

Cuprins

Toamna dinlăuntru – poezie sufletească - Cristina Nicolae	3
Sine în agonie – poezie terapeutică - Angelica Burcea	5
Automotivează-te: inspirații și tehnici - Angelica Burcea	10
Alegeri bune și moduri de gândire - Tiberiu Seeberger	17
Ce este empatia și cum o putem dezvolta? - Pitei Diana Teodora	28
Dansul Sinelui - Cristina Nicolae	33
Mecanismele de apărare sau mințirea minții - Tudose Marina	37
Ce sunt bolile psihosomatice? - Tudose Marina	44
Triada întunecată - Radu Ovidiu Mihai	55
Intervenții cu realitatea virtuală în tratarea anxietății sociale - Bențan Ioana	61
Tulburarea de stres post-traumatic – câteva aspecte interesante - Gavrilescu Oana Raluca	67
Implicații psihologice ale avortului spontan - Irina Gabriela Grigorovici	73
De ce nu reușesc să mă schimb? - Tiberiu Seeberger	81
Spațiul sacru din interiorul meu - Cristina Nicolae	84

Curs de formare continuă: Managementul modern al serviciilor de psihologie aplicată în domeniul securității naționale – ediția a VII-a	89
Curs de formare continuă: Evaluarea psihologică individuală standardizată în selecția de personal	93
Supervizarea profesională	101
Promovare pentru psihologi	107

Toamna dinlăuntru – poezie sufletească

Cristina Nicolae

A venit toamna, cu primele zile blânde și chiar nefiresc de călduroase

Ca și cum sufletul nostru nu era încă pregătit să lase în urmă tumultoasa vară

Ca și cum corpul nostru își dorea să mai păstreze energia și libertatea căldurii

Dar acum, inima noastră poate să se așeze, sufletul să se domolească și corpul să se echilibreze

A venit cu adevărat toamna, în lumea noastră exterioară și în lumea noastră interioară

De azi ne vom acoperi corpurile cu haine călduroase, moi, blânde

Ne vom încetini ritmul nebunesc al vieții și vom sta mai mult cu noi, în noi

Molcom și răcoritor precum stropii de ploaie care ating Pământul în Călătoria lor din cer

Ne vom întoarce în cel mai adânc și primitiv loc din noi înșine și ne vom mângâia cu iubire, așa cum mâinile noastre se bucură de moliciumea puloverelor groase

Vom respira mai lent, mai ușor, mai calm, precum frunzele copacilor care și-au început zborul spre a oferi Pământului un înveliș multicolor

Ne vom privi cu sinceritate și iubire și vom lăsa să plece tot ce nu ne mai este de folos, gânduri, emoții, oameni, stări...precum păsările călătoare care lasă în urmă o vreme neprielnică și pleacă spre țărături mai primitoare

Vom mulțumi apoi vieții că ne oferă în fiecare clipă darul de a fi, corpului care ne poartă în această frumoasă Călătorie, sufletului pentru profunda inteligență spirituală, inimii pentru infinitatea iubirii care sălășluiește în ea, minții pentru puterea și istețimea ei, Pământului pentru că ne oferă tot ce avem nevoie, celor din jurul nostru, pentru că ei ne oglindesc și ne reflectă cele mai frumoase, dar și cele mai dureroase părți din noi înșine...și fără ei, iubirea noastră nu s-ar putea multiplica la infinit

„Toamnă, îți mulțumesc”

Cristina Nicolae – psiholog clinician, psihoterapeut experiențial, cu formare în psihosexologie, Psiholog Fundația Inocenți – Romanian Children’s Relief

Telefon: 0755/698.936

E-mail:cristinanicolae004@gmail.com,
cristina.nicolae@inocenti.ro

Sine în agonie – poezie terapeutică

Angelica Burcea

Stai la masă Eu,

Azi vorbesc cu tine.

Te evit demult

Din teamă sau rușine.

Te evit de rușine pentru tot ce-ți fac.

Sper că mă iubești deși te-am părăsit demult;

Sper că vrei să auzi povestea cu un mine tăcut.

Am suferit prea tare uitând cine mai sunt.

Sufăr și astăzi de teamă că poate m-am pierdut.

Îți mulțumesc pentru răbdare și că ai tot fost umbra mea.

Hai treci aici aproape,

Azi îți torn și ție o cafea.

Am tot turnat în mine cu gând să fiu tot plină.

Am încă părți mai multe despărțite în mine

Și știu că totuși îs bine dacă încă sunt cu tine.

Constantă mi-e singurătatea și rușinea și durerea,

Dar tu îmi ești iubire, frică și curaj.

Eu îmi sunt cam tot ce mi-e sigur și totuși separat.

Eu, eu ce știu că te-am abandonat dorind să te caut.

Să te caut și curat așa cum ai fost originar

În prima poveste cântată planetar.

Sunt mai bună decât eu fiind cu tine, știu.

Apă, toarnă-te tu-n ceai și dă-te-mi-te pe gât.

Eu am obținut ce voiam,

Am amețit și simt.

Doar hrănind durerea de care sunt plină

Simt că trăiesc cu cineva.

E ca și cum dau apă florii care înverzește să-mi dea mie aer.

Mie, că cine aș fi eu...

Hai pune-te în ceai.

Nu am putere să fac asta pentru mine.

Vreau doar să stau și să trăiesc leșinul.

Echilibru, fugi de mine precum o mătă fițoasă ce nu te lasă a o mângâia.

Uite suspinul cum mă străbate agale din cap pân' la picioare.

Mâinile-s anestezie,

Cânt sublim a mea poezie

Amețită cu propria-mi mână.

E durerea mea pornită din inimă.

Și dacă inima se va opri a bate

Că nu am folosit-o în iubire

Și dacă înnegrită fiind de neputință mă va părăsi și ea

Cum toți o fac odată ce mă cunosc.

Dulce, confuză, amețeală,

Mulțumesc că tu îmi amintești că îs!

Azi, că deja e mâine.

Soarele mai tare bate.

Mâine că ce era azi nu mai e,

Inima mea va simți viața.

De mâine mă eliberez de frică

Micuța asta ce-mi mănâncă simțurile,

Frica.

Uneori trebuie să fii pierdut ca să ai șansa să te găsești.

Mă bucur că mi-a venit somnu'

L-am căutat mult.

Am uitat cum e să simți;

Trebuie să învăț din nou.

Am decis să plec! A nu știu câta oară.

Am decis să plec! Că timpul mă omoară.

Văd cum curge plictisul că nu-i ceea ce vreau

Și fug în altă lume să caut ce eram.

Azi am avut 2 minute în care am văzut Universul!

Inima mi-a fost așa mare și sufletul inundat de iubire.

Era iubirea...ce sentiment străin și totuși dulce.

Am ajuns la mine și pe Eu l-am trăit.

Am trăit aceleași emoții împreună de atâtea ori într-o inimă:

Iubire, ură, frică și scindare.

Uite că regăsirea m-a adus la împreunare.

Eu și cu mine am făcut pace în idilă.

Un atac de iubire m-a cuprins.

Mulțumesc momentului în care am acceptat să mă cunosc.

Ce frumoasă întâlnire!

Noroc cu momentul când am fost la terapie.

Angelica Burcea

Psiholog & Psihoterapeut Experiențial

Formări complementare în Psihosexologie și TSA

Telefon: 0767/477.031

<https://angelicaburcea.com/>

Automotivează-te: inspirații și tehnici

Angelica Burcea

Se întâmplă adesea să ne confruntăm cu lipsa motivației în anumite momente din zi sau viață și căutăm citate motivaționale constant sau ascultăm video-uri pentru a ne putea mobiliza într-o direcție sau alta. Problema este că acest tip de motivație externă ține fix 5 minute și nu este ceea ce căutăm pentru realizarea obiectivelor noastre. Am scris acest articol tocmai pentru a te ajuta să fii constant în starea ta, iar când moralul și motivația îți sunt la pământ, să găsești mereu resurse în tine pentru a te ridica și continua drumul ales. Urmează o listă de 50 motive și exerciții simple care te vor ajuta să te echilibrezi și să-ți încarci bateriile:

1. Alege-ți și scrie-ți obiective realizabile.
2. Definește-ți clar motivele pentru care îți dorești realizarea anumitor obiective.
3. Fiecare obiectiv scrie-l la persoana întâi: „eu”, „mie”.
4. Setează-ți un termen până la care să-ți realizezi obiectivele.
5. Fă întotdeauna follow-up, evaluează rezultatul, ce a fost foarte bine, unde ar trebui să mai îmbunătățești.
6. Vizualizează-ți obiectivele deja realizate în prezent.
7. Observă-te și identifică motivele, cauzele pentru care amâni tot timpul să faci anumite acțiuni.

8. Evită să spui tot timpul „trebuie să” înlocuindu-l cu „vreau”, „mi-ar plăcea”.
9. Fericirea ta este importantă. Fă o listă de cel puțin 20 de lucruri care-ți produc plăcere și introdu-le în programul tău.
10. Ia o pauză. Epuizarea duce la scăderea motivației, te afectează atât fizic, cât și psihic. Pauzele sunt la fel de importante precum orele de muncă.
11. Fii mereu în preajma oamenilor pozitivi și energici.
12. Fii TU o persoană pozitivă pentru ca ceilalți să-ți caute compania.
13. Fii mereu TU autentic.
14. Fă ceea ce-ți place.
15. „Orice călătorie de mii de pași începe cu unul singur”. Fă un pas în direcția obiectivelor tale (acționează) și lucrurile vor veni de la sine apoi.
16. Nu este nevoie să vezi tot drumul către succesul dorit, muncind, oportunitățile vor veni către tine și în sprijinul dorințelor tale, iar călătoria se va contura de la sine.
17. Renunță la ideea că lucrurile trebuie să iasă conform planului tău. Bucură-te de călătorie, acceptă schimbările și vei vedea că totul se întâmplă pentru tine și nu împotriva ta.
18. Doar ție îți dai socoteală când te privești în oglindă.
19. Fă alegeri sănătoase privind alimentația pentru că aceasta îți influențează mintea, starea și apoi corpul.
20. Chiar dacă ai impresia că nimeni nu crede în tine, ai tu încredere în ceea ce poți face, iar ceilalți te vor urma.

21. Stabilește pentru fiecare zi obiective, un „to do list”. Desigur, poți avea ca obiectiv al unei zile să nu faci nimic. Este programul tău și alegerile îți aparțin.
22. Fii bun cu ceilalți.
23. Fă complimente sincere tuturor celor cu care te întâlnești.
24. Întâlnește-te cu prietenii.
25. Fă-ți timp pentru familie, părinți, bunici, persoane dragi. Nu știm niciodată când ne este ultima zi pe Pământ, iar oamenii sunt de neînlocuit în suflete.
26. Fă curățenie prin casă, pune-ți lucrurile în ordine. Atunci când aranjezi lucruri în jurul tău, îți pui și mintea/ gândurile în ordine.
27. Ia-ți o zi liberă și bucură-te de întâlnirea cu tine însuși.
28. Evită utilizarea telefonului, calculatorului sau a altor electronice pentru o perioadă pentru a te putea relaxa, conecta și focusa pe tine.
29. Sportul, mișcarea de orice natură, o plimbare – îți revigorează corpul și te umple de energie.
30. Răsfață-te la un centru spa sau la tine acasă. Fă o baie caldă, aprinde bețișoare parfumate, lumânările, du-te la masaj.
31. Vacanțele sunt rezervoare de inspirație, energie, conectare la oamenii pe care îi iubim. Asigură-te că pui în agenda ta cât mai des o mini vacanță.
32. Reia-ți pozele vechi, poate chiar de pe conturile de socializare, și-ți vei aminti că ai o viață frumoasă și ai parte de multe momente plăcute, amintiri de care să te bucuri.

33. Dimineța, seara sau în amândouă perioadele, fă-ți scurte liste de lucruri pentru care te simți recunoscător. Este un exercițiu extrem de puternic pe moment, cât și în viitor.
34. Ține un jurnal în care îți așterni gândurile. Astfel îți vei putea urmări progresul personal, iar scrisul este în sine un instrument terapeutic.
35. Ascultă muzica ta preferată și dansează liber după cum simți.
36. Desenează, mâzgălește, trasează linii, ia-ți cărți de colorat, aplicații „coloring book.”
37. Odihnește-te suficient și alege somnul ca sfetnic bun.
38. Meditează câteva momente lăsând toate gândurile, emoțiile să vină și să plece de la tine.
39. Revizuieste-ți succesele pentru a-ți reaminti cât de departe ai ajuns și cum eforturile tale au rezultate.
40. Reia notițele din cărțile tale favorite, de preferat pozitive, motivaționale.
41. Ascultă afirmații (metoda Louise Hay), cărți și alte materiale audio motivaționale. Construiește-ți propriile afirmații pozitive adaptate nevoilor tale și repetă-le constant. Începe-ți afirmația cu „eu vreau / sunt”, adaugă ceea ce-ti dorești într-o formă pozitivă.
42. Vizionează un film de comedie sau filmul tău favorit aparținând acestui gen.
43. Dacă ești o persoană spirituală, citește ceva din textele dogmatice, roagă-te sau mergi la biserică.
44. Fă un cadou sau oferă-te să ajuți pe cineva.
45. Ești UNIC, evită să te mai compari cu cei din jurul tău.

46. Acționează acum doar spre binele tău și în conformitate cu sinele tău!
47. Amintește-ți constant că scopul vieții este să fii fericit!
48. Evită bârfa și critica. Acestea funcționează sub formă de bumerang și ajung la tine.
49. Fii atent în permanență asupra gândurilor tale și ceea ce îți tot repeți, așa îți construiești propriile experiențe și realități. Viața se întâmplă mai întâi în minte, iar ceea ce este în interiorul nostru se reflectă și în exterior.
50. Alege întotdeauna să fii bun și respectuos cu oamenii din jurul tău. Oamenii sunt cel mai mare câștig în viață. Poți fii sus sau jos pe scara socială, dar doar având pe alții alături de tine ești mai fericit, sănătos și împlinit.

„Pentru fiecare fir de iarbă Dumnezeu a trimis un înger să-i șoptească: crește, crește. Dacă Dumnezeu se preocupă atâta de un fir de iarbă, cu siguranță că și mie mi-a repartizat un înger”.

Avem dorințe, visuri, aspirații, dar ni le anulăm și nu ne dăm nicio șansă la fericire, prosperitate, mai bine. Dezvoltarea personală este un proces la care iau parte cu inima deschisă și permanent.

Îți propun un alt exercițiu tot cu rol de a îți evalua viața și centra la sinele tău. Ia o foaie de hârtie și împarte-ți viața în categorii: sănătate și corp, carieră și muncă, bani, relații, familie, dorințe personale, lucruri materiale. Acum acordați-vă câte o notă pentru fiecare segment al vieții voastre și gândiți-vă la cele enumerate mai jos. Urmați 6 pași simpli sub forma pe care v-o prezint aici:

Conștientizați ceea ce NU vă doriți. Cred că e lucrul la care cu toții suntem cei mai pricepuți. Dacă ne întreabă cineva ce ne dorim, formularea noastră ar fi de genul: „păi nu vreau o rochie lungă, nu vreau un tricou, nu vreau o notă proastă, nu vreau...” Așa că sunt sigură că acest prim pas îl realizezi cu succes.

Conștientizați ceea ce vă doriți. Gândește-te la fiecare aspect din viața ta. Cum arată idealul pentru tine? Ai curajul să visezi, să speri și să-ți exprimi dorințele. Psihologic vorbind, dorințele neexprimate se transformă în frustrări. Sunt sigură că nu îți dorești să fii o persoană nefericită, tu vrei de la tine să fii o ființă întreagă, împlinită ca persoană și fericită.

Clarificați-vă obiectivul. Bun, acum că știm tot ce ne dorim în viață, cât și ce nu ne dorim, hai să definim și să construim noul „EU” pornind de la obiective clare. Dacă ar fi pentru fiecare plan al vieții mele să am un obiectiv, care ar fi acela? Stabilește clar ce-ți dorești, să nu debusolezi Universul exprimându-te prea metaforic. Încadrează în timp visul tău „vreau ca-n 25 martie să fiu mai slabă cu 5 kg”, de exemplu.

Stabiliți în linii mari un plan de acțiune, mici pași pe care îi veți urma spre parcurgerea obiectivului vostru. De exemplu azi îmi cumpăr abonament la sala de fitness, azi nu mai mănânc seara după ora 19 etc.

Simțiți-vă ca și cum v-ați fi atins deja obiectivul. Caută poze cu ceea ce-ți dorești tu să realizezi și construiește-ți un caiet al visurilor sau un panou cu imagini. Aici vorbim de recunoștință, o lege universală perfect valabilă. Închide

ochii și mulțumește înainte să primești. Imaginează-ți cum ai fi tu, cum te-ai simți dacă dorința clar exprimată s-ar materializa în realitatea ta.

Detașați-vă. Acum ești pregătit pentru proces și pentru abundența pe care Universul, Dumnezeu (sau în cine îți place ție să crezi) o pregătește să se materializeze în viața ta. Păstrează-ți bine lista cu visuri și recitește-o din când în când.

„Viața fiecărui om este o cale către sine însuși, încercarea unei căi, intuirea unei poteci.” Allan Percy

Angelica Burcea

Psiholog & Psihoterapeut Experiențial

Formări complementare în Psihosexologie și TSA

Telefon: 0767/477.031

<https://angelicaburcea.com/>

Alegeri bune și moduri de gândire

Tiberiu Seeberger

Orice alegere este cea mai bună alegere din acel moment. Este cea care v-a satisfăcut pe moment nevoile și dorințele.

Acest articol este despre alegeri bune și alegeri pe care noi le considerăm mai puțin bune. Ideea este că avem tendința de a ne acuza și a ne învinovăți pentru toate lucrurile pe care le-am făcut în viață când, de fapt, trebuie să înțelegem faptul că toate alegerile pe care le-am făcut au fost cele mai bune de la acel moment.

Articolul este scris din perspectivă psihanalitică.

Avem moduri diferite de a gândi lucrurile. Toată literatura le-a dezbătut.

1. Principala diferență s-a făcut între emoție și rațiune. Emoția reprezintă tot ceea ce noi simțim, iar rațiunea tot ceea ce știm. În mod clasic, cele două sunt reprezentate de inimă și de creier. Ambele sunt importante, iar împăcarea lor reprezintă o importantă idee de echilibru în viață.
2. O diferențiere importantă a făcut-o Freud, între principiul plăcerii și principiul realității. Dacă principiul plăcerii slujește, așa cum ne spune numele, plăcerea, și dorește împlinirea imediată a dorințelor, principiul realității se referă la amânarea plăcerii pentru a putea

beneficia de ea mai târziu, când contextul este mai favorabil.

3. Tot Freud a venit cu tipurile de evoluții psihosexuale. El a pornit de la stadiul oral, a continuat cu cel anal, apoi cu cel falic și apoi cu cel genital. Acestea toate sunt moduri de a relaționa cu lumea, iar mulți autori (un aport important fiind cartea „Copilărie și societate” a lui Erik Erikson) au dezvoltat teorii în jurul acestora.
4. Un aport important l-a adus Melanie Klein. Ea a vorbit despre două principale poziții pe care lumea le trăiește (atenție, nu le depășește niciodată) ținând cont de diferitele contexte de viață. Pe de-o parte a descris poziția schizo-paranoidă, o poziție în care omul vede lumea doar în materie de cel mai bun și cel mai rău (ideal și persecutor) și poziția depresivă, în care omul poate să conștientizeze și să simtă faptul că o persoană este în același timp și bună și rea.
5. Emoție vs rațiune

Ambele părți ale sufletului ne însoțesc încă de la începutul vieții. Ne naștem cu o dorință foarte mare de a fi iubiți și prin iubire învățăm din ce în ce mai multe lucruri. Se cunoaște din literatura de specialitate faptul că tulburările emoționale, îndeosebi cele care își au originea la vârste cât mai fragede, sunt responsabile și vin la pachet cu deficiențe cognitive. Un exemplu întâlnit la fiecare pas este cel al autismului infantil. Autismul este o tulburare care își are originea la nivelul separării de mamă, al simbiozei și are o legătură foarte importantă cu exprimarea agresivității față de aceasta. Datorită dinamicii psihice, copilul ajunge să se retragă din lumea externă în lumea sa și, odată cu retragerea lui, își retrage și interesul față de aceasta. Pe plan cognitiv, el nu mai dorește să primească nimic de la

lume, punând un scut între el și lume, iar toate cunoștințele lovindu-se de acest zid.

Alegem inima sau creierul? Ideal ar fi să le alegem pe ambele, să le ascultăm și să le împăcăm în toate deciziile noastre. În funcție de experiențele pe care le-am trăit, fiecare dintre aceste două organe încearcă să ne păcălească. Inima își ascunde dorințele în spatele creierului atunci când ne convingem că merită să acordăm și a 50-a șansă partenerului după ce acesta ne-a înșelat „deoarece nimeni nu este perfect, nu?”. Creierul atunci când se satură își ascunde inima și o încuie undeva în interior, astfel că părem a fi „de piatră” sau „cu sânge rece”. Războiul continuă și, așa cum știm, niciodată războiul nu a adus nimic bun. În cel mai bun caz va fi doar o stare de confuzie.

Din punct de vedere clinic, cel mai important mecanism de apărare care are legătură cu discuția noastră este izolarea afectului, o defensă specifică tulburării obsesionale. Datorită experiențelor negative trăite în legătură cu propriile sau afectele persoanelor importante, ajungem să ne temem de propriile sentimente. Ne este frică de propria agresivitate, care poate distruge tot în calea noastră dacă este dezlănțuită, ne temem de propria iubire pentru că aduce după sine durere și rănirea celor dragi, ne temem să spunem ceea ce simțim pentru că sentimentele nu sunt primite de către cei din jur și așa mai departe. Așa că închidem aceste sentimente. Le punem în cutie și uităm cutia, undeva într-un colț al camerei și ne purtăm de parcă nu ar fi acolo. Lăsăm partea emoțională și folosim din ce în ce mai mult partea rațională pentru a suplini lipsa. Izolăm partea emoțională, dar ea trimite în continuare semnale de ajutor. Aflăm prin vise, prin greșeli pe care le facem sau poate prin simptom faptul că o parte din noi suferă.

Avem de-a face în cadrul luptei dintre emoție și rațiune cu o confuzie. Cealaltă parte a monedei este cea a unui clivaj sănătos sau o acceptare a emoției. Clivajul sănătos este reprezentat de faptul că în momentele în care trebuie să luăm o decizie bazată pe rațiune (de exemplu în armată) o luăm fără a afectați de empatie foarte puternic. De asemenea, dacă avem o problemă în cuplu, nu luăm decizia doar bazându-ne pe emoții, ci ținem cont și de rațiune. De asemenea, nu ne temem de sentimentele noastre și le exprimăm cu ușurință atunci când este cazul. Suntem persoane sănătoase și putem apela la ambele tabere oricând avem nevoie.

- Plăcere vs realitate

Principiul plăcerii versus principiul realității este probabil una dintre teoriile cele mai cunoscute despre care știm că a vizionat-o Freud. El a vorbit despre această diferență ca fiind diferența dintre personalitatea infantilă și cea matură. Copilul se naște dominat de principiul plăcerii. El se naște într-o stare de narcisism și este important de observat aici egocentrismul lui (așa cum ne vorbește și Jean Piaget). Egocentrismul copilului, faptul că el consideră că totul se învâрте în jurul lui este o definiție foarte bună a principiului plăcerii. Din moment ce totul se învâрте în jurul lui, el merită să primească mereu ceea ce dorește. Nu vrea să audă de nicio amânare, TREBUIE să primească ACUM. Sunt sigur că situația este destul de cunoscută și vă lasă ecouri în minți și cu toții am văzut sau chiar avem astfel de copii. Secretul îl constituie frustrarea. Frustrarea are caracter de traumă, dar în cantități mici este productivă. Când copilul vrea acum să fie hrănit cu biberonul, cel mai greșit lucru este ca mama să alerge în viteza cea mai mare până la el să îi dea sticla. Poate doar mama ar face asta în toată viața lui. A-l învăța așa este un mod periculos și naiv de a privi

lumea. Frustrarea optimă reprezintă frustrarea care este prea slabă pentru a lăsa urme permanente, dar care îl ajută pe copil să crească. Este acel moment în care mama nu aleargă către copil pentru a îi da sticluta cu lapte, dar ajunge, îi dă laptele și îl liniștește. Astfel îi arată că dorința lui poate aștepta, că nu toate dorințele lui se împlinesc pe loc și că faptul că nu primește atunci ceea ce își dorește, acest lucru nu îl omoară. Din contră, îl întărește.

Astfel se pun bazele principiului realității. Principiul realității ne spune faptul că realitatea este diferită de ceea ce ne imaginăm noi, iar dacă în mintea noastră de copii ar trebui să primim tot ce ne dorim imediat, în realitate trebuie să mai așteptăm. Ideea este că nimic nu vine dintr-o dată. Pentru toate lucrurile pe care le avem trebuie să muncim, iar rodul acestor lucruri muncite se vede după o perioadă mai lungă de timp. Principiul realității ne spune că nu ne putem satisface dorințele imediat, ci trebuie să așteptăm, iar această așteptare nu ne ucide.

O persoană matură care încă funcționează preponderent folosind principiul plăcerii este acea persoană care, asemeni unui copil, vrea să se întâmple totul atunci când bate din picioare. Atunci când el dorește ca oamenii să îi răspundă la telefon, ei răspund la telefon. Dacă nu răspund oamenii la telefon exact în acel moment, el este supărat și îi consideră persoane nedemne de încredere, persoane rău intenționate.

- Stadii sexuale infantile vs mature

Probabil cea mai contestată și mai discutată teorie a lui Freud este cea a stadiilor psihosexuale. Stadiile psihosexuale sunt etape prin care trece copilul în

dezvoltarea sa. El începe în stadiul oral. Acest lucru înseamnă că în cadrul acestui stadiu, gura este cea care este folosită cel mai mult la relaționarea cu mediul și la satisfacerea propriilor dorințe. Copilul sugă și astfel devine liniștit, mănâncă și apoi merge la culcare, mușcă din sân, astfel își exprimă agresivitatea, adoarme cu sânul în gură sau pur și simplu bagă jucăria preferată în gură pentru a vedea cum este. Toate acestea sunt moduri prin care cel mic vede cum este lumea din jurul său. De asemenea, aceasta este etapa în care el primește sau respinge ce se oferă de către mediul din jurul lui, în mare parte mama. Este etapa în care copilul este cel mai dependent față de mediu. Acest stadiu creează personalități dependente.

A doua etapă, care apare în jurul vârstei de un an de zile este etapa sadic-anală. Se numește așa deoarece capacitatea de relaționare și de satisfacere a copilului se învârtă în jurul zonei anale și există un interes pe care îl afișează copiii în materialele fecale. Aici cel mic descoperă un lucru important: din el poate ieși un anumit lucru numit caca pe care el îl consideră fie cadou, fie armă. Cine nu a văzut un copil care i-a arătat mamei sale cu mândrie ce a făcut sau care nu și-a pus întrebări despre caca? De multe ori, părinții, speriați de acest interes pe care îl arată copiii față de materia fecală, îi ceartă și îi obligă să se grăbească la toaletă sau să treacă cu vederea astfel de „nimicuri”. Ceea ce nu se știe este că cei mici au o anumită plăcere în excreție, dar cel mai important în această fază este că apare un conflict ce ține de control în ceea ce privește părinții și copilul. Acum este momentul în care copilul are un cuvânt de spus împotriva lor. El poate spune, așa cum și vedem de multe ori, „nu vreau” atunci când părinții îl grăbesc să facă treaba mare. Sau avem cazul în care părinții îl grăbesc să facă treaba mare, el spune că nu mai

face nimic, ca apoi să facă pe el în timp ce este cu părinții. Acest stadiu este cel care dă naștere oamenilor avari, care vor să țină în ei tot ce au ei mai de preț, să nu dea nimănui, încăpățânați, care nu fac niciodată cum li se spune și a celor care au o problemă cu autoritatea.

Etapa următoare este cea falică. După teoria lui Freud, în această etapă copilul descoperă diferența dintre sexe și se raportează la această diferență din perspectiva penisului. Fata se simte în inferioritate deoarece ea nu are un penis și astfel apare invidia de penis, iar băiatul se teme ca nu cumva să aibă soarta fetei pe care o percepe ca având un penis tăiat, astfel trăind angoasa de castrare. Această etapă este marcată de lupta pentru putere și de complexul lui Oedip: fata dorește să ajungă asemeni mamei și să îl cucerească pe tată, iar băiatul dorește să ajungă la fel de potent ca tatăl și să o cucerească pe mamă. Oamenii blocați în această etapă de dezvoltare sunt oameni cărora le place foarte mult competiția. Ei trăiesc mereu în competiție și orice persoană de același sex ca și ei este tratată ca un rival. Ei se simt dezamăgiți în momentul în care rivalul nu este învins și fac tot posibilul să îl învingă pe orice cale. De asemenea, aceste persoane sunt persoane care se îndrăgostesc de persoane cu un statut superior, asemeni modului în care percepeam părinții atunci când eram mici.

Aceste trei stadii sunt corespunzătoare pentru diferite tipuri de persoane. Pentru stadiul oral, putem vorbi despre persoane care sunt dependente. Fie că discutăm despre persoane dependente de droguri, de alcool, de muncă sau de alte persoane, ele își au originea în stadiul oral. Asemeni copilului dependent de sânul mamei, persoanele care gândesc în acest mod dependent nu pot trăi fără obiectul

dependenței lor. În ceea ce privește persoanele care gândesc prin lentilele stadiului anal, ele sunt persoane care sunt avare în primul rând. Pe de altă parte, ele sunt persoane care vor mereu să fie în control. Îi putem găsi drept acei șefi pe care îi detestăm că ne forțează mereu să facem cum vor ei pentru că au dreptate sau în multe cazuri dintre persoanele ce lucrează în instituții ce se bazează pe ierarhii, de exemplu armata. În ceea ce privește personalitățile falice, ei sunt oamenii care adoră concurența. Au o slujbă care presupune concurență și tind să depășească adversarul și să le fure premiul. Problema este că peste tot ei văd adversari și este permanent o întrecere.

O persoană matură care a depășit aceste stadii cu bine și care a ajuns astfel în stadiul genital poate să folosească în activități social-creative orice pulsivitate neacceptată. Persoana ce gândește potrivit funcționării în stadiul genital poate tolera o mulțime de lucruri pe care alții nu le pot tolera, de exemplu inegalitatea (când un om are mai mult și el are mai puțin), autoritatea, nevoia de control a altor persoane, persoanele ce se află mereu în competiție etc... Pentru depășirea acestora este foarte important ca, copilul să fie ajutat, să fie lăsat să experimenteze într-o anumită măsură plăcerile pentru ca apoi să i se explice cu calmitate ce este bine și ce este rău.

- Pozițiile schizo-paranoidă vs depresivă

Psihanalista care a teoretizat aceste două poziții este Melanie Klein, o psihanalistă cunoscută drept cea care a înființat școala psihanalizei relațiilor de obiect. În urma cercetărilor sale, ea a observat faptul că cei mici de până în 1 an de zile se nasc și experimentează poziția schizo-paranoidă. Acest lucru se referă la faptul că în momentul în care copilul este mic și abia scos din pântecul mamei, el

simte senzații de plăcere (căldură, prezența mamei, hrana, sunete liniștitoare etc.) și senzații de neplăcere (frig, absența mamei, absența sânului, zgomote etc.). El raportează totul la mamă, deoarece ea este cea care îi oferă lui în mare parte totul, ea este lumea lui. Așa că atunci când ea este, ea reprezintă o mamă bună și copilul se simte plin de viață, iar când ea lipsește, ea este percepută ca fiind o mamă rea, groaznică, care îl distruge pe copil prin absența ei iar copilul își simte amenințată existența. Această viziune de alb – negru este numită poziție schizo-paranoidă și este asociată des cu tulburarea de personalitate borderline.

În timp, pe măsură ce obține și constanța obiectului, copilul apropie cele două imagini ale mamei bune și rele și își dă seama că este una și aceeași persoană. Acum el se află la o răscruce și își dă seama că persoana de care el depinde, care l-a hrănit și pe care a iubit-o cel mai mult este aceeași persoană căreia atunci când ea lipsea sau el se simțea rău, îi dorea răul și o ura. În acest moment, agresivitatea lui amenință iubirea. Rezolvarea o constituie faptul ca iubirea să fie mai puternică decât ura. Iubirea pe care mama i-a purtat-o a fost păstrată înăuntru și s-a adunat, la fel cum s-a întâmplat și în cazul agresivității. Dacă iubirea este mai puternică, copilul poate avea încredere în puterea iubirii și cu ajutorul acesteia poate trece peste toate dorințele sale rele. Mai mult decât atât, el poate descoperi faptul că mama sa este o persoană întreagă, cu bune și cu rele și la fel este și el. Acest lucru înseamnă că sunt separați, iar fiecare poate avea relații separate unul de celălalt, cum ar fi mama cu tata și nu mama este o proprietate a copilului fără de care să nu poată trăi.

Pe de altă parte, dacă iubirea nu este chiar atât de puternică, poate da naștere unui conflict de ambivalență. Asta înseamnă că cel mic se va teme de propria sa agresivitate, pe care o va percepe drept distructivă și va avea o problemă referitor la exprimarea acesteia în viața de zi cu zi. Pe de altă parte, chiar dacă el va încerca să treacă peste toată ura sa, aceasta încă va exista în el și va amenința să distrugă toate relațiile sale de iubire. El va ajunge să și iubească ceea ce urăște și să și urască ceea ce iubește.

În cazul persoanelor aflate în poziția schizo-paranoidă, ele gândesc preponderent în alb și negru. Lumea este fie minunată și soarele sus pe cer, fie lumea este contra lor și totul este plicticos. Aceeași persoană care acum poate fi văzută ca fiind o persoană minunată și care ajută, la primul mic refuz, prima șovăială, ea va fi percepută ca un dușman periculos. Gândirea acestor persoane este caracterizată de faptul că nu se pot îmbina aspectele pozitive și cele negative. Nu pot fi atribuite aceleiași persoane.

Privind persoanele aflate într-un conflict de ambivalență, aici avea de-a face cu cei care se tem de dependența de anumite persoane importante din viața lor. Aici vorbim despre persoanele cărora le este teamă să se implice atât de mult într-o relație în care ei doresc, din teama că el va strica tot ceea ce este frumos. Vorbim de persoanele care se consideră superioare altora pentru că asta înseamnă că nu sunt la mâna lor. Sunt persoane care se feresc de vinovăție, deoarece a fi vinovat înseamnă să conștientizezi că ai făcut rău unui lucru pe care îl iubești.

Fiecare întâmplare pe care o trăim, fiecare lucru pe care îl simțim, rezonază cu ceva din noi. Dacă mergeți pe stradă

și vedeți un copac căzând, vă puteți gândi fie că acel copac putea să vă fi omorât pe dumneavoastră (poziție schizo-paranoidă), fie la faptul că acum parcul a rămas fără niciun copac (stadiul falic), fie la faptul că este murdar acel copac (stadiul sadic-anal), fie la faptul că nu mai are cine să îl hrănească acum (stadiul oral) sau la orice altceva. Experiența noastră ne modifică prezentul și ne modelează viitorul.

Gândurile pe care le-am avut la un moment dat, gândurile pe care le avem acum, sunt gânduri care provin din dezvoltarea noastră. Ele reprezintă versiunea cea mai optimă a dorințelor, a nevoilor, a modului de a gândi, a tot ceea ce reprezentăm noi cândva sau ce reprezentăm acum.

Tiberiu Seeberger – psihoterapeut psihanalist

Telefon: 0760/615.143

<https://seeberger.ro/>

Ce este empatia și cum o putem dezvolta?

Pitei Diana Teodora

Empatia reflectă abilitatea mentală de a te „pune în pielea celuilalt” și este esențială în menținerea cu succes a relațiilor interumane. Empatia denotă un „simț al similarității” între ceea ce un individ trăiește și ceea ce altul exprimă. Această împărtășire a emoțiilor nu implică neapărat faptul că cel care empatizează trebuie să se comporte față de celălalt cu compasiune sau să îl sprijine.

Abilitatea de a empatiza este complexă, având două componente majore diferite, dar, conform studiilor, relaționate una cu cealaltă, și anume componenta cognitivă și cea emoțională. Acestea îi permit individului să perceapă emoțiile pozitive și negative ale altei persoane.

Din punct de vedere neuroanatomic, într-un studiu derulat în 2009, trei cercetători din Israel și-au propus să investigheze ipoteza conform căreia empatia emoțională și cea cognitivă au „sedii” diferite în creierul uman: girusul prefrontal ventromedial (responsabil cu empatia cognitivă) și girusul frontal inferior (responsabil pentru empatia emoțională). Girusurile sunt circumvoluțiunile aflate pe suprafața creierului. În acest studiu au fost incluși, în grupul experimental, treizeci de participanți care aveau leziuni sau tumori (meningiom) în aceste două regiuni ale creierului, iar în grupul de control au fost selectați participanți sănătoși. Studiul a avut rezultate remarcabile, sugerând că cele două tipuri de empatie sunt dissociate sau diferite, atât în privința

„sediului anatomic” din creier, cât și în ceea ce privește comportamentul uman.

Deficitele în empatie au fost asociate cu anumite tipuri de patologie sau condiții neurologice și psihiatrice, precum schizofrenia, tulburările de spectru autist (autismul, sindromul Asperger), sociopatia și tulburările de învățare nonverbale. Totuși, cercetări recente demonstrează faptul că, cel puțin la copii și adolescenți, abilitatea de a conștientiza ceea ce simte sau gândește o altă persoană se poate dezvolta printr-o serie de training-uri.

Spre exemplu, două cercetătoare de la Universitatea din Boston au desfășurat, în anul 2012, două studii prin care s-a urmărit promovarea empatiei la copii și adolescenți, fiind testată ipoteza potrivit căreia actoria – activitatea artistică prin care trebuie să ne punem „în pielea unui personaj” pentru a-l putea interpreta și prin care pretindem a fi o altă persoană – ajută la creșterea nivelului de empatie și la o mai bună înțelegere a ceea ce oamenii gândesc (în limbaj psihologic, această abilitate cognitivă poartă numele de „teoria minții”).

Participanții la studiu au fost testați în privința abilității de a empatiza și a teoriei minții, înainte începerii training-ului de actorie (în faza de pre-test) și o dată după finalizarea celor zece luni de training (în faza de post-test). Rezultatele celor care au primit training-ul de actorie au fost comparate cu rezultatele celor din grupul de control, care au trecut printr-un training de arte vizuale și muzică. Motivul pentru care participanții din grupul experimental (cei care au primit un training de actorie) nu au fost comparați cu un grup de control care să nu fi trecut prin niciun fel de training a fost constituit de faptul că rezultatele ar fi putut fi influențate de

simplul fapt că participanții au fost implicați într-o activitate extracurriculară interesantă.

În primul studiu, 25 de elevi de școală primară (media de vârstă=9,2; 14 băieți și 21 de fete) au participat la cursurile de actorie, iar alți 40 de elevi (media de vârstă=8,1; 19 băieți și 21 de fete) s-au înscris la cursurile de arte vizuale. Cursurile aveau loc o dată pe săptămână, timp de 90 de minute. Cercetătorii au descoperit că, la grupul de copii care au practicat actoria timp de zece luni, a avut loc o creștere mai mare a empatiei față de grupul de control, însă scorurile la teoria minții nu au crescut. Astfel, jocul de rol îi poate ajuta pe copii să fie mai conștienți de ceea ce simt cei din jurul lor.

La cel de-al doilea studiu derulat au luat parte, în grupul experimental, 28 de elevi, „boboci” în liceu (media de vârstă=14,4; 9 băieți și 19 fete). Aceștia au fost implicați într-un training de actorie. Grupul de control a fost format din 25 de elevi (media de vârstă=14,4; 8 băieți și 17 fete), iar aceștia au primit un training pentru arte vizuale și muzică. Atât elevii actori, cât și cei din grupul de control au primit training-uri echivalente din punct de vedere al intensității training-urilor (de la cinci până la nouă ore pe săptămână). Rezultatele acestui studiu au demonstrat că elevii din grupul experimental au resimțit un nivel semnificativ mai ridicat al empatiei, la finalul celor zece luni de training, față de grupul de control. Comparativ cu autoevaluările realizate de către elevii din grupul de control, autoevaluările elevilor care au trecut prin training-ul de actorie au arătat că aceștia au devenit mai empatici, deși nimeni nu a participat, în mod direct, la vreun training de dezvoltare a empatiei. Astfel, cele două studii au arătat că o intervenție de lungă durată ce are la bază actoria pot

influența dezvoltarea abilităților cognitive de empatie și de teorie a minții, prin faptul că te imaginezi a fi altcineva.

Cu alte cuvinte, coroborând rezultatele celor două studii mai sus prezentate, putem concluziona că, într-adevăr, abilitățile dobândite prin intermediul jocului actoricesc ne pot ajuta să devenim mai empatici cu cei din jurul nostru!

Bibliografie:

David L. Neumann, Raymond C. K. Chan, Yi Wang, and Gregory J. Boyle. (2016) „Cognitive and affective components of empathy and their relationship with personality dimensions in a Chinese sample”, *Asian Journal of Social Psychology*, 19, 244-253: ISSN 1367-2223 print, 1467-839X online.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71–100.

Dziobek I., Rogers K., Fleck S., Bahnemann M., Heekeren H.R., Wolf O.T., et al. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET), *J Autism Dev Disord*, 2008, vol. 38 (pg. 464-73).

Goldstein, T. R., & Winner, E. (2012). Enhancing empathy and theory of mind. *Journal of Cognition and Development*, 13, 19–37.

Mercer, S. W. & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, S9-S13.

Simone G. Shamay-Tsoory, Judith Aharon-Peretz, Daniella Perry; Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions, *Brain, Volume 132, Issue 3, 1 March 2009, Pages 617–627*, <https://doi.org/10.1093/brain/awn279>

Articol realizat de studenta masterandă *Pitei Diana-Teodora*, Master de Psihologie Clinică, Consiliere Psihologică și Psihoterapie, anul II, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca.

Dansul Sinelui

Cristina Nicolae

Cea mai mare aventură a vieții este căutarea de sine. Această căutare este ca și cum ai avea în față cea mai minunată și înfricoșătoare pădure-labirint. Este ca și cum o parte din tine vrea cu ardoare să intre și să exploreze toate comorile și minunile acestui magic loc, dar o altă parte este speriată și ar vrea să fugă departe...departe. Este dorința de cunoaștere, care presupune înaintarea în necunoscut, acceptarea nesiguranței, capacitatea de a alege spontan pe ce cărare să mergi, prin ce tufișuri înspăimântătoare să străbați nevăzutul, dar cunoscutul. Pentru că oricât de umbroasă și adâncă ar fi propria ta pădure, atunci când îți faci curaj și faci primul pas, o senzație organică de liniște te va cuprinde, vei ști că ești pe drumul cel bun, vei simți asta cu toată ființa ta. Sigur, va rămâne mereu cu tine acea parte care parcă strigă: „pleacă, fugi, du-te pe câmpie, acolo este mai ușor, nu există pericole”. Cei care aleg această cale, este posibil să realizeze la un moment dat că... acea câmpie a fost un deșert și în deșert este ușor să te pierzi, să rămâi fără apă, să trăiești miraje.

Uneori, oamenii rămân blocați la intrarea în pădurea magică, ei sunt efectiv împietriți de cele două voci pe care le simt în interior. „Să intru sau să fug?” Se întreabă ei mereu și mereu... își zic „lasă, poate mâine îmi voi da seama ce este de făcut”. Dar mâine nu vine cu un răspuns, pentru că răspunsul trebuie să vină din interior, nu din exterior. Răspunsul trebuie să fie o alegere, un moment plin

de spontaneitate în care corpul, mintea și sufletul să strige: da! și să acționeze.

Este greu să faci alegeri, pentru că orice alegere implică o renunțare. Oamenii nu vor să renunțe la ceva, apare teama că poate nu fac alegerea potrivită, că poate nu o să se descurce cu alegerea aceea. Dar alegeri facem în fiecare moment din viața noastră și implicit trăim o viață plină de renunțări. Este ca și cum fiecare val al mării ar conține alegerea de a atinge malul și renunțarea la mal atunci când se retrage. Fiecare moment din viața noastră cuprinde în el începutul și sfârșitul, fiecare moment se naște și moare în același timp. Clipa de acum este eternitatea mișcătoare, este un flux de nașteri și morți în care ne aflăm și pe care am face bine să îl îmbrățișăm, așa, cu toată fericirea începutului și anxietatea sfârșitului. Accept acest moment așa cum este el! Atât de simplu, fără efort, precum respirăm.

De multe ori ne luptăm cu noi înșine. Ne este frică și vrem să ne treacă, ne doare și vrem să ne vindecăm. Vinovăția este lupta pe care omul o duce cu sine, este agresivitate împotriva propriului suflet. Ne biciuim singuri cu propria noastră minte. Mintea este vicleană, este precum o vulpe, poate este chiar vulpea din Micul Prinț, cea care trebuie îmblânzită. Trebuie să ne educăm mintea, să o îmbunăm, să o luăm în brațe, mai ales atunci când începe să arunce săgeți otrăvite precum rușine nesănătoasă, gelozie patologică, vinovăție fără motiv, regrete, anxietăți. În aceste momente, mintea are nevoie să fie luată în brațe de către suflet. Și sufletul are nevoie să se conecteze la minte. Părțile din noi au nevoie de iubire și conectare.

Cum ar fi, ca atunci când ne simțim triști, anxioși, rușinați, să ne spunem în minte și chiar cu voce tare: „Accept acest moment, așa cum este el. Mă accept furios/oasă, trist/ă. Accept această experiență așa cum este ea. Aceasta este experiența mea din acest moment”. Să încercăm să stăm pur și simplu cu acea stare, cu acel disconfort pe care îl simțim în interiorul nostru. Să îi dăm spațiu să existe, să îl observăm, să îl iubim, dar să nu ne atașăm de el. Să îl lăsăm să vină, să fim atenți la cum ne simțim cu el, cum ne simțim corpul în acel moment, ce gândim, ce ne vine să facem, ce simțim de fapt, să încercăm să descoperim ce se ascunde dincolo de furie sau anxietate. Să fim observatori, ca și cum am privi o piesă de teatru, să avem grijă ca nimeni să nu fie rănit și să lăsăm piesa să se încheie. Spațiu. Acel spațiu care există dincolo de gând și emoție. Este un spațiu intim, aproape de centru, care lasă loc gândurilor, senzațiilor, emoțiilor, doar să fie. Este un spațiu al păcii interioare, este acasă cu adevărat.

Te invit să te gândești ce înseamnă spațiu pentru tine. Ce locuri, momente, oameni te ajută să te conectezi cu această stare, greu de definit în cuvinte, de pace, de liniște. Pentru unii este natura, yoga, cititul, oameni cu care ai o conexiune intimă, reală, autentică, meditația, pictatul, scrisul, contemplatul, urcatul pe munte, primele minute de după trezire....

Să ne conectăm mai mult la ceea ce ne face bine, să trăim momente de beatitudine. Pentru mine unul dintre aceste momente se petrece chiar acum. Pur și simplu am o stare de fericire liniștită, simt că trăiesc cel mai bun moment al vieții mele, simt o mică vibrație la nivelul inimii, este o emoție interioară caldă și plăcută. Sunt fericită și conectată

la lumea interioară și la lumea exterioară, care sunt într-un dans, precum acel val.

Sunt Cristina Nicolae, psiholog clinician și psihoterapeut experiențial, cu formare în psihosexologie. Lucrez ca psiholog în cadrul Fundației Inocenți – Romanian Children's Relief și ca psihoterapeut în practica privată.

Mecanismele de apărare sau mințirea minții

Tudose Marina

Mecanismele psihice inconștiente au rolul de a scădea nivelul de anxietate și se reflectă în felul în care persoana își gestionează conștient relația cu realitatea.

Mecanismele de apărare sunt definite în „*Dicționarul de psihologie Larousse*” de către Norbert Sillamy (1998), ca fiind „mecanisme psihologice de care dispune persoana spre a diminua angoasa generată de conflicte interioare”. Autorul explică faptul că în viața cotidiană aceste mecanisme de apărare funcționează mai mult sau mai puțin inconștient. Un exemplu de acest fel este râsul unei persoane, inadecvat cu o anumită situație de viață în care aceasta își stăpânește cu greu anxietatea.

În viziunea lui Andre Moreau (2005), psihiatru și psihanalist (care s-a format și în psihodramă, analiză tranzacțională și Gestalt-terapie), mecanismele de apărare sunt *rezistențe*, fiind descrise ca „o barieră în comportamentul natural, un obstacol, o refulare, un blocaj, o rezistență la contactul cu nevoile ori cu celălalt sau, în sfârșit, o rezistență la schimbare”. Moreau consideră că mecanismele corespund defectelor noastre care ne urmăresc precum umbra. Este vorba de „*a se debarasa de responsabilitatea sa, de a repeta aceleași greșeli, a-i acuza pe ceilalți că beau prea mult, că fumează prea mult, a învinui, dar și a fi coleric, irascibil, susceptibil, pasiv, dependent, neîncrezător, dominator, fricos, supus, seducător, schimbător, terifiant,*

„superior”, „inferior”, arogant, disprețuitor, josnic, evitant, agresiv”. Pe scurt, adaugă Moreau, este vorba de „tot ce nu vă place la celălalt, uneori chiar propriile voastre defecte față de care sunteți orbi și pe care nu le suportați la ceilalți”. Aceste rezistențe se dezvoltă la contactul cu persoane influente din viața noastră, de-a lungul educației, fie că este vorba de părinți, profesori, religie sau societate.

Scurt istoric al mecanismelor de apărare

Noțiunea de „mecanism de apărare” aparține conceptelor de bază ale psihanalizei și ale psihopatologiei și a apărut pentru prima dată la Freud, în studiile dedicate psihonevrozelor de apărare. Marele merit al lui Freud, evidențiază Moreau (2005), este de a fi identificat mecanisme de apărare precum *introiecția*, *proiecția*, *confluența* și *retroflexia*. În epoca sa, adaugă Moreau, Freud a plecat de la medicină, apoi de la psihiatria născută cu o jumătate de secol mai devreme, ca în final să ajungă să descrie toată patologia în jurul primilor ani ai copilăriei, când a cuprins în noțiunea de inconștient, „tot ceea ce copilul, crescând, a trebuit să refuleze pentru a evita suferința”.

Totuși, acest concept își datorează celebritatea Annei Freud, care a analizat problematica mecanismelor de apărare în lucrarea „*Eul și mecanismele de apărare*” (1966, prima ediție). Din lucrarea fiicei lui S. Freud aflăm că Eul nu se apăra numai împotriva neplăcerii ce vine din interior. Aceasta deoarece copilul, „în aceeași perioadă timpurie în care învață să recunoască excitațiile periculoase din interior, cunoaște de asemenea și neplăcerea venită din lumea externă”. Eul este în contact direct cu această lume din care copilul „își ia obiectele iubirii și toate acele impresii

pe care percepția le înregistrează, iar inteligența le asimilează”. Cu cât este mai importantă lumea externă ca sursă de plăcere și interese diverse, cu atât este mai mare și riscul de a experimenta neplăcerea venită de acolo, subliniază Anna Freud.

Câteva clasificări ale mecanismelor de apărare

Șerban Ionescu îl citează pe Vaillant care în 1993 descria apărările ca procese mentale de reglare care vizează restaurarea homeostaziei psihice. El le-a grupat în patru categorii, definite în funcție de caracterul lor adaptativ în timpul vieții adulte:

- *apărări psihotice*: proiecția delirantă, distorsiunea și refuzul psihotic;
- *apărări imature*: proiecția, fantezia schizoidă, ipohondria, agresiunea pasivă, activismul (identificat cu *acting-out-ul*), disocierea;
- *apărări nevrotice sau intermediare*: deplasarea, izolarea afectului, refularea, formațiunea reacțională;
- *apărări mature*: altruismul, sublimarea, reprimarea (înlăturarea), anticiparea, umorul.

În analiza mecanismelor de apărare, trebuie să prezentăm și viziunea lui Nancy McWilliams (care a urmat o formare în psihanaliză) din lucrarea „*Understanding personality structure in the clinical process. Psychoanalytic diagnosis*” (2011, a II-a ediție) în care autoarea și-a asumat sarcina dificilă de a realiza o sinteză a mai multor curente psihoterapeutice. Ea consideră că termenul „apărare”, este în multe privințe „nefericit”. McWilliams explică faptul că în ceea ce privește apărarea la adulți, totul începe ca moduri

globale, inevitabile și adaptative de a experimenta lumea. Ea adaugă că Freud este responsabil pentru a fi observat primul și a fi numit, unele dintre aceste procese.

Fenomenele la care se referă McWilliams în cartea sa au multe „funcții benefice”. McWilliams consideră că „ele încep ca adaptări sănătoase, creative și continuă să acționeze adaptativ de-a lungul vieții”. Când protejează Eul de amenințări, ele sunt percepute ca „apărări”, o etichetă care pare să se potrivească în aceste situații. Persoana care folosește un mecanism de apărare, încearcă, în general în mod inconștient, realizează una sau ambele dintre următoarele:

1. evitarea sau gestionarea unor sentimente puternice de amenințare, de obicei anxietate, dar uneori suferințe în urma unor pierderi copleșitoare, rușine, invidie și alte experiențe emoționale care ne destabilizează;
2. menținerea stimei de sine.

Psihanaliștii, subliniază McWilliams, se concentrează pe funcția apărărilor în tratarea anxietății, teoreticienii relațiilor (care au în vedere noțiuni precum atașament și separare), au introdus ideea că apărările acționează și împotriva suferinței cauzate de pierderi; și psihanaliztii au subliniat rolul apărărilor în încercarea de a menține un Eu puternic și consistent.

Mecanisme de apărare versus coping

După ce am trecut în revistă mecanismele de apărare sub mai multe aspecte, demn de menționat, așa cum subliniază

și Șerban Ionescu și colab. (2002), este faptul că mecanismele de apărare sunt puse în relație cu cele de *coping*. Aceasta deoarece, așa cum explică psihiatrul, de-a lungul timpului „se dezvoltă trei direcții de studiu privind ontogeneza și evoluția în cursul ciclului de viață a mecanismelor de apărare, care sunt evaluate și puse în relație cu alte strategii adaptative, mai ales cu mecanismele de *coping* și de degajare”.

Impunerea termenului de „*coping*” a fost un proces anevoios și controversat. De altfel, termenul de *coping* nu se regăsește în dicționare de psihologie precum cel al lui Paul Popescu-Neveanu (1978) sau al lui Robert Sillamy (1978).

Șerban Ionescu și colab. (2002) consideră că lucrarea lui Lazarus (1966) cu privire la stresul psihologic și procesul de *coping*, a contribuit la introducerea noțiunii de *coping* în limbajul științific. Astfel, începând din acel moment, interesul acordat noțiunii a crescut în continuu, în banca PsyLIT intrând în perioada ianuarie 1990 – septembrie 1996, 3.392 de articole care aveau în conținut termenul de *coping*.

Legat de *instrumentele de evaluare a coping-ului*, Ionescu enumeră că autori precum Folkman și Lazarus (1988) sau Chipp și Scherer (1992) sunt de părere că sunt alcătuite din itemi care descriu o serie de mijloace utilizate pentru a face față situațiilor problematice:

- rezolvarea rațională a problemei (inclusiv căutarea de informații);
- căutarea de sprijin social;

- reamenajarea pozitivă (sau reevaluarea pozitivă) a situației;
- fuga sau evitarea;
- reprimarea cognitivă (distanțarea sau minimalizarea amenințărilor);,
- recurgerea la gândirea magică;
- autoacuzarea;
- exprimarea afectelor;
- reprimarea afectelor;
- spiritul combativ sau acceptarea confruntării;
- stăpânirea de sine etc.

Mai subliniem că, potrivit lui Șerban Ionescu și colab (2002), noțiunea de *coping* „ca o trăsătură stabilă de personalitate sau ca un răspuns la anumite situații stresante specifice, este studiată din ce în ce mai mult într-o perspectivă integrativă, care ține cont deopotrivă de abordarea de tip „dispoziție” și de abordarea tip context” (Holahan et al., 1996).

În loc de încheiere, voi mai adăuga perspectiva lui Alfred Adler (2011) legată de tabloul clinic al mecanismelor de apărare. Pentru a descrie mecanismele de apărare, Adler (2011) folosește expresia „*mințirea vieții*”, subliniind că rezultatele psihologiei individuale „semnalează că pacientul își construiește lumea interioară, care contrastează cu realitatea pe fundamentul unei perspective individuale false”.

Bibliografie

1. Adler, D., (2011). *Practica și teoria psihologiei individuale. Pentru medici, psihologi și profesori*, Editura Trei, București;
2. Freud, A., (2002). *Eul și mecanismele de apărare*, Prima ediție, Londra, 1966, Editura Fundației Generația, București;
3. Ionescu, Ș., Jacquet, M.-M, Lhote, C. (2002). *Mecanismele de apărare. Teorii și aspecte clinice*, prima ediție 2001- Paris, Editura Polirom, Iași;
4. Moreau, A., Dr. (2005). *Viața mea aici și acum. Gestalt-terapia, drumul vieții*, Editura Trei, București;
5. Mc Williams, N., (2011), *Understanding personality structure in the clinical process. Psychoanalytic Diagnosis*. Second Edition, 2011, The Guilford Press, New York, pp. 100-101;
6. Sillamy, N., (1998). Larousse. *Dicționar de psihologie*, Editura Univers enciclopedic, București.

Articol realizat de psiholog Tudose Marina. Atestat în psihologie clinică și în psihologie aplicată în domeniul securității naționale. În prezent urmează cursurile de formare în Expertiza Psihologică și Psihologie Clinică la Institutul de Psihologie Judiciară din București.

Telefon: 0723/197.074

E-mail: marina_tudose@yahoo.com

Ce sunt bolile psihosomatice?

Tudose Marina

Ce este medicina psihosomatică și care este cauza afecțiunilor psihosomatice?

În încercarea de a înțelege cauzele bolilor pentru a le vindeca, Platon a constatat că „vindecarea multor boli este necunoscută doctorilor greci, deoarece ei neglijează întregul, care trebuie, de asemenea, studiat, pentru că partea nu se poate simți bine dacă întregul nu se simte bine“. (Ciubara și colab. 2013, apud. Vătămanu și Brătescu, 1975)

În cartea „Elemente de psihosomatică generală și aplicată”, scrisă de Ioan Bradu Iamandescu (1999), Dr. Grigore Bușoi dedică un subcapitol acestei problematice. În viziunea sa, *psihosomatica* este „o concepție medicală integratoare (are în vedere interrelația Psyche-Soma), care permite abordarea unor afecțiuni somatice induse psihic, ca reacție a unor trăiri emotive tensionale (factori stresanți, conflicte, pierderi), sau a unor manifestări psihice secundare unor boli organice, inclusiv a unor suferințe psihocorporale produse prin mecanisme de <reintrare circulare>”. Este un lucru cunoscut că în prezent sunt numeroase afecțiuni a căror etiologie este legată de stres. Dr. Bușoi este de părere că deschiderea modernă a medicinei psihosomatice (MPS) „are ca elemente de reper conceptul de stres și o mulțime de studii psihosociologice și transculturale”.

Stresul are o strânsă influență asupra tulburărilor metabolice ale organismului, asupra inducerii bolilor cardiovasculare, a accidentelor vasculare cerebrale, infarctului, neoplaziilor, deci modificări ale mediului intern al organismului care, așa cum au arătat numeroase studii, pot duce în final la boli cronice. Aceasta, în situația în care stresul, din acut, se transformă în stres cronic.

Interdependență dintre factorii psihologici și cei fiziologici

În viziunea lui Kaplan și Sadock (2009), „*medicina psihosomatică* se ocupă de relația dintre factorii psihologici și cei fiziologici în cauzarea sau întreținerea stărilor de boală.”

După Franz Alexander (2008), studiul sistematic pe tema interdependenței dintre factorii psihologici și cei fiziologici în tulburările cronice ale sistemelor vegetative „are o vechime relativ mică”. Alexander, în calitatea sa de cercetător în psihosomatică, consideră că „multe tulburări cronice nu sunt preponderent cauzate de factori externi, mecanici, chimici și de microorganisme, ci de stresul funcțional continuu, ivit pe parcursul existenței cotidiene a individului în lupta sa pentru existență”. Sentimente precum teama, agresivitatea, vinovăția, dorințele frustrate, „dacă sunt refulate, generează stări de tensiune emoțională cronică permanent care perturbă funcționalitatea organelor vegetative”.

În ceea ce privește etiologia tulburărilor psihosomatice, Kaplan (2009) aduce în prim plan câteva teorii:

1. *teoria specificității* care postulează existența unor stresuri sau a unor tipuri de personalitate pentru fiecare boală

psihosomatică, teorie care este explicată de lucrările unor cercetători precum Flander Dunbar și Franz Alexander;

2. *factorii de stres nespecifici* potrivit cărora „orice stres prelungit poate să cauzeze modificări fiziologice care rezultă într-o tulburare somatică”. Kaplan adaugă că „fiecare persoană are un organ de șoc, care este vulnerabil genetic la stres: unii pacienți sunt reactivi cardiaci, alții sunt reactivi gastrici, alții sunt reactivi tegumentari”. Iar persoanele care sunt cronic anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli somatice sau psihosomatice.

Kaplan enumeră și stresorii vieții după Rahe și Homes care erau valabili în anul 1994. De reținut, este faptul că doar ordinea acestor stresori a suferit unele schimbări până în prezent, astfel încât tabelul actual este cel de mai jos. Pe scurt, Rahe și Homes consideră că dintr-o listă de 43 de evenimente stresante, cele care se situează în top 10, însumând cel mai mare punctaj, sunt:

1. decesul soției/soțului;
2. divorțul;
3. separarea maritală;
4. detenția în închisoare sau în altă instituție;
5. decesul unui membru al familiei ;
6. accidentul grav sau boala personală;
7. căsătoria;
8. concedierea de la serviciu;
9. reconcilierea maritală și a cădea de acord cu soțul/soția;
10. pensionarea.

3. fiziopatologia

Kaplan (2009) îl citează pe Hans Selye, cel care a descris *sindromul general de adaptare* (GAS) ca fiind „suma tuturor reacțiilor sistemice nespecifice ale corpului care urmează după un stres prelungit”. De asemenea, autorul îl mai citează și pe George Engel, cel care a susținut că, în starea de stres, „toate mecanismele de neuroreglare suferă modificări funcționale care reduc funcționarea mecanismelor homeostatice ale corpului, lăsând corpul vulnerabil la infecții și la alte tulburări”.

Din cauza restricțiilor impuse de viața în societate dar și de către noi înșine, nu exprimăm multe emoții, ci le refulăm. În final, acestea ajung să fie transmise pe alte canale, influențând funcțiile vegetative, precum digestia, respirația și circulația.

Alexander (2008) subliniază că un pas important pentru înțelegerea naturii specifice a factorilor emoționali în producerea tulburării somatice și a mecanismelor prin care aceștia produc o tulburare de stres a constatat în aplicarea *interviurilor anamnezice*. Prin aceste interviuri se obțin chiar și în prezent informații esențiale referitoare la factorii emoționali relevanți, atât din trecutul pacientului, cât și din situațiile de viață prezente.

Factorii emoționali în câteva tulburări (gastrointestinale, respiratorii, cardiovasculare și ale musculaturii):

- *tulburările gastrointestinale*

În cartea „Medicina psihosomatică. Principii și aplicabilitatea ei”, Franz Alexander (2008) evidențiază că procesul hrănirii

constituie „axa vieții afective în perioada copilăriei timpurii”. Mai exact, autorul este de părere că întreaga existență a copilului gravitează în jurul procesului de hrănire și a celor mai intense emoții, neplăcerea și gratificarea fiind asociate cu diverse aspecte ale acestor funcții. Tocmai de aceea, chiar mai târziu, multe etape ale procesului alimentar rămân asociate cu anumite stări emoționale ale adultului. Stările emoționale, care în mod normal, stimulează funcția gastro-intestinală sunt foamea, vederea și mirosul hranei, dorința de a fi hrănit, cât și dorința mai puțin concretă de a fi ajutat și de a se relaxa. Însă când intervin tulburările gastrointestinale, activitatea gastrointestinală este perturbată.

În viziunea lui Alexander, în categoria acestor tulburări sunt incluse:

- tulburări ale apetitului și hrănirii care includ inhibițiile procesului de hrănire (anorexia nervoasă, bulimia, vărsăturile de natură nervoasă);
- tulburări ale actului înghițirii precum nevroza esofagiană, cardiospasmul;
- tulburări ale funcțiilor digestive care includ: nevroza gastrică, ulcerul peptic;
- tulburări ale funcțiilor eliminării: diareea cronică, colita spasmică, colita mucoasă, colita ulcerativă, constipația psihogenă cronică.
- *tulburările respiratorii*

Schimbarea ritmului, intensității și regularității respirației poate fi produsă voluntar sau poate fi legată de diferite stări emoționale, schimbări ale temperaturii, stadii ale somnului ori boli fizice (dintre care obezitatea, tensiunea intracraniană și altele). Sentimentul de iritare, ca și cel de iubire,

provoacă suspine, iar frica și anxietatea pot cauza hiperventilație (Peter Shoenberg, 2017, apud. Weiner, 1985).

Tot legat de emoții și influența lor asupra bolilor respiratorii, Franz Alexander este de părere că studiile sistematice din acest domeniu s-au limitat până în prezent la astmul bronșic, ale cărui simptome „reprezintă reacții exagerate și cronice la anumite emoții”. Pe scurt, natura exagerată și cronică a acestora se datorează în principal faptului că stimulul emoțional este de natură inconștientă. Însă odată cu apariția imunologiei moderne, atenția a fost concentrată asupra componentei alergice. Alexander a analizat factorii psihodinamici fundamentali în relație cu alergია. Dintre aceștia, factorul psihodinamic central, este de părere autorul, este „un conflict axat pe o dependență excesivă și nerezolvată față de mamă”. În consecință, din perspectiva sa, printre persoanele care suferă de astm găsim numeroase tipuri de personalitate: persoane agresive, ambițioase, argumentative, temerare și altele. Cu toate că nu există un profil al bolnavului de astm, Alexander consideră că „dependența refuțată față de mamă este o trăsătură constantă în jurul căreia se pot dezvolta diferite tipuri de apărări caracteriale”. Mai exact, este vorba de dorința de a fi protejat, de a fi conținut de mamă, iar tot ce îl separă pe individ de mama protectoare sau de figura lui de atașament, poate provoca o criză de astm (Alexander, 2008).

- *tulburările cardiovasculare*

Ioan Bradu Iamandescu (1999) scria în cartea „*Elemente de psihosomatică generală și aplicată*” că „în bolile cardiovasculare (BCV), participarea factorului psihogen (reprezentat cu precădere de stresul psihic) la constituirea

și modularea evoluției lor – în raport cu ceilalți factori etiopatologici – este inegală, pe primul plan situându-se HTA (hipertensiunea arterială) și cardiopatia ischemică, ca boli eminentemente psihosomatice de largă răspândire, alături de tahicardie paroxistă supraventriculară, hipotensiunea arterială, Boala Raynaud, astenia neurocirculatorie („neuroza cardiacă”) și alte sindroame psihosomatice cardiovasculare mai rar întâlnite”.

Iamandescu subliniază câteva aspecte legate de răspunsurile fiziologice emoționale, și anume că: „în condițiile unei funcționări normale a aparatului cardiovascular (ACV), stresul psihic (SP) provoacă doar răspunsuri fiziologice emoționale (de fapt corelatele fiziologice, somato-viscerale, cardiovasculare ale emoțiilor) a căror fixare în pattern-uri *psiho-cardio-vasculare* poate antrena, în decursul timpului prin repetarea ori brutalitatea SP”, pregătirea terenului propice pentru boli organice (majoritatea cauzate de aterogeneză sau HTA).

Iamandescu îi menționează și pe indivizii cu predispoziție genetică pentru BCV, la care dacă au existat deja și tulburări cardiovasculare funcționale sau organice, intervenția SP poate genera modificări importante. Mai exact, stresul grăbește apariția unor BCV pe care le moștenim genetic și care, în lipsa stresului, ar fi apărut mai târziu.

În ceea ce privește bolile cardiovasculare, Iamandescu arăta încă din 1999, influența factorilor de risc generali asupra acestor boli, factori pe care i-a descris în cartea lui Iamandescu citată mai sus. În 2015, în noua sa carte scrisă împreună cu Crina Julieta Sinescu, Iamandescu a accentuat importanța acestor factori de risc, printre care:

consumul de alcool, consumul de tutun, comportamentul alimentar, activitatea fizică scăzută, activitatea fizică excesivă, somnul redus, etc.

- *tulburările musculaturii scheletice*

În această secțiune voi prezenta câteva aspecte legate de afecțiuni osteomusculare, iar dintre acestea, mă voi referi la *durerea cronică de spate*, care este atât de des întâlnită. Shoenberg (2017) scria că aceasta reprezintă „un motiv de concediu medical mai mult decât orice altă boală în Marea Britanie și Statele Unite ale Americii”. Sigur că o parte dintre indivizii care suferă de dureri de spate prezintă o serie de boli organice (artrita, tasarea discurilor intervertebrale, osteoporoza sau carcinom secundar), însă la mulți alții, durerile sunt provocate de tensiunea musculară cauzată de stresul emoțional excesiv. Tratamentele pentru acestea sunt de natură fizică, mai exact fizioterapie și exerciții fizice.

Amintim în acest context de *sindromul fibromialgic* care se caracterizează, în viziunea lui Shoenberg, „prin dureri osteomusculare generalizate, cu hipersensibilizarea anumitor zone caracteristice”, dintre care ceafa, zona lombară, fesele, coapsele și genunchii. Durerile, adaugă autorul, pot cauza un somn neodihnit, cu întreruperi frecvente, care în final cauzează oboseală și rigiditate musculară. În opinia autorului este vorba de o boală frecventă și costisitoare în termenii îngrijirii medicale, iar potrivit studiilor, frecvența sa crește odată cu vârsta, prevalența maximă având-o grupa de vârstă de 70-79 de ani ai căror pacienți se plâng deseori de o memorie slabă, slăbiciune musculară și energie scăzută. În ceea ce privește factorii psihologici ai acestui sindrom, Shoenberg îi citează pe Halliday (1941), care i-a descris pe pacienții cu fibromialgie ca fiind „oameni nefericiți, supărați”. Mai mult

decât atât, Wolfe et. al. (1984) au ajuns la concluzia că „o treime dintre cei care sufereau de fibromialgie erau tulburați psihic”. Însă cercetările acestui sindrom nu au adus prea multe dovezi pentru a susține această convingere a celor doi cercetători. Per total, afirmă Shoenberg, psihoterapia ajută mult în aceste cazuri, mai exact „educația, susținerea și reasigurarea, sunt aspectele principale ale gestionării psihologice a sindromului”, care să aibă în completare instrucțiuni suplimentare pentru gestionarea durerii.

Sindroamele funcționale

Demne de menționat ar fi și câteva aspecte legate de *sindroamele funcționale* cărora reputatul medic și psihiatru Florin Tudose (2005), împreună cu câțiva colaboratori, le-a dedicat o carte pe care au numit-o „Sindroame Rătăcitoare”. În această carte, autorii au descris mai multe sindroame, printre care: *sindromul oboselii cronice*, *neurastenia*, *sindromul premenstrual*, *sindromul colonului iritabil*, *spasmofilia*, *prolapsul de valvă mitrală*, *sindromul anxietate-depresie*, *deficitul cognitiv minor*, dar și *sindromul Munchausen*. Aflăm din cartea lui Tudose că denumirea de sindrom *Munchausen* a fost dată unui complex simptomatologic, constând din „simularea unei afecțiuni medicale sau chirurgicale, având un tablou clinic extrem de polimorf, plin de dramatism, de spectacular, având drept scop internarea”. Mai exact, subliniază autorul, este vorba de pacienții care se doresc bolnavi. (Tudose F., Tudose C., Vasilescu, Tămășan, 2005, apud. Tudose, Dobranici, Niculăiță)

Însă revenind la boală, în încheiere îl menționez pe Jacques Martel (2012), expert în comunicare, trainer de renume mondial, autor al *best seller*-ului internațional

„Marele dicționar al bolilor și afecțiunilor. Cauzele subtile ale îmbolnăvirii”, care, referindu-se la problemele cu care ne confruntăm de-a lungul vieții, scria: „sănătatea se termină acolo unde începe dizarmonia, conflictul cu tine însuși și cu ceilalți, frica, neîncrederea, necredința, vinovăția, resentimentul, uitarea iubirii; când mintea noastră suferă, pentru că nu înțelege ceva, pentru că este epuizată, suprasolicitată, insuficient folosită, pentru că se află în conflict cu inima sau pentru alte motive, suferă în egală măsură și sufletul și trupul. Când inima noastră plânge, pentru că se simte rănită, pentru că se simte dezamăgită, pentru că se simte însingurată sau pentru alte motive, suferă în egală măsură și trupul și mintea. Când trupul nostru este bolnav, pentru că a fost neîngrijit, pentru că a fost agresat, pentru că a fost intoxicat, sau pentru alte motive, suferă, în egală măsură și mintea și sufletul”.

Bibliografie

Alexander, F., (2008). *Medicina psihosomatică. Principii și aplicabilitatea ei*. Editura Trei, București

Ciubara, A-M., Păduraru, G., Ignat, A., Constantin, A., Diaconescu, S., Lupu, V., V., Burlea, M., (2013). *Abordarea psihosomatică a bolilor digestive la copii*, *Revista Română de pediatrie*, vol. XII, Nr. 1, Găsit la adresa: https://rjp.com.ro/articles/2013.1/Pedia_Nr-1_2013_Art-2.pdf

Iamandescu, I., B., (1999). *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*, Editura InfoMedica, București

Kaplan, Sadock, B., J, Sadock, V. A., (2009). *Manual de buzunar de psihiatrie clinică*. Ediția a III-a, Editura Medicală, București

Shoenberg, P., (2017). *Psihosomatica. Utilizări ale psihoterapiei*. Editura Trei, București

The American Institute of Stress (nd). The Holmes-Rahe Stress Inventory. The social readjustment rating scale. Găsit la adresa: <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2019/04/stress-inventory-1.pdf>

Tudose, F., Tudose C., Vasilescu, A., Tămășan, S.,(2005), *Sindroame Rătăcitoare*, Editura InfoMedica, București

Articol realizat de psiholog Tudose Marina. Atestat în psihologie clinică și în psihologie aplicată în domeniul securității naționale. În prezent urmează cursurile de formare în Expertiza Psihologică și Psihologie Clinică la Institutul de Psihologie Judiciară din București.

Telefon: 0723/197.074

E-mail: marina_tudose@yahoo.com

Triada întunecată

Radu Ovidiu Mihai

Definiție

Triada întunecată (Paulhus & Williams, 2002) este un concept relativ nou în literatura de specialitate, iar impactul pe care acest concept l-a avut în ultimii ani este remarcat prin numărul extrem de mare de cercetări în această arie de interes (Jonason & Webster, 2010).

Triada întunecată (Paulhus & Williams, 2002) este formată din trei factori de personalitate indezirabili: narcisism, machiavelism și psihopatie. Aceste trăsături implică un caracter răuvoitor, grandomanie, duplicitate, nevoia de putere. Psihopatia este caracterizată de impulsivitate și comportamente antisociale (Smith & Lilienfeld, 2013), machiavelismul de acțiunile manipulative față de ceilalți (Christie, 2013), iar narcisismul de aroganță, vanitate, egoism și grandomanie (Jonason & Webster, 2010).

Caracteristici

Triada întunecată este descrisă ca o componentă a personalității fiind formată din trei trăsături de personalitate subclinice distincte, caracteristica comună fiind aversiunea.

Termenul de machiavelism poate fi descris pe scurt ca tendință a unei persoane de a fi manipulativă. Acest

concept a fost preluat din cartea lui Niccolò Machiavelli numită „Il Principe” (Christie, R., & Geis, F. L., 2013).

Machiavelismul este conceptul care se referă la strategiile interpersonale folosite în interes propriu utilizând linguşeala, detaşarea emoţională şi înşelăciunea pentru a manipula interacţiunile sociale şi interpersonale. Aceste persoane sunt percepute ca fiind inteligente şi atractive. Totuşi, inteligenţa nu corelează cu aspiraţiile vieţii machiavelicului cum ar fi situaţia materială semnificativă sau statutul. Oamenii cu trăsături machiavelice tind să îi exploateze pe ceilalţi pentru a-şi atinge interesele proprii, acest aspect corelând previzibil cu un nivel scăzut de empatie (Jakobwitz & Egan, 2006).

Machiavelicii adoptă cu uşurinţă rolul de lider în grupurile mici şi preferă să negocieze formarea unei alianţe în situaţiile complicate. Persoanele cu scoruri mari la machiavelism reuşesc să atingă succesul şi sunt încântate de asta, mai ales atunci când circumstanţele implică interacţiuni faţă în faţă, un loc prielnic pentru inovaţie şi situaţii în care încărcătura emoţională este puternică (Wilson, Near, & Miller, 1996).

Oamenii cu această trăsătură nu ar trebui priviţi ca pe nişte ticăloşi fără scrupule, ci mai degrabă ca pe nişte persoane care forţează mai curând regulile decât a le încălca. Astfel, întocmai cum persoanele cu scoruri mari în ceea ce priveşte machiavelismul nu ar trebui consideraţi nişte canalii, nici cei cu scoruri foarte mici la această caracteristică nu ar trebui consideraţi nişte modele ale perfecţiunii virtuţii sociale. Am putea considera că fac o artă din tehnici de manipulare, minciună deliberată şi influenţă socială.

Narcisismul se caracterizează prin sentimente de grandoare (în fanteziile proprii sau în comportamentul real), nevoia de admirație și lipsa de empatie față de ceilalți. Narcisistul are un sentiment exagerat al importanței, este preocupat de fantezii, de succese, de frumusețe, putere sau dragoste ideală. Are nevoie constantă de admirație, manifestă un comportament sau atitudine arogantă, de superioritate și are tendința de a profita de relațiile interpersonale (exploatează alte persoane pentru a obține avantaje sau pentru binele personal) având sentimentul că este îndreptățit să obțină anumite favoruri (Cain, Pincus & Ansell, 2008). Își supraevaluează în mod constant abilitățile și își exagerează realizările, fiind percepuți adesea ca lăudăroși și pretențioși. Ei consideră de la sine înțeles că ceilalți le apreciază la fel eforturile și sunt surprinși dacă nu sunt lăudați așa cum cred ei că merită. Fiind deseori preocupați să-și aprecieze în mod exagerat realizările, subestimează contribuția celorlalți (Goia, Popp & Botez, 2016, p. 669). Narcisismul este asociat cu orientarea către sine și cu vanitatea extremă, o nevoie constantă de atenție, admirație și autodeterminare, o așteptare a unor favoruri speciale ce pur și simplu i se cuvin. Pentru narcisist, înțelegerea funcționării celorlalți este importantă pentru a exploata astfel favoruri din partea lor (McHoskey, 1995).

Narcisiștii sunt extrem de sensibili la critici și le resimt ca pe amenințări directe asupra imaginii lor de sine și a viziunii lor, aceasta fiind o consecință destul de problematică în anumite situații. Spre exemplu, liderii narcisiști sunt destul de abrazivi cu subordonații lor, nu pot tolera dizidența asupra politicii pe care ei o impun. Totuși, paradoxal, acești lideri reușesc să fie eficienți datorită acelei izolări emoționale pe care o manifestă (Maccoby, 2007).

Psihopatia este marcată de capacitatea de a-i influența și domina pe ceilalți, de a manifesta un grad scăzut de anxietate, își asumă riscuri, caută „senzații tari” și totodată tind să fie indiferenți, egoiști, agresivi și profitori, acționează fără planificare și au o capacitate imaginativă scăzută. Persoanele cu această trăsătură sunt oportuniste, egoiste și crude, totuși ele pot fi șarmante, ambițioase și manipulative. Impulsurile egocentrice, specifice acestei trăsături, pot conduce către comportamente neetice. Sentimentul de responsabilitate socială nu este pronunțat și rareori simt rușine, vinovăție sau au remușcări asupra consecințelor deciziilor lor (D'Souza & Lima, 2015). Psihopatia este definită nu numai de comportamentul antisocial, ci și de o „deteriorare” emoțională, cum ar fi lipsa vinovăției. Persoanele cu scoruri ridicate ale psihopatiei manifestă dificultăți de atenție.

Psihopații sunt înșelători, grandomani, superficiali în atitudine și în ceea ce fac, dominanți față de persoanele din jur, sunt manipulativi, își arată foarte puțin afectivitatea și destul de superficial, nu sunt capabili să creeze legături emoționale puternice cu ceilalți și sunt aproape incapabili de a simți empatie, remușcări sau vinovăție (Hare, R. D., 2003).

Inițial, triada a fost încadrată individual domeniilor celor cinci mari trăsături de personalitate (extraversie, agreabilitate, conștiinciozitate, neuroticism și deschidere), pentru a analiza asemănările și diferențele în raport cu dimensiunile fundamentale ale personalității (Paulhus și Williams, 2002).

Cu toate că aceste trăsături par a se manifesta ca un nucleu instabil al personalității, ele pot fi integrate și recunoscute ca adevărate calități de conducere. Machia-

velicii sunt caracterizați de orientarea strategică pe termen lung și își pot amâna satisfacția imediată pentru o recompensă pe termen lung. În același timp, psihopatia este caracterizată de disponibilitatea persoanei de a-și asuma anumite riscuri, iar acesta nu este neapărat un aspect negativ (Carre & Jones, 2016).

Bibliografie

Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 638-656.

Carre, J. R., & Jones, D. N. (2016). The impact of social support and coercion salience on Dark Triad decision making. *Personality and Individual Differences*, 94, 92-95.

Christie, R., Geis, F. L., Festinger, L., & Schachter, S. (2013). Studies in machiavellianism. *Academic Press*, 1, 10.

D'Souza, M. F., & Lima, G. A. S. F. de. (2015). The dark side of power: the dark triad in opportunistic decision-making. *Advances in Scientific and Applied Accounting*, 8(2), 135-156.

Goia, M. C., Popp, C. G., & Botez, C. A. (2016). *DSM-5: manual de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*. București: Editura Medicală Callisto.

Hare, R. D. (2003). *The psychopathy checklist-Revised*. Toronto, ON, 2003.

Jakobwitz, S., & Egan, V. (2006). The dark triad and normal personality traits. *Personality and Individual Differences*, 40(2), 331-339.

Jonason, P. K., & Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: A concise measure of the dark triad. *Psychological Assessment*, 22(2), 420-432.

Maccoby, M. (2007). Narcissistic leaders: who succeeds and who fails. *Boston, Mass: Harvard Business School Press*.

McHoskey, J. (1995). Narcissism and machiavellianism. *Psychological Reports*, 77(3), 755-759.

Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*, 36(6), 556-563.

Smith, S. F., & Lilienfeld, S. O. (2013). Psychopathy in the workplace: The knowns and unknowns. *Aggression and Violent Behavior*, 18(2), 204-218.

Wilson, D. S., Near, D., & Miller, R. R. 1996. Machiavellianism: A synthesis of the evolutionary and psychological literatures. *Psychological Bulletin*, 119: 285-299.

Acest articol a fost realizat de Radu Ovidiu Mihai – absolvent al Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București

Telefon: 0761/164.694

E-mail: radu.ovidiumihai@yahoo.com

Intervenții cu realitatea virtuală în tratarea anxietății sociale

Bențan Ioana

Frica este o parte integrantă a dezvoltării, o emoție naturală și universală, reprezentând un răspuns la un pericol din mediu, jucând rolul unui sistem de alarmă. Acest sistem se traduce printr-un sentiment de frică și înțelegere difuză, iar la nivel fiziologic prin apariția palpitațiilor, vertijului, transpirației. Atunci când ne este frică deseori avem un comportament agitat și dezorientat și adoptăm reacția de luptă sau fugă. Frica se activează atunci când un eveniment extern este perceput ca reprezentând o potențială amenințare. Această emoție rămâne un mijloc de comunicare, care păstrează pentru subiect o semnificație și o logică. Cu toate acestea, frica trebuie diferențiată de anxietate, aceasta din urmă reprezentând anticiparea unei amenințări. Noțiunea de distanță critică în timp, obiectul fricii și intensitatea emoției diferențiază frica de anxietate. Cele două noțiuni au roluri similare și anume cel de protecție al individului, speciei și cel de adaptare la un eveniment stresant din mediu. Frica este mai mult asociată cu creșteri rapide ale activării sistemului vegetativ cu comportament de salvare, iar anxietatea este mult mai asociată cu un comportament vigilent, evitant și tensiune musculară.

Conform Manualului de Diagnostic și Statistică Mentală (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5), fobia socială este definită ca fiind o frică persistentă de una sau mai multe situații sociale în care

persoana este expusă la o posibilă evaluare de către ceilalți și frica că ea sau el va acționa într-un mod umilitor sau jenant. În ceea ce privește tratamentul fobiei sociale, cea mai solidă susținere empirică o are terapia cognitiv-comportamentală (cognitive behavioral therapy; CBT). Aceasta se bazează pe restructurare cognitivă, expunere (in vivo sau în imaginar), dezvoltarea abilităților sociale și tehnici de relaxare. O meta-analiză realizată de Feske și Chambless (1995) a arătat că atât expunerea, cât și terapia cognitiv-comportamentală sunt eficiente în reducerea simptomelor, însă expunerea reprezintă o componentă esențială în tratarea anxietății sociale. Terapia prin realitate virtuală (Virtual Reality Therapy; VRT) este o tehnologie emergentă de tratament pentru reducerea anxietății. Experiența realității virtuale este o combinație de informații senzoriale și mecanismele de procesare a acestor informații. Din punct de vedere tehnic, termenul de realitate virtuală este folosit pentru a descrie un mediu tridimensional, generat de calculator, care poate fi explorat și în care se poate interacționa. Persoana care folosește realitatea virtuală devine parte a acelei lumi virtuale, poate să manipuleze obiecte sau să efectueze o serie de acțiuni. Așadar, realitatea virtuală presupune prezentarea simțurilor noastre cu un mediu virtual generat de calculator pe care îl putem explora într-o anumită modalitate. Expunerea realității virtuale (VR) a fost propusă ca o alternativă la expunerea standard in vivo. VR integrează în timp real grafica pe calculator, dispozitive de urmărire corporală, afișaje vizuale și alte dispozitive de intrare senzoriale pentru a imersa un participant într-un mediu virtual generat. VR este un sistem diferit de unul multimedia sau unul interactiv multimedia sau unul cu afișare grafică pe calculator. Un sentiment de prezență este, de asemenea, esențial pentru efectuarea terapiei de expunere, deoarece terapia este

îndreptată spre facilitarea procesării emoționale (Hodges, Rothbaum, Opdyke, Graaff, Williford & North, 1995).

Avantaje ale intervenției VR:

- Terapia este un mediu protejat, în care pacientul poate începe prin a explora și interacționa, acest lucru fiind unul dintre cele mai importante aspecte din terapie;
- „Role performance” este o strategie de bază, care implică interacțiunea în mediul VR fără ca persoana să se simtă amenințată sau să îi fie frică că îi pune pe alții în pericol;
- Sistemul VR contribuie foarte mult la individualizarea / personalizarea terapiei prin ajustarea și adaptarea mediilor pentru caracteristicile fiecărui pacient;
- Sistemul VR oferă posibilitatea de a extinde abilitățile dobândite prin exersarea lor în alte scenarii construite;
- Sistemul VR oferă posibilitatea unui grad foarte mare de control în timp deoarece nu este necesar ca persoana să aștepte ca evenimentul să apară;
- Sistemul VR oferă un grad ridicat de control pentru spațiu, multe situații anxioase fiind greu accesibile în realitate;
- Sistemul VR oferă posibilitatea ca pacientul să lucreze în ritmul său și ori de câte ori are nevoie poate obține o nouă învățare. (Botella et al., 2004).

La fel ca în desensibilizarea progresivă, sistemul VR poate produce stimuli pentru pacienții cărora le este mai dificil să își imagineze situațiile fobice sau au un grad foarte crescut al fobiei, încât nu pot face față unei situații reale și de multe ori manifestă aversiune pentru a face acest lucru. Spre

deosebire de expunerea gradată, pentru care este necesară părăsirea de multe ori a cabinetului psihoterapeutului, terapia VR poate fi realizată în intimitatea unei camere, evitându-se atât încălcarea confidențialității pacienților, dar și jena publică. În terapia VR pacientul are mult mai mult control asupra situației, se poate opri și începe oricând dorește, creându-i-se un mediu sigur pentru el, spre deosebire de expunerea in vivo, unde totul are loc în mod spontan, neașteptat. Mai mult, dacă pacientul nu poate face față situației anxiogene, nu poate ieși din mediu atât de ușor. VR-ul aduce avantajul unei mai mari eficiențe și economie în echivalentul furnizării de terapie.

Rezultatele unui studiu recent, publicat la începutul acestui an, care a folosit o intervenție VR, (Geraets, C. N. W., Veling, W., Witlox, M., Staring, A. B. P., Matthijssen, S. J. M. A., & Cath, D., 2019) au evidențiat o reducere semnificativă a anxietății sociale la măsurătoarea post-test, rezultate care au fost menținute și la follow-up. În această cercetare, 15 participanți au beneficiat de câte 16 sesiuni VR-CBT săptămânale de câte 40 de minute. Intervenția fiind adaptată după protocolul CBT, pe parcursul sesiunilor VR au fost folosite strategii specifice, cum ar fi psiho-educția sau restructurarea cognitivă. Diferențele dintre baseline și post-tratament arată o îmbunătățire a calității vieții și o scădere a simptomelor depresive. Efectul în timp al intervenției VR-CBT este reprezentat și de o scădere cu 25% a gândurilor cu referință socială.

Dezvoltarea tehnologiei împreună cu o bază științifică a unei teorii sau practici terapeutice, cum este CBT, reprezintă premisele cele mai bune pentru a avansa noi metode de tratare sau ameliorare a simptomelor psihologice clinice. Adiacent efectului pozitiv asupra

pacientului, remarcăm și un beneficiu adus și terapeutului, atunci când livrează acest tip de terapie, prin faptul că face scopurile mult mai ușor de atins. Majoritatea structurilor VR se bazează pe imersarea pacientului într-un mediu virtual social, de obicei într-o locație cu mai multe persoane, cu diferite statusuri, susținerea unui discurs public sau alte contexte sociale în legătură cu simptomatologia pacientului. Intervenția VR-CBT este folosită pentru mai multe subtipuri ale anxietății, cum ar fi fobia de un animal specific, acrofobie sau frica de zbor cu avionul.

Bibliografie

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), Washington, DC: Author.

Anderson, P., Rothbaum, B.O., & Hodges, L.F. (2003). Virtual reality exposure in the treatment of social anxiety, *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 240-247.

Botella, C., Baños, R., Guillén, V., Perpiña, C., Alcañiz, M. & Pons, A. (2004). Telepsychology: Public Speaking Fear Treatment on the Internet, *CyberPsychology & Behavior*, 3(6).

Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695–720.

Hodges, L.F., Rothbaum, B.O., Opdyke, D., Graaff, J. J., Williford, J. S., & North, M. M. (1995). Virtual Environments for Treating the Fear of Heights. *Computer*, 28(7), 27-34.

Geraets, C. N. W., Veling, W., Witlox, M., Staring, A. B. P., Matthijssen, S. J. M. A., & Cath, D. (2019). Virtual reality-based cognitive behavioural therapy for patients with generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1–6.

Reyna, D., Caraza, R., Gonzalez K., M., Ayala, A., Martinez, P., Loreda, A., Rosas, R., Reyes, P. (2018). Virtual Reality for Social Phobia Treatment. 10.1007/978-3-319-73323-4_16.

Acest articol a fost realizat de Beñan Ioana, absolventă a facultății de Psihologie, UBB, Cluj, în prezent masterandă în anul 2 a programului masteral „Tehnici Psihologice de Control Comportamental și Dezvoltarea Potențialului Uman”, UBB, Cluj.

Tulburarea de stres post-traumatic – câteva aspecte interesante

Gavrilescu Oana Raluca

Ce este și cum funcționează tulburarea de stres post-traumatic

Dacă am întreba un public larg la ce îi poartă gândul când aud despre tulburarea de stres post-traumatic („PTSD”), marea majoritate ar răspunde negreșit că la acea afecțiune de care suferă veteranii de război.

Aceasta este cea mai comună confuzie în legătură cu PTSD. Și ea are o explicație care oarecum o justifică, respectiv că primele studii cu privire la PTSD au vizat veteranii. Totuși, mitul legat de faptul că PTSD este specific veteranilor este spulberat de realitatea actuală conform căreia 80% dintre „victimele” PTSD-ului sunt femei, în timp ce doar aproximativ 20% dintre persoanele suferind de PTSD sunt veterani.

Confuziile legate de PTSD sunt cauzate și de relativa noutate a acestui concept. El a fost utilizat pentru prima dată de abia în anul 1994 în Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale, Ediția IV – DSM IV. Afecțiunea ce avea să se contureze sub denumirea de PTSD fusese observată pentru prima dată la sfârșitul Primului Război Mondial, fiind denumită atunci „shell shock”[1] și ulterior, la finalul celui de al Doilea Război Mondial, fiind denumită „combat stress reaction”[2].

Primele studii desfășurate cu privire la PTSD au relevat un tipar interesant al acestei tulburări și anume că veteranii nu manifestau simptomele specifice PTSD atâta vreme cât erau în luptă, ci doar după ce ajungeau acasă, într-un mediu liniștit, în care ei se puteau simți în siguranță.

Concluzia la care s-a ajuns în urma acestor studii a fost că în PTSD reacția „luptă sau fugi”, care apare din instinctul uman ancestral de supraviețuire, este deconectată de la prezent, subiectul nemaiputând face distincția între situațiile în care este în siguranță și cele în care nu este.

Responsabilă pentru această situație este amigdala, acea parte din creierul uman răspunzătoare de activarea noastră în cazul în care suntem în pericol. Amigdala, centrul fricii și al neliniștii din creierul uman, este cea care prelucrează informațiile primite de la factorii de mediu în privința amenințărilor îndreptate împotriva individului și care structurează tipul posibil de reacție la stres – fie fugă, fie ripostă, fie imobilizare/înghețare.

În PTSD funcționarea amigdalei este perturbată, aceasta trimițând în întregul organism mesaje de pericol chiar și atunci când subiectul nu este în absolut niciun fel de pericol. În acest mod apar sentimente de frică, nesiguranță, anxietate chiar și atunci când subiectul însuși știe că se află în siguranță.

Spre exemplu, o persoană care a asistat la un eveniment traumatizant de boală al unei persoane dragi, poate retrăi emoțiile terifiante de la acel moment în cazul în care simptome total diferite de boală apar la o altă persoană dragă.

Acesta este specificul PTSD – chiar dacă subiectul știe la nivel rațional că este într-o situație diferită, în care nu există posibilitatea de a trăi fizic din nou acel pericol, subiectul totuși îl re trăiește în mintea sa. Astfel apare disocierea. Imediat ce amigdala transmite semnalul că ceva ar putea fi periculos, subiectul se disociază de corpul său fizic, care îi transmite mesajul că nu simte nicio durere și nu trăiește nicio stare de pericol, și pur și simplu re trăiește trauma respectivă în mintea sa.

Într-o altă categorie de experiențe traumatizante, precum cazurile de viol, când victima nu are nicio posibilitate de scăpare, ea se disociază de corpul său fizic, respectiv își deconectează mintea de la corpul fizic care, de această dată, simte durerea și pericolul, și astfel reușește să scape în mintea sa. Prin disociere subiectul reușește să nu fie copleșit de emoțiile extrem de dureroase ce apar ca o consecință a evenimentului traumatizant.

Sumarizând, secvențialitatea simptomatologică în PTSD este următoarea: apare evenimentul declanșator => creierul face asocierea cu evenimentul trecut traumatizant => amigdala devine hiperactivă și eliberează adrenalină și cortizol => subiectul începe să aibă flashback-uri prin care re trăiește trauma ca și când aceasta s-ar întâmpla în prezent.

Câteva aspecte despre traumă

Statisticile recente arată că aproximativ 80% dintre subiecții cu PTSD sunt femei. Cauza? Trauma de natură umană are cele mai mari rate de PTSD. Motivul? Ea lasă cele mai mari

urme asupra psihicului, este foarte personală și crează un puternic sentiment de vulnerabilitate subiectului.

Ce este trauma de natură umană? Este trauma pe care o suferă subiectul ca urmare a alegerii făcute de o altă persoană de a-i face un anumit rău. Cele mai mari traume apar atunci când cineva a avut ocazia de a lua o decizie și totuși a ales să facă rău subiectului. Prin natura acestor evenimente – precum viol, alte forme de abuz sexual, diverse forme de violență domestică – cele mai expuse sunt femeile.

Spre deosebire de trauma de natură umană, traumele produse din cauze aflate în afara sferei de influență a omului – precum prăbușirea unui avion, un cataclism – sunt percepute diferit de psihicul uman, în primul rând întrucât nimeni nu a luat în mod intenționat decizia de a face rău subiectului, astfel de situații fiind percepute a fi în afara sferei de control uman. Totodată, de obicei în astfel de situații sunt mai multe persoane afectate, astfel încât este mai mult suport social, iar subiectul nu se simte singur cu durerea sa. Un alt factor foarte important în cazurile acestea este că victima nu poate fi învinovățită că a determinat evenimentul traumatizant.

În mod paradoxal, reacțiile celor din jur pot fi extrem de diverse cu privire la relatările victimei despre experiența traumatizantă prin care a trecut. Unele persoane reacționează cu empatie – aceasta fiind situația ideală de suport acordat victimei unui eveniment traumatizant, în timp ce altele sunt reținute, neștiind exact cum să reacționeze în astfel de situații. Există însă și o altă categorie de reacții – reacțiile de învinovățire a victimei.

Aceste persoane anchetează ce anume a făcut sau nu a făcut victima pentru a genera evenimentul traumatizant. De exemplu, unei persoane agresate pe aleea unui parc, i se pot adresa întrebări precum „Dar tu cu ce erai îmbrăcată?” sau „Ce căutai la ora aceea prin parc?”

Indiferent de tipul de reacție primit de victimă, cea primă reacție este un indicator pentru cât de grea va fi trauma – iar în cazul victimelor învinovățite sau cărora li se sugerează că ar purta vreo vină pentru producerea evenimentului, trama va fi mult mai greu de purtat pe umeri.

Reacțiile de învinovățire a victimei sunt extrem de invalidante și nefaste pentru victimă și pentru evoluția modului în care aceasta va face față traumei. Ele trebuie înțelese însă, în mod obiectiv, ca niște mecanisme de apărare ale celui care ascultă.

Când cineva destăinuie altei persoane o experiență traumatizantă pe care a trăit-o, terifiantă pentru oricine s-ar afla în acea situație, face ca aceasta din urmă să se sperie. Și lucrul acesta se întâmplă pentru că oamenii se simt confortabil știind că trăiesc într-o lume sigură, predictibilă și stabilă – o lume în care oamenilor cumsecade li se întâmplă lucruri bune, iar dacă ceva neplăcut se întâmplă este pentru că persoana respectivă a determinat cumva acel eveniment. În teorie, cele de mai sus descriu „efectul lumii juste” sau „teoria lumii juste”.

Când unor persoane li se fac destăinuiri despre un eveniment traumatizant, acestea încep în mod automat să caute explicații și să își ofere motive pentru o astfel de întâmplare, pentru că altfel ar fi distrusă ideea lor despre

lumea justă în care trăiesc și doar în acest mod se pot agăța în continuare de credința că lumea în care trăiesc ei este un mediu prietenos și predictibil. Pe de o parte, de acest mecanism de apărare au ei nevoie pentru a se simți în continuare în siguranță. Pe de cealaltă parte, acest mecanism de apărare al lor este cel care va face ca trauma victimei să fie și mai greu de dus.

Oamenii au demonstrat de-a lungul timpului că sunt ființe extrem de reziliente, însă PTSD-ul trebuie înțeles ca o afecțiune ce tulbură profund viața – atât a victimei cât și a celor din jurul său – în multiple dimensiuni: răpește lejeritatea stilului de viață, voia-bună, liniștea, capacitatea de autoreglare a propriilor emoții, stima și imaginea de sine, distruge relații și afectează în mod direct generațiile următoare, acesta fiind cazul tipic al copiilor unor părinți ce se confruntă cu PTSD.

Actualmente, tehnici terapeutice tot mai diverse sunt create și aplicate cu succes în tratarea acestei tulburări – care a devenit curabilă – însă primul pas pe acest drum este înțelegerea mecanismelor de funcționare a PTSD, pentru că nu putem găsi soluții pentru ceva ce nu înțelegem.

[1] În limba engleză *shell shock* înseamnă *comoție, șoc*.

[2] În limba engleză *combat stress reaction* înseamnă *reacție de stres de luptă*.

Psiholog Gavrilescu Oana-Raluca

E-mail: gavrilescu.oanaraluca@gmail.com

Implicații psihologice ale avortului spontan

Irina Gabriela Grigorovici

Avortul spontan este, din punct de vedere medical, cea mai frecventă complicație care poate apărea la începutul unei sarcini; are o incidență de 15-20% în sarcinile confirmate și în aproximativ 80% din cazuri, apare în primul trimestru. Avortul este considerat nu numai o problemă majoră a sănătății reproducerii, ci și un factor de risc pentru sănătatea și chiar pentru viața mamei. (Hussein, Chyad, 2017)

Avortul spontan este, din punct de vedere psihologic, una din cele mai importante surse de stres, depresie și anxietate în rândul femeilor. Acest eveniment, considerat de cele mai multe ori o traumă, afectează sănătatea fizică și psihică a femeii, viața familială a acesteia, relațiile sociale și chiar viața profesională.

Avortul spontan are un impact major asupra modului în care o femeie se raportează la propria feminitate dar și la ideea de maternitate și la rolul de mamă; apar sentimente de vinovăție, de disperare, de mânie, de neîncredere și nesiguranță în capacitatea ei de a procrea.

Deși avortul spontan este destul de frecvent, o femeie nu poate fi niciodată pregătită pentru un astfel de eveniment, motiv pentru care ea suferă o serie de tulburări psihice. Tulburările depresive și tulburările anxioase care apar în urma unui avort spontan, au fost punctul central al

majorității studiilor care au avut ca subiect de cercetare impactul acestui eveniment asupra psihicului femeii.

Aceste tulburări apar atât ca urmare a experienței pierderii cât și ca urmare a problemelor fizice pe care o femeie le resimte (sângerări, posibile infecții, dureri, dezechilibre hormonale); apar îngrijorări profunde vis-a-vis de cauza sau de factorii genetici care au contribuit la această pierdere, și, cu o semnificație majoră, se pune sub semnul întrebării feminitatea și capacitatea de procreere. (Geller et al., 2004)

Una din semnificațiile majore ale avortului spontan este aceea referitoare la pierderea oportunității de a da naștere unui copil viu. Printr-o gândire critică se poate aprecia faptul că experiența avortului spontan „fură” femeii dreptul de a deveni părinte, de a crește un copil și de a-și forma o nouă identitate de „mamă”. Discutând în termeni de identitate, acest „furt” semnifică dezamăgiri ale unui ideal personal vis-a-vis de identitate și rol matern, de identitate și rol familial, de îndeplinire a unor norme sociale, dar și dezamăgiri ale concepției despre viață și moarte. (Van den Akker, 2011)

Gerber – Epstein et.al (2009) în studiul cu tema „*The experience of miscarriage in first pregnancy: the women’s voices*”, au dat „voce” experienței femeilor din dorința de a afla și a înțelege natura și intensitatea pierderii, relația dintre bucuria aflării sarcinii și suferința pierderii, dar și aspecte legate de viața de după avortul spontan și modalități de recuperare. Concluzia acestui studiu este următoarea: experiența de avort spontan s-a dovedit a fi fundamentală în afectarea sensului de a fi femeie, deoarece pierderea sarcinii subminează credința de bază a femeilor în fertilitatea lor și ca urmare, amenință sensul și rolul lor matern.

Așadar, cu toate că reacțiile organismului uman în caz de avort spontan sunt semnificative (contractții abdominale, sângerări, dureri severe de spate), implicațiile psihologice și consecințele sociale ale acestei experiențe sunt mai severe și mai de lungă durată.

Luca (1985, pag.55) definește implicațiile psihologice ale avortului spontan ca fiind *„consecința șocului emoțional, a sechelelor organice ale avortului sau a complexului psihic rezultat din interpretarea suferințelor, complicațiilor post-abortum, a consecințelor lor personale, familiale și sociale, a fricii de o nouă sarcină etc. Se pot întâlni adevărate psihoze depresive cu idei de culpabilitate, stări anxioase, complexe sexuale, frigiditate, etc”*.

Răspunsul psihic și emoțional în urma unui avort variază de la o persoană la alta funcție de diferențele individuale, de semnificația personală a pierderii dar și de momentul la care s-a produs avortul. Avortul apărut la vârsta de 10 săptămâni a sarcinii, înaintea unei evidențe și a unor semne și modificări vizibile, este greu de comparat, din punct de vedere al suferinței și al traumei resimțite, cu pierderea unei sarcini la 20 de săptămâni de gestație, când există o evidență a sarcinii, mișcările fetale sunt resimțite de mamă iar atașamentul matern fetal s-a produs. În plus, în cazul pierderii unei sarcini la vârsta de 20-22 de săptămâni, mama este pusă în fața unei evidențe șocante: certificat de deces și posibilitatea înmormântării fătului, ceea ce duce la accentuarea și complicarea simptomatologiei de traumă. (Van den Akker, 2011)

Cercetările au demonstrat faptul că indiferent de momentul la care se produce, avortul spontan produce, la nivel psihic, tristețe, deprimare și amărăciune, teamă, lipsă de

Încredere, furie, vină și rușine, devalorizare, sensibilitate excesivă și iritabilitate, fobii, dar și un dor imens după sarcină, o nevoie de a jeli, de a plânge și o nevoie de a găsi un sens și o explicație. Toate acestea pot dura pe o perioadă de 4 până la 12 luni după data avortului, pentru că în acest interval de timp, femeia rămâne în stadiul psihologic al unei sarcini fără final și se focusează pe imaginea copilului pierdut. (Van den Akker, 2011)

Aceste reacții emoționale sunt însoțite de cele mai multe ori de:

- Probleme de somn (la adormire și/sau menținere somn, treziri nocturne bruște, coșmaruri)
- Tendințe de izolare a propriei persoane și dificultăți în relațiile sociale cu femei care sunt gravide sau care au copii
- Tulburări alimentare (mâncat excesiv sau înfometare)
- Probleme de intimitate (dificultăți în relația cu partenerului)
- Probleme în relaționarea cu ceilalți copii – dacă există (protecție excesivă sau răcire emoțională)
- Tulburări în percepția ciclului menstrual (sângele și durerile din timpul menstruației pot aminti de avort)

Snyder (2017) identifică 5 stadii ale suferinței în urma unui avort spontan:

1. Șoc și negare. Șocul creează un mecanism de apărare a psihicului în fața traumei produse. Femeia încearcă să respingă suferința resimțită, nu se poate confrunța cu ea pentru că este greu de suportat.

2. Furie. „Am făcut totul corect! De ce eu?”, „Am respectat tratamentul! De ce sarcina mea? De ce copilul meu?”. Unele femei externalizează furia și pun experiența avortului spontan pe „lipsă de corectitudine a vieții și sorții”. În cele mai multe situații însă, femeile care au avut experiența unui avort spontan, resimt furie față de ele însele și față de corpul lor. În condițiile în care, din punct de vedere medical, femeii i se face cunoscut faptul că nu are o vină sau o responsabilitate anume pentru pierderea spontană a sarcinii, ea resimte furie și mânie vis-a-vis de propria persoană, de corpul ei, simte că putea face mai mult ca să evite avortul (să evite stresul, să aibă o alimentație echilibrată, să se odihnească mai mult, etc). Firește că niciuna dintre acestea nu putea preveni avortul, dar sentimentul de responsabilitate acaparează gândirea femeii, sentiment care se va transforma ulterior într-o stare de depresie.
3. Nesiguranță. Această fază este caracterizată de încercările femeii de a găsi un motiv pentru experiența avută și de a-l remedia; de încercări de a corecta ceea ce consideră că poate fi greșit și de a se asigura astfel că nu se va mai repeta experiența și la o sarcină viitoare. Unele femei renunță astfel la multe aspecte legate de feminitate (machiaj, vopsit, tratamente cosmetice), la alimentele non-ecologice, la viața profesională (pentru a evita stresul) și aleg să se dedice mai mult unor măsuri de prevenție.

Informația potrivit căreia pierderea spontană a sarcinii poate apare în lipsa unor cauze specifice sau că nu poate fi prevenită într-un fel sau altul, este deosebit de supărătoare pentru femeie și, de aceea, această fază este orientată spre găsirea unor soluții pentru ne-repetarea experienței. Este

un timp în care femeia caută răspunsuri și încearcă să atingă un nivel de perfecțiune în viața ei.

1. Depresie. Această fază este caracterizată de conștientizarea amplitudinii pierderii, a faptului că trecutul nu poate fi schimbat și mai mult decât atât că nimic nu poate asigura și securiza o viitoare nouă sarcină. Femeile se izolează frecvent în această fază, chiar și de cei foarte apropiați care vor să o sprijine, se simt singure și neputincioase în fața durerii și a pierderii. Resimt un nivel scăzut de energie, o diminuare a interesului sau a plăcerii pentru activitățile zilnice, motivație redusă, sentimente de inutilitate și devalorizare.

Severitatea depresiei depinde de intensitatea cu care femeia resimte propria experiență dar și de predispoziția ei la depresie și/sau alte boli psihice.

- Acceptarea și recuperarea. Această fază survine de obicei după șase-șapte săptămâni de suferință acută; intensitatea durerii începe să scadă. În cele din urmă, vor trece zile când frecvența gândurilor legate de experiența avortului va scădea, lucru ce poate cauza vinovăție și o regresare la fazele anterioare (depresie sau furie). În final, femeia va depăși, în propriul ritm, această traumă emoțională, va face parte din istoria ei de viață, fără însă a o defini.

Personalul medical de îngrijire, partenerul de viață, familia extinsă sau grupul de prieteni au un rol major în susținerea femeii care a suferit un avort spontan și în recuperarea sa emoțională, prin îndrumare, prin atenție la nevoi, grijă, prin suport fizic și emoțional, prin înțelegere și răbdare, prin

ascultare, prin compasiune și empatie sau prin simplul fapt de a fi lângă ea.

Dacă sistemul complex de sentimente și afecte suferit de o femeie ca urmare a unui avort spontan, este neglijat sau trecut sub tăcere, atunci pierderea resimțită, prin intensitatea și forța sa, duce la apariția simptomatologiei traumei. Dacă o femeie se confruntă singură cu această experiență traumatică, într-o relativă izolare de orice fel de sistem de suport, se nasc implicații psihologice severe.

Bibliografie

1. Geller, A., Kerns, D., Klier, C.M., (2003), *Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions*, Journal of Psychosomatic Research 35–45
2. Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, RD., Benyamini, Y., (2009), *The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices*, Death Studies 2009 Jan;33(1):1-29.
3. Hussein, S.M., Chyad, S.S., (2017), *Risk Factors Associated with Spontaneous Abortion*, International Journal of Scientific and Research Publications, Volume 7, Issue 8
4. Luca, V., (1985), *Avortul-complicații majore*, Editura Medicală, București
5. Snyder, C., (2017), *The 5 Stages Of Grief After A Miscarriage*, HuffPost Contributor platform
6. Van Den Akker, O., (2011), *The psychological and social consequences of miscarriage*, Expert Rev.Obstet.Gynecol.6(3)

7. World Health Organization, (2009), *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the literature*

Autor:

Irina Gabriela Grigorovici – psiholog clinician și psihoterapeut de orientare Cognitiv Comportamentală.

Telefon: 0741/114.893

E-mail: psihologie.grigorovici@gmail.com

De ce nu reușesc să mă schimb?

Tiberiu Seeberger

Ai făcut aceleași lucruri luni sau ani la rând și acum vrei ca de mâine totul să se schimbe, ca prin magie?

Comportamentul nostru a fost și va rămâne un subiect foarte interesant. De ce oamenii se comportă într-un fel sau în altul este o întrebare ce ne ridică interesul și întrebarea devine și mai interesantă atunci când vorbim despre comportamentele extreme: comportamentele criminale, comportamentele iraționale etc..

În articolul ce urmează voi vorbi despre modul în care apar comportamentele și de ce fac oamenii comportamente care uneori nu au niciun sens, fie că vorbim de tărâmul patologicului sau al normalului cotidian. După ce vei citi articolul, vei înțelege mai bine cum apare comportamentul și de ce nu ți-l poți schimba peste noapte.

Comportamentul este definit în DEX ca fiind „modalitatea de a acționa în anumite situații” sau un ansamblu al activităților prin care „se exteriorizează viața psihică”. Nimic mai greșit. Comportamentul reprezintă modul prin care noi ne manifestăm, rezolvăm o problemă pe care o întâlnim, ne exprimăm și lăsăm oriunde pe unde mergem o parte din noi, o amprentă a noastră. Este un lucru al nostru, unic. Nimeni altcineva nu are un comportament asemănător cu al nostru pentru că fiecare dintre noi este unic.

Pornim de la faptul că modul în care ne comportăm este o exteriorizare a vieții psihice. Acest lucru este foarte ușor de înțeles dacă luăm un sentiment pe care toată lumea îl trăiește și două manifestări total diferite. Cu toții suntem supărați, dar unii se exprimă prin țipete și alte moduri violente, în timp ce alții cad în depresie sau țin totul în ei. Fie că vorbim despre țipete, fie că vorbim despre o depresie, plânsete și retragere, în spatele comportamentului stă o emoție și aici de față este vorba despre frustrare. Frustrarea provine de la ceva ce persoana în cauză simte că îi lipsește. Întotdeauna apare o astfel de lipsă. Reacția la această lipsă este efectul, iar lipsa este cauza.

Cu toții am calmat măcar o dată în viață un adult care era supărat, un prieten bun, un copil care a plâns sau un coleg de serviciu care a simțit că nu mai suportă atmosfera. Răspunsul lor sună cam așa: „Nu îl suport pe șeful. Nu se pricepe la nimic, dar este atât de arogant. Nu ajută pe nimeni și nu face nimic din ceea ce ar face un șef obișnuit.”. Într-un astfel de discurs se vorbește despre lipsa dragostei.

Țipete / plânsete — supărare — frustrare — lipsă

Dar doar copiii caută iubire, nu? Adulții au primit iubire cât au fost copii, au crescut și nu mai au nevoie. „Bărbații nu plâng, iar femeile oricum se joacă pe degete cu sentimentele”. Adevărul este că dacă un lucru te deranjează acum, înseamnă că este o rană deschisă care a rămas deschisă de mult timp și s-a infectat.

Fie că vorbim despre lipsa de iubire, lipsa unui model feminin sau masculin, lipsa unei separări față de mamă, lipsa unor limite etc., orice lipsă își spune cuvântul și strigă după ajutor așa cum poate.

Un comportament irațional, să spunem un atac de panică, este un strigăt de ajutor al unei probleme mai adânci. Mergi pe stradă liniștit și dintr-o dată apare un atac de panică. Spui că a venit din senin și că nu există un motiv pentru acesta, dar poate că este chiar în fața ta și nu îl poți vedea. Poate că faptul că te-ai depărtat de casă reprezintă motivul sau faptul că ești înconjurat de oameni necunoscuți și absolut niciun prieten sau că abia ai plecat de la o întâlnire cu o prietenă cu care ai fi vrut să mai stai.

Vorbești cu un prieten drag și faci cum faci astfel încât ajungi să îl rănești. Ții la el, o știi foarte bine, dar, fără să vrei, îl rănești și el se simte rănit în timp ce tu te simți vinovată. Poate îl rănești pentru că te temi de apropierea dintre voi doi. Poate te deranjează că nu este la fel ca tine. Poate că lipsa este cea a limitelor.

Pentru a schimba modul în care te porți, trebuie să schimbi sentimentele care stau la baza acestui mod de relaționare. Trebuie să descoperi ce anume îți provoacă acea lipsă, cum se exprimă ea, de ce ai nevoie și mai ales de ce faci acel lucru exact în acel moment când de fapt puteai să faci o mie și una de alte lucruri?

Posibilitățile sunt infinite. Lumea noastră interioară este mai mare decât crezi, dar totul are o logică. În cadrul psihoterapiei psihanalitice este explorată fiecare bucățică de comportament și este pusă cap la cap pentru a forma întregul. Aici este locul unde se rezolvă problemele emoționale și, mai important de atât, unde sunt înțelese.

Tiberiu Seeberger, psihoterapeut psihanalist

Spațiul sacru din interiorul meu

Cristina Nicolae

Un lucru este clar: starea noastră de bine depinde de calitatea relațiilor pe care le avem. Dar oare relațiile sunt create doar din momentele în care suntem împreună, vorbim sau interacționăm într-un fel cu acei oameni? Care este sufletul unei relații? Au relațiile ceva nevăzut, profund, magic?

Personal, cred că cea mai importantă parte a relației este ceea ce eu numesc, spațiul sacru. Spațiul sacru care se creează în orice relație, mai ales în relațiile de lungă durată din viața noastră (de iubire, de prietenie, de familie, în psihoterapie), reprezintă tot ceea ce nu se spune neapărat în cuvinte sau în gesturi, ci este simțit și trăit la nivel personal și relațional într-un mod autentic, profund.

Relația care există între doi oameni, reprezintă un organism separat de ei înșiși. Acest organism are nevoi și dorințe, la fel ca oamenii care alcătuiesc relația respectivă. O relație are nevoie să fie întreținută, iubită, respectată, să i se acorde spațiu atunci când este cazul, să i se îndeplinească dorințe ce țin de distracție, relaxare...etc...etc.

Spațiul sacru al relației există într-o formă abstractă, în interiorul fiecărei ființe din relație. El este format dintr-o cameră specială din sufletul unui partener, care este legată cu fire invizibile, de o cameră specială din sufletul celuilalt partener. Această cameră, la fel ca celelalte camere în care intrăm zi de zi, are anumite nevoi. Trebuie să o aerisim

constant, adică să lăsăm să iasă din ea cuvinte nespuse, nevoi neîmplinite, frici de care nu am discutat până acum...prin a le împărtăși constant celeilalte persoane. De asemenea, în camera aceasta din lumea noastră interioară, se strânge și gunoi, resturi emoționale mai mici sau mai mari, care lăsate în același loc nu ne fac bine. Orice relație acumulează reziduuri relaționale, oricât de bine ar merge relația respectivă. Dacă suntem atenți la acest spațiu sacru și pentru câteva momente în fiecare zi, ne descălțăm de tot ceea ce credem că știm și pășim blând în el, ne vom da seama dacă sunt vorbe nevorbite, sentimente netrăite (pe care nu ne dăm voie să le conștientizăm) sau neîmpărtășite, păreri nespuse, frici negândite. Apoi, putem alege conștient, ca orice vorbă cât de mică, să fie împărtășită și astfel eliberată, adică să i se ofere dreptul la existență.

Acest spațiu sacru are nevoie el însuși de ceea ce numele sugerează, adică de spațiu. Această nevoie o resimțim în diferitele momente când ne dorim mai multă apropiere sau distanțare de partener. Relația este precum un ocean, ca un val să vină, este nevoie ca alt val să se retragă. Este nevoie de un dans, un pas în față, unul în spate, sau doi în față și cinci în spate. În relațiile pe termen lung (nu mă refer doar la cele de cuplu) apar inevitabil, discrepanțe între nevoia unui partener de apropiere și nevoia celuiilalt de distanță, de spațiu. Vă invit să vă lăsați liberi să exprimați aceste nevoi fundamentale, să vorbiți despre cum simțiți că este partenerul, dacă simțiți că aveți nevoi diferite sau să puneți în cuvinte acele momente, când aceste nevoi există în feluri similare în spațiul sacru din interiorul fiecăruia. Distanțarea nu trebuie să fie neapărat fizică, pentru că uneori locuim în aceeași casă cu persoana respectivă. Ea se simte și are nevoie de spațiu mai ales la nivel emoțional.

Acest dans din interiorul oceanului nostru interior, nu are reguli fixe, nu are o rețetă universală, este în continuă mișcare, transformare, echilibrare cu nevoile, dorințele, fricile noastre din acel moment al vieții, dar și cu ale partenerului/partenerilor (într-o familie cu mai mulți membri, fiecare este conectat la un spațiu sacru comun, dar există și între fiecare două persoane din acel grup, câte un spațiu sacru al relației).

Cred că o relație sănătoasă este o relație în care mă pot arăta pe mine așa cum sunt în acel moment de timp. O relație în care să îmi pot exprima autentic și profund sentimentele care există în mine, în care pot comunica ce nevoi am, ce îmi doresc de la mine înșămi, partener, viață, ce fantezii am legate de orice element din această lume, ce frici mă tulbură, oricât de stupide sau reale ar fi, ce îmi imaginez despre cum aș vrea să fie relația, viața mea sau viața în general, cu ce nu sunt de acord, ce mi se pare stupid, urât, neimportant, chiar dacă credințele mele sunt diferite de ale partenerului, fără să încerc să îmi impun părerea și fără să îl acuz pe partener.

Suntem unici în acest Univers, fiecare dintre noi simțim iubire, frică, fericire, furie...dar le simțim într-un mod personal, irepetabil, un mod pe care niciodată nu îl vom putea arăta cu exactitate nici unei alte persoane. Oricât am încerca să explicăm, să demonstrăm...lumea noastră interioară este separată de celelalte lumi interioare, de un spațiu care nu poate fi trecut.

Aceasta este o realitate complexă, pe care eu o resimt cu o oarecare teamă sau mai bine spus, părere de rău. De asemenea, simt că lumea mea interioară este atât de bogată, de frumoasă și de complexă, încât pot încerca să

mă conectez la ea în feluri diferite și mai profunde, decât să îmi pară rău că nu voi cunoaște niciodată pe deplin o altă lume interioară și că nici lumea mea interioară nu va fi cunoscută de un alt suflet.

Despre această singurătate de netrecut, vorbește foarte frumos Yrvin D. Yalom, în cartea sa „Psihoterapia existențială”. El numește această singurătate, izolare existențială și o să redau un citat: „Indivizii sunt adesea izolați de ceilalți și de părți din ei înșiși, însă la baza acestor falii stă o izolare și mai fundamentală ce aparține existenței – o izolare care persistă în pofida celor mai satisfăcătoare relații cu alți indivizi și în pofida unei autocunoașteri și integrări ireproșabile. Izolarea existențială se referă la hăul de netrecut între propria persoană și ceilalți.”

Tot el spune: „Suntem înconjurați de o lume familiară și stabilă de obiecte și instituții, o lume în care toate obiectele și ființele sunt conectate și interconectate iarăși și iarăși la familiar; lumea primordială, de o imensă goliciune și izolare, este îngropată și trecută sub tăcere, rămânând să fie auzită doar în reprize scurte, în coșmaruri și viziuni mitice.”

Existența noastră este mult prea complexă pentru a putea fi povestită în cuvinte, cuvinte ce limitează, deformează și schimbă sensul trăit în interior. De aceea, avem nevoie să aducem în viața noastră feluri diferite de a ne exprima și de a transcende realitatea primă. Atunci când ascultăm o melodie preferată și ne lăsăm purtați de emoție și nu de cuvinte, atunci când facem dragoste și simțim cu tot corpul, atunci când pictăm și uităm de scop, atunci când medităm sau facem yoga ... atunci transcendem existența însăși și transformăm realitatea de zi cu zi într-o realitate sacră.

Spațiul sacru este în primul rând un spațiu din noi înșine, în care ne întâlnim cu noi înșine.

Sunt Cristina Nicolae, psiholog clinician și psihoterapeut experiențial, cu formare în psihosexologie. Lucrez ca psiholog în cadrul Fundației Inocenți – Romanian Children's Relief și ca psihoterapeut în practica privată.

Telefon: 0755/698.936

E-mail: cristinanicolae004@gmail.com,
cristina.nicolae@inocenti.ro

Curs de formare continuă:

Managementul modern al serviciilor de psihologie aplicată în domeniul securității naționale – ediția a VII-a

Formare profesională continuă: Managementul modern al serviciilor de psihologie aplicată în domeniul securității naționale – ediția a VII-a

Furnizor de formare profesională: Asociația de Psihologie Aplicată Timișoara

Formator: Comandor Av. (r) Dr. Teodor Voicu, psiholog principal

Specialitatea profesională pentru care se asigură formarea: Psihologie aplicată în domeniul securității naționale

Credite Colegiul Psihologilor din România: 10

Important!

Acestea sunt toate creditele necesare într-un an, pentru întreaga activitate a psihologului. Conform normelor în vigoare, nu mai este nevoie să fie realizate credite în fiecare dintre specialitățile deținute, fiind suficiente creditele obținute la o singură specialitate.

Programa analitică a cursului:

A. *Teme principale* (prezente la fiecare ediție, având de fiecare dată și elemente noi):

1) Evaluarea psihologică a persoanelor care dețin arme

- Scop;
- Tipuri de evaluare;
- Baza metodologică de organizare a probelor în baterii;
- Ghid de standardizare a procesului de evaluare psihologică;
- Organizarea evaluării;
- Construirea bateriei de evaluare psihologică;
- Realizarea examenului de evaluare psihologică;
- Situațiile care constituie contraindicații pentru accesul la armament și muniții;
- Aplicație practică privind evaluarea psihologică a persoanelor care dețin și utilizează arme;
- Legislația specifică.

2) Managementul serviciilor psihologice în organizațiile din domeniul securității naționale și în cabinetul de psihologie

- Cadrul legislativ;
- Serviciile psihologice - competențe, domenii, tipuri de activități;
- Structuri și funcții specifice;
- Factorul uman;
- Selecția și evaluarea personalului;
- Pregătirea psihologică pentru misiune;
- Principii internaționale ale asistenței psihologice în teatrele de operații.

B. *Teme secundare* (sunt introduse în fiecare ediție câte două teme total noi, acestea fiind alese dintre temele de interes ale momentului).

3) Psihologia liderului militar

- Oamenii aceștia sunt cei mai buni pe care i-am văzut. Sunt eu bun să îi conduc?
- Care este diferența dintre management și leadership?
- Categoriile, sau niveluri, de conducere;
- Caracteristici care îi diferențiază pe „managerii lideri” de „managerii de duzină”;
- Componentele cheie în leadership;
- Modele și stiluri de leadership;
- Managementul conflictelor;
- Putere și leadership.

4) Integrarea socio-profesională a deținuților.

- De ce recidivează deținuții?
- Realitatea de dincolo de poarta penitenciarului;
- Alternativa la penitenciar - Serviciile de probațiune;
- Detenția: corecție sau „perfecționare”?
- Este posibilă reducerea criminalității post-executorie?
- Strategia națională de reintegrare socială a persoanelor private de libertate;

- Societatea civilă – organizații guvernamentale și nonguvernamentale – ca vectori esențiali în procesul de incluziune socială;
- Rolul autorităților publice locale în procesul de reintegrare socială;
- Dezvoltarea unor servicii de suport social;
- Principiul „win-win situation”: a pedepsi mai puțin și a ajuta mai mult.

Data/Locația:

15.02.2020 – Oradea;

22.02.2020 – Baia Mare;

14.03.2020 – Slatina;

21.03.2020 – Bacău;

28.03.2020 – Constanța;

04.04.2020 – Timișoara;

25.04.2020 – Pitești;

09.05.2020 – Ploiești;

16.05.2020 – Alba Iulia;

23.05.2020 – Iași;

20.06.2020 – Brașov;

10.10.2020 – București.

Detalii privind înscrierea: psiholog@teodorvoicu.ro,
0744/508.121

Curs de formare continuă:

Evaluarea psihologică individuală standardizată în selecția de personal

Workshop de formare profesională continuă:

„Evaluarea psihologică individuală standardizată în selecția de personal”.

Program de autotraining și training de cunoaștere, scorare și interpretare complexă a rezultatelor la probele psihologice aplicate manual (în format „creion-hârtie”) pe propria persoană, cu conținut formativ pentru două module de formare profesională continuă, acreditat de Colegiul Psihologilor din România intitulat:

- M1-Psihodiagnoza aptitudinilor;
- M2-Psihodiagnoza personalității cu ajutorul chestionarelor.

Organizator: Asociația de Psihologie Aplicată în Domeniul Securității Naționale din România (APADSNRO)

Formator: Col.(rtr.), psiholog principal dr. Gheorghe Perțea, manager de programe, formator și președinte al APADSNRO - Asociația de Psihologie Aplicată în Domeniul Securității Naționale din România

Durata: 2 module beneficiind de livrabile - materiale formative de training și autotraining privind utilizarea kiturilor de aplicare manuală - în format „creion-hârtie” a

principalelor teste de aptitudini și a chestionarelor de personalitate, aflate în componența unei baterii multifuncționale de teste psihologice, profesionale, alcătuite și validate de formator (adaptate, standardizate, etalonate), în decursul întregii sale cariere, în mediul profesional militar și civil. Acest program de training desfășurat intensiv, de utilizare manuală (în format „creion - hârtie”), pe parcursul a 2 zile succesive, sub îndrumarea formatorului, face posibilă însușirea într-un mod accelerat a competenței de „psihodiagnostician” a participanților, datorită posibilității însușirii de către utilizatori (mai întâi asupra propriei persoane), a structurii interne a probelor standardizate aptitudinale și de personalitate incluse într-o baterie de selecție de personal și a etapelor întregului proces de aplicare, scorare și interpretare a rezultatelor obținute la astfel de probe, spre deosebire de modalitatea de învățare a probelor standardizate aptitudinale și de personalitate de tip chestionar aplicate computerizat, la care utilizatorul nu are acces la unele aspecte esențiale ale acestor probe, cum ar fi grila de cotare (scorare) a rezultatelor obținute de subiectul evaluat la scalele inventarelor (chestionarelor) de personalitate complet computerizate, aplicate online. Considerăm ca fiind indispensabilă, cel puțin în faza de cunoaștere inițială și stăpânire a unui inventar nou de personalitate, ca psiholog practicant în supervizare-nivelul I de specializare (cu atât mai mult în cazul nivelurilor II și III de specializare), învățarea acestuia folosind, când aceasta este creată (standardizată, sub forma unui „kit” de aplicare), forma de aplicare manuală („clasică”- în format „creion-hârtie”), în scopul interiorizării tuturor acțiunilor intelectuale ale competenței în lucru cu acel instrument de psihodiagnoză individuală a profilului personalității investigat de acel instrument. După această etapă de învățare și utilizare a unui astfel de instrument de psihodiagnoză, putem, de

exemplu, să aplicăm și interpretăm profilul de personalitate obținut cu ajutorul unei versiuni computerizate, pentru valorificarea tuturor avantajelor procesului de computerizare a testelor psihologice, care sunt suficient de multe și pe care, nu ne propunem să le enunțăm aici.

Credite profesionale (CPR): pentru ambele module - 40 (20 credite/modul)

Specialitatea profesională în care sunt valabile creditele

CPR: în orice specialitate din domeniul psihologiei aplicate, pentru care se solicită obținerea atestatului de liberă practică și schimbarea treptei profesionale; adică de la nivelul I – de specializare de psiholog - practicant în regim de supervizare, la psiholog practicant în regim autonom, sau la nivelul al II-lea de specializare de psiholog – specialist, cât și la nivelul al III-lea de specializare de psiholog principal – (conform Anexelor, aprobate în ședința CD al CPR, din 31.10.2019, numerele 2, 3A și 3B, toate privind conținutul dosarelor de atestare profesională, în special, referitoare la punctele 9, 15 și 12 ale acestor anexe, care se referă la dovada formării profesionale continue în specialitatea pentru care se solicită obținerea atestatului de liberă practică, respectiv la modalitatea de calcul a creditelor profesionale în diferite perioade de normare a acestora de către CD al CPR.

Astfel, este important să subliniem faptul că, din 2006 – aprilie 2010 – s-a prevăzut obligația obținerii unui minimum de 10 credite în specialitate / an; din mai 2010 – 2013 - 20 de credite în specialitate / an; din 2014 – 2018 - 10 credite în specialitate / an, martie 2019 – prezent – 10 credite în profesie / an (conform normelor în vigoare, nu mai este nevoie să fie realizate credite în fiecare dintre specialitățile deținute, fiind suficiente creditele obținute la o

singură specialitate). Desigur că, în această din urmă situație, pentru a stimula motivația pentru formarea profesională continuă a psihologilor este de dorit să se prevadă în norme nu numai condiția standardului minim de realizat ca dovadă a formării profesionale continue, într-o specialitate deținută de candidatul cu drept de liberă practică prezentat la comisia de specialitate pentru trecerea la o treaptă profesională superioară, ci și trepte de apreciere anuală a activității de perfecționare prin numărul de credite CPR de formare continuă obținute, ca de exemplu: minim 10 și peste 10 credite profesionale/an-nivel mediu-M, 20 credite profesionale și peste/an – nivel bun – B, 30 credite profesionale și peste/an obținute – nivel foarte bun – FB (eventual calcularea numărului mediu de credite profesionale obținute anual, când se evaluează activitatea individuală de formare profesională continuă pentru o anumită perioadă de ani).

Modulul I: *Psihodiagnoza standardizată a aptitudinilor cognitive în evaluarea și selecția personalului* (materialele formative ale modulului sunt livrabile pentru cei interesați, numai în format electronic pentru autotraining și însușirea modulului de aplicare a unei baterii multifuncționale aptitudinale, scorarea și interpretarea rezultatelor pe propria persoană, în mod independent, punându-se la dispoziția participanților care au optat la înscriere și pentru acest modul I, kitul de utilizare în format „creion-hârtie”, a fiecărui test component al bateriei. Totodată, autorul transmite prin suportul de curs în format electronic și documentația aferentă elaborată de către acesta privind dovezi ale valorii psihodiagnostice și prognostice a fiecărui test din componența bateriei aptitudinale multifuncționale, rezultate din experiența sa practică, privind utilizarea acesteia în

evaluarea diferitelor categorii de personal, atât din mediul ocupațional militar, cât și din mediul civil.

Modulul al II-lea: *Psihodiagnoza standardizată a personalității cu ajutorul chestionarelor în evaluarea și selecția personalului* (materialele formative sunt livrabile atât sub formă de training, cât și în format electronic pentru autotraining).

Obiective generale pentru ambele module:

1. aprofundarea cunoașterii științifice a modului de organizare și desfășurare a activității de evaluare psihologică individuală standardizată în selecția de personal (clasificare, repartizare, promovare), ca principală sarcină și competență a psihologilor practicieni care activează în structurile de apărare, ordine publică și siguranță națională și privată, cât și a acelor care au responsabilități în securitatea și protecția capacității de muncă în organizații;
2. formarea deprinderilor și a competențelor metodologice în activitatea de psihodiagnoză și evaluare psihologică individuală în scop de selecție a personalului, prin cunoașterea standardelor de calitate privind aplicarea în format „creion-hârtie” și interpretarea datelor obținute, în principal cu ajutorul probelor psihometrice standardizate (a testelor de aptitudini cognitive și a chestionarelor de personalitate), ce intră, obligatoriu, în componența bateriilor de selecție psihologică a personalului.

Publicul țintă: Psihologi cu drept de liberă practică interesați de perfecționarea competenței de psihodiagnostician în domeniul psihologiei aplicate în securitatea națională, publică și privată și de psihologia aplicată în

diferite organizații de muncă, cât și în domeniul psihologiei transporturilor.

Programa analitică a cursului:

Modulul I: Psihodiagnoza standardizată a aptitudinilor cognitive în evaluarea și selecția personalului

1. Cadrul legal, conceptual și metodologic al selecției și evaluării psihologice: obligații și responsabilități ale psihologului evaluator;

2. Elaborarea sau achiziționarea și însușirea metodologiei de evaluare și selecție psihologică: etape, principii, structură: domenii ale evaluării psihologice standardizate în instituții/firme;

3. Principalele categorii de probe standardizate (teste) utilizate în componența bateriilor de selecție și evaluare psihologică a personalului în instituții/firme;

4. Identificarea, analiza, cuantificarea și evaluarea criteriilor psihologice relevante și a predictorilor pentru performanțele cerute în diferite fișe de post, funcții, domenii și activități profesionale (aplicații-proiect: constituirea unor baterii standardizate minimale specifice de selecție și evaluare psihologică pentru funcții ce solicită candidați cu studii medii, cât și pentru funcții ce solicită candidați cu studii superioare, cu motivarea alegerii probelor utilizate);

5. Dovezi ale validității relative la criteriu (predictive) ale testelor de inteligență generală și de aptitudini cognitive (studii de caz, aplicații);

6. Aplicarea în format „creion-hârtie” a testelor de inteligență generală neverbală/verbală în selecția și evaluarea psihologică a diferitelor categorii de personal (în funcție de nivelul de școlaritate și durata formării profesionale, securitatea și protecția muncii, siguranța

traficului în transporturi, complexitatea solicitărilor psiho - intelectuale, etc.);

7. Valoarea testelor de aptitudini cognitive specifice (verbale, neverbale, perceptivă, de atenție, de observație, memorie, creativitate, psihomotrice, de raționament nonverbal și verbal, etc.) în bateriile de selecție și evaluare psihologică a personalului, în analiza și interpretarea rezultatelor, în fundamentarea deciziei și elaborarea avizului psihologic (predicției);

8. Valoarea bateriilor multifuncționale și de aptitudini multiple în selecția și evaluarea psihologică a personalului (exemple, aplicații).

Modulul al II-lea: Psihodiagnoza standardizată a personalității cu ajutorul chestionarelor în evaluarea și selecția personalului

1. Chestionarul – instrument principal în psihodiagnoza (evaluarea) dimensiunilor și structurilor personalității și pentru interpretarea profilului acesteia; cerințe, metode și strategii în construirea, adaptarea și utilizarea în format „creion-hârtie” a scalelor și chestionarelor de personalitate: calitățile psihometrice ale chestionarelor de personalitate utilizate în acest format;

2. Cunoașterea structurii interne a principalelor categorii ale chestionarelor de personalitate utilizate în selecția și evaluarea psihologică a personalului cu studii elementare și medii; rolul evaluării profilului structurii temperamentale a personalității în selecția de personal (exemple și aplicații în format „creion-hârtie” de aplicare, scorare și interpretare a rezultatelor);

3. Cunoașterea și interiorizarea structurii interne a unor chestionare multifazice clasice și moderne de personalitate, utilizate în selecția și evaluarea psihologică a personalului, sau adaptate de autor de-a lungul activității sale

profesionale din literatura de specialitate străină (îndeosebi rusă, engleză), pentru utilizarea în formatul clasic de aplicare „creion-hârtie”;

4. Cunoașterea și interiorizarea structurii interne, precum și valoarea chestionarelor de tip BIG FIVE în selecția și evaluarea psihologică a personalului (exemple și aplicații „creion-hârtie”);

5. Importanța utilizării chestionarelor tipologice în selecția și evaluarea psihologică a personalului (exemple și aplicații în format „creion-hârtie”);

6. Scale de personalitate pentru diagnoza și predicția unor trăsături (factori) de personalitate, cu valoare clinică și operațională (exemple și aplicații în format „creion-hârtie”);

7. Valoarea chestionarelor de inteligență emoțională în selecția și evaluarea psihologică a personalului (exemple și aplicații în format „creion-hârtie”);

8. Elaborarea avizului aptitudinal prognostic și a raportului în urma integrării și interpretării datelor cantitative și calitative ale evaluării psihologice; principiile validării testelor psihologice și a combinării lor într-o baterie de selecție. Calitățile testelor psihologice și ale bateriilor de selecție. Revalidarea (contravalidarea) și alternative la studiul de validare.

Număr participanți: minim 15

Date de contact:

E-mail: ghepertea@gmail.com;

Telefon: 0722/131.548

Website: <http://www.apadsnro.ro>

Supervizarea profesională

Psiholog Teodor Voicu

Supervizarea profesională, indiferent de specialitatea aleasă de tinerii psihologi, își propune să încurajeze și să faciliteze dezvoltarea profesională a acestora, pentru a dobândi competențe de bază și specifice, în scopul accederii în profesie și a căpăta autonomie profesională.

Supervizarea este un proces complex, caracterizat de *angajare* (învățarea are loc printr-un dialog supervisor-supervizat), *nesiguranță* (punctul central și rezultatele sunt de obicei neclare participanților la începutul supervizării) și *formare* (procesele raționale ale supervizatului îi devin clare supervisorului, care îl ajută în primul rând să le configureze, astfel încât să înceapă să gândească ca un psiholog).

Formarea profesională a psihologilor are două componente: teoriile și cercetarea formală, care sunt predate în mod obișnuit într-o manieră didactică tradițională, și cunoașterea bazată pe experiența psihologilor practicieni. Cele două componente ar trebui să se completeze reciproc, dar este dificil de realizat un echilibru între ele, această stare de fapt constituind o barieră în calea tinerilor psihologi pe calea integrării adecvate a celor două domenii de cunoaștere.

Practica supervizată este esențială pentru integrarea acestor două domenii de cunoaștere, supervizatul reușind să pășească pe puntea dintre campusul universitar și practica minunatei profesii care este psihologia.

Dar practica singură nu este unicul mijloc prin care se obține competența necesară; dacă nu este însoțită de feedback sistematic și de o reflectare ghidată, oferite de

supervizor, practicienii începători nu pot să obțină mai mult decât iluzia că își dezvoltă competența profesională.

Supervizarea este evaluativă, evaluarea reprezentând una dintre componentele importante și integrante ale supervizării, fiind implicată în mandatul supervizorului de a proteja clienții supervizatului, atât pe cei prezenți, cât și pe cei viitori, după încheierea formării profesionale.

Eu sunt supervizor în trei specialități:

- psihologie aplicată în domeniul securității naționale;
- psihologia muncii și organizațională;
- psihologie clinică.

Obiectivele mele ca supervizor sunt stimularea dezvoltării profesionale a supervizatului și asigurarea serviciilor de calitate oferite de supervizat clienților săi. În cazul fiecărei persoane supervizate, aceste obiective pot varia atât ca specificitate, cât și ca orientare în timp, cu nuanțe personale, derivând dintr-o combinație între propria teorie sau propriul model ale supervizorului, nevoile particulare de dezvoltare ale supervizatului și dorințele exprimate de supervizat.

De regulă, întâlnirile noastre sunt săptămânale dar, atunci când situația o impune, putem avea și întâlniri neplanificate. Durata unei întâlniri nu este fixă, fiind determinată în funcție de temele, problemele sau numărul de cazuri care urmează a fi analizate.

Tehnicile de supervizare sunt și acestea flexibile, dar nu lipsesc raportul verbal, raportul scris, jocul de rol, înregistrările audio-video, strategiile rezolvării de probleme.

Analizăm împreună cele mai importante aspecte ale abordărilor cantitative și calitative privind evaluarea

psihologică, apoi cunoaștem și aplicăm instrumente specifice fiecărei categorii.

Bineînțeles, fiecare psiholog supervizat primește formulare de conceptualizare a cazurilor, fișe de lucru utilizate în practica psihologică pentru diferite scopuri, resurse informative pentru clienți.

La finalul perioadei de supervizare, tinerii psihologi cu care colaborez obțin următoarele deprinderi:

a) Pentru specialitatea psihologie clinică:

- evaluarea psihologică cu referire la factorii psihologici implicați/relevanți pentru sănătate și boală, la copii și adulți, cu relevanță pentru individ, cuplu, familie, grup/organizație, plus intervenție psihologică clinică și consiliere primară în cazul modificării acestor factori;
- identificarea factorilor psihologici implicați în sănătate, dezvoltare și tulburare/boală mintală, handicap/dizabilități;
- autocunoaștere / optimizare / dezvoltare personală / psihologie pozitivă / coaching psihologic;
- evaluarea psihologică clinică a copiilor cu cerințe educaționale speciale - CES, tulburări de neurodezvoltare;
- acordarea de feedback persoanelor în urma evaluării psihologice;
- redactarea rapoartelor scrise de evaluare psihologică clinică.

b) Pentru specialitatea psihologia muncii și organizațională:

- evaluarea psihologică și diagnoza la nivel de post, individual și de grup;
- analiza psihologică a muncii;
- elaborarea fișelor de post, în funcție de caracteristicile contextului organizațional;
- psihodiagnostic individual în vederea angajării, autorizării/menținerii în funcție, sau la solicitarea instituțiilor abilitate;
- diagnoza percepțiilor și construcțiilor mentale tipice pentru membrii unui grup și diagnoza diferențelor intergrupale;
- evaluarea sistemelor, proceselor, procedurilor, politicilor dintr-o organizație;
- acordarea de feedback persoanelor/grupurilor în urma evaluării psihologice;
- redactarea rapoartelor scrise referitoare la evaluarea psihologică individuală/de grup.

c) Pentru specialitatea psihologie aplicată în domeniul securității naționale:

- evaluarea psihologică în vederea selecției pentru angajare/admitere în instituțiile de învățământ din domeniul apărării, ordinii publice și siguranței naționale;
- evaluarea psihologică în vederea supravegherii sănătății personalului din instituțiile din domeniul apărării, ordinii publice și siguranței naționale;

- evaluarea psihologică pentru deținerea și utilizarea armelor și munițiilor supuse autorizării, sau pentru a desfășura operațiuni cu materiale și substanțe explozive;
- evaluarea psihologică a persoanelor arestate preventiv, a celor care execută o pedeapsă privativă de libertate, precum și a altor categorii de persoane aflate în competența instituțiilor din domeniul apărării, ordinii și siguranței naționale, conform reglementărilor legislative în vigoare;
- evaluarea contextului muncii în instituțiile din domeniul apărării, ordinii publice și siguranței naționale, în funcție de caracteristicile mediului organizațional;
- diagnoza climatului organizațional în scopul optimizării funcționării instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice și siguranței naționale;
- asistența psihologică a personalului instituțiilor din domeniul apărării, ordinii publice și siguranței naționale, prin programe și măsuri specifice, menite să asigure condițiile privind adaptarea la mediul de muncă specific, creșterea performanțelor profesionale, identificarea timpurie a semnelor/simptomelor tulburărilor psihice și remisiunea stărilor disfuncționale, precum și menținerea sănătății psihice a asistaților; asistența psihologică a persoanelor arestate preventiv, a celor care execută o pedeapsă privativă de libertate, precum și a altor categorii de persoane aflate în competența instituțiilor din domeniul apărării, ordinii și siguranței naționale;

- activități specifice psihologiei operaționale în vederea asigurării psihologice a operațiilor militare, misiunilor, intervențiilor și acțiunilor operative.

Părerea mea este că cel mai important rol al supervisorului este acela de a pregăti supervizatul pentru „autosupervizare”.

Pentru mai multe detalii, mă puteți contacta prin e-mail (psiholog@teodorvoicu.ro), Facebook (Psiholog Teodor Voicu), sau telefon (0744/508.121).

Promovare pentru psihologi

Publică articole pe site și în Revista Monitorul Psihologiei

Promovează cabinetul / clinica de psihologie

Atașează link cu scopul de a strânge numărul minim de participanți pentru cercetarea proprie

Promovează cursul de formare

Promovează serviciile de supervizare

Postează un anunț de angajare

Postează un anunț de închiriere

Devino membru

Publică recenzii de cărți

E important să știm cum să îți fim de folos. Ne poți scrie la office@monitorulpsihologiei.com