parcursul vieții fiecare dintre noi este inclus într-o rețea socială, este înconjurat de persoane cărora le acordă susținere și de la care primește la rândul său ajutor. Suportul și integrarea socială contribuie în orice perioadă la starea de bine, la trăirea satisfacției față de propria existență, iar importanța sa crește pe parcursul vârstei a treia. Aceasta este marcată de schimbări ale stării de sănătate, nivelul economic și rolurilor sociale, schimbări care solicită resursele fizice și psihologice ale persoanei și duc la creșterea vulnerabilității sale. Studiile arată că *suportul și integrarea socială* se asociază cu reducerea numărului de afecțiuni fizice, o mai mică incidență a depresiei și o probabilitate mai scăzută a plasării vârstnicilor în instituții (Sanrock, 2002). Vom vedea în continuare care sunt particularitățile relațiilor cu cei apropiați și modul în care aceștia reușesc să ofere vârstnicilor grija și susținerea de care au nevoie.

- *Relațiile maritale*

La această vârstă în majoritatea cazurilor ambii soți sunt pensionați, așa că petrec mai mult timp împreună, comparativ cu perioadele anterioare. Cercetările asupra satisfacției maritale au ajuns la rezultate diferite, în funcție de calitatea anterioară a relației (Schiamberg, 1985). Când căsătoria a fost menținută doar datorită obișnuinței și investițiilor comune, relațiile dintre parteneri devin mai tensionate. Dacă relația a fost și anterior satisfăcătoare, camaraderia, respectul reciproc și împărtășirea intereselor comune duc la creșterea gradului de apropiere dintre parteneri. La acest lucru se mai adaugă scăderea presiunilor impuse de rolul de părinte și a diferendelor legate de educarea copiilor, ca urmare a maturizării și plecării de acasă a acestora. Problemele referitoare la domeniul financiar și la viața sexuală au fost rezolvate în etapele anterioare sau importanța asociată lor a scăzut. Pensionarea poate genera neînțelegeri

când soții au expectanțe diferite și incompatibile cu privire la activitățile și rolurile din perioada următoare sau poate fi o sursă de satisfacție, deoarece crește timpul petrecut împreună și nivelul comunicării în cadrul unor activități plăcute (*Vander Zanden, 1993*).

Sigur că starea de sănătate și nivelul financiar sunt factori importanți care influențează satisfacția vieții, ca atare și calitatea relației maritale. Contează apoi și capacitatea fiecărui partener de a-și rezolva problemele legate de recunoașterea scurgerii timpului, boala, durerea și ideea morții celor apropiați și a sfârșitului propriei existențe.

Pierderea partenerului constituie un eveniment cu un puternic impact negativ, care presupune suferință, tristețe, depresie, noi responsabilități și sarcini, redefinirea identității și conștientizarea caracterului finit al propriei existențe. De altfel *Ruth și Oberg* (1995 apud *Birren și Schaie, 1996*) arată că pierderea partenerului împreună cu apariția problemelor grave de sănătate sunt două din cele mai importante puncte care conduc spre viziunea vieții „ca o capcană” („life as a trapping pit”).

Reacția soției (soțului) supraviețuitoare depinde de calitatea relației, cauzele decesului, modificările stilului de viață pe care decesul le antrenează și de suportul oferit de cei apropiați (vezi *Moartea*). Modalitatea de adaptare la schimbările induse este diferită: există persoane care trăiesc singure, prețuind independența și preferând compania altor vârstnici singuri, persoane care suferă și nu pot trece peste pierderea partenerului, fiind oarecum izolate datorită stării depresive și abilităților interpersonale slab dezvoltate și văduvele/ văduvii care locuiesc cu copiii lor și joacă un rol activ în viețile acestora și ale nepoților (*Cavanaugh, 1993*).

Recăsătoria este uneori o alternativă la singurătatea resimțită, însă frecvența sa este relativ mică la această vârstă, deoarece mulți vârstnici o consideră nepotrivită, probabilitatea de a întâlni potențiali parteneri este mică (mai ales în cazul femeilor, existând mult mai multe văduve decât văduvi), copiii pot să nu fie de acord cu recăsătoria și starea fizică, psihologică și financiară proprie este rar evaluată ca fiind corespunzătoare curtării. Ca atare foarte mulți vârstnici aleg să nu-și schimbe statutul de văduv.

Susținerea oferită de persoanele semnificative este foarte importantă. De foarte multe ori copiii sunt cei care ajută părintele să accepte pierderea suferită și să se adapteze noilor sarcini și responsabilități. Ei îi împărtășesc durerea și îl consolează, îi arată că este important, îl fac să simtă apropierea, grija pe care i-o poartă, îi insuflă sentimentul încrederii în sine și dorința de a continua să își trăiască viața, chiar dacă o persoană centrală a existenței lor a dispărut. Îl sprijină și din punct de vedere financiar, îl ajută în îndeplinirea unor sarcini domestice și în cazul în care are anumite probleme de sănătate. La fel, rudele și prietenii sunt

alături de văduvă/ văduv, iar unii dintre ei au trecut prin această experiență și înțeleg mai ușor starea și nevoile soției / soțului rămas în viață.

- *Relațiile cu rudele și prietenii*

Vârstnicii și *copiii lor* adulți dezvoltă o relație matură bazată pe un amestec de dependență și reciprocitate. Bătrânii preferă să locuiască separat cât de mult posibil, ajungând să locuiască cu copiii doar când au probleme de sănătate care necesită îngrijiri speciale și ajutorul altor persoane, limitându-le autonomia. Legăturile se mențin de obicei strânse, suportul oferit de ambele părți fiind de natură emoțională și financiară, de multe ori copiii fiind cei care continuă să primească mai mult suport material decât părinții, atâta timp cât aceștia nu au probleme serioase de sănătate. O serie de modificări sociale au atras după sine limitări ale ajutorului pe care îl pot oferi copiii, comparativ cu situația din societățile tradiționale: din punct de vedere demografic se constată o reducere a descendenților pe care îi au vârstnicii și la care pot apela și o creștere a duratei vieții. Angajarea profesională a femeilor duce la scăderea timpului pe care îl pot dedica membrilor familiei, inclusiv îngrijirii părinților vârstnici. De foarte multe ori părinții nu locuiesc în aceeași localitate cu copiii, distanța geografică fiind și ea o problemă în cazul nevoii de ajutorare a părinților vârstnici. Cu toate acestea copiii continuă să fie principalul sprijin al persoanelor de vârsta a treia care au probleme de sănătate. În ciuda costurilor de natură fizică, emoțională și financiară, a reacțiilor de oboseală, apatie, detașare, tensiunilor resimțite datorită neglijării altor responsabilități, maturii trăiesc puternice sentimente pozitive, derivând din mulțumirea pe care o simt îngrijindu-și părinții, îndeplinindu-și responsabilitățile auto-asumate (*Fisher și Lerner, 1994*).

Relațiile cu nepoții sunt evaluate de către vârstnici ca o mare sursă de satisfacție: oferă mulțumirea desfășurării unor activități plăcute, satisfacerea dorințelor celor mici, care își manifestă deschis afecțiunea, fără asumarea responsabilităților majore pentru îngrijirea și socializarea copiilor. Rolul de bunic are o semnificație aparte, evocă amintiri plăcute ale relațiilor dintre vârstnici și proprii lor bunici, dă ocazia vârstnicilor de a fi persoane importante, cu experiență de viață, care dau sfaturi și își ajută nepoții și oferă sentimentul continuității, simbolizează extensia persoanei în familie și în viitor. Am văzut în (Maturitate!!!) că există mai multe stiluri de relaționare bunic-nepot, persoanele de vârsta a treia preferând mai degrabă să fie prietenii, partenerii de amuzament ai nepoților, decât să se implice în creșterea acestora alături de părinți. Sigur că atunci când proprii lor copii au nevoie de ajutor se dedică îngrijirii și educării nepoților, fiind uneori un adevărat substitut al părinților.

Relațiile cu *frații și surorile* sunt importante, au o lungă durată și se bazează pe foarte multe amintiri comune. Contactele depind de proximitatea fizică și calitatea relației de-a lungul vieții. De foarte multe ori în cazul ajutorării vârstnicului bolnav rudele apropiate contribuie la susținerea persoanelor identificate ca deținând rolul principal în îngrijirea acestuia: de la sprijin emoțional până la rezolvarea unor sarcini concrete și acordarea de ajutor financiar.

Prietenii continuă să fie importanți, oferind vârstnicului ajutor concret și susținere emoțională, uneori chiar suplinind într-o oarecare măsură intimitatea și căldura relațiilor cu proprii copii, când aceștia nu locuiesc aproape. În situația în care și prietenii au trecut printr-o experiență similară pot constitui un model pentru modul în care și-au revenit după o astfel de pierdere.

Dorința de a îmbunătăți calitatea vieții în toate perioadele dezvoltării ființei umane a condus spre o mai mare atenție acordată vârstei a treia, subliniindu-se rolul extrem de important pe care îl joacă din acest punct de vedere factorii ecologici, culturali și sociali. Am văzut că atitudinile vârstnicilor față de etapa prin care trec sunt extrem de diverse, în funcție de trăsăturile de personalitate, de sănătatea fizică și psihologică și de nivelul de securitate economică pe care îl au, însă totdeauna percepția propriei persoane de către ceilalți și relațiile cu cei apropiați vor constitui repere centrale ale satisfacției vieții și respectului față de sine.

Moartea sau stadiul terminal

Definire și probleme etice

Știm că moartea este un fenomen firesc din punct de vedere biologic, de trecere de la viață la starea de neînsuflețire, însă mai știm și că produce multă suferință. În ultima vreme este un subiect des analizat, datorită prelungirii speranței de viață, tehnicizării medicinei și posibilităților de a monitoriza o parte a acestui proces (*Maximilian*, 1989). Pe parcursul vieții ne confruntăm cu mai multe pierderi ale unor persoane dragi nouă și -mai devreme sau mai târziu- trebuie să facem față ultimei încercări a existenței noastre ca ființe umane: propria moarte. Percepția și trăirea ei implică luarea în calcul a diferitelor sale fațete: biologică, psihologică și socio-culturală.

Din *punct de vedere psiho-social*, *Kalish* (1987, apud *Cavanaugh*, 1993) consideră că moartea este văzută în mai multe moduri: ea evocă anumite *imagini* -anunțurile mortuare, steagul negru, cortegiul funerar, mormântul- care ne produc teamă, anxietate; este un eveniment care implică *proceduri legale* de constatare a lui -emiterea unor acte- și *ceremonii* la care participă cei apropiați; apare și sub forma unei *statistici* care o îndepărtează de individ, uniformizând-o; avem o serie de *analogii* folosite pentru a arăta lipsa de utilitate și semnificație a obiectelor și persoanelor (motorul este mort, acest individ este ca și mort pentru mine); reprezintă *misterul final al vieții* fiecăruia, pentru că nu există certitudini, este o experiență care nu poate fi înțeleasă decât atunci când este trăită ("Ivirea mea n-aduse nici un adaos lumii/ Iar moartea n-o să-i scadă rotundul și splendoarea./ Și nimeni nu-i să-mi spună adâncul tâlc al spumii:/ Ce rost avu venirea? Și-acum, ce sens plecarea?" Omar Khayyam); *punctul terminus* al vieții noastre pământești, care ne împiedică să ne realizăm toate planurile și visele a căror împlinire a fost amânată din diverse motive; *trecerea spre o altă stare*, înțeleasă diferit: viață veșnică, timp al așteptării și reînnoirii, o altă experiență similară cu ceea ce am trăit sau pur și simplu nimic, nefiindul. Aceste viziuni asupra morții sunt însoțite de o gamă largă de stări afective în funcție de convingeri (în special cele religioase), experiența proprie, stadiul de dezvoltare, de faptul că sunt determinate de anticiparea morții proprii sau de moartea unei alte persoane.

Din *perspectivă socio-culturală* se pare că orientarea societății occidentale, moderne, este una paradoxală. Pe de-o parte se produce o *distanțare de moartea celor de lângă noi*, pe fondul amplificării cadrului ei tehnic și medical: oamenii agonizează și mor în spitale, responsabilitatea îngrijirii lor este deplasată spre personalul medical calificat, corpul este

depus într-o capelă mortuară, se renunță la semnele tradiționale ale doliului, iar exprimarea deschisă a suferinței este descurajată. „Un nou ritual al morții se substituie tradițiilor [...] Murim singuri într-o lume indiferentă. Murim aproape clandestin. Înurmântările sunt discrete...ca și cum moartea ar fi incompatibilă cu tinerețea societății noastre.” (Maximilian, 1989, p.125). Contactul apropiaților cu decedatul este din ce în ce mai redus, trădând evitarea confruntării cu ideea morții. Ea este văzută mai degrabă ca un eșec medical, decât ca parte a ciclului vieții. Pe de altă parte această instituționalizare și profesionalizare a morții este contrabalansată de *preocuparea față de prezentarea ei în mass-media*: relatările despre crime, accidente, sinucideri se bucură de mare popularitate (Dacey și Travers, 1996; Craig, 1986). Autorii recunosc că evitarea, negarea morții este necesară într-o oarecare măsură pentru a putea trăi într-o lume în care se întâmplă o serie de evenimente negative, care amenință viața. Avem nevoie să simțim că aceste evenimente, chiar dacă afectează viața oamenilor în general, este puțin probabil să ni se întâmple și nouă. Negarea însă poate interfera cu strategiile de coping referitoare la luarea unor precauții realiste față de moarte, acceptarea caracterului finit al vieții și recunoașterea propriei vulnerabilități. În plus, acest mecanism de apărare poate influența negativ și atitudinea față de vârstnici, care sunt văzuți ca fiind mai aproape de moarte decât persoanele din celelalte stadii ale dezvoltării. Se produce o detașare față de bătrâni sau chiar evitarea lor, Germain (1991) considerând că acest lucru se manifestă și printr-o mai mare frecvență a abuzului medical - lipsă de suport adecvat în procurarea medicamentelor, atenție mai scăzută acordată problemelor de sănătate ale oamenilor, pe măsură ce înaintează în vârstă. De menționat că această atitudine nu ține numai de tendința de evitare a morții, ci și de modul în care comunitatea privește moartea persoanelor de diferite vârste, cea a vârstnicilor fiind în general evaluată ca mai puțin tragică decât a tinerilor, deoarece se consideră că senectutea este semnul unei existențe împlinite.

Perspectiva *transculturală* arată că dincolo de credința în nemurirea sufletului, există mari variații ale imaginii despre viața de după moarte: de la ideea raiului și iadului, a reîncarnării, la cea a spiritelor care se amestecă în viața celor vii. Funerariile sunt ocazii de a evita oamenii sau prilej de reuniune. Corpul decedatului este îngropat sau ars, conservat prin îmbălsămare sau dezmembrat. Manifestările apropiaților sunt diverse, fiind prezentă în unele culturi exteriorizarea accentuată a durerii, iar în altele controlul emoțiilor pentru a nu-i împovăra pe alții cu durerea resimțită. Chiar dacă moartea este universală, semnificația sa și reacțiile oamenilor sunt diverse, așa că nu există un singur mod de a te raporta la acest eveniment (Sigelman și Shaffer, 1995).

Dacă aspectele prezentate anterior ne oferă informații despre diversitatea imaginilor asupra morții, definiția sa medicală și legală pune problema fațetei biologice, a condițiilor în care este certificat decesul unei persoane. Din acest punct de vedere moartea nu e un eveniment, ci un proces. Au fost fixate mai multe etape/ grade de perturbare a funcțiilor vitale legate de instalarea procesului morții (*Gorgos, 1989*):

- *moarte aparentă*, în acest caz fiind prezente: pierderea conștiinței, dispariția reflexelor și reacțiilor motorii, activitate respiratorie și cardiacă slabă, greu de pus în evidență; reanimarea se poate produce ca urmare a intervențiilor medicale și mai rar spontan;
- *moarte clinică*, caracterizată prin lipsa activității cardiace și a mișcărilor respiratorii, fără leziuni ireversibile la nivel cerebral; acestea încep să apară după aproximativ cinci minute de la încetarea respirației;
- *moarte cerebrală*, care se instalează odată cu moartea sistemului nervos central; apar leziuni ireversibile ale neuronilor, reanimarea nemaifiind posibilă.

Se știe că porțiunile superioare ale creierului sunt mai repede afectate decât cele inferioare, așa că persoana ale cărei zone superioare au încetat să funcționeze poate continua să respire și să aibă activitate cardiacă (*moarte corticală*), însă această stare nu este acceptată ca și definiție legală nicăieri în lume. Cele mai larg acceptate criterii pentru determinarea decesului sunt cele referitoare la moartea cerebrală (*Cavanaugh, 1993; Santrock, 2002*): lipsa mișcărilor respiratorii pe parcursul a cel puțin o oră; lipsa totală de reacție a organismului la orice categorie de stimuli, chiar dacă sunt foarte puternici și produc în mod obișnuit durere; abolirea reflexelor; traseu electroencefalografic izoelectric (plat) și nici o schimbare a stării persoanei în cazul unei retestări după 24 de ore. Toate aceste criterii trebuie să fie satisfăcute pentru a declara persoana decedată.

Moartea poate să apară în orice punct al dezvoltării umane, începând cu perioada prenatală și sfârșind cu senectutea, însă rata mortalității și ponderea cauzelor decesului sunt diferite pe parcursul vârstelor.

La debutul vieții moartea se datorează preponderent unor defecte congenitale, unor probleme care survin în timpul nașterii. În copilărie ponderea cea mai mare o au accidentele diverse (rutiere, prin înec, otrăvire, incendiu, căzături de la înălțime), iar în adolescență și tinerețe cauzele cele mai frecvente țin tot de incidente nefericite (accidente rutiere, omucideri, sinucideri), deseori pe fondul consumului de alcool și droguri. Incidența bolilor cronice crește cu vârsta, devenind cea mai importantă cauză de deces la vârsta a treia. (*Santrock, 2002*)

Datorită perfecționării tehnologiei actuale, funcțiile vitale ale unei persoane pot fi menținute în mod artificial o perioadă lungă de timp, deși activitatea electrică cerebrală a

dispărut irevocabil, testele clinice indicând deteriorarea masivă și ireversibilă a creierului. După constatarea morții cerebrale, păstrarea unor funcții ale organelor, prin reanimare, este o păstrare în afara zonei conștiinței (Gorgos, 1989). În acest caz, în epoca hiperperfecționării „mașinării medicale”, putem vorbi de *prelungirea artificială a „vieții” prin abuz de terapie*, de privarea persoanei de o moarte firească, demnă? „Până de curând medicina capitula ori de câte ori înțelegea că lupta ei este inutilă. Dar posibilitățile ei au crescut enorm. Un univers tehnologic înconjoară bolnavul. Și viața este prelungită zile...săptămâni. Merită oare? Cumplită întrebare.” (Maximilian, 1989, p. 125). Acesta este un exemplu de problemă de care se ocupă bioetica, studiul interfeței dintre valorile umane și progresul tehnologic în domeniul sănătății și științelor umane (Sigelman și Shaffer, 1995).

Cea mai importantă problemă bioetică în cazul morții este *eutanasia*. Termenul este preluat din limba greacă (eu „bun, bine” și thanatos „moarte”), însemnând „moarte ușoară” (fără dureri). Se referă la a pune capăt vieții, a provoca moartea nedureroasă unei persoane cu o boală incurabilă care îi produce mari suferințe, sau în cazul unei agonii prelungite (Dicționar enciclopedic român, 1964; Dicționar explicativ al limbii române, 1998). Este o practică cu adânci implicații filosofice, juridice, morale și religioase, extrem de controversată; argumentele pro și contra față de această problemă rezultă din atitudinile diferite față de dreptul la viață și la moarte. Eutanasia este susținută de cele mai multe școli filosofice ale Greciei antice; *Francis Bacon* și *Friedrich Nietzsche* au promovat această idee, însă tradiția hipocratică și cea iudeo-creștină au respins-o prin chiar preceptele lor. La noi este interzisă prin lege (Gorgos, 1989).

Toți autorii fac distincția între *euthanasia activă și cea pasivă*. Prima formă implică realizarea unei acțiuni deliberate pentru a provoca moartea unei persoane, de exemplu administrarea unei substanțe letale (Craig, 1986). În acest caz constituie o problemă serioasă existența dovezilor clare că muribundul a dorit realizarea acestei acțiuni, în absența acestora eutanasia fiind echivalentă cu omuciderea. În situația solicitării morții de către bolnavul incurabil, contraargumentul acceptării eutanasiei este că „limita incurabilității este relativă prin definiție și niciodată definitivă, astfel încât datoria medicului rămâne, chiar și în această situație limită, conservarea vieții până la înregistrarea obiectivă a dispariției premiselor biologice ale continuării ei” (Gorgos, 1989, pag. 130). În plus, consimțământul bolnavului este contestat datorită faptului că suferința poate să-i modifice modul de percepere a realității și să îi afecteze discernământul. Din aceste motive eutanasia activă este sancționată juridic/legal, cu foarte puține excepții, în funcție de condițiile în care a avut loc.

Unii autori plasează în cadrul eutanasiei active și sinuciderea asistată. Ea se referă la situația în care cineva pune la dispoziția persoanei care dorește să moară mijloacele prin care aceasta își poate provoca moartea. Este dat drept exemplu cazul medicului Jack Kevorkian care a construit un dispozitiv prin care pacienții cu boli terminale puteau să își injecteze intravenos o substanță letală prin apăsarea unui buton (la acea vreme nu existau în statul Michigan legi împotriva sinuciderii asistate, însă ulterior Jack Kevorkian a fost judecat și condamnat). Un alt exemplu pleacă de la situația în care medicul prescrie muribundului, la cererea acestuia, anumite medicamente care în cazul supradozei produc moartea, chiar și când bolnavul își face cunoscută în mod repetat dorința de a muri.

În Olanda Curtea Supremă a eliminat din 1984 urmărirea penală a medicilor care asistă muribundul în timpul sinuciderii dacă sunt întrunite următoarele criterii: starea pacientului este de nesuportat și nu există speranțe de îmbunătățire a ei; nu este disponibilă nici o modalitate de a ușura suferința; pacientul are discernământ și solicită în repetate rânduri curmarea suferinței; doi medici sunt de acord cu cererea pacientului. Eutanasia activă este legalizată și în Uruguay. Totuși, chiar dacă această hotărâre recunoaște libertatea individului de a decide până la sfârșit asupra actelor sale, contravine codurilor de deontologie medicală, al căror sens este afirmarea necondiționată și menținerea vieții. Rezultatele unui studiu care și-a propus evaluarea atitudinii medicilor americani față de eutanasiie (*Walker, Gruman și Blank, 1999, apud Santrock, 2002*) arată că cei mai mulți se opun, considerând că un control adecvat al durerii anulează cel mai important argument în favoarea eutanasiei active. În plus este accentuată ideea că rolul medicului este de a prezerva viață și că eutanasia activă include posibilitatea de a abuza de muribund.

Cealaltă formă, eutanasia pasivă, este definită ca suspendarea, neefectuarea unei acțiuni care poate prelungi viața unui pacient (de exemplu oprirea chemoterapiei în cazul unui bolnav suferind de cancer într-o fază avansată sau întreruperea reanimării unui bolnav în condițiile în care activitatea cerebrală a dispărut pentru totdeauna). Este de asemenea o formă controversată. În unele zone ale Statelor Unite ale Americii există posibilitatea întocmirii unui act special (Living Will) în care persoana poate specifica dorința sa de a nu se recurge la metode artificiale pentru a prelungi viața în anumite condiții sau poate delega pe altcineva pentru a lua decizii cu privire la acest aspect în anumite situații.

În legătură cu subiectul eutanasiei continuă să existe multe întrebări care sunt mult mai ușor de formulat decât de clarificat. Avem dreptul de a lua anumite decizii? Anumite condiții, ca suferința insuportabilă și ireversibilă, asociată cu moartea iminentă și sigură, justifică eutanasia? Partizanii „dreptului de a muri” consideră că persoanele cu boli terminale, care

suferă dureri atroce, ar trebui să primească asistență pentru a se sinucide, atunci când o solicită. Susținătorii „dreptului la viață” consideră că trebuie făcut orice este omenește posibil pentru a menține viața și în nici un caz nu trebuie scurtată. Cei mai mulți oameni găsesc că este greu să decidă care este poziția lor fermă față de această problemă, fiindu-le mai ușor să judece fiecare caz în parte. Eutanasia activă nu este în general susținută și datorită temerii că ar putea fi utilizată împotriva persoanelor cu boli terminale sau lipsite de apărare. Convingerea că un om nu poate lua viața altuia face ca și în viitor eutanasia să constituie un subiect al dezbaterilor publice.

Atitudinea față de moarte: perspectiva oferită de stadiile dezvoltării umane

Așa cum este de așteptat concepția despre moarte este influențată de nivelul de dezvoltare ontogenetică. În societatea noastră înțelegerea „matură” a morții include mai multe componente (Cotton & Range, 1990, apud Sigelman & Shaffer, 1995):

- *caracterul definitiv* – moartea presupune încetarea tuturor proceselor vieții (activitatea motorie, sfera senzorial-cognitivă, procesele afective etc.);
- *ireversibilitatea* – este un proces care nu se mai poate produce în sensul invers al fazelor sale de desfășurare;
- *caracterul universal* – este inevitabilă și se întâmplă tuturor ființelor;
- *cauzalitatea biologică* – este rezultatul proceselor naturale care au loc în organism, chiar dacă factorii externi pot declanșa acești factori interni.

Sigur că din acest punct de vedere convingerea cercetătorilor conform căreia în primii doi ani ai vieții *copilul* nu are nici măcar un concept rudimentar despre moarte este perfect întemeiată. Totuși, pe măsură ce se formează relația de atașament cu persoana care îl îngrijește, separarea de aceasta atrage după sine reacții tipice pentru moartea unei persoane importante, pe perioada doliului: protest vehement, exprimarea furiei, dorul, starea în care copilul tânjește după figura de atașament, iar dacă despărțirea se prelungește apar semne ale disperării, simptome ale depresiei: copilul nu mai caută persoana, devine apatic, trist, îi este afectat apetitul și paternul somnului, apare regresia în comportament. După o perioadă va începe să caute noi relații apropiate și își poate reveni dacă va exista o persoană care să ofere îngrijire adecvată și cu care copilul va dezvolta o nouă relație de atașament. Deci, iată că reacțiile afective ale copilului mic sunt similare cu ale adulților care au suferit pierderea unei persoane semnificative, diferența fiind dată de capacitățile cognitive. Copilul trăiește același tip de stări afective, însă nu poate interpreta ce s-a întâmplat, neștiind ce anume a cauzat separarea de persoana iubită.

Debutul cercetărilor pe tema concepțiilor copiilor despre moarte se leagă de studiile *Mariei Nagy* (1948, apud *Schiamberg*, 1985), care a intervievat copii cu vârsta între 3 și 10 ani.

Rezultatele studiilor sale și ale altor autori arată că între 3 și 5 ani copiii cred că moartea este reversibilă, temporară, este asemănătoare somnului din care persoana poate să se trezească. Cei decedați își păstrează o serie de capacități, chiar dacă nu în aceeași măsură ca și cei vii: ei visează, aud ce se întâmplă în jur, pot să se miște puțin. Poate fi văzută ca o călătorie din care persoana se poate întoarce. Moartea este cauzată de un factor concret, extern. Revenirea la viață se poate face pe baza unui tratament medical, administrarea unei substanțe (aliment) sau prin magie. În plus, copiii nu sunt siguri că moartea este universală, ea poate fi evitată de către copil și cei dragi lui și în general de cei care știu cum să se protejeze. Datorită acestor concepții e posibil uneori să se învinuiască pentru moartea unei persoane apropiate, considerând că tragicul eveniment s-a produs pentru că nu au fost ascultători, au greșit cu ceva, au supărat persoana decedată (*Sanrock*, 2002).

Între 5 și 7 ani o mare parte a copiilor fac progrese în înțelegerea morții ca definitivă, ireversibilă și universală, chiar dacă nu se ajunge la concepția considerată „matură”. Nici cauzalitatea biologică nu este pe deplin înțeleasă, moartea fiind personificată: ființă fantastică malefică care este capabilă să răpească oamenii. Pe la 7-8 ani copiii numesc o serie de agenți externi care pot să provoace decesul (arme, otravă, boli), dar nu reușesc să recunoască faptul că este implicată o lipsă, o încetare a funcționării proceselor organismului. După 9 ani sfârșitul vieții este văzut ca un proces biologic, cauza fiind localizată în corp, nu în forțe externe. Sunt recunoscute și ireversibilitatea, caracterul definitiv și universal al morții.

Studiile pun în evidență diferențe interindividuale, semnificația morții depinzând de *dezvoltarea cognitivă și de experiențele trăite* de fiecare copil: cele mai importante schimbări în direcția înțelegerii morții se produc după 7 ani, când copilul intră în stadiul operațiilor concrete. Experiența personală este un factor decisiv: copiii care cresc în zone cu conflicte sociale, unde violența și confruntările armate sunt des întâlnite, dau dovadă de o înțelegere precoce a morții, comparativ cu covârșnicii lor din zone mai pașnice. *Convingerile culturale și religioase* vehiculate de cei din anturajul copilului sunt de asemenea importante: copiii de religie creștină au o concepție mai aproape de cea definită ca „matură”, comparativ cu budhiștii, care cred în reîncarnare. Explicațiile furnizate de adulți pe tema morții sunt un alt factor care trebuie luat în considerare: dacă i se spune copilului că persoana decedată a adormit sau a plecat într-o călătorie, este normal ca moartea să fie înțeleasă ca reversibilă. Specialiștii atrag atenția că unele explicații ale adulților produc confuzie și uneori chiar îi înspăimântă pe copii. (*Vanden Zanden*, 1993)

Kastenbaum (1997, apud *Sanrock*, 2002) crede că și copiii mici sunt conștienți de pierdere și separare și se străduiesc la toate vârstele să înțeleagă moartea. Mulți psihologi recomandă onestitatea ca fiind cea mai bună strategie în discuțiile cu copiii pe această temă. A evita subiectul nu este potrivit, oricum, copiii fiind curioși, vor căuta să afle mai multe, iar informațiile pe care le primesc din alte surse se pot dovedi nepotrivite. Adultul trebuie să răspundă la întrebări ținând cont de nivelul de dezvoltare a copilului, în termeni apropiați de realitatea fizică, de latura biologică a procesului, încurajând exprimarea deschisă a ideilor și a eventualelor angoase ale copilului.

Pe perioada adolescenței și tinereții senectutea este percepută ca fiind atât de departe, încât problemele care conform expectanțelor sociale sunt asociate cu această vârstă -boala, suferința, moartea- nu par să aibă prea multă relevanță. Persoanele au diverse preocupări legate de fixarea și atingerea scopurilor în domeniul școlar, profesional și al relațiilor intime și au mai puține experiențe legate de moarte comparativ cu maturii și vârstnicii.

În adolescență subiectul morții poate fi uneori evitat printr-o orientare detașată, ca a unui spectator, însă există și preocupări pentru înțelegerea semnificației morții. Apar *concepții mai abstracte*, legate de convingerile religioase și filosofice despre natura morții, precum și ideea existenței vieții de după moarte, a unei continuități spirituale. Susțin că în anumite condiții moartea este reversibilă, datorită tehnologiei medicale complexe care poate reanima persoana, cunoscând anumite probleme legate de definirea morții. Datorită egocentrismului adolescentin și a convingerii că sunt unici, speciali, că nu sunt pe de-a-ntregul supuși legilor naturale care guvernează lumea și că sunt protejați în mod magic de orice rău, nu e neobișnuit ca adolescenții să creadă că sunt oarecum „imuni” în fața morții. (*Brent & Speece*, 1993, apud *Sigelman & Shaffer*, 1995)

Pe perioada tinereții nu pare să existe o orientare specială față de moarte, însă înaintarea în vârstă este caracterizată de o creștere a conștientizării morții. *Maturii* se gândesc și discută mai mult decât tinerii despre moarte și apare o *schimbare în percepția timpului*: numărul anilor trăiți este înlocuit cu numărul anilor pe care estimăm că îi mai avem de trăit. Chiar dacă anxietatea provocată de ideea morții este regăsită la toate vârstele, se pare că este mai scăzută la vârsta a treia, comparativ cu maturitatea. Acceptarea morții este o problemă extrem de semnificativă și la maturitate: pe măsură ce persoana înaintează în vârstă este mai frecvent confruntată cu acest proces. Decesul părinților o face să conștientizeze acut inevitabilitatea morții (îi dă senzația că a ajuns în „linia întâi”), așa că spre sfârșitul maturității persoana este preocupată de sensul acestui eveniment, de dezvoltarea unui punct de vedere personal față de propria moarte. Ca atare în ultimii ani ai vieții majoritatea indivizilor și-au

dezvoltat o „filosofie personală despre moarte”, iar teama față de ea nu domină atât de mult perioada bătrâneții (Kimmel, 1990).

Vârsta a III-a aduce o creștere a duratei și frecvenței cognițiilor pe tema vieții și a morții. Persoana se angajează în revizuirea trecutului, a propriei existențe. Sunt rememorate momentele fericite și cele care au implicat dificultăți, este reconsiderată semnificația evenimentelor trăite, se descoperă noi aspecte legate de propria persoană, care sunt integrate în imaginea despre sine în funcție de realitatea curentă și de expectanțele cu privire la viitor. Astfel, ideea morții poate prilejui, în mod paradoxal, un proces de reangajare, de nouă implicare în viață (Craig, 1986).

Evocarea evenimentelor trăite care dezvoltă sentimentul continuității, al sensului și realizărilor vieții, la care se adaugă convingerile religioase îi ajută de cele mai multe ori pe vârstnici să se pregătească pentru a recunoaște inevitabilitatea morții. Acest lucru se întâmplă și pe fondul numărului mai mare de experiențe legate de moartea celor apropiați și scăderii satisfacției vieții datorită unor probleme de sănătate care provoacă durere și duc la pierderea autonomiei, probleme care nu sunt de așteptat să scadă în timp (Kalish, 1981, apud Lefrancois, 1984).

Nu înseamnă că nu există și alte modalități de reacție. Peak (1977, apud Germain, 1991) descrie, pe lângă reacția de „acceptare” a morții proprii, alte trei perspective:

- *moartea ca „soluție” așteptată*, chiar dorită, care apare atunci când persoanele se află în ultimele stadii ale unor boli terminale sau în situații de izolare ori dependență crescută de alții. Reducerea severă a autonomiei personale, insatisfacțiile, durerea, îngrijirea precară din instituții sau cea dată de aparținători pot să împovăreze atât de mult timpul care a mai rămas de trăit, încât decesul să fie considerat singura modalitate posibilă de a ieși din această situație.

- *blocarea completă a ideii morții proprii (negare)*, ceea ce duce la lipsa pregătirii pentru acest eveniment, persoana păstrând o stare de calm, liniște.

- *reacția vârstnicilor extrem de afectați*, tulburați de gândul propriului deces sau al persoanelor apropiate. Ei consumă timp și energie evitând anxietatea și teama asociate acestei idei.

Un factor foarte important în *acceptarea morții ca stadiu final al existenței* este sentimentul satisfacției față de propria viață, ultimele două modalități de reacție prezentate fiind legate de trăirea nemulțumirii față de cursul existenței: amintirile trezesc vârstnicilor regrete sau furie și ei continuă să-și pună întrebări cu privire la trecut, fără să reușească să ofere o semnificație pentru rostul vieții sau să se împace cu destinul lor. Se pare că teoria

dezvoltării psihosociale își dovedește și în acest caz validitatea, sarcina majoră la vârsta a treia fiind câștigarea integrității sinelui. De altfel studiile au pus în evidență paralelismul între crizele trasate de *Erikson* și reacțiile la ideea morții proprii. *Kalish și Reynolds* (1977, apud *Sigelman & Shaffer*, 1995) au interviuat un număr mare de adulți cu privire la ce anume ar face dacă ar ști că mai au șase luni de trăit. Tinerii pun accentul pe trăirea unor experiențe noi și pe compania celor dragi (tema intimității), maturii sunt preocupați de relațiile lor, grija pentru familie fiind o temă majoră (generativitate, altruism), iar bătrânii ar prefera să mediteze la semnificația existenței lor, să își revizuiască viața. Sigur că între situația în care persoana trebuie doar să își imagineze cum s-ar comporta și simți și modul în care chiar reacționează într-o asemenea situație tragică există o mare diferență. Vom vedea în continuare care sunt problemele pe care le ridică o astfel de experiență.

Reacțiile emoționale ale persoanei în cazul morții sale iminente

Chiar dacă suntem conștienți de caracterul implacabil al morții, confruntarea cu ideea morții proprii, pe care o simțim foarte aproape, ne demonstrează că nu suntem decât într-o foarte mică măsură sau deloc pregătiți pentru a o accepta.

Mult timp persoanele muribunde au beneficiat de foarte puțin suport psihologic profesional, însă în ultima perioada a fost pe deplin conștientizată importanța acestui lucru. *Elisabeth Kübler-Ross* (1969, apud *Dacey și Travers*, 1996) are marele merit de a fi sensibilizat personalul medical și întreaga societate americană față de nevoile emoționale ale muribundului, accentuând importanța pe care o are susținerea sa din punct de vedere psihologic. Focalizarea asupra stării fizice a pacientului îl face pe acesta să se simtă doar un caz despre care ceilalți discută, uneori fără ca el să înțeleagă pe deplin despre ce este vorba. Problemele de sănătate, separarea de familie prin spitalizare, faptul că alții dețin controlul asupra corpului și vieții sale, luând deseori decizii pentru el fără să-l consulte îi produc multă îngrijorare și teamă. În momentul aflării diagnosticului sever, ceilalți sunt preocupați în continuare de evoluția bolii, puțini fiind cei care se interesează de starea emoțională a persoanei, de gândurile, sentimentele și întrebările sale, de filosofia sa de viață, de aspectele pe care le consideră foarte importante în momentul respectiv. (*Kimmel*, 1990).

Autoarea menționată a investigat procesul morții în cazul persoanelor bolnave de cancer. Pe baza interviurilor cu un număr mare de pacienți, a propus o serie de cinci *stadii ale evoluției reacțiilor afective ale persoanelor cu boli terminale*, după aflarea diagnosticului:

- *negarea* - primele reacții ale persoanei când i se comunică faptul că suferă de o boală incurabilă, terminală sunt șocul și neîncrederea: „Nu, nu este posibil! Trebuie să fie o

greșeală!”. Gândurile care provoacă anxietate, suferință sunt reprimare, ținute la distanță, persoana refuzând conștientizarea lor. Se apelează și la alți specialiști, sperând că totul este o eroare. Negarea este un mecanism de apărare prin care șocul provocat este amortizat pentru o anumită perioadă, dându-i răgaz persoanei să-și dezvolte strategii în mai mare măsură adaptative pentru a face față efectelor pe termen lung ale bolii și realității morții inevitabile (Sigelman și Shaffer, 1995). Când persoana este în această fază, încercările de a discuta despre sentimentele sale stârnesc îngrijorare și sunt evitate, astfel încât se pare că disponibilitatea bolnavului de a discuta despre situația sa poate fi cel mai bun indicator al pregătirii sale pentru a se confrunta cu situația.

- *furia*- când persoana își dă seama că boala este reală, întrebarea centrală este „De ce? De ce mi se întâmplă tocmai mie?”. Bolnavul consideră că este nedreptățit, simte ciudă, frustrare, ostilitate, chiar invidie față de toți cei care sunt sănătoși, care continuă să trăiască, în timp ce el este spitalizat, anticipează dependența de ceilalți, suferința și moartea proprie. Membrilor familiei și personalului medical le vine foarte greu să facă față acestei reacții, dar sugestia lui *Kubler-Ross* este de a arăta respect și înțelegere pentru situația prin care trece persoana, de a interpreta corect furia sa și mai ales de a nu evita întâlnirile cu persoana. Ea are nevoie să simtă că este îngrijită și vizitată pentru că a fost și continuă să fie importantă pentru cei dragi. (Kimmel, 1990)

- *negocierea* – bolnavul speră că moartea poate fi amânată sau chiar că se va putea însănătoși, încercând să facă un târg cu cei despre care crede că pot să controleze ceea ce i se întâmplă (medicul curant, destinul, Dumnezeu). Este ca și atunci când știi că dacă revendici cu furie îndeplinirea unor dorințe nu ai șanse să îți fie satisfăcute, așa că încerci să ceri politicos, oferind ceva în schimb. Persoana promite că se va comporta exemplar, că va îndrepta anumite greșeli și nu le va mai repeta, cerând în schimb însănătoșirea sau mai mult timp, ușurarea durerii, grijă față de cei rămași în viață. Această fază nu este atât de evidentă și are o durată mai scurtă comparativ cu celelalte, muribundul dându-și seama, pe măsură ce boala înaintează, că înțelegerea nu va funcționa. Totuși speranța într-o eventuală îmbunătățire a stării persoanei este prezentă pe tot parcursul procesului, chiar dacă în final se referă doar la o agonie mai scurtă și mai puțin dureroasă. (Cavanaugh, 1993)

- *depresia* – când bolnavul își dă seama că nu se mai poate face nimic pentru a anula sau amâna moartea și că în viitor va avea parte doar de suferință, tratament și intervenții medicale, reacțiile emoționale predominante sunt disperarea, deprimarea, lipsa de speranță și neajutorarea. *Kubler-Ross* identifică două tipuri ale depresiei: reactivă -datorată pierderilor suferite deja la nivelul stării de sănătate și a efectelor imediate ale bolii asupra carierei și

familiei persoanei respective- și una de anticipare a pierderilor pe care i le aduce viitorul (separarea definitivă de cei dragi, de visele sale, de tot ceea ce i-a oferit și ar putea să-i mai ofere această lume). Este important să recunoaștem ce formă predomină, pentru că în cazul celei reactive, bolnavul are nevoie de îmbărbătare, alungarea gândurilor negre, în timp ce în depresia de anticipare este foarte important să fie lăsat să își exprime tristețea, părerea de rău, să își jelească viitorul pierdut, fiind prețuite persoanele care îl ascultă fără a-i repeta mereu că nu ar trebui să se gândească la asta. (*Schiamborg, 1985*)

- *acceptarea* – persoana bolnavă, slăbită și obosită, se resemnează, acceptă sfârșitul inevitabil și apropiat al vieții. Reacțiile emoționale sunt mult mai puține, e o perioadă caracterizată de liniște, împăcare, detașare: ”Este aproape un vid emoțional. Este ca și cum durerea s-a dus, zburciul a luat sfârșit, și urmează perioada ultimului răgaz de dinainte de lunga călătorie.” (*Kübler-Ross, 1969, p. 100, apud Sigelman și Shaffer, 1995*)

Autoarea consideră că aceasta este evoluția generală a reacțiilor emoționale ale muribunzilor, însă recunoaște că apar *variații*: nu toate persoanele manifestă întreaga gamă de reacții prezentate și ordinea fazelor nu este întotdeauna aceeași. Cercetările ulterioare asupra procesului morții atrag atenția asupra unor probleme pe care le ridică stadializarea propusă de *E. Kübler-Ross*, fără a minimaliza însă contribuțiile autoarei în acest domeniu.

O primă opinie critică se referă la *utilizarea improprie a termenului „stadiu”* (*Kastenbaum, 2000, apud Santrock, 2002*). Acesta presupune trecerea, într-o anumită ordine, a persoanelor printr-o serie de faze diferite din punct de vedere calitativ, ceea ce nu se regăsește în cazul secvenței de reacții descrisă de *Kübler-Ross*. Procesul morții nu poate fi stadializat, experiențele persoanelor care suferă de o boală terminală nu sunt universale și nu survin într-o ordine fixată. Probabil că autoarea a prezentat în această ordine reacțiile emoționale ale muribunzilor pentru că părea să fie înlănțuirea lor logică (negarea ca primă reacție, apoi furia, speranța referitoare la posibilitatea de influențare a situației, depresia și în final resemnarea), însă reacțiile emoționale, mai ales în cazul unei experiențe atât de importante, nu sunt ghidate de ceea ce pare a fi rațional. Persoana trăiește o multitudine de emoții, care nu apar o singură dată, ci revin pe parcursul întregului proces: îndoiala, disperarea, speranța, furia, acceptarea se succed în paralel cu încercarea de a construi un sens pentru ceea ce se întâmplă. E posibil ca pentru unele persoane prima reacție să fie alta decât negarea, de exemplu deprimarea sau furia. Unii pot să moară luptându-se până la sfârșit, iar acest lucru nu este pe de-a-ntregul incompatibil cu acceptarea, din moment ce ea nu înseamnă a-ți dori să mori (*Kimmel, 1990*).

Pare mai corect să vorbim despre *faze ale procesului morții*, decât de stadii. Unii autori (Weisman, 1972; Pattison, 1977, apud Cavanaugh, 1993) prezintă moartea ca pe un proces cu trei faze, incluzând elementele puse în evidență de Kübler-Ross. Prima fază -acută- debutează când persoana află că boala sa este incurabilă și fatală. Apare un nivel ridicat de anxietate, împreună cu negarea, furia și încercarea de a „cădea la o înțelegere”. În timp bolnavul se adaptează într-o oarecare măsură cu ideea afecțiunii sale și anxietatea scade progresiv. Pe parcursul celei de-a doua faze –cronice- apar o serie de sentimente contradictorii care trebuie integrate: teama de necunoscut, de singurătate, tristețea, depresia pricinuită de pierderile deja suferite și ale celor ce vor urma (pierderea stării de sănătate, a controlului asupra corpului, a unor părți ale propriei identități, pierderea celor apropiați și a vieții). Simultan cu sentimentele de teamă și tristețe sunt prezente speranța și acceptarea. Persoana intră în a treia fază -cea terminală- când începe să se retragă, să se desprindă de viață. Această fază este cea mai scurtă și se sfârșește cu decesul bolnavului.

În concluzie, se atrage atenția că ar fi fost mai corect ca autoarea să fi descris de la bun început „stadiile” sale pur și simplu ca reacții emoționale des întâlnite în fața morții, deoarece au existat tendințe de a le considera prescriptive pentru evoluția normală a muribunzilor. Din contră, trebuie să recunoaștem că fiecare persoană se manifestă în felul său propriu, nu se înscrie într-un tipar, să respectăm acest lucru și să înțelegem că doar așa vor putea fi satisfăcute nevoile fiecăruia. Marele merit al lui Kübler-Ross este de a fi atras atenția tocmai asupra importanței recunoașterii reacțiilor emoționale ale muribunzilor și a nevoilor lor, printre care cea de afecțiune, de a controla durerea și de a-și păstra demnitatea și stima de sine.

Sarcina personalului care lucrează în instituțiile care asistă persoanele bolnave și muribunde nu este deloc ușoară. Starea acestor pacienți ne amintește că moartea este o experiență pe care nu o putem evita, care implică pierderi, durere, stări afective negative și sentimentul lipsei controlului asupra existenței. Nivelul stresului resimțit de cadrele medicale și alți profesioniști care lucrează în acest domeniu este extrem de ridicat și pot să apară reacții de detașare, retragere, apatie. Motivele care au stat la baza alegerii acestor profesii trebuie însă să continue să anime activitatea celor care au ales să se îngrijească de starea de sănătate a semenilor lor. Toți cei care sunt apropiați de persoana confruntată cu perspectiva morții sale iminente trebuie să fie extrem de atenți pentru a-și da seama care sunt stările și dorințele acesteia. E bine să facă dovada *înțelegerii persoanei*, să încurajeze exprimarea deschisă a gândurilor și sentimentelor, să arate susținere, apropiere, iubire și să ajute persoana să simtă că nu este singură. Dacă bolnavul preferă să nege realitatea, nu trebuie să se insiste asupra

acceptării, iar dacă arată că a acceptat situația și trece prin faza depresiei cauzate de anticiparea morții, cei apropiați nu trebuie să tăgăduiască realitatea. Trebuie să fie ascultate grijile, preocupările persoanei, să fie îndeplinite ultimele dorințe și să i se acorde șansa de a-și lua rămas bun de la cei pe care îi iubește.

O altă problemă constă în faptul că abordarea lui *Kübler-Ross* nu a luat în calcul o serie de *factori individuali* care influențează procesul morții, ca efectele specifice ale bolii, vârsta bolnavului, caracteristici de personalitate, suportul social, obligațiile familiale, climatul instituțional etc.

Unul dintre cei mai importanți factori este *evoluția bolii*. *Glaser și Strauss* (1968, apud *Germain*, 1991) introduc termenul de traiectorie a procesului morții, referindu-se la durata acestuia și la existența perioadelor de remisie a bolii, urmate de deteriorarea stării de sănătate. Traectoria fiecărei persoane suferinde are propria durată, evoluție, elementele sale de siguranță/ ambiguitate a situației și solicită diferite strategii din partea pacientului, familiei sale și a personalului medical:

- *moartea persoanei este estimată de medic ca fiind sigură și urmează să se producă într-un anumit interval de timp* – ambiguitatea situației este minimă, bolnavul și cei apropiați au la dispoziție o anumită perioadă de timp pentru a face față situației. Accentul este pus pe asistarea persoanei prin diminuarea pe cât posibil a durerii fizice și prin susținerea sa și a întregii familii din punct de vedere psihologic.

- *moartea este considerată sigură, fără a putea fi determinat momentul în care va surveni* – familia și pacientul trăiesc constant cu ideea morții (boli cronice), cu teama că starea se poate agrava oricând și moartea se poate produce. Pot fi cel mai bine ajutați prin focalizarea asupra ceea ce este sigur, adică asupra elementelor predictibile ale vieții de zi cu zi, asupra importanței suportului din partea familiei și asupra sporirii complianței la tratament a pacientului.

- *moartea nu este sigură, existând o anumită perioadă de timp bine determinată în care se va definitiva situația pacientului* – toți cei implicați trăiesc emoții extrem de intense, nesiguranța se împletește cu speranța (așteptarea rezultatului unei biopsii sau a reacției organismului după un transplant de organ), existând riscul unei căderi afective bruște în situația în care așteptările pozitive sunt infirmate

- *moartea nu este sigură și nu se cunoaște perioada de timp după care problema de sănătate va avea un răspuns cert* – este o situație extrem de dificilă datorită dublei incertitudini. Produce un nivel extrem de ridicat al anxietății, care nu poate fi redus prin date obiective și care poate genera strategii neadaptative de rezolvare a problemei. Un exemplu este cel al unei

persoane cu insuficiență renală, menținut în viață prin dializă, care trăiește o stare de nesiguranță cronică, cu posibilitatea morții prezentă în fiecare moment.

Autorii mai adaugă încă o traiectorie: *moartea subită*, în care persoana și familia nu au avut nici un semn care să indice pericolul (accident, omucidere, sinucidere, infarct miocardic, accident vascular cerebral). Starea de șoc a familiei este extrem de puternică, la fel revolta și lipsa de sens pe care o are evenimentul, existența în general.

Vârsta bolnavului contează și ea în înțelegerea reacțiilor sale. Adulții presupun că în cazul bolilor terminale copiii nu sunt conștienți de situația lor, însă uneori ei demonstrează contrarul. Studiarea copiilor preșcolari bolnavi de leucemie arată că ajung să înțeleagă că vor muri, în ciuda secretului pe care încearcă să îl păstreze adulții: remarcă modificări ale tratamentului, ale modului în care adulții se poartă cu ei și învață din experiențele altor copii cu aceeași boală. (Wechter, 1984, apud Sigelman & Shaffer, 1995) Mulți nu mai discută despre viitorul îndepărtat și vor să sărbătorească mai repede anumite zile (aniversarea zilei de naștere, Crăciunul). Reacțiile lor îmbracă o gamă largă de emoții, asemănătoare cu cele descrise în cazul adulților: furie, depresie, anxietatea datorată separării de cei dragi, durere, nesiguranță etc. Aceste emoții sunt trădate de comportament în cazul preșcolarilor, iar școlarii, care își înțeleg în mai mare măsură starea, pot vorbi despre sentimentele lor dacă li se dă prilejul. Ei vor să ia parte la activitățile normale pentru cei de vârsta lor, pentru a nu se simți diferiți și doresc să li se lase posibilitatea de a controla anumite lucruri, chiar dacă de importanță minoră, care li se întâmplă în cursul procedurilor medicale.

Reacțiile adolescenților bolnavi reflectă temele acestei perioade a dezvoltării. Grija față de înfățișare se accentuează la ideea că boala o va afecta negativ. În timp ce caută să se desprindă într-o anumită măsură de alții, dependența față de părinți și personalul medical îi deranjează, străduindu-se să-și păstreze un anumit nivel al controlului. Dorința de a fi acceptat de covârșnici devine și mai mare datorită faptului că se simt altfel, diferiți și pentru că prietenii își schimbă modul de relaționare cu ei. Stabilirea identității se bazează și pe proiectarea în viitor a unor scopuri, ceea ce poate genera furie, sentimentul că a fost înșelat, amărăciune pentru că visele îi sunt spulberate. Acest sentiment apare și în cazul tinerilor, ideea că la aceste vârste regretă ceea ce puteai să ai, ceea ce viața ar fi putut să îți aducă, în timp ce maturii și vârstnicii simt că pierd tot ceea ce au câștigat până atunci.

Personalitatea individului este un alt factor important care influențează modul de raportare la boala terminală care presupune moartea. Persoanele care în mod obișnuit își rezolvă problemele prin confruntarea directă, care sunt satisfăcute de propria existență și au relații interpersonale bune au manifestat mai puțină furie și iritabilitate, precum și un nivel

mai scăzut al depresiei și retragerii sociale pe parcursul bolii, comparativ cu cele care recurgeau la coping evitativ, se simțeau neîmpliniți și aveau dificultăți în relațiile sociale (Stein, Linn și Stein, 1989, apud Sigelman și Shaffer, 1995) În legătură directă cu caracteristicile de personalitate, unele persoane muribunde pot să nege până la capăt realitatea, altele sunt extrem de furioase sau cuprinse de disperare, iar altele arată o tărie incredibilă. Cele mai multe manifestă o combinație a acestor reacții, fiecare în modul său unic.

Două dintre cele mai des întâlnite temeri ale muribundului sunt *frica de durere și cea de a muri singur*. Studiile indică faptul că multe persoane preferă să moară acasă, în mijlocul familiei, însă își fac griji pentru disponibilitatea și competența tratamentului medical de urgență și simt că ar putea fi o povară pentru familie din cauza nevoii permanente de îngrijire. Pe măsură ce sistemul sanitar a devenit mai eficient și a beneficiat de o tehnologie avansată, oamenii au apelat, cum este firesc, la serviciile oferite pentru a se asigura că au făcut tot ceea ce este posibil.

Spitalizarea oferă avantajul asistenței medicale continue, care are ca efect prelungirea duratei vieții și în cazul bolilor terminale, însă are și dezavantaje: mediul este nefamiliar, sărac în obiecte personale, spațiul este împărțit cu persoane necunoscute, aflate și ele în suferință, contactul cu cei apropiați este redus, autonomia și sentimentul de control asupra propriului corp sunt mai scăzute etc. Ca atare, în situația în care nu se mai este posibilă vindecarea și nici măcar îmbunătățirea stării de sănătate a persoanei suferinde, sfârșitul este aproape, iar spitalizarea are ca scop doar îngrijirea ei pentru a-i ușura moartea, ar fi foarte bine să fie posibil ca persoana să își petreacă ultimele zile acasă sau într-un cadru cât mai apropiat de cel de acasă, alături de cei dragi, continuând să beneficieze de asistența medicală necesară. Tocmai acesta este scopul *programului „Hospice”*, care a fost lansat în 1967 în Marea Britanie de *Cicely Saunders* și s-a extins apoi și în alte țări. La noi primul stabiliment de acest gen a apărut în 1992 la Brașov (Balogh, 2000).

Programul urmărește susținerea muribunzilor și a familiilor lor prin oferirea asistenței calificate, rod al activității unei echipe care cuprinde medici și asistente medicale, psiholog, asistent social și preot (Santrock, 2002). Bolnavul poate fi plasat într-o instituție specială sau i se oferă asistență la domiciliu (în anumite cazuri), însă numai după ce medicii decid că nu mai există nici un tratament posibil care să-l vindece, moartea fiind iminentă.

Caracteristicile programului sunt: moartea este considerată ca proces normal, natural, în care persoanele implicate (muribundul și membrii familiei sale) trebuie asistate; păstrarea unui cadru fizic cât mai familiar posibil (chiar domiciliul bolnavului, când este posibil),

oferindu-se facilități similare cu cele de acasă și evitându-se atmosfera impersonală din spital; pacientul este încurajat să își păstreze cât de mult posibil competențele, el și familia sa fiind îndrumați să decidă tipul de îngrijire necesar. Accentul nu cade asupra prelungirii cu orice preț a vieții pacientului, ci se urmărește managementul durerii (fizică și psihologică-spirituală), prin administrarea de substanțe analgezice puternice și prin consilierea psihologică și spirituală atât a muribundului, cât și a membrilor familiei sale; membrii familiei sunt încurajați să ia parte la îngrijirea celui drag – sunt ajutați să înțeleagă experiența pe care o trăiește bolnavul și nevoile sale, nu există restricții orare pentru vizitarea acestuia, iar susținerea oferită familiei continuă și după decesul muribundului, pe parcursul perioadei de doliu.

Studiile care au comparat serviciile oferite de programul „Hospice” cu cele din spital arată că pacienții „Hospice” sunt mai puțin deprimați și anxioși, consideră că au un control mai mare asupra stării proprii, petrec mai mult timp cu cei din familie, suportă mai puțină durere, trec prin mai puține intervenții medicale, iar personalul calificat care îi asistă este perceput ca fiind mai ușor abordabil (*Sigelman și Shaffer, 1995*). Acest program poate să nu fie potrivit în toate cazurile, dar pentru unele persoane cu boli terminale oferă posibilitatea de a-și sfârși viața cu mai puțină durere, înconjurată de cei apropiați.

Am văzut că ultima experiență pe care o trăiesc toți cei care se confruntă cu ideea morții iminente este mult mai complexă decât cele cinci stadii descrise, iar pentru a o înțelege trebuie să luăm în considerare cursul actual și cel perceput al stării de sănătate a persoanei muribunde, caracteristicile de personalitate și susținerea pe care cei apropiați i-o oferă. Ideea accentuată de toți autorii, inclusiv de *Kübler-Ross*, este că toți cei care asistă muribundul- cadre calificate și membri ai familiei- trebuie să înțeleagă că *nu există un mod particular de a muri care să fie considerat „corect” și spre care să fie călăuzit muribundul* (*Cavanaugh, 1993*). Tot ce putem face este să oferim susținere persoanei, în concordanță cu nevoile sale specifice, evitând astfel ceea ce ar trebui într-adevăr considerat un mod incorect de a muri: singur și abandonat.

Impactul morții unei persoane apropiate: doliul

Din suita de pierderi pe care fiecare dintre noi le trăim în cursul vieții, unele dintre ele se datorează morții persoanelor dragi. Totdeauna ele sunt marcate de tristețe, jale, mâhnire, dor, regret, uneori vină, pe care le exprimăm în diverse forme, iar modul în care fiecare din noi reușim să facem față morții unei persoane iubite este diferit, unic. În literatura de specialitate americană sunt prezenți mai mulți termeni relaționați cu trăirea și manifestarea

pierderii datorate decesului unei persoane dragi: „grief” se referă la durerea, tristețea, mâhnirea profundă resimțită, „bereavement” la starea produsă de pierdere, la modul unic, subiectiv în care persoana traversează din punct de vedere psihologic această traumă, iar „mourning” desemnează modul prescris, stabilit social, de exprimare a suferinței. Noi ne vom referi la suferința, durerea provocate de moartea celui/ celei apropiate (grief) și la procesul subiectiv prin care persoana face față pierderii (bereavement). Acesta din urmă a fost tradus de A. Constantin ca „travaliu de doliu”, însă noi am optat pentru termenul „doliu” deoarece apare sub această formă în lucrări publicate anterior (Manualul pentru diagnosticul și statistica tulburărilor mentale - DSM III R, 1993).

Doliul este cel mai des analizat în funcție de posibilitatea anticipării decesului, de tipul pierderii suferite și de vârsta celui care trăiește tragicul eveniment.

Reacții frecvent întâlnite

Cei mai mulți autori grupează reacțiile emoționale în *faze*, atrăgând însă atenția că acestea nu trebuie privite ca stadii tipice doliului. Doliul este un proces care presupune stări afective și manifestări comportamentale recurente, specifice fiecărei persoane, desfășurate pe o perioadă lungă de timp.

În primele ore și zile după decesul persoanei dragi, supraviețuitorii trec printr-un *șoc emoțional*, nevenindu-le să creadă, simțindu-se copleșiți, oscilând între o stare de calm aparent, „vid” al trăirilor afective și izbucniri în care durerea iese la suprafață în anumite ocazii, în cursul întâlnirilor cu cei apropiați care își manifestă durerea și în anumite momente ale funerariilor. Realitatea crudă nu este pe deplin conștientizată, persoanele fiind apărate de întreaga povară a durerii (Cavanaugh, 1993).

La scurt timp după înmormântare șocul emoțional, sentimentul „irealului” se diminuează, dispariția celui drag este înregistrată și persoana trăiește agonia pierderii, fiind copleșită de *suferință intensă, dor, tristețe*, tânjind după cel care a părăsit această viață. Mâhnirea și disperarea ating intensitatea maximă în următoarele două săptămâni, fiind însoțite de crize de plâns greu de stăpânit, neliniște, incapacitate de concentrare, probleme legate de apetit și somn, acuze somatice, gânduri recurente despre cel pierdut și despre evenimentele care au precedat dispariția sa (Vander Zanden, 1993). Parkes și Bowlby (1980, apud Sigelman și Shaffer, 1995) au conceptualizat reacțiile emoționale datorate morții unei persoane dragi pornind de la teoria atașamentului, considerând că adultul, la fel ca și copilul mic, resimte anxietatea de separare, distresul provocat de dispariția persoanei iubite. Persoanei îi este dor de cel care a decedat, îl caută ca și cum finalitatea pierderii nu ar fi pe deplin acceptată (are senzația că îi aude vocea, că îi simte prezența în casă etc.), însă în cele din urmă este

recunoscută imposibilitatea revenirii. Supraviețuitorii încearcă să înțeleagă de ce a murit persoana dragă, străduindu-se să confere sens evenimentelor. În acest context furia și vina sunt alte reacții care pot să apară pe parcursul primelor săptămâni și luni. Cei care au pierdut pe cineva apropiat pot fi mânioși pe destin, medici, pe cel care i-a părăsit, chiar pe ei înșiși, pentru că nu au reușit să se comporte altfel: nu au putut preveni boala sau accidentul, nu au mai apucat să îi spună defunctului anumite lucruri, să îi satisfacă anumite dorințe.

Odată cu trecerea timpului intensitatea crizelor de supărare, dor, revoltă scade. Acceptarea ireversibilității pierderii aduce în prim plan *deprimarea și apatia*. Persoanele se simt doborâte, învinse, manifestă un interes scăzut pentru activități, chiar și pentru cele considerate plăcute altădată. Dispoziția depresivă și apatia se poate prelungi, lucru de care cei apropiați trebuie să fie conștienți. La început suntem extrem de înțelegători și atenți cu persoana care a suferit pierderea celui iubit, însă după câteva săptămâni în care o vedem deprimată, lipsită de vlagă, preocupată de imaginea celui dispărut, începem să ne gândim că ar fi timpul să își revină, să își vadă de viața ei. După o pierdere majoră însă, revenirea nu se realizează înainte de un an sau chiar mai mult (Germain, 1991).

Pe măsură ce puseurile de tristețe, dorul și stările de apatie devin mai puțin frecvente, persoana revine în lumea din care cel drag nu mai este prezent. Această fază este deseori rezultatul unei decizii luată în urma recunoașterii de către persoană a faptului că nu mai are sens să se cantoneze în trecut. Începe să investească timp și energie în diverse activități și în relațiile cu cei de lângă ea. Are loc procesul de *reorganizare*, în care stilul de viață, rolurile și identitatea persoanei se ajustează la noua situație.

Reacțiile emoționale nu apar totdeauna în această ordine și nu sunt trăite doar o singură dată, ca și cum s-ar înscrie pe o „linie dreaptă”. Chiar dacă șocul, furia și deprimarea apar în general, nu se regăsesc cu necesitate la toate persoanele. O serie de stări afective pot să dispară cu timpul, iar o parte pot continua să fie prezente toată viața, manifestându-se mai ales în anumite ocazii care ne amintesc de cel dispărut. Termenii revenire, refacere, des folosiți pentru a caracteriza ultima fază prezentată, nu sunt cei mai potriviți. Nu revenim niciodată la ceea ce am fost anterior tragicului eveniment. Doliul implică schimbări emoționale, deseori învățarea de noi competențe, asumarea de noi sarcini și roluri, recunoașterea limitelor proprii și descoperirea unor resurse interne care ne ajută să învățăm să trăim cu pierderea.

Factori care influențează trăirile afective

Evoluția pe perioada doliului a fost analizată în funcție de anumiți factori. Trebuie avut în vedere dacă *moartea a putut fi sau nu anticipată*. Când persoanele apropiate sunt informate asupra decesului iminent, se fac simțite îngrijorarea, tristețea, deprimarea,

preocuparea pentru starea de sănătate a celui bolnav, însă anticiparea pierderii poate să ușureze procesul care începe după moartea celui drag. Persoanele au la dispoziție un interval de timp în care își pot exprima sentimentele, îi acordă toată grija celui iubit, fac tot ce stă în puterea lor pentru a-i îmbunătăți starea, se pot pregăti pentru evenimentele care vor urma. În aceste condiții șocul emoțional nu va fi atât de mare, comparativ cu situația în care moartea survine pe neașteptate, chiar dacă se recunoaște că durerea produsă de anticiparea pierderii nu se compară cu cea resimțită în momentul în care cel iubit nu mai este (*Dacey și Travers, 1996*). În cazul deceselor neașteptate, sunt foarte greu de suportat situațiile în care cauza morții este lipsită de sens pentru cei apropiați: accidente rutiere, înec, crimă sau sinucidere, mai ales când supraviețuitorii au contribuit (sau consideră că au contribuit) cu ceva anume, chiar accidental, la moartea celui drag. Cazul sinuciderii este extrem de traumatizant: durerii resimțite în urma pierderii i se adaugă dificultatea de a înțelege motivele pentru care cel decedat a procedat așa, ideea că el nu a mai crezut că viața merită trăită, vina de a nu fi detectat semnele stării în care se află, de a nu fi putut satisface nevoile sale, ideea că a fost respins de cel care a ales să moară și că va fi condamnat de cei din jur pentru că nu a reușit să împiedice sinuciderea (*Vander Zanden, 1993*).

Un alt factor care nuanțează analiza reacțiilor din perioada de doliu este *tipul pierderii suferite*. Se insistă asupra morții unui membru al familiei, care este de obicei evenimentul cel mai dificil de suportat, datorită relațiilor apropiate și rolurilor specifice din cadrul familiei. Au fost studiate particularitățile doliului cauzat de decesul părinților, al unui copil și al soțului/soției.

- *Pierderea unui părinte* este trăită de majoritatea oamenilor și survine de cele mai multe ori pe parcursul maturității. Ea provoacă suferință în orice moment al vieții, semnificând pierderea unei relații cheie, unei surse de iubire, îndrumare și susținere.

Impactul său este diferit în funcție de perioada în care a survenit. În primul an de viață copilul își formează prima legătură de atașament (6-7 luni), iar mama este o persoană extrem de importantă. Dispariția sa este traumatizantă, apare doliul sub forma protestului manifestat prin plâns, căutarea persoanei iubite, furie, apatie, tristețe, asociate cu regresia comportamentului și nevoia acută de a fi tot timpul în compania persoanei care îl îngrijește (*Parkes și Bowlby, 1980* apud *Sigelman și Shaffer, 1995*). Apoi copilul începe să caute noi relații și își va reveni dacă poate conta pe o altă figură de atașament. Copiii mici pot să se comporte uneori ca și cum nu s-ar fi întâmplat ceva deosebit, lipsa aparentă de preocupare față de evenimentul tragic fiind o încercare de a evita emoțiile care sunt prea puternice. O altă reacție posibilă este furia, manifestată prin probleme de comportament. Cele mai frecvente

semne ale distresului trăit sunt probleme de alimentație, somn, ale rutinei zilnice, toaletei (enurezis nocturn), dispoziție negativă. În cazul copiilor mai mari tristețea, teama, furia sunt exprimate într-o manieră mai directă: retragere sau agresivitate, probleme la școală și la nivelul relațiilor cu covârșnicii, scuze somatice. Datorită relației speciale dintre părinte și copil -marcată de dependența copilului și atașament profund- și a strategiilor de coping mai puțin dezvoltate, timpul necesar pentru refacere este mai lung. Adolescentul trece printr-o perioadă de schimbări care solicită adaptarea. Se bazează în continuare pe relațiile cu părinții, care îi oferă susținere, îndrumare, afecțiune, chiar dacă își afirmă dorința de independență. Moartea unuia din părinți produce reacții similare cu ale adultului, însă este mai greu de suportat și necesită un timp mai lung pentru reorganizare.

Pe parcursul vârstelor adulte, chiar dacă suntem mai puțin dependenți emoțional de părinți și am întemeiat o nouă familie care ne este aproape, decesul părinților aduce după sine un sentiment de vulnerabilitate, de a fi rămas fără persoanele care ne protejau și „amortizau” din punct de vedere psihologic teama de propria moarte. După decesul părintelui reevaluăm importanța timpului petrecut împreună, regretând că nu mai putem îmbunătăți anumite aspecte ale relației. Încercăm să ne consolăm cu ideea larg răspândită în societate conform căreia vârstnicul a trăit o viață lungă și plină, chiar dacă acest lucru nu înseamnă că suferința este mică și ușor de îndurat.

- *Moartea propriului copil* este considerată pierderea cea mai dificil de suportat, o adevărată tragedie. Normal este ca părinții să își vadă copiii mari și sănătoși, formând o nouă familie, realizându-se în plan profesional. Se presupune că părinții mor înaintea copiilor lor și nimeni nu se așteaptă ca această „ordine naturală” să fie încălcată. Chiar dacă există semne pe baza cărora poți să anticipezi moartea, ca părinte este extrem de greu să le accepți și să te dai bătut. Starea de bine, rolurile și visurile adulților sunt strâns legate de soarta copiilor lor. În cazul morții acestora suferința părinților este extrem de mare, manifestată prin intensitatea simptomelor depresive, numărul mare de probleme somatice, furie pentru că a fost posibil ca așa ceva să se întâmple și vină pentru că nu au reușit să își protejeze copilul, când rolul de părinte presupune tocmai acest lucru.

Vâsta copilului are un impact mic asupra durerii părinților, legătura acestora cu copilul fiind puternică de-a lungul întregii vieți. Atașamentul părinte-copil începe înainte de naștere, așa că pot să apară reacții severe și în cazul avortului spontan, morții copilului în cursul nașterii sau la scurt timp după, mai ales dacă cei apropiați subapreciază impactul pierderii (Cavanaugh, 1993). Nici prezența altui copil în familie nu pare să ușureze semnificativ suferința părinților. De altfel întregul sistem familial este afectat: soții suferă fiecare în felul

său și nu pot întotdeauna să-și acorde susținerea de care fiecare are nevoie. Se adaugă durerea copiilor supraviețuitori, care trebuie și ea alinată. Aceștia pot începe să fie preocupați excesiv de propria stare de sănătate, temându-se să nu li se întâmple și lor ceva. În alte cazuri, văzând durerea părinților, pot să simtă presiunea de a compensa în ochii lor dispariția fratelui/ surorii, comportându-se exemplar, conformându-se întru totul dorințelor părinților pentru a nu-i supăra (Schwab, 1992, apud Sigelman și Shaffer, 1995). Copiii trec mai ușor peste evenimentul traumatizant dacă părinții îi susțin, încurajează discuțiile despre sentimente și acordă atenția cuvenită durerii trăite de aceștia. Bunicii suferă și ei, atât pentru pierderea nepotului/ nepoatei, cât și pentru durerea copiilor lor care se confruntă cu o asemenea traumă.

Pentru toți membrii familiei recuperarea poate dura un timp îndelungat, mulți părinți mărturisind că nu s-au împăcat niciodată cu ceea ce s-a întâmplat. În cazul în care părinții recunosc limitele protecției pe care o pot oferi copiilor lor și sunt convinși că au făcut tot ceea ce au putut pentru a-și salva sau îngriji copilul, revenirea pare să aibă loc mai repede (Vander Zanden, 1993).

- *Decesul partenerului/ partenerei* atrage după sine - pe lângă suferință, depresie, scăderea valorii activităților, anxietate, furie, sentimentul izolării, teama de singurătate - și alte schimbări: scăderea veniturilor, uneori schimbarea rezidenței, sarcini și responsabilități suplimentare, redefinirea rolurilor și a identității. Ca atare, văduvia este asociată cu multe probleme, fiind un factor de risc pentru afecțiuni de natură fizică și psihică. Este mai des întâlnită în cazul femeilor, datorită faptului că în cuplu de cele mai multe ori bărbatul este mai în vârstă și speranța de viață este mai mare în cazul femeilor.

Efectul acestui eveniment negativ depinde de mai mulți *factori*. Foarte importantă este *calitatea relațiilor*: studiile au relevat o legătură directă între satisfacția maritală evaluată de supraviețuitor și depresia trăită. Apoi *vârsta la care survine pierderea*: tinerii și maturii par să sufere mai mult în primul an de văduvie, iar după aproximativ doi ani situație este inversată, durerea vârstnicilor fiind mai ridicată. Acest lucru este explicat prin faptul că în perioada tinereții și maturității moartea survine mai frecvent pe neașteptate, așa că impactul imediat este mai mare, însă șansele de refacere a vieții și singurătatea mai scăzută duc la o reorganizare mai rapidă în cele mai multe din cazuri (Cavanaugh, 1993). *Suportul social* este un alt factor important, contând mai mult calitatea acestuia, decât numărul persoanelor care îl oferă. Sunt apreciate persoanele care înțeleg suferința prin care trece supraviețuitorul, permit exprimarea ei și nu caută în orice condiții să îl înveselească sau să îl preseze pentru a-și inhiba reacțiile negative.

Există o serie de diferențe între sexe în ceea ce privește adaptarea: recăsătoria este mai frecventă în cazul bărbaților (Vezi Divorțul!!!), femeile singure par să se ajusteze mai ușor noilor situații decât bărbații aflați în aceeași situație. Femeile mențin relații mai strânse cu rudele și prietenii, au mai multă experiență în a avea grijă de ele din punct de vedere emoțional și au un stil de viață sănătos (Sanrock, 2002).

Complicații ale doliului

Am văzut că decesul oricărui membru al familiei atrage după sine pe lângă tristețe, dor, regret și o mai mare probabilitate de apariție a unor probleme de sănătate. Unele persoane reușesc să facă față morții persoanei dragi, să depășească acest eveniment, în timp ce alții au dificultăți serioase mult timp după acest eveniment tragic: nivelul stării de bine la nivel fizic și psihic este scăzut și sunt mult mai vulnerabili la stres (Ott, 2003). Se pune problema demarcației dintre reacțiile emoționale normale și cele patologice din cursul doliului.

În anumite cazuri sentimentele de tristețe, depresie, furie și vină copleșesc persoana și devin centrale pe o perioadă lungă de timp, fiind deosebit de intense. Distincția dintre doliul normal și cel cu complicații nu este dată de tipul de reacții emoționale, ci de intensitatea acestora, durata și gradul în care interferează cu activitățile și sarcinile curente ale persoanei (Germain, 1991). Raphael (1983 apud Sigelman și Shaffer, 1995) a identificat trei forme pe care le poate lua doliul complicat:

- *Doliul cronic*, care se întinde pe o perioadă mai lungă decât cel normal, de exemplu și după doi ani de la deces persoana începe să plângă întotdeauna când își amintește de defunct, se simte nesigură, apatică, incapabilă să facă față sarcinilor curente ale existenței.
- *Doliul distorsionat*, când anumite simptome și reacții sunt prezente cu o intensitate ieșită din comun, iar altele foarte puțin sau deloc: furia (sau vina) este trăită extrem de intens, copleșind total alte reacții ca tristețe, deprimare, dor.
- *Inhibarea sau amânarea reacțiilor emoționale tipice doliului* – în prima situație reacțiile emoționale ale persoanei sunt neînsemnate, șocul inițial nefiind înlocuit de recunoașterea realității dureroase. În cazul reacției amânte un anumit incident, care poate să pară că nu are nici o legătură cu decesul celui apropiat, trezește după mult timp (luni sau ani) durerea care s-a acumulat.

Ogrodniczuk și colab. (2003) analizează dimensiunile doliului complicat și consideră că simptomele cel mai des asociate cu acestea sunt: gânduri și sentimente recurente despre cel pierdut, dor, distres emoțional marcat, durere, căutarea prezenței acestuia, tăgăduirea morții. Un alt grup de simptome sunt legate de evitarea activă a gândurilor și sentimentelor asociate cu persoana dispărută.

În mod normal se presupune că persoana trebuie să se confrunte cu pierderea, să simtă durere și să rezolve criza generată de moartea celui drag pentru a putea să înceapă reorganizarea, tot acest proces având o durată de cel mult doi ani. Există însă situații care nu se înscriu în acest patern: unele persoane nu manifestă mult distress și cu toate acestea sunt bine adaptate după câteva luni de la deces, multe persoane continuă să se simtă atașate de defunct și după trecerea a doi ani de la moartea acestuia. Își aduc des aminte de el, când iau anumite decizii se gândesc și la modul în care ar fi procedat acesta, regretă că nu este în viață pentru a putea împărtăși o serie de evenimente, iar acest lucru nu afectează negativ activitățile zilnice și calitatea relațiilor cu ceilalți.

O gamă largă de factori nuanțează trăirea pierderii, unii din ei deja menționați: caracterul anticipat sau neașteptat al morții, caracteristicile stadiului de dezvoltare a persoanei care suferă pierderea, tipul și calitatea relației dintre supraviețuitor și defunct, cauzele morții, sursele de suport social și stresorii adiționali, modurile prescrise social în care se manifestă durerea provocată de un astfel de eveniment. Toate acestea trebuie luate în calcul când se pune în discuție ceea ce este normal sau nu în cadrul procesului de doliu.

Pentru toți oamenii moartea celor dragi este un eveniment tragic, care își pune amprenta asupra convingerilor și stărilor noastre afective. Durerea, tristețea, furia, vina, depresia ne erodează, însă poate că, *pe lângă costurile suportate, confruntarea cu moartea implică și un element de maturizare*. Multe persoane care au trecut prin astfel de situații declară că au ajuns să se simtă mai puternici și să aprecieze mai mult viața și relațiile cu cei apropiați. Au rămas cu convingerea că, dacă au fost în stare să se regăsească după o încercare atât de grea, sunt capabili să depășească multe alte evenimente negative. Sigur că este un mod dureros de a te dezvolta și de a prețui valoarea clipelor trăite, însă poate că întâlnirea cu moartea este și ea o parte a încercării prin care ajungem să descoperim, fiecare pentru sine, sensul vieții.

BIBLIOGRAFIE

Balogh, M. (2000), Vârstele de regresie, în Bonchiș, E. (coord.), *Dezvoltarea umană*, Editura Imprimeriei de Vest, Oradea

Birren, J., Schaie, W. (1996), *Handbook of the psychology of aging*, Academic Press, San Diego

Bowlby, J. (1963), *Child care and the growth of love*, Penguin Books, Middlesex

Brehm, S., Kassin, S. (1990), *Social psychology*, Houghton Mifflin Company, Boston

Cavanaugh, J. (1993), *Adult development and aging*, Brooks Cole Publishing Company, Pacific Grove

Collins, N., Read, S. (1990), Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663

Constantin, A. (2003), Terapia de doliu sau confruntarea cu moartea - despre o mamă care și-a pierdut copilul, în Mitrofan, I., *Cursa cu obstacole a dezvoltării umane*, Ed. Polirom, Iași

Craig, G. (1986), *Human development*, Prentice Hall, New Jersey

Cross, S., Madson, L. (1997) Models of the self: self-construals and gender, *Psychological Bulletin*, 122, 5-37

Dacey, J., Travers, J. (1996), *Human Development*, McGraw Hill, Boston

Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A. (1992), *Stresul în sănătate și boală*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca

Dicționar enciclopedic român, 1962

Dicționar enciclopedic român, 1964

Dicționar explicativ al limbii române, 1998

Erikson, E. (1965), *Childhood and society*, Penguin Books, Middlesex

Fisher, C., Lerner, R. (1994), *Applied developmental psychology*, McGraw Hill, New York

Fontana, A., Badawy, S. (1997), Perceptual and coping processes across the menstrual cycle: An investigation in a premenstrual syndrome on a clinic and a community sample, *Behavioral Medicine*, 22, 123-151

Gardiner, H. Mutter, J., Kosmitzki, C. (1998), *Lives across cultures. Cross-cultural human development*, Allyn and Bacon, Boston

Germain, C. (1991), *Human behavior in the social environment: An ecological view*, Columbia University Press, New York

Gorgos, C-tin. (1987), *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, Ed. Medicală, București, vol I

- Gorgos, C-tin. (1989), *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, Ed. Medicală, București, vol III
- Griffin, D., Bartholomew, K. (1994), Models of self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445
- Hazan, C., Shaver, P. (1987), Conceptualizing romantic love as an attachment process, *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524
- Iluț, P. (1995), *Familia. Cunoaștere și asistență*, Ed. Argonaut, Cluj-Napoca
- Iluț, P. (2000), *Iluzia localizaționismului și localizarea iluziei*, Ed. Polirom, Iași
- Kimmel, D. (1990), *Adulthood and aging*, John Wiley & Sons, New York
- Lefrancois, G. (1984), *The lifespan*, Wadsworth publishing Company, Belmont
- Maximilian, C-tin. (1989), *Drumurile speranței*, Ed. Albatros, București
- Miclea, M., Lemeni, G. (1999), Aplicațiile științelor cognitive în educație. Inteligența și modificabilitatea ei, *Cogniție, Creier, Comportament*, 3, 127-148
- Mikulincer, M. (1995), Attachment style and mental representation of the self, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215
- Mitrofan, I., Ciupercă, C. (1997), *Psihologia relațiilor dintre sexe: mutații și alternative*, Ed. Alternative, București
- Mitrofan, I., Ciupercă, C. (1998), *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei*, Ed. Press Mihaela, București
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., Weideman, R., McCallum, M., Azim, H., Rosie, J. (2003) Differentiating Symptoms of complicated grief and depression among psychiatric outpatient, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 87-93
- Ott, C. (2003), The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process, *Death Studies*, 27, 249-272
- Papalia, D., Olds, S. (1987), *Human Development*, McGraw Hill, New York
- Pinquart, M. (2002), Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28, 317-337
- Radu, I. și colab. (1993), *Introducere în psihologia contemporană*, Ed. Sincron, Cluj-Napoca
- Radu, I., Iluț, P., Matei, L. (1994), *Psihologie socială*, Ed. Exe, Cluj-Napoca
- Rădulescu, S. (2002), *Sociologia sănătății și a bolii*, Ed. Nemira, București
- Santrock, J. (2002), *Life-span development*, McGraw Hill, New York
- Schiemberg, L. (1985), *Human development*, Macmillan Publishing Company, New York

- Sigelman, K., Shaffer, R. (1995), *Life-span human development*, Brooks Cole Publishing Company, Pacific Grove
- Simons, A., Kalichman, S., Santrock, W. (1994), *Human Adjustment*, Brown & Benchmark, Madison
- Șchiopu, U., Verza, E. (1981), *Psihologia vârștelor*, E.D.P., București
- Thornton, J. (2002), Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28, 301-312
- Vanden Zanden, J. (1985, 1993), *Human Development*, Alfred A. Knopf Inc., New York
- Verschueren, K., Marcoen, A., Scoefs, V. (1996), The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds, *Child development*, 67, 2493-2511
- Verza, E., Verza, F. (2000), *Psihologia vârștelor*, Ed. Pro Humanitate, București