

Capitolul 16

Psihoigiena vârstei a treia

1. Crizele de involuție

Crizele de involuție marchează trecerea de la vârsta adultă la bătrânețe. Ca și crizele de evoluție (pubertatea și adolescența), acestea reprezintă o „vârstă critică” atât pentru femeie, cât și pentru bărbat. La femeie, criza de involuție se manifestă prin *menopauză*. Ea reprezintă încetarea activității ovariene (ovulația și menstruația), la care se adaugă alte tulburări funcționale: amenoree; tulburări vegetative (cefalee, lipotimii, modificări vasculare, hipertensiune arterială cu caracter oscilant, senzații de căldură alternând cu senzații de frig); tulburări psihice diferite, cu caracter poliform nesistematizat (insomnii, disforie, iritabilitate, plâns, anxietate, cenoestopatii, astenie, inactivitate); tulburări sexuale (exaltarea activității sexuale de tip nimfomaniac sau diminuarea apetitului sexual).

Măsurile de psihoigienă care se impun în această situație sunt următoarele: tratament medical sedativ, endocrin și psihoterapie; explicarea cauzelor acestor tulburări femeii respective; o atitudine de înțelegere, răbdare, protecție, evitarea emoțiilor, a stărilor de tensiune psihică, a activității excesive, a oboselii, a infecțiilor; un regim de viață ordonat, evitarea toxicelor, o alimentație adecvată; evitarea consumului de alcool, cafea, a abuzului de medicamente; deturnarea activității către preocupări practice, utile, plăcute, relaxante; prevenirea sau tratarea unor afecțiuni psihice concomitente (culpabilitate, damnație, izolare, persecuție, gelozie, crize pitiatice, tulburări afective, stări ipohondriace) prin crearea unei ambianțe plăcute, calme, protectoare și antrenante, cu caracter securizant, plimbări și călătorii.

Criza de involuție la bărbat este mai puțin dramatică decât la femeie și nu e localizată în jurul unei vârste precise, ea instalându-se de regulă lent, în timp, după 55-65 de ani, uneori chiar după 70 de ani. *Andropauza* reprezintă începutul involuției activității sexuale și se manifestă prin: exacerbarea apetenței sexuale (satiiazisul senescent); tulburări psihice difuze asociate (cefalee, astenie, insomnie, cenoestopatii, oboseală la efort); modificări emoțional-afective; reducerea randamentului intelectual; schimbarea preocupărilor, a intereselor, a relațiilor interpersonale.

Măsurile de psihoigienă care se impun în această nouă situație sunt următoarele: tratament medical, sedativ și endocrinologic, după caz; psihoterapie de susținere; adoptarea unei forme de activități cu caracter sublimativ, cu rol derivativ și substitutiv al instinctului sexual (lecturi, științe generale, filosofie, religie sau activități practice utile: grădinarit, gospodărie, colecții etc.).

Un moment important al „vârstei critice” îl reprezintă cel al *retragerii din viața profesională*. Aceasta constituie o schimbare bruscă, gravă și profundă care...

genera perturbări ale vieții biologice și psihice a individului. O consecință este aceeași slăbirea intelectuală, care este mai rapidă și mai profundă la bărbat decât la femeie, prin atribuțiile sale casnice, își menține un anumit ritm de activitate. Bărbatul dimpotrivă, are sentimentul izolării, al inutilității, se refugiază în sedentarism, ieșirilor, cafelele, cluburi etc., care duc rapid la o slăbire emoțional-afectivă și intelectuală a acestuia.

2. Involuția

Perioada de involuție este situată între 60 și 65 de ani. Ea poate însă surveni și în jurul vârstei de 45-50 de ani, ca un fenomen de preinvoluție.

Involuția naturală este un proces psihobiologic nepatologic. Ceea ce se consideră a avea un caracter patologic este *senilitatea* sau „bătrânețea patologică” (Ch. Müller, H.

Involuția are câteva aspecte psihologice și psihopatologice care-i sunt caracteristice. J. de Ajuriaguerra afirmă că „fiecare îmbătrânește așa cum a trăit”. Bătrânul se distinge prin următoarele caracteristici: încetinirea și diminuarea generală a vitalității; o deplasare a reacțiilor personalității de la extraversie către introversie; diminuarea gândirii creative și a facultății de învățare; motivațiile devin din ce în ce mai monotone, facultatea de a se concentra un timp mai îndelungat scade; emotivitatea și afectivitatea sunt mai slăbite și mai șterse; apare apatia și egocentrismul; modul de a reacționa la situațiile noi are un caracter rigid, stereotip; apare o accentuare a particularităților de caracter; sensibilitatea și percepțiile sunt mai slabe, mai șterse, se diminuează acuitatea senzorială (văz, pipăit, gust, miros); se produce o diminuare a memoriei, în special pentru datele recente; gândirea suferă o regresie de tip infantil; sentimentele superioare și morale se șterg, fiind înlocuite cu egoismul, avariția și lăcomia.

În ceea ce privește tipologia bătrânului, se descriu două tipuri:

- o bătrânețe fiziologică, manifestată printr-o stare de euforie senină, lipsită de griji, surzătoare, mulțumită de sine și de lumea înconjurătoare, bine adaptată la realitate;
- o bătrânețe rea, urâtă, grea, apăsătoare, cu o stare de instabilitate, amărăciune, umbră de nefericire, cu un sentiment al nenorocirii care apăsă individul afla în declin și care-i face să sufere și pe cei din jurul acestuia.

Importantă este și atitudinea societății față de bătrânețe și de bătrâni. În Antichitate bătrânul era simbolul înțelepciunii, al echilibrului, prudenței, dreptei măsuri, al stării armonice atinse și împlinite. Seneca și Terențiu vedeau însă și avatarurile bătrâneții: „*Senectus insanabilis morbus*”, spunea Seneca, iar Terențiu, „*Senectus ipsa est morbus*”.

În Evul Mediu, bătrânețea apare ca o infirmitate, ca o boală în sine (R. Bacon). Bătrânul este un personaj proscris, fiind asociat cu vrăjitoarea, artele malefice, relațiile cu diavolul.

În Renaștere, bătrânul este privit cu multă rezervă, ca o formă de degradare a omului cum vedem, de pildă, la personajele lui Shakespeare.

În iluminism se produce o reevaluare a imaginii bătrânului, pentru ca el să recadă în desuetudine în epoca modernă și contemporană, care asimilează bătrânețea cu boala.

Este important de cunoscut însă și atitudinea bătrânilor față de propria lor stare. Aceasta are un caracter subiectiv, fiind reprezentată prin: grijile și nevoile sociale, economice, de trai cotidian; infirmitățile fizice; diminuarea forței și a capacității de daptare și integrare; dezgustul față de viață.

Sunt însă și situații în care bătrânețea este privită cu satisfacție, cu mulțumire, prin: eliminarea faptelor lipsite de importanță; concentrarea asupra esențialului; lărgirea sferii de ansamblu; concentrarea analitică asupra vechilor amintiri, a experienței trecutului; bătrânețea considerată ca realizare plenară a persoanei.

Bătrânețea nu este o boală. Bătrânul normal, nepatologic este amabil, surâzător, lipsit de temeri, mulțumit de sine și de anturajul său. O anumită igienă mentală se impune însă pentru a menține acest tonus emoțional și această stare de spirit. Pe aceste considerente, măsurile de psihoigienă recomandate bătrâneții sunt următoarele: reducerea portului de toxice; evitarea schimbărilor, menținerea ritmului de activitate și a modului de viață; supravegherea apariției și evoluției arteriosclerozei cerebrale, a hipertensiunii arteriale, a bolilor cardiace, pulmonare; practicarea mișcării fizice și a gimnasticii; evitarea discuțiilor, a conflictelor, a vizitelor oboseitoare și prelungite, a schimbărilor de domiciliu, a călătoriilor, a grijilor materiale; întreținerea unor activități plăcute, stimulente, recreative (lecturi, conversații, rememorarea trecutului legat de propria viață, familie, părinți etc.); evitarea izolării și a singurătății; asigurarea unor însoțitori din familie, care să-i servească și care să-i ofere bătrânului un climat emoțional-afectiv pozitiv; evitarea încredințării sale în grija unei sau unor persoane străine sau a internării acestuia într-un azil.

1. Perspectiva morții

Pentru K. Jaspers, „moartea este ultimul termen”, el incluzând-o în grupa „situațiilor-limită”. După părerea lui, perspectiva morții poate fi considerată din mai multe puncte de vedere: biologic, psihologic, social, moral și religios. Idei importante referitoare la problema morții găsim la Platon, Seneca, Boethius, Sfântul Pavel, I. Kant, S. Schopenhauer, M. Heidegger, M. Scheler, M. Florian.

E. Kübler-Ross se ocupă de problemele persoanelor aflate în situații-limită (suferințe fizice, boli incurabile) și descrie cinci stadii de evoluție clinică: denegația sau refuzul acceptării perspectivei morții în urma depistării unei boli incurabile; mânia, starea de gitație la aflarea situației respective; târguiala cu medicul sau cu sine însuși: „Poate să-mi fie așa! Poate-i o greșeală! Poate că s-a înșelat medicul! Poate că mai există o soluție!”; deprimarea legată de deznodământul fatal; acceptarea situației ca o „împăcare cu soarta”.

Față de aceste aspecte deosebit de importante legate de modificarea stării de sănătate mentală și echilibrului psihic în raport cu perspectiva morții, E. Kübler-Ross propune o serie de măsuri cu caracter psihoterapeutic în vederea pregătirii bolnavilor în fața morții. Metoda urmărește, în primul rând, combaterea angoasei și a depresiei legate de ideea morții.

Perspectiva morții este dată nu numai de bolile incurabile, ci și de faptul că fiecare individ este conștient că viața sa are un sfârșit. Orice boală sau vârstă înaintată, chiar

R. Zitton, N. Steiner). Schimbarea datorată suferinței modifică modul și posibilitățile de comunicare a pacientului cu anturajul. Boala terminabilă, incurabilă, se însoțește de o suferință psihoafectivă deosebit de intensă pentru bolnav sau bătrân, fiind în egală măsură resimțită și de anturajul acesta (M. Schattner). În aceste situații, asistăm la următoarele modificări ale stării de sănătate mentală: transformarea imaginii de sine; pierderea autonomiei și a posibilităților de a se face util; teama de dependență și de schimbarea rolului familial; pierderea statutului profesional; teama de a fi o povară pentru anturajul său; apariția unor probleme financiare; teama de suferință, de separare, de moarte; sentimentul de culpabilitate, prin rememorarea retroactivă a propriei vieți; grija pentru cei rămași după decesul său.

Această suferință dată de încheierea vieții este cu atât mai puternică cu cât societatea, prin modelul sociocultural promovat, pune mai mult în valoare *sănătatea, frumusețea, puterea, autonomia, tinerețea*, definind persoana prin „ceea ce a făcut în viață”.

Boala incurabilă, ca și bătrânețea, reprezintă o criză existențială marcată de numeroase probleme: cauza și sensul bolii; întrebările: „De ce?” și „De ce tocmai eu?”.

În cazul acestei suferințe complexe (psihologică, biologică, socială și spirituală), angoasa și depresia scad pragul de toleranță a durerii fizice, accentuând durerea moral-spirituală. În asemenea condiții, se impune instituirea unor măsuri de psihoigienă, de natură profilactică, aplicate de o „echipă terapeutică” interdisciplinară (medici, psihologi, infirmiere, asistenți sociali, preoți). Rezultatele depind de colaborarea și coroborarea dintre diferiți membri ai echipei terapeutice.

Vor fi respectate suferința și particularitățile psihice ale fiecărui bolnav, în scopul păstrării demnității umane a acestuia. În scopul acesta, se vor facilita următoarele: posibilitatea de a simți, de a se percepe pe sine și realitatea; dorințele; gândurile; opțiunile; acțiunile bolnavului.

Toate acestea vor avea ca rezultat instaurarea unei atmosfere de calm și încredere.

Relația cu bolnavul sau cu bătrânul trebuie să se desfășoare într-un climat de încredere, care implică două reguli stricte: bolnavul să nu fie niciodată mințit; să nu i se spună niciodată că „nu se mai poate face nimic pentru el”, întrucât aceasta ar fi un act de abandon terapeutic generator de angoasă și disperare.

Chiar dacă nu este posibilă vindecarea, se impune ca bolnavul să primească îngrijiri medicale de ordin paliativ.

Se cuvine să precizăm că a-i ascunde individului perspectiva realității conduce la fenomene de regresie a acestuia, cu pierderea sau diminuarea capacităților de adaptare la evoluția bolii. La fel, „a-i spune totul” este tot atât de periculos, reprezentând un început de abandon din partea medicului și un factor de angoasă pentru bolnav, care se va simți părăsit. În acest sens, trebuie ținut seama de studiile descrise de E. Kübler-Ross. Esențială este menținerea speranței, dar nu prin minciună sau tranchilizarea individului prin false asigurări.

Un alt aspect de care trebuie să se țină seama este opinia familiei. Familia, de obicei, cere să i se ascundă bolnavului adevărul referitor la boala sa și evoluția ei fatală. Adevărul medical nu este un scop de sine, ci el trebuie să-l ajute pe bolnav să parcurgă cât mai ușor, cât mai demn ultima etapă a vieții sale. Trebuie să i se respecte dorințele legate de tratament, îngrijire, comunicarea cu anturajul, gusturile.

Persoana în pragul morții are nevoie de ocrotire pentru a putea găsi chiar în această

Apelul bolnavului la eutanasiu este determinat de următorii factori: suferințe fizice majore; dureri insuportabile; depresii grave, melancoliforme; stări de angoasă; dorințe marcate de suicid; sentimentul de izolare; incomunicabilitate; abandonarea și lipsa de securitate a persoanei; pierderea sentimentului vieții ca necesitate.

Eutanasiu pare a fi conformă cu sentimentele de libertate și de liberă opțiune ale persoanei. De fapt, ea este masca unei disperări în fața unor „situații-limită”, o formă de suicid. Ea este expresia unei incapacități de a se mai suporta pe sine însuși într-o asemenea situație. Este conștiința sfâșiată a propriei degradări biologice, psihologice și sociale. Dar ea este și sentimentul unui abandon moral și spiritual.

În cazul eutanasiu, omul se erijează în „principiul absolutului”, în cel care „face legea” vieții. În creștinism, îndurarea suferinței este condiția și promisiunea garantării vietii. Sperața și credința sunt legile care exprimă absolutul și care fac ca, în cazul persoanei-limită”, conștiința să se proiecteze în perspectiva transcendenței.

• Conflictul dintre generații

Problema conflictului dintre generații are un aspect particular, care nu trebuie neglijat de igiena mintală. El nu trebuie confundat cu tipul de conflicte ce apar în cadrul familiei, deoarece acestea au, în primul rând, un caracter psihologic de tip relațional, pe când conflictul dintre generații se extinde dincolo de frontierele familiei.

Pot exista însă și conflicte între generațiile grupului familial. Ele se manifestă sub forma revoltei tinerilor față de părinți sau bunici, față de autoritatea acestora și sunt ghidate în momentul în care tineretul se identifică cu adulții sau când sunt, la rândul lor, vestiți cu rolurile adulților.

Conflictele dintre generații se manifestă însă cel mai pregnant în planul social-comunitar și au la bază ciocnirea dintre mentalități diferite, dintre moduri de gândire și modele de comportament diferite, de la o generație la alta. Aceste aspecte apar pregnant în societatea modernă, legate în special de factorii de schimbare și progres.

Oricărei generații de indivizi îi sunt specifice anumite „modele” de educație, gândire, conduită, cu care își construiește un tip de ideal, aspirații, mod de viață etc. Schimbările se produc însă în societate fac ca aceste modele să se transforme, oferind noi direcții de evoluție socială și psihoindividuală (A. Toffler, Z. Brzezinski, W. Rathenau, H. von Lersylerling, K. Jaspers). Transformarea valorilor socioculturale antrenează o schimbare a atitudinilor, a gusturilor, a conduitelor, ceea ce are ca urmare adoptarea unui nou „stil de viață”.

Generațiile care asimilează un anumit *model cultural* își însușesc un anumit *stil de viață*, conform acestui model. Asimilarea valorilor modelului cultural devine natura persoanei, la care aceasta „ține” ca la ceva propriu, întrucât reprezintă însăși identitatea. Schimbările sociale rapide fac însă ca aceste modele să se devalorizeze, fiind înlocuite cu altele noi, care sunt asimilate de generațiile ce „intră” în lume și le adoptă. În acest caz, modificările rapide și profunde fac să coexiste în cadrul unei aceleiași comunități sociale-generații cu mentalități și conduite diferite, cu stiluri diferite de viață, cu aspirații și idealuri străine unele de altele. Aceste aspecte vor sta la baza conflictelor între generații.

Conflictele dintre generații sunt conflicte legate de „imaginile culturale” ale societății (A. Chombart de Lauwe) și ele au fost sesizate de specialiști cu preocupări diferite. Ele se manifestă prin competiția dintre generațiile aflate la un moment dat în sfera societății. În acest sens, este important să ne oprim un moment asupra modelelor sociale sau, mai exact, a tipurilor de societăți.

În *societățile de tip tradițional*, în care valorile modelului sociocultural erau transmise prin tradiție și conservate ca atare, diferitele generații „creșteau” în atmosfera aceluiași spirit, asimilându-l, conservându-l și transmitându-l mai departe. Valorile erau respectate, iar indivizii se conformau acestora.

În *societățile de tip modern*, deschise progresului și schimbărilor, asistăm la o succesiune rapidă a modelelor oferite membrilor societății. Acestea sunt asimilate diferite de generațiile coexistente, fapt care face să apară deosebiri de mentalități, conduite și stiluri de viață. Rezultatul este că fiecare caută să le impună celorlalți stilul său de viață, ceea ce duce la conflicte, contestații, revolte.

Aceste aspecte s-au pus în mod imperios ca „problematică” în fața omului și a societății imediat după primul război mondial, când mișcarea de igienă mintală a luat amploare deosebită. Putem spune în sensul acesta că mișcarea de igienă mintală este o reacție nu numai la problemele psihologice-psihiatrice ale individului, ci și la marile probleme comunitar-umane, cu caracter psihosocial și sociocultural, moral și spiritual ale lumii moderne.

Încă din deceniul al doilea al secolului XX, W. Rathenau detinea „tripla eroare” a epocii noastre: societatea modernă nu știe să facă diferența dintre adevăr și fals, întrucât ea reacționează în loc să simtă; epoca modernă refuză să sacrifice ceva, cultivând exclusiv interesele materiale, și nu valorile spirituale; epoca noastră este lipsită de interesul pentru cunoașterea oamenilor, de respectul și încrederea în aceștia.

Toate acestea se resfrâng asupra structurilor sociale, instituțiilor, autorității, relațiilor interumane, formării omului, asupra mentalității, conduitelor, idealurilor. Ele vor genera conflicte sociale grave, care vor perturba atât echilibrul comunitar uman, cât și echilibrul psihic al fiecărui individ. Problema este deosebit de complexă și prezintă o multitudine de implicații sociale, istorice, politice, economice, morale, spiritual-religioase, psihologice și medico-psihiatrice. Din aceste motive, igiena mintală își găsește un loc important în strategiile sociale, în politica statului de ameliorare a condițiilor psihosociale ale lumii și vieții moderne.

Starea de neliniște psihosocială, nesiguranța, primatul forței în relațiile intersociale și al intereselor individuale în relațiile interumane fac să crească tensiunea socială, neîncrederea, dificultățile de adaptare, conflictele, agresivitatea. Lumea modernă este o „lume de criză” (F. Nitti, J. Bauer, R. Guénon, M. de Unamuno).

Conflictele dintre generații iau forme diferite ca manifestare socială, uneori fiind de un dramatism profund și cu aparență de ruptură. Degradarea *modelelor tradiționale*, prin factorii de schimbare și progres, face să fie înlocuite mentalitățile bazate pe valorile morale, socioculturale și spirituale tradiționale printr-o „mentalitate a mediocrităților” (W. Rathenau), o dată cu deprecierea modului de viață, a atitudinilor față de valorile tradiționale și cu dorința crescută de „a se afirma liber”, dincolo de orice fel de constrângeri. Modelul sociocultural, valorile morale și spirituale sunt percepute ca având un caracter coercitiv-limitativ pentru generațiile tinere. Negarea lor eșuează în agresivitate violentă, discordanță, revoltă, contestare, conduite antisociale sau anticulturale.

În legătură cu această situație anomică, de criză a valorilor sociale, asistăm la un conflict care depășește diferențele de mentalitate dintre generații.

W. Rathenau remarcă trei modele de *revoluții sociale* a căror motivație o descoperă în reacția indivizilor față de dezechilibrul social, și anume: *revoluția răzbușnării*, manifestare primară a agresivității, care vizează indivizii, familia, grupele sociale, clasele sociale, având ca scop eliminarea acestora; *revoluția egalizării bunurilor*, cu un caracter democratic, deoarece vizează instaurarea dreptății și a ordinii sociale, dar și cu un caracter arbitrar, subiectiv, degenerând în erori; *revoluția responsabilității* sau revoluția ce urmărește restabilirea ordinii spirituale, a valorilor social-morale și culturale, care trebuie în mod firesc și natural să structureze societatea.

Conflictul dintre generații ajunge în societatea modernă să devină o „stare de spirit social”, care planează asupra relațiilor interpersonal, afectând direct echilibrul social și starea de sănătate mintală, și de aceea măsurile de igienă mintală ce se impun sunt esențiale.

Igiena mintală trebuie să ofere răspunsuri la problemele pe care le ridică societatea modernă. Ea trebuie să refacă starea de echilibru comunitar și individual, prin oferirea de soluții la adaptarea socială și la integrarea armonioasă a tuturor membrilor societății. Un rol important revine măsurilor de educație, de formare a individului și de cultivare a valorilor socioculturale și morale pozitive, de dezvoltare plenară și armonioasă a tuturor membrilor societății.