

MARIA DORINA PAȘCA

**ELEMENTE DE
PSIHOPEDAGOGIE
NUTRIȚIONALĂ**

2009

Editor:

University Press Târgu Mureș

Autor: Șef de lucrări dr. psiholog **Pasca** Măria Dorina

Disciplina: Științe Socio-Umane, U.M.F Târgu Mureș

Referenți:

Conf. univ. dr. Tarcea Monica - U.M.F. Târgu Mureș

Conf. univ. dr. Toma Felicia - U.M.F. Târgu Mureș

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

PASCA, MARIA DORINA

Elemente de psihopedagogie nutrițională /

Maria Dorina Pasca - Târgu-Mureș: University Press,

2009

Bibliogr.

Index

ISBN 978-973-169-065-0

37:613.2

Editura University Press Târgu Mureș

Director de editură:

Prof. univ. dr. Alexandru Șchiopu

Direcția editurii:

Târgu Mureș, str. Gh. Marinescu nr. 38

Cod: 540130

Tel. 0744527700, 0265215551-126

Fax: 0265210407

Motto:

*„Hrana voastră să vă fie leac,
iar leacurile voastre să vă fie hrană!”*

(Hipocrat)

CUPRINS:

Cuvânt înainte

Capitolul 1

Ce este psihopedagogia nutrițională

- 1.1. Definiție conceptuală
- 1.2. Legături interdisciplinare

Capitolul 2

Metode de cercetare specifice psihopedagogiei nutriționale

- 2.1. Metoda – identitate științifică
- 2.2. Metode de investigare psihopedagogică

Capitolul 3

Dualitatea: sănătate- boala/ normalitate-anormalitate

- 3.1. Sănătatea ca stare de bine
- 3.2. Interrelația: sănătate- mediu- alimentație
- 3.3. Boala și disconfortul psihic
- 3.4. Normalitatea în similitudinea sănătății
- 3.5. Relația dintre anormalitate și boala

Capitolul 4

Cunoașterea personalității umane

- 4.1. Tipologia umană
- 4.2. Personalitatea- trăsături de personalitate
- 4.3. Tipologia dietetică

Capitolul 5

Abordarea actului nutrițional din perspectiva cunoașterii particularităților de vârstă

- 5.1. Pacientul copil- inocența
- 5.2. Pacientul adolescent- căutarea
- 5.3. Pacientul adult- stabilitatea
- 5.4. Pacientul bătrân- senectutea

Capitolul 6

Implicarea psihopedagogică în actul nutrițional

- 6.1. Identitatea actului de nutriție
- 6.2. Implicarea psihopedagogică a actului nutrițional

Capitolul 7

Nutriția din perspectiva factorilor dezvoltării umane

- 7.1. Locul și rolul eredității
- 7.2. Implicațiile structurale ale mediului
- 7.3. Impactul actului educațional

Capitolul 8

Educația medico- psiho- socială vizând nutriția

- 8.1. Acordarea asistenței medicale
- 8.2. Consilierea psihologică aferentă
- 8.3. Intervenția și abordarea socială

Capitolul 9

Calitatea vieții și stilul de viață în actul nutrițional

- 9.1. Ciclul vieții- moment evolutiv
- 9.2. Calitatea vieții- indice social
- 9.3. Stilul de viață atitudine comportamental-nutrițională

Capitolul 10

Autoeducația ca prioritate în actul nutrițional

- 10.1. Cerințele educației permanente
- 10.2. Aria cognitivă a autoeducației

Capitolul 11

Tulburări comportamentale de risc nutrițional

- 11.1. Anorexia- „moda” adolescenței
- 11.2. Bulimia- rezultanta „crizei”

Capitolul 12

Impactul psihologic al obezității

- 12.1. Obezitatea, identități
- 12.2. Obezitatea și dezvoltarea personală

Capitolul 13

Impactul psihopedagogic al curei de slăbire

- 13.1. Cura de slăbire, concept, atitudine
- 13.2. Impactul curei de slăbire asupra dezvoltării personale

Capitolul 14

Rolul tradițiilor alimentare și al postului

- 14.1. Tradiția alimentară între mit și realitate
- 14.2. Postul, între izbăvire, penitență și modă

Capitolul 15 Implicarea psihoterapiilor în menținerea echilibrului nutrițional

- 15.1. Psihoterapia, elemente structurale
- 15.2. Psihoterapiile specifice domeniului nutrițional

Concluzii

Bibliografie

Cuvânt înainte

Nevoia de a înțelege raportarea omului la hrană, determină existența unui comportament adecvat cât și a unei atitudini în concordanță cu modalitățile ce determină dezvoltarea și evoluția umană, sub acest aspect structural.

Cartea de față se dorește a fi un prim pas într-un domeniu cunoscut, dar destul de greu accesibil celor care privesc totul din perspectivă, fără a se implica. Cunoașterea dar și identificarea unor elemente de psihopedagogie nutrițională, vin în sprijinul celor ce doresc a se implica , demonstrând că se poate interveni atunci când se dorește acest lucru, având, ca în cazul de față, instrumente viabile de lucru.

Ca și precedentele cărți și cea de față rămâne o carte deschisă, accesibilă atât studenților cât și specialiștilor nutriționiști, având calitatea de a permite cunoașterea și a identifica un comportament atitudinal legat de actul de nutriție, cât și de a se îmbogăți cu propriile experiențe a celor care folosind-o, simt nevoia de a-si aduce, prin practică, o minimă contribuție.

În ideea în care și **a mânca este o artă**, avem certitudinea că acest demers psihopedagogic constituie un început în

conștientizarea implicării factorilor ce fac din actul nutrițional atât un element personalizat, cât și conceptual ce poate susține într-o primă fază, că enunțul anterior, este valid, viabil și constructiv în contextul în care noi, ca ființe umane, ne raportăm la comunitate și nu numai, având certitudinea împlinirii și reușitei.

Deci, „pofa buna” la... citit!

Capitolul 1

Ce este psihopedagogia nutrițională

Cuvinte cheie: **psihologie- pedagogie- psihopedagogie- nutriție- psihopedagogie nutrițională- echilibru**

1.1 Definiția conceptuală

Ne aflăm în momentul în care, raportarea noastră ca ființă și nu obiect la mediul înconjurător , face ca apariția elementului de **interdisciplinaritate** să devină un semn al cunoașterii prin acceptare, înțelegere și toleranța din perspectiva evoluției și valorii umane.

În acest context **psihopedagogia nutrițională** se înscrie în **aria de influență** a patru domenii care au în prim plan- **omul**, sub toate aspectele dezvoltării sale și nu numai. Astfel, structural, pentru a înțelege interacțiunea, vom porni la **definirea** conceptuală a celor patru domenii și anume:

A). Psihologia, Cosmovici A. (1996) este știința care se ocupă cu descrierea și explicarea fenomenelor și însușirilor psihice verificabile.

Continuând ideea Paul Popescu Neveanu (1991) afirmă faptul că **psihologia** este știința centrală despre om și relațiile interumane.

Mergând pe aceeași linie, Iordăchescu G. (2006), **psihologia** este o știință a comportamentului, aceea de a ști „cum și de ce organismele fac ceea ce fac”, fiind totodată suma a doi termeni care definesc două domenii:

- **psyche** = din limba greacă, „suflet sau spirit”
- **logos** = din limba greacă studiu știință

concluzionând ca fiind studiul științific al minții, al comportamentului oamenilor și animalelor.

Sillamy N. (1996)- definește **psihologia** ca știință a faptelor psihice, câmpul ei de aplicație pare nemărginit, crescând continuu, iar tehnicile sale particulare formează un ansamblu de neînlocuit, de acțiuni și de cunoaștere a ființei umane.

Cu toate acestea, definiția **psihologiei** surprinde interpretări variate, dar, atenție, toate pornesc de la același numitor comun. Se remarcă ideea lui Binet A. (1996), ce definește **psihologia** ca ceea ce studiază un anumit număr de legi, pe care le numim mentale spre a le opune legilor naturii externe, de care se deosebesc, dar care, la drept vorbind, nu merită calificativul de mentale, deoarece sunt, cel puțin cele pe care le cunoaștem mai bine, legi ale imaginilor, iar imaginile sunt elemente materiale.

Cu toate că lucrul acesta pare absolut paradoxal, **psihologia** este o știință a materiei, știința unei porțiuni a materiei care are proprietatea preadaptării.

Concluzionând în delimitarea logică a conceptului, DEX 1975, surprinde elementele:

- a) – este știința care se ocupă cu studiul proceselor și particularităților psihice;
- b) – totalitatea fenomenelor psihice care caracterizează un individ sau o colectivitate ; concepție, mentalitate;
- c) – totalitatea proceselor psihice care condiționează o activitate.

B) Pedagogia, Nicola I. (1996) este știința care studiază fenomenul educațional cu toate implicațiile sale asupra formării personalității umane în vederea integrării sale active în viața socială.

Sillamy N. (1996) surprinde ideea generală că **pedagogia** este știința și arta educației, delimitând faptul că azi desemnează doar metodele și tehnicile utilizate de educatori.

Făcând din nou trimitere la DEX (1975) **pedagogia** este știința care se ocupă cu metodele de educație și de instruire a oamenilor, în special tinerelor generații.

C) Psihopedagogia după DEX (1975) reprezintă aplicarea metodelor psihologiei experimentale în pedagogie, în ideea în

care elementul de educație se structurează pe cunoașterea, evoluția și dezvoltarea personalității umane.

Psihopedagogia este astfel, liantul dintre cele două științe ale cognoscibilității umane, realizând în timp componentele unui echilibru bio- psiho- social al individului.

Totodată se înscrie în determinarea capacității persoanei de a se cunoaște mai bine, de a-și forma un scop în viață, prin propriul stil al raportării la comunitate, vizând în primul rând calitatea vieții ca strategie a evoluției umane, percepută ca valoare absolută.

D) Nutriția pentru a fi definită în ideea în care noi acceptăm interdisciplinaritatea, pornește de la conceptul de bază- verbul **a nutri** = latinescul nutrițio (DEX 1998);

- a) – a da de mâncare sau a mânca;
- b) - a (se) hrăni, a (se) alimenta;
- c) – a întreține pe cineva cu mâncare;
- d) – a procura cuiva hrană (și alte mijloace de existență).

În acest context **nutriția** este definită ca fiind DEX (1999)-totalitatea proceselor fiziologice prin care organismele **își procură hrana** necesară creșterii și dezvoltării, obținerii energiei pentru desfășurarea proceselor vizate refacerii țesuturilor.

NODEX- definește **nutriția** ca ansamblul proceselor **de asimilare a hranei** necesare creșterii, dezvoltării și activității organismelor vii.

La toate aceste interpretări conceptuale, Mica enciclopedie de biologie și medicină (1976) concluzionează, arătând că **nutriția** este ansamblul prin care **se întreține viața**, cu ajutorul importului și prelucrării de „materii prime”:

a)- **substanțe nutritive** (apa și sărurile minerale) prezente în ambianța fizică;

b)- **alimente** (de natură biologică) care se cer digerate și asimilate;

c)- **trofine**;

Tipurile nutritive de bază sunt:

a)- **autotrofia** (fie ea chemosinteză sau fotosinteză), permițând viața într-un mediu strict fizic, nebiologic;

b)- **keterotrofia** (parazitism, saproparazitism sau holotrofism);

c)- **alotrofia** utilizează substanțe organice, probabil că cele mai vechi ființe vii au fost alotrofe pe socoteala substanțelor organice abiogene.

La toate acestea, putem adăuga elementul de **nutriție optimă** care după Holford P. (2008) , formează pur și simplu cele mai bune cantități de nutrimente necesare organismului, care să

permiță acestuia să fie cât de sănătos posibil și să muncească atât cât poate.

Același autor amintit anterior, subliniază faptul că **nutriția optimă** reprezintă aportul de nutrimente care:

- a)- ne ajută să atingem performanțe mentale și echilibru emoțional;
- b)- ne ajută să atingem performanțe psihice optime;
- c)- este asociată cu incidența scăzută a raportului boală-sănătate;
- d)- este asociată cu un mod de viață sănătos și îndelungat.

Totodată, cu ajutorul **nutriției personalizate** putem după Holford P. (2008):

- a)- să ne îmbunătățim ascuțimea minții, starea sufletească și puterea de concentrare;
- b)- să creștem nivelul IQ- ului;
- c)- să îmbunătățim performanțele fizice;
- d)- să îmbunătățim calitatea somnului;
- e)- să îmbunătățim rezistența la infecții;
- f)- să ne apărăm singuri în fața bolii;
- g)- să ne bucurăm de o durată de viață mai lungă și mai sănătoasă;

După un asemenea **periplu** al definițiilor conceptuale a celor patru domenii de „acoperire”, putem structura delimitând

faptul că **psihopedagogia nutrițională** este acea dimensiune care implică actul comportamental- educațional privind fenomenul nutrițional prin prisma formării și dezvoltării umane și raportarea sa la comunitate în configurația unei atitudini pozitive despre conceptul și importanța unei vieți sănătoase ca efect al echilibrului dintre suflet și corp/ corp și suflet.

Ca **obiective** psihopedagogia nutrițională își propune:

- menținerea sănătății fizice și psihice;
- cunoașterea și aplicarea cerințelor nutriționale după particularitățile de vârstă umane;
- implicarea elementelor educaționale în actul nutrițional;
- formarea și adoptarea unui stil sănătos de viață prin creșterea calității vieții;
- menținerea unui echilibru evolutiv și valoric între suflet și trup ca rezultat al unei vieți sănătoase;
- eliminarea curențelor atitudinal- comportamental- educaționale vizând actul nutrițional;
- elaborarea unor concepte structurale privind rolul nutriției asistarea psihopedagogică și socială a persoanelor CES (cerințe educative speciale).

În acest context, **psihopedagogia nutrițională va preveni** abaterea de la standardele unei vieți normale și sănătoase a persoanelor, începând de la noul născut și până la senectute,

evidențiind necesitatea unor condiții ce pot favoriza elementele amintite anterior și implicarea personală.

Ea ne va învăța să fim cumpătați între **a mânca pentru a trăi și a trăi pentru a mânca**, ajungând a parafraza „spune-mi ce mănânci ca să-ți spun cine/ ce ești”.

Sub asemenea auspicii, psihopedagogia nutrițională va avea ca obiect de studiu ființa umană implicată în actul propriu de formare, hrănire și dezvoltare, reușind în timp, a înțelege și soluționa acele situații problemă în care, devianța conceptuală, poate duce în final, la destructurări ale personalității umane, dar neuitând că totul stă în puterea noastră, pornind chiar de la binecunoscutul și atât de actualul dicton latin: „Men sana in corpore sano” (Minte sănătoasă în corp sănătos).

1.2. Legături interdisciplinare

Însăși conceptul în sine de psihopedagogie nutrițională este rezultatul unei asemenea interdisciplinarități menite a înțelege anumite fenomene cât și atitudini raportate la comportamente, în cazul nostru, nutriționale/ alimentare.

Astfel, pe lângă triada: psihologie- pedagogie- psihopedagogie, psihopedagogia nutrițională are afinități structurale cu:

a)- psihologia medicală prin prisma conceptului de sănătate-boală, a relaționării și comunicării între medic și pacient vs pacient medic, cât și a impactului fenomenului nutrițional în actul de educație medicală a pacientului.

b)- sociologia medicală vizând calitatea vieții umane din perspectiva dezvoltării sociale a comunității, ca matrice a unui stil de viață sănătos necesar unei implicări valorice prin statutul profesional și nu numai (rol, poziție).

c)- psihologia alimentației umane ca element de complementaritate în ceea ce privește, Iordăchescu G. (2006), contextul existenței unor trebuințe fiziologice fără de care viața nu este posibilă: hrană, oxigen, un anumit nivel al temperaturii, odihnă, etc.

d)- psihopedagogia specială în vederea înțelegerii necesității implementării unui regim nutrițional corect, ținând cont de faptul că această știință, Verza E. (1997), se ocupă de persoanele handicapate, de studiul particularităților psihice, de instruirea și educația lor, de evoluția și dezvoltarea lor psihică, de modalitățile corectiv- recuperative pentru valorificarea potențialului uman existent și formarea personalității acestora în vederea integrării socio- profesionale cât mai adecvate.

De asemenea, psihopedagogia nutrițională își are rădăcinile și în domeniul concepțiilor **filosofice** despre suflet și trup și

raportarea lor la esența vieții, **etica și morala** fiind cele care, alături de **religie** întregesc paleta interdisciplinară ce vizează: tradiții, obiceiuri, inițieri, interdicții, stiluri, culturi și civilizații, toate având, apriori vorbind, ideea de supraviețuire a omului care-și poate face, sau și-a făcut deja din hrană: prieten, dușman, atitudine și/ sau filozofie de viață, reușind a trăi după **vremea și vremurile** la care, voit sau nu, se raportează.

Din întregul nostru demers conceptual, rezidă faptul că, psihopedagogia nutrițională trebuie să-și găsească un loc binemeritat alături de alte componente ale cunoașterii și dezvoltării ființei umane, determinându-i acesteia progres și nu regres, împlinire și nu deziluzii, dragoste și nu ură, iubind natura și raportându-ne la ea ca parte componentă și nu abis sau prăpastie.

Capitolul 2

Metode de cercetare specifice psihologiei nutriționale

Cuvinte cheie: **metodă- metodologia- observației- convorbirii- bibliografică- analiza produselor activității- studiul de caz**

2.1. Metoda- identitate științifică

Provenind din cuvântul grecesc meth- odos= cale, drum către ceva, **metoda** este, Lalonde (1960) un program reglând dinainte o recesiune de operații și semnalizând anumite greșeli de evitat în vederea atingerii unui rezultat determinat.

Totodată Popescu- Neveanu P. (1991)- prin metodă de cercetare înțelegem calea, itinerarul, structura de ordine sau programul după care se reglează acțiunile intelectuale și practice în vederea atingerii unui scop.

Metodele au un caracter instrumental, de intervenție, de informare, interpretare și acțiune. După **scop**, metodele pot fi:

- a)- recoltare a informației;
- b)- prelucrare și interpretare a datelor culese;
- c)- investigare intensivă și extensivă;
- d)- diagnoză și prognoză;
- e)- cercetare;

După **criteriu**, Zlate N. (2000) realizează o clasificare a metodelor pornind de la:

- a)- caracterul lor (subiective și obiective);
- b)- specificul relațiilor investigate (cantitative și calitative);
- c)- natura relației dintre cercetător și subiect (directe indirecte);
- d)- scopul urmărit (de recoltare, prelucrare, investigare, diagnoză și prognoză, cercetare și aplicative).

Sunt observabile corelațiile cât și completările dintre: **scop și criteriu**, legat de metodă acestea, Popescu- Neveanu P. (2001), sunt ghidate de concepția generală a cercetătorului, de principiile teoretico- științifice de la care acesta pornește ,fiind reunite sub denumirea de **metodologia cercetării**, ea fiind specifică orientării sau școlii psihologice.

2.2 Metodele de investigare psihopedagogică

Cele mai cunoscute în literatura de specialitate, dar și cu aplicabilitate practică, putând a le numi chiar „uzuale” sunt:

- A)- metoda observației;
- B)- metoda convorbirii;
- C)- metoda biografică;
- D)- metoda analizei produselor activității;
- E)- studiul de caz;

fiecare avându-și **identitate** specifică pornind de la: scop, obiective și ajungând la rezultate și concluzii.

A)- Metoda observației

După Cosmovici A. (1996) **observația** ca metodă constă într-o urmărire atentă și sistematică a unor reacții psihice cu scopul de a sesiza aspectele lor esențiale.

Menționăm de asemenea că observația poate face referire la urmărirea reacțiilor noastre psihice fiind cunoscută și sub forma:

a)- introspecției = ca observare atentă a propriilor noastre trăiri care nu pot fi sesizate din exterior;

b)- extrospecției = ca observație externă a propriilor noastre manifestări, ce pot fi sesizate de cei din jur.

Este interesant a menționa faptul că nu orice observare a unui fenomen, reacții, manifestări, este trecută prin metodă, ci ea poate fi întâmplătoare, de aceea e necesar ca observația să îndeplinească anumite **condiții** și anume Popescu- Neveanu P. (1991):

- stabilirea clară, precisă a scopului, a obiectivului urmărit;
- selectarea formelor ce vor fi utilizate, a condițiilor și mijloacelor necesare (cronometre, aparate foto, aparate de înregistrare, filmare);
- elaborarea unui plan riguros de observație (de la sistem conceptual și de la ipoteze se va porni; unde și când va fi efectuată, cât timp va dura; care este grupul țintă, etc.);
- consemnarea imediată a celor observate, deoarece consemnarea ulterioară ar putea fi afectată de uitare (se poate întocmi un protocol de observație);
- efectuarea unui număr optim de observații;
- desfășurarea ei în condiții cât mai variate;
- să fie maximal discretă (persoana în cauză să nu-și dea seama/ să nu știe că este observată).

De asemenea, dacă prezența persoanei care aplică metoda observației, este simțită, descoperită de cei asupra cărora se execută intervenția, poate schimba fundamental conduita celor implicați cât și veridicitatea rezultatelor. De aceea, e nevoie de discreție, de neatingere a intimității subiecților, de alegerea locului de observare

cât și de calitatea celor observate nepunând accent special pe cantitate, știind că prima trebuie să conține și să primeze.

Ca orice metodă de investigație, și metoda observației, are avantaje cât și dezavantaje de care e bine a ține cont atunci când dorim a o aplica.

Totodată, e necesar a ști dacă suntem **compatibili** cu această metodă, deoarece ar putea exista în structura personalității noastre, tare care ne pot permite să aplicăm celorlalți o anumită metodă de cercetare sau alta (această observație deontologică este valabilă și pentru celelalte metode de cercetare în actul de aplicare directă a lor.

Bonchiș E. (2006) surprinde câteva din:

a) avantaje:

- are caracter flexibil, permițând o nouă perspectivă asupra unor fenomene studiate anterior;
- furnizează date bogate într-o perioadă scurtă de timp;
- are o mare validitate ecologică (datele sunt luate din viața reală, nu sunt schimbate cu nimic);
- nu lucrează cu categorii teoretice prestabilite, ci construiește teoriile
- permite accesul în fenomene care sunt și mai puțin evidente prin alte tehnici;
- poate fi replicată (repetată).

b) dezavantaje (limite):

- dificultatea de a controla toate variabilele implicate în fenomenul investigat;
- categoria de subiecți poate fi incorect aleasă;
- gradul de obiectivitate este greu de controlat;
- calitatea rezultatelor depinde de rezistența și abilitatea observatorului;
- este costisitoare și epuizantă sub aspectul timpului și a personalului calificat necesar.

Cu toate cele consemnate, metoda observației își găsește locul în cadrul cercetării fiind, în unele situații, chiar punctul de plecare/pornire spre depistarea unor noi atitudini, manifestări, conduite și de ce nu , comportamente, vizând o persoană, grup, fenomen și nu numai.

A) – Metoda convorbirii

Metoda convorbirii constă într-o discuție aranjată, premeditată, care-și propune obținerea anumitor date cu privire la o anumită persoană, desfășurându-se între subiectul investigat (persoana în cauză) și cercetător.

În structura ei **convorbirea** poate fi:

a) – liberă, spontană, în care întrebările nu sunt formulate dinainte;

b) – standardizată, dirijată, când avem întrebările formulate anterior, ele nemaiputând fi modificate în timpul convorbirii.

După același Popescu – Neveanu P. (1991) această metodă **presupune:**

- relația directă, de tipul față în față, între cercetător și subiect;
- schimbarea locului și rolului partenerilor (cel care a întrebat poate să și răspundă, cel care a răspuns poate să și întrebe);
- sinceritatea deplină a subiectului, evitarea răspunsurilor incomplete, de fațadă, a celor care tind a-l pune într-o lumină favorabilă, a deformărilor voluntare;
- existența la subiect a unei oarecare capacități de introspectare și autoanaliză, evaluare și autodezvăluire;
- abilitatea cercetătorului pentru a obține motivarea subiecților, angajarea lor în convorbire;
- prezența la cercetător a unor capacități de tipul:
 - grad crescut de sociabilitate;
 - empatie.

Eliminarea tuturor factorilor stresori care pot periclita comunicarea cu subiectul, creând probleme aplicării metodei în speță reprezintă deja un grad de responsabilitate a cercetătorului,

de aceea acesta va realiza un cadru propice și securizant în care să se confirme validitatea atât a întrebării cât și a răspunsului.

Un loc aparte trebuie să acordăm calității întrebărilor, sugestionarea răspunsurilor compromițând astfel cercetarea științifică.

Atenție de asemenea la modul de înregistrare a răspunsurilor știind că nu toate persoanele agreează înregistrarea sau notarea lor, făcând în așa fel încât a nu aduce atingere integrității morale și fizice a persoanelor implicate în cercetare. De asemenea interpretarea rezultatelor trebuie foarte bine pregătită și realizată, deoarece sunt situații în care răzbat din subconștient, reflecții ce pot fi interpretate în multiple dimensiuni structurale.

B) - Metoda biografică

Metoda biografică urmărește dobândirea de cât mai multe informații despre trecutul unei persoane, despre istoria sa, dar făcând trimiteri la actualul mod de existență, toate fiind necesare în stabilirea și realizarea profilului de personalitate a subiectului în cauză.

La nivel medical, vorbim despre **anamneză** ca modalitate de recunoaștere a istoriei unei boli.

Această metodă pleacă în primul rând de la studiul trecutului, Cosmovici A. (1996), fiindcă în primii ani ai vieții în familie se pun bazele caracterului și ale personalității unui om. Aici găsim cauzele primare ale comportamentului din perioada matură; firul vieții psihice desfășurat de-a lungul anilor ne dezvăluie motivele, interesele și aspirațiile reale. Apoi, examinând modul concret de reacție al cuiva în condițiile vieții obișnuite, ajungem la o imagine corectă asupra specificului său nedistorsionat de ambianța artificială a unui examen psihologic.

În cadrul aplicării acestei metode, sarcina noastră principală este aceea de a obține **informația** făcută fie:

- a) – direct = prin discuția avută cu persoana în cauză;
- b) - indirect = grație discuțiilor ce se vor purta cu alte persoane care dețin la rândul lor informații utile nouă despre subiectul aflat în studiu.

Totodată metoda biografică compartimentează două secvențe și anume:

1) – culegerea datelor = ce presupune de fapt „locul de întâlnire” al mai multor metode specifice cum ar fi: convorbirea, analiza unor documente privind persoana în cauză, analiza unor produse realizate.

2) – interpretarea datelor culese = proces destul de dificil, dar foarte important, mai ales în cadrul anamnezei, deoarece precizează

în timp o serie de situații și relații care sunt definatorii în formarea personalității, cu precădere a caracterului.

Nu lipsit de importanță este modul de abordare a **istoriei vieții** ca variantă a metodei biografice. Metoda se bazează, Băban A. (2002), pe existența unei interacțiuni între modul în care o persoană își înțelege propria viață și rezultate. Istoria de viață subliniază:

- gândurile;
- sentimentele;
- interacțiunea socială;
- atitudinile,
- concepția despre lume și viață a persoanei.

Metoda este utilă și în înțelegerea bolii de către pacient, dând acestuia impresia unui control asupra ei. Totodată, metoda are și o valoare terapeutică, permițând moștenirea imaginii identității personale, dar și reconstruirea acesteia.

Cu toate acestea, metoda biografică, deși prezintă avantajul autenticității datelor, nu poate înlătura întotdeauna și elimina, riscul deformării și al relatărilor incomplete, creând în anumite momente/situații, stări de incertitudine și incompatibilitate legate de persoana în cauză.

D) - Metoda analizei produselor activității

Bazată pe analiza unor produse concrete ale subiectului (literare, artistice, muzicale, tehnice, etc.) **metoda analizei produselor activității**, furnizează din punct de vedere psihologic foarte multe informații despre însușirile psihice ale persoanei în cauză. Astfel, Popescu –Neveanu P. (1991), produsul activității „desprins” de individ, devine obiect de investigație psihologică, fapt care ajută la caracterizarea creatorului său.

De asemenea, metoda, Lupșa E. Și Bratu V. (2005), **utilizează criterii ca:**

- numărul sau cantitatea totală de produse;
- distribuția și frecvența în unitatea de timp considerată;
- originalitatea și complexitatea;
- noutatea;
- valoarea și unitatea;

ea permite dezvăluirea structurii interne a aptitudinilor și formularea de idei și legități cu caracter științific general pentru psihicul uman.

E) – Studiul de caz

După Vin R. (2005) **studiul de caz** este o investigație empirică prin care se studiază un fenomen contemporan în contextul său din viața reală, în special atunci când granițele dintre fenomen și context nu sunt delimitate.

Același autor, admite existența a șase surse majore pentru **dovezi** la nivelul studiului de caz și anume:

1)- documentele = scrisori, memoriale, programe, anunțuri, procese verbale, rapoarte scrise, documente administrative, articole din mas- media, etc;

2)- datele de arhivă = registre, documente organizaționale, hărți grafice, liste de nume, date de sondaj, documente personale;

3)- interviurile;

4)- observația directă;

5)- observația participativă;

6)- artefactele fizice sau culturale = dispozitiv tehnologic, instrument, operă de artă, etc.

Studiul de caz este benefic atunci când se pot surprinde sub o formă sau alta, anumite evenimente sau fenomene contemporane, implicând o analiză conceptuală. Deci, prin structura sa, studiul de caz face prezentarea unui caz particular, ceea ce face necesară

întocmirea unui **protocol** care potrivit lui Bonchiș E. (2006), cuprinde:

- o prezentare de ansamblu a proiectului de studiu = obiective, subiecte de studiu și lecturi relevante;
- proceduri de teren = prezentarea scrisorilor de recomandare, accesul la locații, surse generale de informare;
- întrebări de studiu = cercetătorul trebuie să le aibă constant în vedere în timp ce adună informațiile;
- un ghid pentru raportul studiului de caz = linii generale, formatul pentru date, folosirea și prezentarea altor documente și informații bibliografice.

Aceeași autoare atenționează și asupra faptului că este lipsă de rigoare, ceea ce oferă o bază insuficientă pentru generalizare, întindere mare în timp și finalizarea prin documente voluminoase.

După un asemenea periplu metodologic, este evident a menționa că acești itemi (metode) își găsesc aplicabilitatea în anumite situații date la nivelul psihopedagogiei nutriționale, facilitând cunoașterea subiecților, pacienților, stadiu absolut necesar în elaborarea standardelor nutriționale personalizate, într-o anumită structură stadială a evoluției.

Capitolul 3

Dualitatea sănătate/ boală – normalitate/ anormalitate

Cuvinte cheie: **sănătate- stare de bine- boală- perturbare- normă- normalitate- abatere- anormalitate**

3.1 Sănătatea ca stare de bine

Dacă ne-am opri o clipă la înțelepciune poporului român am putea constata că , pornind de la simplu salut pe care și-l adresează oamenii zilnic între ei, apar formulări ca: „Sănătate!”, „Mergi sănătos!”, „Hai noroc și sănătate!”, „Să fiți sănătoși!”, „Să vă dea Dumnezeu sănătate!”, „rămâneți sănătoși!”, „Umblați sănătoși!”, „ Bine-ai venit sănătos!”, „Bine te-am găsit sănătos!”, iar derivatele lor putând continua, **sănătatea** devenind necesară și unică.

În aceeași aceeași notă de subscriere a **binelui** cu **sănătatea**, sunt elocvente și proverbele și zicătorile care se remarcă prin mesaje ca:

- Sănătatea e o mare avere. (proverb arab);
 - Sănătatea e mai importantă ca obiceiurile religioase. (proverb indian);
 - Sănătatea e temelie bogăției. (proverb persan);
 - Pentru omul sănătos în fiecare zi e sărbătoare. (proverb turc);
 - Medicul te vindecă de boală, dar nu și de moarte; el e ca acoperișul care te apără contra ploii, dar nu și contra trăsnetului. (proverb chinezesc),
- toate regăsindu-și chintesența în dictonul latin: „Mens sana in corpore sano”(Minte sănătoasă în corp sănătos).

După acest imaginar periplu psiholingvistic privind elementul de **sănătate**, îl putem identifica alături de **starea de bine**, așa cum o definește Organizația Mondială a Sănătății. Pentru OMS sănătatea nu este condiționată doar de absența bolii și disfuncția ei, ci se referă la un proces complex și multidimensional, în care starea subiectivă de bine este un element fundamental. Componentele **stării de bine** sunt:

a)- **acceptarea de sine** – atitudine pozitivă față de propria persoană, acceptarea calităților și defectelor personale, percepția pozitivă a experiențelor trecute și viitoare;

b)- **relații pozitive cu ceilalți** – încredere în oameni, socialul, intim, nevoia de a primi și a da afecțiune, atitudine empatică, deschisă, caldă;

c)- **controlul** – sentimentul de competență și control personal asupra sarcinilor, își creează oportunități pentru valorizarea nevoilor personale, face opțiuni conform cu nevoile proprii;

d)- **sens și scop în viață** – direcționat de scopuri de durată medie și lungă, experiența pozitivă a trecutului și relevanța viitorului, convingerea că merită să te implici, curiozitatea;

e)- **dezvoltarea personală** – deschidere spre experiențe noi, sentimentul de valorizare a potențialului propriu, capacitatea de autoreflexie, percepția schimbărilor de sine pozitive, eficiență, flexibilitate, creativitate, nevoia de provocare, respingerea rutinei.

Concentrând largă definiție dată de OMS **sănătății** ajungem la identificarea sa prin forma de: **stare de bine** din punct de vedere: **psihic, somatic și social al individului**, fapt care determină a ne opri o clipă la ceea ce sublinia Athanasiu A. 1983, adică faptul că „Sănătatea este privită de către patolog ca o stare de **integritate**; de către clinician ca o **lipsă de simptome**, iar de către bolnav ca o stare de **bien- etre** (valetudo).

Dacă P. Valeres scria că **sănătatea** este starea în care funcțiile necesare se îndeplinesc „inevitabil sau cu plăcere”, putem să observăm cât de greu ne vine a da o definiție stării de sănătate chiar dacă Iamandescu I. B. (2002), pare la îndemâna fiecărui individ- întâmpină **dificultăți reale** cauzate în primul rând de posibilitatea **evoluției „subterane”** (asimptomatică în plan subiectiv și la examenul clinic) a unor procese patologice care pot fi decelate doar cu mijloace paraclinice- fie ele simple, fie complicate . În al doilea rând, **subiectivismul bolnavului** face ca apariția bolii să fie mai târziu înregistrată („bolnavi ignoranți”), sau din contră, să fie semnalată în mod eronat („bolnavi închipuiți”) .

Astfel ajungem să decodificăm **sănătatea** ca fiind circumscrisă celor trei elemente:

a)- **sănătatea umană**, Tudose Fl. (2000) poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care definește normalitatea existenței individului, semnificând menținerea **echilibrului structural** al persoanei (în plan corporal biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât și în perspectiva externă a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant, concret;

b)- **sănătos psihic**, afirmă Cornuțiu G. (1998) este acela care trăiește și afirmă o stare de confort psihic într-o coerență și globalitate care nu este sesizată nici un moment în mod fragmentar și într-o continuitate care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive, constructive și optimizate față de cele negative. Omul sănătos psihic este activ și are plăcerea activității, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un set de valori ierarhizate și voluntare pe care le promovează.

c)- **sănătatea somatică**, Iamandescu I. B. (2002) poate fi cuantificată pe baza unor indicatori care circumscriu statistic normalitatea (morfologici, funcționali, de rol social).

Putem conchide, așa cum, după Lăzărescu M. (1994) sănătatea presupune o perspectivă dinamică prin care se precizează modalitățile normal- sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diversele situații reactive și stresante.

3.2 Interrelația: sănătate- mediu- alimentație

Pentru a face veridică triada: **Sănătate- Mediu Alimentație** (**SMA**) care poate la un moment dat a ne controla o stare de

identitate dar și de coabitare socială, ne permitem a porni, metaforic vorbind, de la întrebarea retorică a Aliciei Hart (2006) „Dacă aveți norocul să dețineți o palmă de pământ, de ce nu vă faceți propria grădină de legume?” ceea ce ar demonstra interrelația elementelor amintite anterior sub aspect evolutiv.

De fapt, ni se oferă posibilitatea de a găsi similitudinile care ajung la un moment dat a defini un concept ce generează o atitudine comportamentală față de actul de nutriție în sine.

Astfel, dacă în subcapitolul anterior aminteam că **sănătatea** este o stare de bine, continuând ideea, am spune că este, Țunea S., Țunea A. (1989) cea care permite omului să-și îndeplinească cu randament maxim și eficient, rolul în societate, această situație fiind condiționată, pe lângă absența bolii și de o bună și echilibrată stare – morfo- fiziologică;

- psiho- afectivă;
- social- morală,

ceea ce caracterizează complexul pe care îl declanșează conceptul la care ne permitem a face trimiteri și delimitări.

În aceeași contextualitate, autorii amintiți anterior remarcă faptul că profilul de sănătate depinde la un moment dat de comportamentul fiecărui individ, influența remarcându-se mai ales la nivelul de ameliorare a ecosistemelor umane.

De aici, spre influența **mediului** în triada conceptuală, e doar un singur pas, știind că **adaptarea** la anumite condiții și determinarea unui comportament adaptativ, depinde de fiecare individ în parte, prin prisma sa de raportare la itemul identificat anterior sub aspect structural.

Chiar dacă suntem obișnuiți a găsi **mediul** printre factorii dezvoltării alături de ereditate și educație, plasarea sa în triada – S- M- A- reprezintă un moment de implicare în ceea ce privește evoluția umană, raportată la: nutriție- actul de nutriție și comportamentul nutrițional, reacția în lanț a termenilor denumind impactul, atât sub aspectul biologic, cât și socio- cultural.

Din această perspectivă, e necesar ca adaptarea, Țunea S. și Țunea A. (1989) să se efectueze și în funcție de diversitatea și polimorfismul indivizilor, ținându-se seama de caracterul specific al unui biotip, cât și de sensibilitatea deosebită a unor indivizi la unii factori de mediu.

Ajungem astfel, să ne punem următoarele întrebări, ca efecte ale mediului, dar și puncte de reper spre **alimentație** remarcând dacă știm:

- **Ce să mâncăm?/ Ce mâncăm?**
- **Când să mâncăm?/ Când mâncăm?**
- **Cum să mâncăm?/ Cum mâncăm?**
- **Unde să mâncăm?/ Unde mâncăm?**

- **Cât să mâncăm?/ Cât mâncăm?**
- **De ce să mâncăm?/ De ce mâncăm?**

răspunsurile fiind de fapt, decodificându-le pentru o viață rațională în care starea fizică, și cea mentală, să se găsească în permanență într-un echilibru al evoluției, valorii și progresului uman.

Este momentul ca să privim **alimentația** umană, după părerea noastră din două perspective, și anume cel al:

a)-**rației** alimentare ce trebuie să mențină un echilibru constant între itemii ce-i cuprinde (calorii, proteine, vitamine, săruri minerale etc.);

b)- **elementului rațional** având la bază, Țunea S. și Țunea A. (1999), principiile generale ale schimbului de materie și energie în ființele vii, ale homeostazei organismului uman, ale adaptării omului la particularitățile concrete fiziologice și patologice, etc., și de aceea, se diferențiază după împrejurările și condițiile variate în care se află individul.

Toate premerg instaurarea științei alimentației ca generatoare atât a evoluției biologice cât și psihologice a ființei umane în ideea interrelaționării factorilor ce guvernează concepțe, atitudini și comportamente. Ne identificăm cu indivizi ce-și arogă dreptul de a se alinia sub deviza „We are what we eat!” (Suntem ceea ce mâncăm!) din perspectiva interrelației S-M-A ?

Cu siguranță NU, dacă pornim de la **necesitățile alimentare**, clasificate după criteriile, Iordăchescu G. (2006) și anume:

1)- după **natura** necesităților:

a)- necesități **fizice** sau **fiziologice**;

b)- necesități **spirituale**;

2)- după **subiecții** purtători ai necesităților:

a)- necesități **individuale**;

b)- necesitățile unui **grup** sau **colectivitate**;

c)- necesități ale **societății**;

3)- după **gradul de satisfacere**:

a)- necesități **deficitare** (în special cele biologice de care depinde supraviețuirea);

b)- necesități **suficiente** (prin asigurarea lor se obține un nivel de trai acceptabil, superior nivelului supraviețuirii);

c)- necesități **sporite** (permit dezvoltarea individului dincolo de suficiența materială);

4)- după **rolul** jucat în sistemul condițiilor vieții sociale:

a)- necesități **primare**;

b)- necesități **secundare**;

c)- necesități **terțiare**;

5)- după **posibilitățile de acoperire** ale necesităților economice:

a)- necesități **solvabile**;

b)- necesități **nesolvabile**;

și DA, atunci când aspectul cantității ocupă locul rațiunii, cumpărării și echilibrului alimentației menită a ne conduce **ea** pe noi, implicarea noastră fiind minimă și ne semnificativă.

Din aceste perspective, relația sănătate- mediu- alimentație, e necesar a se număra printre variabilele credibile și calitative ale strategiei nutriționale, aplicată și aplicabilă personalizat, la fiecare individ în parte, dispus a se interesa și a monitoriza „bunul mers al sănătății sale”, pornind de la cauză, și ajungând la efect.

3.3 Boala și disconfortul psihic

Dacă spuneam anterior că sănătatea poate fi în general admisă ca o stare de bine, **boala** Mărgineanu N. (1973- după Pașca M. D.-2007) rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dezarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluție al ființei, ci și pe cel al lumii și al societății. Toate acestea după ce Hipocrate ajunge a considera că **la tot ce supără i se spune boală**, Lăzărescu M. (1994), subliniază că domeniul bolii „se îndepărtează de norma ideală a comunității în

sensul deficitului, al n mplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare”.

 n acest context, **boala** este în antiteză cu sănătatea, astfel încât, aceasta **anticipează o serie de amenințări**, Iamandescu I.B. (2003) la adresa integrității și/ sau capacității sale fizice, merg nd până la pierirea sa, mai ales dacă informațiile sale despre cazuri similare  i sugerează astfel de posibilități.  n c mpul vieții sale socio profesionale și familiale, apar de asemenea, în caz de îmbolnăvire gravă, **fisuri** capabile, în anumite situații, greu previzibile, mai ales la începutul bolii, să se ad nceasc  și să-l facă pe bolnav să-și modifice, dacă nu statutul și rolul său, cel puțin inserția la nivel de grup până atunci satisfăcătoare sau chiar ideală.

Din această perspectivă alături de boală, o atenție deosebită trebuie s-o acordăm **omului bolnav**, Ionescu G. (1993) existența umană aflată în această postură al cărui dramatism accentuează caracterul imediat și particular al bolnavului și  i schimbă modul de reflectare, ca și orientarea conduitei.

Astfel, Tudose Fl. (2003) subliniază faptul că „boala umană se caracterizează în general, prin perturbarea la diverse nivele din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectiva corporal- biologoc  sau psihic- conștientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus și o dizarmonie

a ansamblului unitar al persoanei, dificultăți obiective și subiective în prezența, adaptarea și eficiența în cadrul vieții sociale, dezadaptarea, involuța, moartea nefirească (prin accident) ori evoluția spre constituirea defectualității sau deteriorării grave”.

Rezultă din contextualitatea celor menționate anterior, că este destul de greu a surprinde în definiții, fenomenul- **boală**, dar și paradoxal i se acordă un timp fizic și psihic mult mai mare decât sănătății, deoarece ea crează probleme, reușește să ducă la apariția aceluși disconfort psihic ce cumulează atitudini și conduite comportamentale.

De aceea, dualitatea: sănătate- boală întruchipează, psihologic vorbind, achiziția și responsabilitatea actului viu, de a trăi, de a fi în viață, de a derula concepte, sentimente și atitudini. A oscila între sănătate și boală, e de fapt necesitatea de a ne găsi fiecare **echilibrul** între cele două, dând valoare **cuvântului**, crezare **omului** (medicului) și **trăind** cu multă cumpătare, viața.

Și pentru „a trece cu bine faza de om bolnav”, în foarte multe cazuri, cel implicat în această nouă ipostază dovedește de multe ori inconsecvență în răspunsul pozitiv la unele situații privind boala și care pornesc de la:

- apariția unor simptome;

- apelul la cunoștințele sale medicale, dar mai ales la cele ale unor semiprofioniști;
- autoeducația;
- bagatelizarea simptomelor;
- prezentarea în ultimă instanță la medic,

cu implicații nefaste la adresa sănătății.

Dacă cel suferind ar reuși să „uite” și să nu apeleze la „amânările” de mai sus, boala s-ar diagnostica din timp, iar întrebările de tipul:

- Ce pot să știu?
- Ce trebuie să fac?
- Ce îmi este permis să sper?

kantiene în fond și care permit cunoașterea, vor face ca relația medic- pacient și calitatea de bolnav/ pacient, să manifeste structural, conceptul de boală, dând valețe cognitive sănătății. Imaginea celor două nu trebuie să reprezinte distorsiunea dintre plus și minus, ci reciprocitatea între acceptare și înțelegere.

3.4 Normalitatea în similitudinea sănătății

Pentru a putea defini normalitatea în întreaga sa complexitate considerăm că este necesar de a porni de la definiția pe care DEX- 1998 o cuprinde: **normă**- fiind sănătos

din punct de vedere fizic și psihic, aceasta luând în considerare etimologia cuvântului „normal” ce provine din latinescul „norma- egal cu un unghi drept”. Această verticalitate, adică nici o abatere spre dreapta sau spre stânga, deci întotdeauna 90 de grade = unghi drept, decodifică practic elementul de normalitate în similitudinea sa cu starea de bine, de sănătate.

Astfel, Sillamy N. (1995), în Larouse prezintă **normalitatea** ca o noțiune relativă, variabilă de la un mediu socio- cultural la altul și în plus, precizează că „în medicină există tendința de a asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care, la drept vorbind, nu există”.

Acest deziderat este surprins și de Anaxagoras la care „omul este măsura tuturor lucrurilor” de aceea ni se pare „absolut normal” ca „totul să meargă bine”, să nu existe nicio abatere, defapt nici un element care ar putea desfășura la un moment dat, o situație de dezechilibru, potențată ca deviere de la normă.

În întâmpinarea celor amintite, Athanasiu A., (1983), remarcă faptul că noțiunea de **normalitate** (normă, normativitate) ar constitui **fundalul stării de sănătate** care se constituie ca o calitate.

Normalitatea vizează abordarea medicală, tradițională, plasându-se în domeniul medicinei curative, în timp ce sănătatea vizează

abordarea psihosomatică, înscriindu-se în aria medicinei preventive.

Nevoia de normalitate apare și pe fondul unei ordini umane necesare atât în evoluție cât și în congruență cu celelalte valori care converg spre dezvoltare și cogniție.

De aceea, în literatura de specialitate, normalitatea apare sub forma:

- normalitatea ca sănătate;
- normalitatea statistică (ca valoare medie);
- normalitatea utopică (normal ideal, utopică);
- normalitatea ca proces.

Decodificate, **criteriile de normalitate** (după Ellis și Damond- Tudose Fl.+ 2003) pornesc de la:

- conștiința clară a Eului personal;
- capacitatea de orientare în viață;
- nivel înalt de toleranță la frustrare;
- autoacceptare;
- flexibilitate în gândire și acțiune;
- realism și gândire antiutopică;
- asumarea responsabilității pentru tulburările sale emoționale;
- angajarea în activități creatoare;
- angajarea moderată și prudentă în acțiuni riscante;

- conștiență clară a interresului social;
- gândire realistă;
- acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajutorare a acesteia;
- îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

Elementul de normalitate presupune la un moment dat, două componente de bază, și anume:

a)- adaptarea = relația dintre organismul uman și mediul exterior, cu largi implicații structurale;

b)- comunicarea = o modalitate de a face cunoscute informații și înțelesuri, mesajul ocupând locul central;

acestea în contextul în care Adler consideră starea de fapt „capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productivă/ creativă, legate de sănătatea mentală; capacitatea de a munci, de a crește stima de sine și de a face persoana capabilă de a se adapta”.

Ce-ar putea fi normalitatea în fapt?

Poate așa cum spunea R. E. Money- Kryle „capacitatea de a atinge deplina conștiință de sine care de fapt, nu este niciodată pe deplin obținută”.

Făcând încă un pas spre cunoașterea standardelor normalității, Athanasiu A. (1983), se oprește asupra elementelor cogniscibile vieții psihice reale și anume:

1)- **interependența psihofizică** = omul este cu atât mai sănătos cu cât își simte mai puțin organismul funcționând, iar fenomenele psihonormale trebuie să-și păstreze o autonomie cât mai neîntreruptă față de eventualele afecțiuni somatice;

2)- **calitatea funcțiilor psihice** = organele în calitatea lor de instrumente trebuie să fie intacte, iar funcțiile psihice se cer cât mai perfecționate prin exerciții;

3)- **direcția (orientarea) formelor efective** = se pretinde un just raport între „autodefiniție” și dăruire, devotament;

4)- **raportul cu realitatea** = în mijlocul „valorii vieții”, izotomia se cere menținută în ciuda eșecurilor care deprimă, în ciuda succeselor care exaltă, și aceasta, printr-o neîncetată și obiectivă examinare a realității;

5)- **menținerea unității sufletești** = aceasta însemnând:

a)- unitatea de tonus (egalitate de dispoziție, continuitate de efort) care se menține prin intervenția inițiativei;

b)- unitatea de conducere (coeziune prielnică, acord între idei, gând și fapte) perfectă prin străduință;

c)- unitatea de atitudine, garantată de adeziunea masivă a afectivității noastre la câteva „constante”.

Pentru a da tușă finală (într-o oarecare măsură) normalității, Mărgineani N. (1944), prezenta prin elementul de sănătate, colaborarea armonică între forțele psihice, corporale și sociale,

un **rezultat al adaptării sau integrării forțelor sufletești... la sine, la corp și la societate**, recunoscând la persoana sănătoasă, două trăsături principale și anume:

a)- sentimentul de bunăstare, liniște și pace interioară;

b)- relații normale cu semenii și societatea, iar omul normal e un „om înțelept cu care conviețuirea nu e numai cu puțință, ci chiar plăcută”.

3.5 Relația dintre anormalitate și boală

În aniteză cu starea de normalitate, apare cea de **anormalitate**, definită ca fiind o **abatere de la normă**, fapt care determină existența bolii ca o discontinuitate a vieții normale. De aceea, **anormalitatea**, Iamandescu I. B. (2002), apare mai degrabă în raport cu o perturbare de fundal, iar boala implică întotdeauna un aspect procesual; anormalitatea se referă mai ales la structura și organizarea psihică, iar boala implică un proces morbid.

Se profilează a fi o relație indestructibilă între boală și starea de anormalitate? În această situație „compatibilitatea” este aceeași, astfel Lăzărescu M. (1994), remarcă faptul că boala se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei

nefuncționale, necreatoare. Practic, este momentul în care, din punct de vedere psihologic, boala vs anormalitatea, crează acel **disconfort** psihic și fizic ce aduce disfuncționalitatea, pe o perioadă de timp limitativ sau nu, fapt observat mai ales în cadrul comunicării cu semenii și apartenența sau nu la comunitate.

De fapt, calitatea stării de anormalitate poate să ducă sau nu la destructurare și dezadaptare. Aici, este momentul de a puncta faptul că anormalitatea poate crea prejudecii atunci când, orice reacție la o stare de normalitate, aduce suspiciunea anormalității nemaitrecută prin prisma de „abatere”.

Astfel, curente din literatură și artă s-au constituit la un moment dat într-o astfel de „anormalitate” ele fiind de fapt o exprimare a creativității și unicității celui în cauză. De aceea, atât normalitatea vs. anormalitatea cât și anormalitatea vs. boala, e necesar a fi decodificate având o structură aparte, ele dând situației respective, girul patologic sau nu.

A cataloga în întregime „ad literam” întreaga experiență umană între cei doi poli, ai normalului și anormalului, reprezintă pasul înapoi și nu înainte al cunoașterii valorii umane.

Certificând practic cele spuse, Coleman J. și Broe W. E. Jr. (după Tudose Fl. – 2003), stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca:

- boala psihică;

- comportament neadecvat;
- tulburări emoționale;
- tulburări comportamentale;
- tulburări psihice,

arătând că nici unul dintre aceștia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament care variază în funcție de o serie de criterii și modele.

În acest context, Enăchescu C. (2000), surprinde evoluția spre **anormalitate** în patru tipuri comportamentale și anume:

1)- comportamentul de tip criză bio- psihologică de dezvoltare sau involuție (pubertate, adolescență, menopauză, andropauză) cu caracter pasager și reversibil;

2)- comportamentul de tip carențial legat de stări de frustrare afectivă, carențe educaționale, disfuncții familiale și în modul de viață, ce crează dificultăți de adaptare;

3)- comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale, agresive, toxicomane, sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;

4)- comportamentul de tip patologic, parțial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensități și forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Toate converg în principii spre chintesența spuselor lui Hipocrate și anume „nu există boli, ci numai bolnavi”, fapt care denotă că „boala” se dezvoltă nu numai în funcție de natura și intensitatea agentului patogen, ci în funcție de reactivitatea bio-psihică a individului, de coeficientul de psihogenie pe care acesta îl dezvoltă față de agresiunea psihică sau somatică, de experiența sa patologică, în ultimă instanță, în funcție de personalitatea sa, Ionescu G. (1973).

Acceptarea stării de anormalitate sau/ și de situații anormale într-un „nomenclator” al evenimentelor vis- a- vis de normalitate, reprezintă în fond, actul prin care „abaterea” de la „unmghiul drept” este sau nu semnificativă în planul activității umane. Doar atunci psihicul își manifestă forța de a echilibra dezechilibrul și a armoniza dezarmonia.

Capitolul 4

Cunoașterea personalității umane

Cuvinte cheie: **cunoaștere- trăsături- tipologii- valori- atitudini- comportamente- personalitate**

4.1 Tipologia umană

După Sillamy N. (1996)- Larouse, tipologia reprezintă studiul caracterelor fizice și mentale ale ființei umane, clasate într-un anumit număr de tipuri. Tipologia se poate identifica pe planul:

1)- **valorilor socio- culturale:**

a)- cei care caută puterea politică și economică;

b)- cei pasionați de idei;

c)- cei care se devotază semenilor;

d)- cei care vor să unifice lumea și pe oameni;

2)- **politic:**

a)- tipul radical care dorește schimbarea sistemelor stabilite;

b)- tipul conservator;

3)- **medical:**

a)- hiperactivității (tipul A), întotdeauna zoriși, nerăbdători, ambițioși;

b)- placizii (tipul B), destinși, așezați.

Este evident faptul că enumerația tipologică, având un anumit punct caracteristic, nu se termină aici. Astfel, cea mai „vehiculată” tipologie, aparține comportamentului dinamico-energetic, fiind **temperamentul** care reprezintă o sinteză a celor trei identități: forță, mobilitate și echilibru, structurând totodată din punct de vedere formal, și conduita umană.

În acest context:

1)- **forța** = reprezintă energia, capacitatea de lucru și surprinde:

a)- tipul puternic = suportă tensiunea psihică, ferm, stăpân pe sine, energic în executarea acțiunilor;

b)- tipul slab = nu rezistă la efort, uneori este temător, nesigur, irascibil, sensibil, emotiv;

2)- **mobilitatea** = reprezintă rapiditatea înlocuirii reciproce a excitației și inhibiției și surprinde:

a)- tipul mobil = trece ușor de la o formă de lucru la alta, își formează rapid noi deprinderi, le modifică și le înlocuiește pe cele vechi, ia decizii rapide, are inițiativă;

b)- tipul inert = suportă greu variațiile în succesiunea activităților, schimbărilor și vitezelor mari, surprizele își

formează greu deprinderi, mișcările sunt lente, preferă activitățile tipice și fără variabilitate;

3)- **echilibrul** = se produce între excitație și inhibiție și reprezintă cantitatea de energie mobilizată:

a)- tipul excitat = neechilibrat, cu energie tumultuoasă, agresiv, irascibil, nehibzuit;

b)- tipul normal = mișcări proporționale cu solicitările, directe și suficient de rapide, vorbire echilibrată și expresivă;

c)- tipul inhibat = se concentrează greu, obosește repede, învață încet.

Pornind de la aceste considerente, putem clasifica ceea ce începuse Hipocrate, ajungându-se practic astăzi, la a delimita cele patru tipuri temperamentale și anume:

1)- **coleric** = puternic- mobil- neechilibrat;

2)- **sanguin** = puternic- mobil- echilibrat;

3)- **flegmatic** = puternic- inert- echilibrat;

4)- **melancolic** = slab- mobil/ inert- neechilibrat;

Recunoscute prin reacții ca:

1)- **colericul** =

- reacții emoționale puternice și reactivitate motorică accentuată;

- impulsiv și uneori chiar violent, agresiv;

- face risipă de energie, reușind însă să-și dovedească rapid

capacitățile;

- inconstant în relațiile cu ceilalți;
- vorbire inegală, înclinație spre exagerare;

2)- **sangvinicul** =

- vioi, vesel, bine dispus, trece totuși rapid de la o trăire afectivă la

alta;

- se adaptează rapid reușind să se stăpânească relativ ușor, ceea ce îi

Permite stabilirea rapidă de relații sociale;

- abundență a expresiei verbale și fire comunicativă;
- ia ușor decizii, simțind nevoia variației situațiilor;

3)- **flegmaticul** =

- calm, imperturbabil, chiar lent
- echilibru emoțional, fiind puțin reactiv din acest punct de vedere,

dar cu sentimente durabile;

- caracterizat de răbdare și toleranță, se adaptează mai greu și trece cu

o oarecare dificultate de la o activitate la alta;

- meticulos, înclinat spre rutină;

4)- **melancolicul** =

- emotiv și sensibil, are dificultăți de adaptare;

- capacitate de lucru redusă, dar obține un randament progresiv;

- înclinat spre reverie și interiorizare;

- puternic afectat de insuccese, compensează insuccesele prin

închiderea în sine;

- capabil de activități de migală;

E important a menționa faptul că literatura de specialitate consemnează variate „tipologii” din care ne permitem a aminti câteva și anume:

a)- **I. P. Pavlov** stabilește pe baza studiilor de laborator existența unei corespondențe între tipurile de activitate nervoasă superioară și tipurile temperamentale, făcând corespondența între:

- **colericul** = tipul puternic, neechilibrat, exitabil;

- **sangvinicul** = tipul puternic, echilibrat, mobil;

- **flegmaticul** = tipul puternic, echilibrat, lent;

- **melancolicul** = tipul slab;

b)- **C. G. Jung** (1928)- pornește de la contradicții bipolare de tipul: zi- noapte, naștere- moarte, inspirație- expirație, ajungând să distingă:

- **tipul extravertit** = este orientat spre exterior, spre cunoașterea lumii externe, evită singurătatea, este sociabil, agreeat de comunitate, animator și poate deveni conducător de grup;

- **tipul introvertit** = este inapt pentru dezvoltarea unor relații sociale, slab adaptat la realitate, evită lumea, se complace în singurătate, este uneori egoist și bizar, gășind în sine ceea ce extrovertitul găsește în ceilalți;

c) **Roschach N.** (1941) abordează tipologia în funcție de rezonanța afectivă, sub forma:

- **tipul extratensiv** = facilitatea realizării unei legături interpersonale, labilitate, instabilitate, renunțare;

- **tipul introtensiv** = se caracterizează printr-o oarecare rigiditate, fermnitate, discreție;

- **tipul coartat** = este retractat, cu o slabă energie instinctivă;

- **tipul ambigval** = apare firea ambivalentă;

d) **Eysenck N.** (1963) reia teoria în acest fragment al cunoașterii umane a lui C.. G. Jung, făcând diferența dintre persoanele stabile din punct de vedere emoțional și cele instabile construind următoarele tipuri temperamentale sub forma:

- **colericul** = extrovertul instabil;

- **sangvinicul** = extrovertul stabil;

- **flegmaticul** = introvertul stabil;

- **melancolicul** = introvertul instabil,

dovedind că flegmaticul și melancolicul sunt introvertiți, iar colericul și sangvinicul, extrovertiți.

Atenție! Nu vom găsi niciodată un tip temperamental pur, ci combinația a două stări, una fiind dominantă. De asemenea, catalogarea tipologiei umane implică și alți factori sau alte structuri atitudinal- comportamentale, așa cum vom aminti ceva mai târziu, într-un subcapitol distinct.

4.2 Personalitatea- trăsături de personalitate

Dacă după Sillamy N. (1996)- Larousse, **personalitatea** este în esență elementul stabil al conduitei unei persoane, ceea ce o caracterizează și o diferențiază de o altă persoană, adică, „Cogito, ergo sum” (Cuget, deci exist).

De aceea, cunoașterea **trăsăturilor de personalitate**, reprezintă punctul de pornire în a evidenția ceea ce este specific, mai precis, unic persoanei respective. Astfel, pornind de la „constelația de trăsături” (Guilford P.) ce dau prestanță unei personalități și ajungând până la teoria lui Allport G. care consideră că în fiecare individ se pot evidenția una două trăsături cardinale (dominante și determinante în raport cu celelalte), 10-15 trăsături principale (caracteristice) și o multitudine

indeterminantă de trăsături secundare, drumul cunoașterii fiind destul de sinuos, perceput câteodată ca o „cursă contra cronometru”.

În acest context, Ionescu G. (1973), face remarci asupra faptului că se confundă frecvent noțiunea de **trăsătură de personalitate** cu adjectivele care încearcă să caracterizeze personalitatea, insistând asupra faptului că cele dintâi menționate sunt selecționate după:

- a)- analiza observațiilor empirice;
- b)- observația anomaliilor personalității;
- c)- aplicarea analizei factoriale care la rândul ei prelucrează

date obținute prin:

- scalele de apreciere întocmite de apreciator;
- chestionarele completate de către cel examinat;
- testele „obiective” de personalitate;

Să ne reamintim cu toate acestea, faptul că **trăsăturile**:

- a)- sunt particulare și personale;
- b)- nu pot fi apreciate decât în interdependența lor;
- c)- trebuie descoperite, aflate în fiecare caz (individual);
- d)- sunt implicite, inaparente, incluse.

Concentrate, **trăsăturile** se pot referi la aspectele:

- morfologice(dimensiuni și raporturi somatice);
- fiziologice (forță, echilibru, mobilitate);

- psihologice.

În această textură Allport G. (1927) descrie câteva caracteristici esențiale ale trăsăturilor de personalitate, pornind de la faptul că:

1)- sunt reale, nu sunt doar construcții teoretice care etichetează anumite comportamente, ele există în interiorul fiecărei persoane;

2)- manifestarea lor nu este condiționată de prezența anumitor stimuli;

3)- sunt independente funcțional de originile lor, chiar dacă originea lor poate fi identificată, în condiționarea reflexelor, de exemplu;

4)- trăsăturile determină comportamentul, ghidându-i direcția;

5)- pot fi demonstrate empiric, putem să inferăm existența unor trăsături pe baza coerenței și consistenței comportamentelor unor persoane observate pe o perioadă mai mare de timp;

6)- nu sunt separate rigid una de alta, ele se pot suprapune parțial sau pot să coreleze foarte mult între ele.

Același autor, sintetizează trăsăturile compartimentându-le în:

a)- comune = care pot fi întâlnite la un grup socio- cultural;

b)- personale = care diferă de la o persoană la alta, sub forma:

1)- cardinale = caracteristice insului determinându-i conduita;

2)- centrale = care descriu în mod obișnuit persoana;

3)- secundare = care exprimă aspecte mai puțin importante ale persoanei.

În acest caz, este de menționat faptul că personalitatea nu include numai ceea ce este personal, caracteristic individului, ci și ceea ce este important pentru el.

Continuând periplul cunoașterii umane, surprindem faptul că **personalitatea** este întotdeauna **unică** și **originală**, raportându-se la:

- apartenența de speța umană;
- calitatea de ființă socială și deci, membru al societății;
- calitatea de ființă conștientă, dotată cu gândire și voință;
- participarea la cultură, dotarea cu valori și orientarea după aceste valori;

- potențialul creativității,

astfel încât identitatea să se înscrie unui sistem bio- psiho- socio-cultural

bine constituit.

În viziunea lui Roșca Al. (1976)- „**personalitatea** rezepeintă îmbinarea nonrepetitivă a însușirilor psihice care caracterizează mai pregnant și cu un mai mare grad de stabilitate omul concret și modalitățile sale de conduită”, astfel încât personalitatea se identifică cu subiectul uman concret, ca obiect al acțiunii, cunoașterii și valorizării proprii ființe și a mediului în care trăiește.

Privind terminologia ce desemnează ființa umană în integritatea sa, e necesar a sublinia faptul că, alături de **personalitate** apar termeni ca:

1)- **individ** = unitate distinctă a speciei din care face parte, deci individul este orice organism, inclusiv omul;

2)- **individualitate** = ansamblul particularităților proprii unui individ care îl deosebesc de ceilalți indivizi;

3)- **persoană** = desemnează numai natura umană în ceea ce are ea specific și nu include aspecte concrete legate de vârstă, ocupație, sex mediu, etc.

Totuși, în literatura de specialitate, formula cea mai acreditată fiind și cea mai complexă prin definirea sa, este aceea de **personalitate**, plauzibilă fiind și prin cele amintite de Tudose Fl. (2000) și anume că:

a)- personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;

b)- are un anumit grad de personalitate, o dinamică și o economie proprie;

c)- este rezultatul dezvoltării potențialităților înăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;

d)- dezvoltarea personalității este secvențială, atenționând că personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonios fără ereditatea naturală, fără influențe educaționale și culturale, corespunzătoare.

Toate acestea în condițiile în care dezvoltarea psihică nu este liniară, ea putând fi privită ca o alternanță temporară de faze, de echilibru și stabilitate, cu perioade de criză caracterizate de modificări profunde.

Astfel, Piaget I. (1971)- vorbește despre cele trei însușiri ale structurii personalității:

a)- **totalitatea** = nici un fapt psihic nu poate fi descris ca străin sau petrecându-se în afara personalității;

b)- **transformarea** = personalitatea este într-o continuă și necesară transformare;

c)- **reglajul** = personalitatea este supusă în permanență unei continue determinări exterioare;

dar un traseu imaginar în complexa componentă a personalității nu se poate încheia fără „experiența Freud”.

S. Freud a constatat că psihicul uman are o organizare nivelară: - **inconștient- proconștient- conștient**, definind:

1)- **inconștientul** = este nivelul cel mai profund al psihicului, neaccesibil direct, fiind totodată sediul instinctelor sexuale, agresivității, dorințelor și actelor regualte, etc;

2)- **proconștientul** = este sediul deprinderilor dar și al informațiilor care, deși nu sunt conștiente, pot fi activate la un moment dat, în funcție de necesitățile concrete;

3)- **conștientul** = este suprafața psihicului nostru constituit dintr-un flux continuu de informații și trăiri emoționale, deținând un rol important în modul specific de a fi al ființei umane.

Deci, la nivelul domeniului nostru de activitate, personalitatea individului se constituie în fundamentul de la care trebuie să pornească conceptul de act nutrițional, conștientizându-l și personalizându-l ca atare, ajungând a decodifica ceea ce pare un slogan, ușor desuet și anume „suntem ceea ce mâncăm”, interpretând totul de la/ și la acest nivel.

4.3 Tipologia dietetică

Dacă celelalte capitole s-au identificat cu elemente cunoscute în litaratura de specialitate, vom încerca în continuare a aduce elementul de specificitate surprinzând o tipologie aparte

privită dintr-o perspectivă ce se modelează pe interesul nostru cognitiv- **tipologia dietetică**.

Considerăm că, din punct de vedere deontologic este necesar a menționa faptul că cele ce urmează a fi prezentate, reprezintă un punct de vedere pe care noi l-am adoptat ca atare, fără a ne implica în a comenta, da veridicitate sau interpreta fenomenele ca atare. Deci, considerând absolut necesară cunoașterea unei asemenea tipologii din perspectiva implicării într-o componentă teoretică a psihopedagogiei nutriționale, cele ce urmează se subscriu mesajului interpretativ al unei noi identități și modalități de exprimare, făcând cogniscibil un nou domeniu, prin prisma de abordare.

Astfel, în această nouă conjunctură este important a observa faptul că între **mediu** și **temperament** se realizează o relație reciprocă ce-și găsește aplicabilitatea, atât în modul de **hrănire**, cât și de **dietă** menționând un echilibru între construcție, evoluție și valoare umană.

Dacă la nivelul tipologiei umane sunt cunoscute cele patru temperamente:

- | | | | |
|--------------|---|---|--------------|
| - coleric | } | raportate ca identificare prin: - forță | |
| - sangvinic | | | |
| - flegmatic | | | - mobilitate |
| - melancolic | | | - echilibru |

în noua structură privită din perspectiva modului de a trăi și a se hrăni, cât și a influenței mediului ca o evoluție armonioasă și de împlinire. Distingem, Blin C. (2002), cele patru aparate anatomice care pun omul în raport cu cele patru medii exterioare, acestea fiind:

1)- **aparatul digestiv** = primește impulsurile mediului alimentar;

2)- **aparatul respirator** = preia impulsurile din mediul atmosferic;

3)- **sistemul nervos** = preia impulsurile mediului mintal (psiho- social);

4)- **sistemul osteo- muscular** = fiind cel ce se exercită asupra mediului fizic,

iar predominanța uneia sau alteia din aceste grupe de organe, va declanșa nevoile vitale de ordin diferit:

- ambianța nutrițională;
- cheltuielile de energie musculară;
- cheltuieli de energie nervoasă și psihică.

A avea un temperament bun înseamnă, Dupont P. (2007):

- să fim în elementul nostru;
- să ne menținem în armonie cu ciclurile vieții;

- să profităm de elemente și de simaptia naturală care unește; anotimpurile, plantele, alimentele, climatele, perioadele zilei și temperamentul nostru;

- să descoperim virtuțile numite de strămoșii noștri umori care ne leagă de elemente.

Vechii filosofi foloseau în exprimarea temperamentului unei persoane unul din cele patru elemente: foc, aer, pământ, apă, pentru a defini melancolicul, sangvinicul, colericul, flegmaticul, pornind de la: umed, rece, uscat și cald. Astfel, Dupont P. (2007) vorbește despre:

1)- **temperamentul melancolic** = temperament dominat de foc, cald și uscat, prezintă o constituție tonică- plastică;

2)- **temperamentul sanguin** = temeperament dominat de aer, cald și umed, prezintă o constituție tonică- plastică;

3)- **temperamentul coleric** = temperamentul dominat de pământ, rece și uscat, prezintă o constituție atonică- plastică;

4)- **temperamentul flegmatic** = temperamentul dominat de apă, rece și umedă, prezintă o constituție atonică- plastică.

Din punctul de vedere al dietei, o implicare a temperamentelor, după același autor este evidentă, iar întreaga abordare îi aparține.

Se ajunge astfel nu numai a alege alimentele și plantele în funcție de temeperament, a le prepara cât și implementa anumite

reguli care au în vedere atât partea dominantă a elementului cât și complementaritatea celorlalte, cel mai important lucru fiind acela de a menține un echilibru mintal prin actul nutrițional/ hrănire.

În același context, au loc și se remarcă similitudinile dintre **temperament** și **anotimpuri**, forma de exprimare fiind cura de:

1)- **primăvară** = **sangvinic** de aer cald și umed, care necesită un regim alimentar vegetal, nici prea umed nici prea cald, nici prea sărat, este indispensabil ca acesta să fie sobru, iar ceaiurile digestive ușor amare îi pot face mult bine;

2)- **vara** = **melancolic** de foc, cald și uscat, trebuie diminuat printr-un regim alimentar de natură rece și umed, compus din vegetale alimentare cu condimente ușor acide;

Vara se consumă obligatoriu alimente reci și umede pentru a nu se deshidrata corpul, iar Aristotel (Dupont P. – 2007) spunea „Vara puțină apă rece de fântână este foarte bună. Atât timp cât este cald, îți vei umple palmele cu apă: acest lucru este mai bun decât orice alt remediu. Acest lucru calmează stomacul, fiind foarte eficace împotriva bilei, când, pe timpul verii, aceasta trebuie să crească”;

3)- **toamna** = **coleric** de pământ, rece și uscat, trebuie temperat printr-un regim alimentar umed și cald, compus din vegetale întăritoare și dulci;

4)- **iarna = flegmaticul** de apă, rece și umed, temperat printr-un regim alimentar cald și uscat, compus din legume aromatice și sărate, dar și produse marine bogate în iod, neuitând că iarna putem mânca orice, noptile sunt mai lungi, iar mâinile să fie spălate cu apă caldă dimineața și seara, totul fiind înțelept.

Ca și la precedentele tipologii, nici aici nu putem vorbi de tipuri pure, ci de o combinație, una fiind dominantă. Deoarece vorbim de un individ prins în mișcarea și dezvoltarea proprie/ individuală/ personală va fi necesar a avea în vedere **adaptarea alimentară**, Blinc C. (2002), care trebuie să se efectueze în funcție și de starea de sănătate, de potențialul vital al momentului, nutriția nefiind doar o problemă de aporturi nutritive, ci, înainte de toate, o problemă de asimilare și de utilizare, așa cum subliniază Corton (1965), faptul că „nu trebuie hrănit un individ viguros ca pe un debil, nici un bolnav ca pe un om sănătos”, trebuie să se țină cont de rezistența vitală, altfel riscăm să provocăm niște dezastre în starea de sănătate, o uzură viscerală „irepetabilă”.

Putem constata astfel faptul că și din aceste puncte de vedere exprimate anterior, **tipologia dietetică** se înscrie ca un demers constructiv spre cunoașterea bunelor condiții alimentare, atenționând asupra carențelor și/ sau exceselor, prevenind în timp, uzura prematură, atât fizică, psihică și chiar morală.

Ajungem structural în momentul de identificare a tipologiilor dietetice, pornind de la studiile întreprinse într-o unitate psiho- somatică de către Rostan în 1826 și fiind prezentate sub o nouă identitate calitativă (după Blin C. 2002):

1) **Tipul „digestiv”- D =**

a)- din punct de vedere **morfologic**, individul este destul de palid, gras și rotund, cu un abdomen proeminent, în raport direct cu mărimea etajului inferior al feței, care este cel mai adesea înecată în grăsime la nivelul gâtului și devine piriformă;

b)- din punct de vedere **fiziologic**, țesuturile sunt infiltrate cu ușurință de grăsime și de apă, o tendință clară către obezitate și către o încetinire a circulației artero- venoase;

c)- din punct de veder **psihologic** are loc o diminuare a tonusului muscular și a excitabilității nervilor, o înclinație către sedentarism, calm, pasivitate, ce însoțește reacțiile psihomotrice lente, rezistența organică este bună, dar deficitară când este vorba despre forță, abilitate sau viteză;

d)- din punct de vedere **alimentar** sunt de preferat mâncărurile grase, pronunțat sărate și dulci.

Deci, **tipul D** = va trebui să evite:

- excesul de alimente grele, supra- alimentația;
- un prea mare sedentarism;
- inacțiunea fizică și mentală;

- climatele reci sau moleșitoare;
- vecinătatea mării, malurile râurilor, navigația și pescuitul îi pot furniza o liniște binevenită.

2)- **Tipul „respirator” – R =**

a)- din punct de vedere **morfologic**, individul are o piele colorată, posedă o musculatură suplă, un torace relativ proeminent, corespunzător în mod normal etajului median al feței, aceasta dobândind forma unui oval destul de lat;

b)- din punct de vedere **fiziologic**, sângele său este bogat, iar capacitatea toracică este importantă, corespunzând funcției respiratorii dominante, posedă un tonus bun;

c)- din punct de vedere **psihologic**, această dispoziție induce un bun dinamism al organismului la nivel global, este entuziast, se pasionează ușor, îi place reînnoirea situațiilor, cucerirea, adaptarea sa este lejeră atât pe plan psihic cât și intelectual;

d)- din punct de vedere **alimentar**, este înclinat în mod natural către o bucătărie variată, către mese destul de copioase și distanțate în timp, pe care le asimilează rapid.

Deci **tipul R** = foarte reactiv pe toate planurile și mai ales în domeniul emotiv-ș afectiv, va avea nevoie să-și modereze exuberanța, eventualele excese, să-și tempereze entuziasmul, dar păstrându-le totuși ca resorturi personale în caz de deficiență. El

va avea întotdeauna nevoie să se descarce în aer liber, cu atât mai mult cu cât meseria sa l-ar putea priva de asemenea ocazii. Va trebui să evite o prea îndelungată expunere la soare, fiind predispus la congestii.

3)- **tipul „muscular” – M =**

a)- din punct de vedere **morfologic**, este caracterizat printr-o puternică dezvoltare a membrelor și a musculaturii, existând o proporție între torace și abdomen, iar etajele feței sunt sensibil egale;

b)- din punct de vedere **fiziologic**, reprezintă particularitatea de a fi hipercrinic, glandele endocrine funcționând din abundență, cu o predominantă funcțională a hipofizei, tiroidei și glandelor, iar lipsa de activitate musculară antrenează rapid tulburări hepatice;

c)- din punct de vedere **psihologic**, este un individ activ, autoritar și sincer, iar ca și coleric, știe să se stăpânească, deciziile sale fiind clare, categorice, manifestând uneori o prea mare siguranță sau dorință de a se impune psihic sau intelectual, știind că forța, rezistența și viteza se află într-un raport bine echilibrat;

d)- din punct de vedere **alimentar**, preferă bucătăria simplă, mesele cât mai sobre, regulate, ritmice, apetitul său fiind mijlociu.

Deci **tipul M** = fiind în mod esențial motor, e necesar să-și lucreze constant mușchii, este de dorit să trăiască într-un mediu în care să aibă preocupări solicitând o mare cheltuială de energie fizică, în sens contrar, fiind necesar să facă sport cu regularitate.

4)- **Tipul „cerebral” – C =**

a)- din punct de vedere **morfologic**, este în general înalt, destul de palid, subțire sau slab, el posedă o constituție osteomusculară subțire sau puțin evidentă, predominantă etajului superior al feței, ochi, frunte, îi conferă figurii sale cu trăsături fine, o formă triunghiulară, cu bărbia care se îngustează până devine chiar ascuțită în partea inferioară;

b)- din punct de vedere **fiziologic**, se observă absența grăsimilor și a mușchilor, dar și o osatură delicată, hipotenic, cu tendințe de variație a tensiunii nervoase de natură tiroidiană, vitalitatea sa generală este măsurată, fiind vioi, iar gesturile numeroase îi ușurează exprimarea;

c)- din punct de vedere **psihologic**, sensibilitatea emotivă atrage după sine bogăția și reînnoirea senzațiilor a căror exploatare are loc în sfera mentală, care, la intelectuali se activează la rândul său, vulnerabilitatea din exces de sensibilitate, determină reacții de izolare, „fugă”, fiind motivată printr-o reacție de apărare;

d)- din punct de vedere **alimentar** caută instinctiv tot ce este în stare să-i excite nervii, să-i înmulțească senzațiile și să-i stimuleze curiozitatea nativă.

Deci, **tipul C** = trebuie să evite ceea ce ar putea să-l traumatizeze, să-l irite, surmenajul, frecventarea oamenilor pesimiști sau revoltați, emoțiile prea violente, va trebui să-și mențină o tensiune nervoasă și psihică suficientă conservând un minimum de activități și de poli de interes, totuși, fiind înclinat spre ocupații ce pun în mișcare spiritul, se va uza în activități excesiv fizice, dar tentat să trăiască în apropierea casei va trebui să aducă o cât mai mare varietate existenței sale.

Capitolul 5

Abordarea actului nutrițional din perspectiva cunoașterii particularităților de vârstă

Cuvinte cheie: **nutriție- inocență- căutarea- stabilitatea- senectutea- cunoaștere- pacient**

5.1 Pacientul copil- inocența

Așa cum aminteam în precedentul capitol, actul de nutriție/ hrănire cât și hrana ca atare, au o importanță deosebită în dezvoltarea și evoluția umană. De aceea, tindem a vorbi în timp de o **artă a nutriției**, moment în care însăși modul de a percepe viața și a o trăi va fi diferită, deoarece, trecută prin prisma atitudinii noastre comportamentale, ne vor raporta altfel la ea, valorificându-i resursele.

Astfel, cunoașterea dintr-o anumită perspectivă a particularităților de vârstă ale pacienților noștrii, ne va aduce în situația nu numai de a înțelege actul nutrițional pe categorii, dar și a realiza un **program nutrițional personalizat** în funcție și plecând de la identitățile psihologice legate de dezvoltare și evoluție.

Pornind de la această percepere, vom enumera câteva din caracteristicile, în primul rând ale **pacientului- copil**, căruia **inocența** reprezintă cuvântul cheie. În această secvență evolutivă, putem înscrie copilul de la naștere și până în jurul vârstei de 11 ani. Venirea pe lume face ca mama să se implice în rolul său, sau să rămână doar „purtătoarea unui făt”, adică biologică, fără acceptarea afectivă în acest caz. **Noul născut** care oscilează între încredere și neîncredere de la naștere și până la un an, are nevoie de **mama** ce-i dă siguranță, încredere, realizându-se în fapt un **liant** între cei doi.

Specialiștii au remarcat de-a lungul anilor de studii, că se formează un concept legat de **potrivirea** și **nepotrivirea** celor doi: mamă- copil fiind de fapt evidențiată, **compatibilitatea** astfel încât:

a)- potrivirea parentală „contabilizează” armonia și înțelegerea părinților cu copilul, creându-se în timp, structuri comportamentale sănătoase;

b)- slaba potrivire parentală- ce duce la incompatibilitatea și în timp la dezvoltarea unor atitudini carențiale afective;

Putem constata în esență că, existența și cultivarea unei **relații pozitive** între părinți și copil și care formînd deja o **familie** pot cultiva construcția unei armonii ce se bazează și pe valori morale.

Copilul crește, depășind anumite obstacole pe care, **pașii** deja inițiați, îl fac să le ocolească. **Îndoiala, rușinea dar și autonomia** (1- 3 ani) fac din această perioadă, un univers aparte. Este momentul în care „desface, distruge” jucării, le duce la gură, le percepe, le cunoaște și recunoaște, fapt care-l conduce în final pe copil, spre lumea sau vârsta „**de ce-urilor**”, culminând cu propria sa descoperire ca ființă, Tudose Fl. (2003), copilul capătă un sentiment de mirare în fața vieții și se simte bine cu propriul rol în această viață. Tot acum crește **rolul părintelui** care e necesar a conștientiza responsabilitatea pe care o are, cât și faptul că jocul își găsește deja locul în viața copilului. Este de asemenea clipa în care se pun bazele **socializării** copilului, acesta descoperind prin frecventarea creșei, că există și altceva la care să se raporteze în afara familiei, adică, apare **grupul social**.

Înaintând în creșterea și dezvoltarea sa, copilul între 3 și 5 ani descoperă atât **inițiativa** cât și **nevinovăția**, fiind totodată **vârsta preșcolară**, momentul în care, așa cum aminteam anterior, raportarea se face și la alt grup decât familia. În întreaga sa evoluție, un lucru apare ca cert, acela al dezvoltării sale complexe, acesta apreciind deja jocul, independența în mișcare, comunicarea, relaționarea, cât și modul personal de a descoperi lumea. Ajungem a vorbi despre „psihologia buzunarelor pline” ca strategie cognitivă a lumii, copilul adunând tot ce-i suscită interes

și-i probează curiozitatea și imaginația, grefate pe-o inteligență ce se apropie de perioada preoperațională a lui J. Piaget.

Își primește identitatea de **preșcolar** și Iamandescu I. B. (2002), de la vârsta de trei ani, **se recunoaște ca individ separat de ceilalți**, are dorința de a comunica, este curios, tinde spre dobândirea independenței, încearcă să placă celor din jur, îi imită pe adulți în jocurile sale, **se identifică cu părinții** care devin un ideal de viață, își exprimă îndoieli apărând totodată spiritul autocritic.

Vârsta școlară- 6- 11 ani, sau **copilăria mijlocie**, caracterizată prin: **activitate, hărnicie, perseverență, inferioritate**, reprezintă participarea mai aprofundată la un program organizat de educație. Participarea ca elev în școala primară, îl aduce pe **copil** ce-și transformă statusul social în **elev**, de a percepe timpul ca **timp pedagogic** (oră, pauză, semestru, vacanță, an școlar) determinând apariția etapei operațiilor concrete, după J. Piaget, ceea ce duce la modificări structurale ale acestuia.

Tot după Iamandescu I. B. (2003), în această perioadă, **este sensibil**, mai puțin egocentrist, devine mai **sigur pe el în cadrul familiei**, începe să se îndoiască de valoarea părinților, răspunde mai bine la sugestii decât la ordine, îi place societatea, este conștient de diferențele de sex.

Este momentul în care copilul descoperă și lumea sub alte aspecte, adică **familia** sa poate să sufere: un deces, un divorț, un abandon, sau chiar el ajunge a se simți sufocat de către o mamă supraprotectivă sau din contră, abandonat de proprii părinți.

În aceste situații, **copilul** poate să-și facă din **hrană**/ actul nutrițional, **un aliat** sau **un dușman**, mai ales în situațiile în care apar:

- eșecuri școlare;
- neînțelegeri în familie;
- carențe afective pe un fond social;
- tulburări comportamentale;
- tulburări de personalitate, pierzându-și în timp relativ scurt, stima și încrederea de sine greu încercate.

Tot sub asemenea „auspicii”, actul de hrănire/ nutriție, hrana în sine, pot lua forma unui: **refugiu** (mănânc, mă îndop, pentru că sunt supărat, nu mă iubește nimeni, nu-mi pasă cum arăt) putând să apară semnele unei viitoare obezități;

- **protect** (nu mănânc pentru că părinții mei se ceartă, au divorțat, vreau să mor, nu mă mai interesează nimic), manifestându-se ușor semnele unei anorexii nervoase, remediul la cele menționate anterior putând porni chiar de la atmosfera casei/ familiei, și climatului de securitate și siguranță ce trebuie creat copilului în toate situațiile posibile.

În cazul în care e necesară intervenția medicală sau a persoanei specializate, în speță a **nutriționistului**, acesta e util a cunoaște:

- că jocul este la un moment dat modalitatea de învățare;
- particularitățile de vârstă;
- unele comportamente tipice copilului într-o anumită fază a evoluției sale;
- anumite tehnici și metode de evaluare a problemei copilului;
- necesitatea modelării după nevoile copilului cât și ale familiei sale.

Nutriționistul nu trebuie să plece în abordarea/ anamneza copilului, fără a-l lăsa și pe acesta a se exprima, a-și spune propria părere, acolo unde nu intervine familia. Hrana, așa cum mai aminteam anterior, nu trebuie să fie o **sperietoare**, exact ca și **amenințările** obișnuite și practicate la masă, de către părinți la nivelul copilului:

- mănâncă tot că vine și te duce cu sacul/ babaul;
- vezi că-ți pleacă mâncarea din farfurie că ești rău și nu vrei să mănânci tot;
- numai te faci că te doare burta;
- nu mă minți și mănâncă, că n-o să stau toată ziua după tine, și „lista” poate continua, important fiind locul ocupat de cei doi în această relație:

copilul (C)- hrana (H)

nefiind întotdeauna cea mai benefică.

Deoarece copilul nu știe întotdeauna a-și găsi singur și a-și procura hrana necesară, „îndopatul” cu nutrimente din partea unor părinți poate deveni o stare obsesivă ce îndepărtează și mai mult pe cei implicați în procesul de hrănire.

De aceea, părinții au nevoie de răbdare, calm, bună dispoziție, pentru a hrăni copilul, făcând din actul de nutriție, nu o obligație, ci o adevărată artă, mergând câteodată pe două principii:

- mult și prost;
- puțin și bun,

doar nutriționistul, cântarul și randamentul psiho- social ne pot demonstra ce/ că este adevărat sau nu.

Și poate nu în ultimul rând ar trebui să ne punem întrebarea- de ce **refuză** copilul nostru să mănânce? Cauza? Multiple? Efectul?

Atitudine comportamentală diferită, mai ales că reclamele abundă, iar mesajul lor subliminal persistă. Doar educația pentru o mâncare/ hrană sănătoasă face din copil o persoană ce știe să respecte alimentele, fiindu-i aliate și nu dușmani.

5.2 Pacientul adolescent- căutarea

Ajungem la perioada **identității** și/sau a **confuziei de rol** unde începând cu preadolescența și apoi adolescența (11- 20 ani) căutările sunt cele care dau nota definitorie timpului. De fapt, Tudose Fl. (25003), perioada amintită, din punct de vedere al procesului psiho- social, este adesea conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore și anume:

a)- transformarea dintr-o persoană dependentă într-una independentă;

b)- stabilirea unei identități.

În acest context, căutarea de sine și permanenta întrebare: cine sunt? ce fac? la cine mă raportez?, definesc o nouă construcție a adolescentului pentru care la un moment dat și într-o anumită conjunctură succesul și/ sau eșecul s-ar putea afla pe același „podium” el continuând cu seria „de ce tocmai eu/ mie mi se întâmplă?”

După J. Piaget suntem deja în perioada operațiilor formale unde se cristalizează cogniția, iar structurile de personalitate se bazează mai mult pe comportament. Adolescentul este în căutarea rolului, astfel fiind posibile anumite confuzii, alături la „găști” dar și conflicte privind relația cu familia, școala și/ sau comunitatea. Se manifestă nonconformismul, sfidarea, dar și

teribilismul, ce poate duce la consumul de alcool și/ sau de drog. Cu toate acestea, adolescentul se poate conforma unor standarde, regului dar și asumarea unor responsabilități, acestea fiind rezultatul elementelor de flexibilitate și compatibilitate cu un nou super- ego, dând în timp, stabilitatea și coerența în creștere și dezvoltare.

Sub un alt aspect, această perioadă îl face pe adolescent să creadă, metaforic vorbind, „că tot ce zboară se mănâncă”, adică, trece prin etapele de:

- ușor influențabil;
- scăzută stima și încrederea de sine;
- căutarea unui idol, model;
- dorit a fi considerat și tratat ca **un om mare**, revers, nu se mai consideră copil;
- apar sau continuă accentuat conduitele de risc comportamental până la faza delictuală ajungând a spune că adolescența, Athanasiu A. (1983), este o perioadă frumoasă dar „ingrată”, prin conflictele ce pot apărea ca urmare a transformărilor personalității.

Dacă anterior surprindeam începerea unei relații între **copil și hrană**, la acest nivel, între cele două componente:

adolescent (A) – hrană (H)

se poate naște și se întâmplă de cele mai multe ori, un adevărat **conflict** pe baza atitudinii de:

- a refuza } gășite încă din fază incipientă la copil
- refugiu }

La această vârstă, conflictul cât și atitudinea devin conștiente, trecând uneori de la faza de joacă sau inconștiență a copilului, la a ști:

- de ce?
- cum?
- ce?
- când?
- unde?
- care?

cu trimiteri precare la alimente/ la actul nutrițional, **satisfac** (negativ vorbind) nevoia adolescentului de-a lua atitudine:

- a avea ceva de spus;
- a protesta;
- a dori să fie văzut;
- a dori să fie înțeles;

elemente care declanșează atât mecanisme de autoapărare cât și de exprimare, hrana fiind principala formă a atacului, urmând sloganul:

- Și ce dacă mă îngraș, e fix problema mea?
- Și ce dacă slăbesc, e fix problema mea?
- Și ce dacă mor, e fix problema mea, care-i problema?

și deja aceasta (**problema**) se profilează într-un context în care: familia, educația (școala, facultatea și comunitatea) au un cuvânt de spus.

Se cunoaște că în această perioadă de creștere corpul:

- fetelor, prin grație dezvoltând formele feminității;
- băieților, devine musculos, prinde vigoare, se formează pentru anii următori,

fapt ce declanșează o atitudine specială dar și normală privind actul de nutriție astfel:

- fetele „ciugulesc” mâncarea având grija siluetei;
- băieții mănâncă mult, des și au aproape în permanență senzația de foame, unele mame chiar decretând ca sunt „saci fără fund”, grija lor pentru ronțait ceva fiind chiar îngrijorătoare la un moment dat.

Se prevede ca în cazul în care adolescentul are nevoie de un consult de specialitate, **nutriționistul** va trebui să știe că e necesar să:

- îl trateze cu respect, fără să-l critice;
- realizeze o relație bazată pe acceptare și încredere;

- asigure elementul de confidențialitate dovedind pacientului că este luat în serios și crezut;
- i se asculte părerea dar și propria motivație;
- discuția să se bazeze pe cunoașterea elementelor de cognoscibilitate a acestuia;
- unele subiecte cu caracter intim să fie abordate cu tact și delicatețe
- ascultarea să fie activă și empatică;
- dea dovadă de flexibilitate , simț al umorului și lipsa prejudecăților, fapt care favorizează comunicarea.

Și ca un corolar la cele amintite și legate de pacientul adolescent, considerăm că este momentul prielnic în care dictonul latin „Mens sana in corpore sano!” poate avea aplicabilitate maximă.

5.3 Pacientul adult – stabilitatea

Este momentul în care, se împletește **intimitatea cu izolarea și cariera cu retragerea în sine**, parcurgându-se o perioadă ce pornește de la 20 de ani la 65 de ani. Predispusă la schimbări, această etapă adultă, obligă individul de a fi capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară, marcând faza de maturitate a adultului. În această perioadă se produc fenomene ca:

- angajarea profesională prin desăvârșirea educației;

- apariția șomajului;
- creșterea copiilor;
- apariția instituției căsătoriei;
- apariția rolului de părinte;
- rol, poziție și staus social;
- apariția unui divorț;
- reacții la fenomene stresante;
- impactul unui deces,

numerarea putând continua sub varii aspecte și motive, cert fiind faptul că, Erikson surprinde trei calități ce definesc această etapă adultă și anume:

- a)- intimitatea;
- b)- pro(creația);
- c)- integritatea.

Realizarea itemilor pornind de la aceste calități dobândite în perioada de adult a pacientului nostru, face ca acesta să ajungă a **conștientiza rolul echilibrului în actul nutrițional**, încercând a depăși faza nefastă de **a trăi pentru a mânca**.

Este momentul în care, adultul la această vârstă a maturității, Iordăchescu G. (2006), la nivelul alimentației, acumulează experiență, cultură și are discernământ în alegerea alimentelor zilnice. Intervine „jocul nutrimentelor”, a cântarului,

a curelor „a la minut”, accentul punându-se și pe mișcare făcută „de ochii lumii” sau ca o adevărată necesitate a păstrării sănătății.

Atingem în această perioadă apogeul, adică hrana devine o **artă**, bucătăria se transformă într-un sanctuar, pe când procurarea alimentelor se transformă nedorit într-o „goană nebună de provizii, fără acoperire în fapte”, iar timpul petrecut în marile magazine, o „jalnică inducere în eroare a inamicului”, dorința de sațietate nefiind întotdeauna direct proporțională cu cererea și oferta prezente la un moment dat, și care pot declanșa atitudini și comportamente contradictorii.

De aceea, în această perioadă, vizita adultului la **nutriționist** trebuie să pornească în eficiența sa, de la cel dintâi, datorită lui fiind aceea de a:

- avea încredere reciprocă;
- responsabilitatea intervenției nutriționale;
- conștientizarea unei alimentații sănătoase;
- realizarea unei echipe în cazul în care intervenția/consilierea nutrițională este de lungă durată;
- a alunga stările depresive;
- a lupta pentru a împiedica izolarea și marginalizarea;
- a-l ajuta să înțeleagă filosofia vieții și să se raporteze la ea fără a-și nega propria existență;

Cumpătarea și echilibrul nutrițional vor fi componentele de bază ale unei vieți adulte mature, ce trebuie să fie pregătită atât pentru reușite și de ce nu, chiar eșecuri câteodată, depășirea lor, prin rezolvarea situațiilor problemă, fiind **marele atu** al acestei perioade în dezvoltarea umană în general, dar și particulară în special.

5.4. Pacientul bătrân- senectutea

Până ajungem să vorbim despre **înțelepciune vârstei**, peste 65 de ani, ne sunt mai aproape **integritatea, disperarea și izolarea**. După Athanasiu A. (1983) îmbătrânirea trebuie înțeleasă ca un proces complex de involuție și restructurare, declin și compensare, eventual și de câștig, fiind considerată uneori ca o schimbare de interese, dacă reprezintă expresia adaptării la ierarhia nevoilor fundamentale.

Atitudinea față de muncă, dar și cea legată de propria viață, face ca perioada în sine să fie pentru unii, destul de stresantă.

A avea sau nu o familie, a fi sau a nu fi singur, a fi sănătos sau bolnav, dar mai ales a se ține sau nu de moarte și a se pregăti pentru „lunga călătorie”, reprezintă tot atâtea întrebări, dar și mai multe răspunsuri pe care persoanele aflate la senectute le trăiesc,

făcând de cele mai multe ori trimitere la „un stil de viață” personal, creându-se în timp „biografii”.

În acest context, după Iamandescu I. B. (2002), vârstnicul trăiește un veritabil complex de inferioritate amplificat de apropierea pensionării sau de ieșirea la pensie, ca și de anturajul său social, constând din:

- sentimentul de inutilitate socială;
- subapreciere personală;
- pierderea sensului existenței,

toate regăsindu-se ca modificări ale **imaginii de sine**.

Totodată, asistăm de asemenea la tulburări cognitive și afective ce apar concretizate în:

- scăderea memoriei;
- scăderea funcțiilor senzorio- motorii;
- apariția stării depresive;
- apariția anxietății;
- modificări comportamentale;

care alături de alte identități, pot duce spre noi interpretări a unei perioade ce-și arogă și calitatea de a manifesta o fragilitate și sensibilitate crescută.

La acest nivel, persoana **mănâncă pentru a trăi**, impunându-și un riguros program alimentar al meselor de peste zi, controlând efectul benefic mai ales al fructelor și legumelor ca

predecesoare a alimentației bazată pe exponenți naturali. Hrana în general este puțină, dar actul masticației se poate prelungi, atât din cauza dentiției (proteză, dinți lipsă) cât și a plăcerii de a savura mâncarea respectivă. Dispare conflictul legat de hrană, iar educația nutrițională ajungând până în acest moment, își face pe deplin datoria.

Rolul **nutriționistului** în această perioadă este mai mult unul simbolic, el întreținând o relație de menținere și supraveghere a unui regim alimentar, aplanând unele reacții de disconfort alimentar ce poate interveni la un moment dat pe un fond organic.

Din aceste perspective ale cunoașterii particularităților de vârstă, actul nutrițional poate fi personalizat, componenta în cauză, determinând noi atitudini comportamentale prefigurate în timp și spațiu, codificat prin educație la nivel de viață sănătoasă, surprinsă sub toate aspectele sale de manifestare structural-conceptuală.

Capitolul 6

Implicarea psihopedagogică în actul nutrițional

Cuvinte cheie: **psihic- hrană- rigoare- constanță- implicare- identitate- voință**

6.1. Identitatea actului nutrițional

Așa cum aminteam în primele pagini, **nutriția**, Segal R. (2002), este știința alimentației, ea comportând:

- digestia alimentelor;
- nevoile nutriționale;
- știința alimentelor;
- comportamentul alimentar.

Mergând pe aceeași filieră a identităților, același autor, specifică faptul că „alimentația constituie una din cele mai importante necesități fiziologice ale organismului” primindu-se din mediul înconjurător, diferite subordonate nutritive care realizează trei funcții vitale:

a)- **plastică** = adică asigură dezvoltarea și continua renovare a celulelor și țesuturilor;

b)- **energetică** = furnizează compușii ce asigură energia necesară pentru consumul energetic atât în repaus cât și în efort fizic;

c)- **biologică** = este izvorul unor substanțe biologice active din care în organism se formează enzime, hormoni și alți regulatori ai proceselor metabolice.

Am început cu o asemenea abordare teoretică, deoarece, sufletul se leagă de trup și trupul de suflet în ideea în care sănătatea unuia se răsfrânge și asupra celuilalt. De aceea, o alimentație corectă, Segal R. (2002) asigură o dezvoltare normală, armonioasă a organismului în creștere, sănătatea și rezistența la factori nocivi ai mediului, o înaltă capacitate intelectuală și fizică, o longevitate activă.

Continuând periplusul nostru conceptual, ajungem a defini **nutriția**, Yudkin (1969), după Garban Z. (2000), ca a fi o relație între om și alimentul său cu implicarea aspectelor psihologice și sociale, precum și aspectelor fiziologice și biochimice.

Din punctul nostru de vedere, ceea ce suscită interes, este modul în care prin nutriție, practic prin **actul nutrițional**/ de hrănire, se poate menține **echilibrul** între sănătate și boală, determinări exercitate de anumite condiții și stări evolutive a celorlalte

componente care transformă totul în energie, practic asigurând evoluția și dezvoltarea umană.

Ajungem astfel în situația în care dorim a „repune în drepturi” privind filosofia nutriției, modalitățile de conceptualizare a omului în legătura sa cu mediul, cu natura încă de pe vremea când lumea antică înțelegea profund totul, readucând în atenție, pe lângă lumea materială și pe cea, Ballentine R. (2007), interioară a:

- observațiilor asupra propriilor organisme;
- propriile reacții la alimente și băuturi;
- propriilor emoții;
- gândirii și experienței spirituale,

cât și a interacțiunilor complexe dintre toate acestea, astfel încât au fost determinate cinci elemente principale. Decodificate, acestea se prezintă sub identitățile ce vor urma și anume (interpretate după Ballentine R.- 2007):

1)- **pământul** = prithini, lucrurile sunt materiale și solide, iar conceptul este valabil și în cazul gândurilor care au o natură solidă, materială și care tind să fie elementele de concentrare, de bază, de bun- simț ale activității mintale;

2)- **apa** = apas, se referă la natura apei lichidă, fluidă, mobilă, astfel încât gândurile fluide și fluxul vocii sugerează acest element;

3)- **focul** = agni, tejas, nu este de natură materială și nici nu poate fi cuprins cu mâna, dar ne ajută să vedem lumina și efectele sale;

4)- **aerul** = voyu, nu poate fi văzut, măsurat și cuprins, chiar dacă i se simte atingerea la nivelul pielii el determinând mobilitatea lucrurilor;

5)- **spațiul** (eterul) = aksha, ca fiind ceea ce ar exista dacă orice altceva ar fi eliminat, fiind de fapt elementul în care există lucrurile tangibile, pământeste.

Ne-am oprit asupra unei asemenea schițe, deoarece este important a înțelege faptul că, Ballentine R. (2007), sunt mai mult decât concepte neobișnuite, scoase la lumină dintr-un mormânt prăfuit, de arheologii lumii filosofice. Nu sunt nici dependente, nici invalidate de cercetările moderne de laborator. Oferim mai degrabă o perspectivă independentă, solidă și perenă, care ne poate ajuta să corelăm observațiile dispersate pe care le avem despre nutriție și spirit.

Cu alte cuvinte, legăturile dintre material și imaterial, pământ- apă- foc- aer și spațiu, pot reglementa un anumit mod de hrănire care implică și spiritul în așa fel încât acesta determină mutații conceptuale la nivelul organismului.

Este doar un simplu act de nutriție sau din contră, în filosofia sa se împletesc elemente ce pot stabili un moment dat, un echilibru?

Retorica întrebare își găsește prin actul de nutriție, un răspuns afirmativ ce rezidă, de ce nu, din însăși concepția despre lume și evoluția sa, într-o contextualitate dată.

6.2. Implicarea psihopedagogică în actul nutrițional

Este momentul în care relația dintre dezvoltarea unor procese psihice se poate raporta la cantitatea de nutrimente necesară progresului, în dimensiunea dezvoltării umane. Astfel, se cunoaște din practică faptul că, atunci când din alimentația curentă a unei persoane lipsesc anumite nutrimente (proteine, calorii, vitamine, lipide, glucide) dezvoltarea psihică este în pericol. Apar:

- retardul psihic;
- eșecul școlar;
- retardul fizic;
- tulburările de comportament, atitudine, etc.

toate pe fondul unui dezechilibru din punctul de vedere al actului nutrițional. S-a constatat în acest caz că printr-o nutriție adecvată și echilibrată se elimină dezechilibrul, putându-se stimula:

- **inteligența** și crește procentul rezolvării situațiilor problemă;
- **atenția** și apartenența la mediu este cu totul alta;
- ameliorează **dificultățile școlare**, reducând stările de eșec și incertitudine;
- se pot controla **manifestările agresive**, diminuându-se atitudinile comportamentale- delictuale;
- se reduce **violența** și comportamentul deviant;
- **memoria** poate fi stimulată, îmbunătățindu-i performanța la anumite vârste.

Toate cele menționate anterior, și enumerarea poate continua, în ideea în care, prin unicitatea noastră, ne putem manifesta nutrițional diferit, apar ca o atitudine și nu numai, dacă luăm în calcul cele două componente ce pot asigura și un echilibru psihopedagogic, și anume: **energia și stresul, remarcate** mai ales prin:

- oboseală;
- epuizare;
- letargie;
- lipsa poftei de viață;
- apatie;
- slaba putere de concentrare,

cele două influențând negativ întregul dmers constructiv fizico-psihic al unei persoane.

Am dori să menționăm ca moment de reflecție la ceea ce reprezintă stresul, mai ales dependența de el, cele remarcate într-un stil personal și inconfundabil de Holford P. (2008), fără o intervenție interpretativă din partea noastră și anume: „Bineînțeles că nu puteți trăi așa o veșnicie, astfel încât multe persoane se îndreaptă către litoral să se prăjească pe plajă la soare. În timpul așteptării în sala aeroportului, ce poate fi mai relaxant decât citirea unui roman ieftin de groază. Pe copertă se sugerează crime, mister, lăcomie de putere, pasiune și suspans captivant. Sună bine. După o ceașcă de cafea, un pahar de vin și o călătorie istovitoare, ajungi pe plajă. Apoi, după două ore fericite petrecute – este timpul pentru ceva acțiuni mai agitate. Wind surfing, schi pe apă, ceva mai înviorător. Problema este că majoritatea persoanelor devin dependente de stres deoarece în lipsa lui se prăbușesc, scoțându-se la iveală adevărata lor stare de epuizare. Poate de aceea oamenii se simt extenuați sau se îmbolnăvesc când intră în vacanță”.

Și ca un simplu comentariu, ne-am pune întrebarea: de ce elementele de eustres le transformăm în cunoștință de cauză în cele de distres?

Dacă în acest caz, stresul ajunge să **gverneze** și actul de nutriție, provocând perturbări majore și revenirea pe linia de plutire se face destul de greu, e nevoie ca măcar să reușim a ne păstra **echilibrul energetic**, Holford P. (2008), mesajul nutrițional presupune să:

- consumați hidrați de carbon cu eliberare lentă- cei care eliberează „combustibil” într-un timp mai lung;
- vă asigurați porții optime de nutrimente esențiale- vitamine, minerale și altele;
- evitați stimulentele și depresivele,

creșterea nivelului de energie ne va ajuta să facem față eforturilor stresante din viața cea de toate zilele.

Și toate acestea formează un „ingredient” care influențează organismul, gândirea, ajutându-ne a fi pozitivi, starea psihică/sufletească câștigând în modul de expresie stabilind starea de bine prin: creativitate, bucurie, strălucire și de ce nu, simțul umorului.

Dacă am extrapola o anumită conduită, cele două tipuri A și B după Friedman S. H. (1991), se pot modela la un moment dat, pe actul nutrițional sub forma:

A) = persoanele de acest tip sunt percepute în mare măsură ca fiind implicate într-o luptă constantă de a face cât mai multe lucruri în cât mai puțin timp și care devin uneori chiar

agresive în eforturile lor de a termina ceea ce au început. Sunt întotdeauna în criză de timp, mereu grăbite și agitate.

B) = persoanele de acest tip sunt calme și relaxate, deschise și prietenoase, nu sunt obediente, au o mină bună, fiind mai degrabă calmi și veseli, decât anxioși și deprimați.

Este momentul în care actul nutrițional trebuie personalizat ținând cont de cei patru factori întâlniți în literatura de specialitate și anume:

- analiza dietei;
- testele biochimice;
- analiza simptomelor;
- examinarea modului de viață,

în angrenajul nostru atitudinal și specific, ne vom opri cu pregnanță asupra ultimului factor, considerându-l după cele amintite anterior, cel mai important (vom reveni în contextul capitolelor ce urmează).

Dacă ajungem la momentul de a personaliza actul nutrițional, **atunci** putem să luăm în calcul pentru viitorul acelei persoane, toată dezvoltarea sa psihopedagogică, pornind de la însușirile și procesele psihice și ajungând la determinări comportamentale pe baza actului de educație.

Cu alte cuvinte, reușim să controlăm și să ne controlăm în raport cu alimentele și alimentația/ nutriția, astfel încât puterea de

decizie să ne aparțină în cazul în care dorim o schimbare structurală a întregului nostru mod de percepere și raportare la mediu, comunitate și nu numai. Poate e momentul de a decela dacă ne iubim, acceptăm și înțelegem așa cum suntem, sau dorim un nou rol, poziție și status social pentru care trebuie să învățăm un nou comportament nutrițional, neuitând de modul în care-l personalizăm.

Ce fac toate acestea? Valorifică și educă, interpretează idei și concepte, ajungând a da verdicte... nutriționale.

Capitolul 7

Nutriția din perspectiva factorilor dezvoltării umane

Cuvinte cheie: **ereditate- mediu- educație- dezvoltare- calitate- cantitate- hrană**

7.1. Rolul și locul eredității

După Nicola I.(1996), dezvoltarea psihică este rezultatul interacțiunii factorilor externi și interni. Cei externi sunt conținuți din totalitatea acțiunilor și influențelor ce se exercită din exterior asupra dezvoltării și formării personalității umane. Aceștia sunt **mediul și educația**. Factorii interni sunt constituiți din totalitatea condițiilor care mijlocesc și favorizează dezvoltarea psihică, ei circumscriind calitatea de subiect al obiectului educațional.

Astfel, Todoran D. (1974), **ereditatea** cuprinde un complex de dispoziții virtuale, sau scheme funcționale ce se transmit de la ancesori la succesori prin intermediul mecanismelor genetice. Patrimoniul ereditar al fiecărui individ, rezultă din combinarea

unităților genetice maternel și patern. Deoarece există posibilități infime de combinare a celor două categorii de unități genetice în cadrul celulei germinale, probabilitatea apariției unor indivizi identici este practic imposibilă. Excepție de la această diversitate o fac gemenii monoziți care, provenind din același ou, sunt identici din punct de vedere ereditar, unitățile genetice maternel și patern fiind repartizate egal.

Tot la nivelul definițiilor, Lupșa E. și Bratu V. (2005), **ereditatea**, însușirea fundamentală a materiei vii de a transmite, de la o generație la alta, **mesaje cu specificitate**, sub forma codului genetic. În planul dezvoltării psihice, ea apare ca un **complex de predispoziții și potențialități** și nu ca un inventar de capacități și trăsături deja formate. Ereditatea o constituie **premise biologice a dezvoltării**. Obiectivarea ei are caracter probabilist și oferă individului o șansă (ereditate normală) sau o neșansă (ereditate ratată).

În același perimetru teoretic, este necesar a sublinia existența:

- factorilor ereditari ca premise ale dezvoltării psihice;
- maturizarea ca menținere a echilibrului dintre individ și mediu;
- dezvoltarea ca rezultată a maturizării, atât organice cât și psihice.

Se accentuează faptul că maturitatea psihică, Nicola I. (1996), marchează rezultatul dezvoltării psihice în general, nivelul optim atins în concordanță cu cerințele sociale și posibilitățile interne existente. Maturizarea psihică este dependentă de cea biologică, dar este determinată în ultimă instanță de activitatea individuală, de influențele ce se exercită din exterior, de educație.

Relația dintre nutriție și ereditate ar putea fi creionată în situația în care, din punct de vedere al fondului genetic, individul are curențe privind compatibilitatea sau incompatibilitatea la un aliment sau altul, reacțiile în ultimul caz fiind negative, de nedorit și cu implicații în timp.

Cunoscându-se acest lucru, întregul demers nutrițional va fi axat pe elementul de persoanlizare a acestuia cunoscând întregul demers evolutiv din punct de vedere al maturizării biologice, cât și impactul ce-l poate avea asupra dezvoltării personale a individului, punându-și permanent amprenta, stabilind ierarhii și valori umane, menite a crea diferența, benefică în acest caz.

7.2. Implicațiile structurale ale mediului

Dacă privim din punct de vedere conceptual **mediul** reprezintă, Nicola I. (1996), totalitatea influențelor postnatale ce se exercită asupra unui individ.

Totodată, după Lupșa E. și Bratu V. (2005), **mediul** este constituit din toatalitatea elementelor cu care individul interacționează, direct sau indirect, în procesul devenirii sale. Mediul are o structură complexă ce include o mulțime de aspecte, de la elementele mediului natural și până la cele ale mediului social imediat. Ca factor ce stimulează potențialul ereditar, acțiunea mediului poate fi în egală măsură, favorabilă dezvoltării, dar și o frână sau chiar un blocaj.

În această contextualitate se delimitează cele două componente ale mediului și anume:

a)- **fizic** = reprezintă, Nicola I (1996), totalitatea condițiilor bioclimatice în care trăiește omul. Acțiunea sa se manifestă în direcția unor modificări organice cum ar fi maturizarea biologică, statura corpului, culoarea pielii, precum și în direcția adoptării unui regim de viață (alimentația, îmbrăcămintea, îndeletnicirile, etc.). Mediul fizic nu acționează izolat, ci în corelație cu mediul social care poate valorifica posibilitățile pe care le oferă mediul

fizic sau modifică acțiunea sa în concordanță cu nevoile organismului.

b)- **social** = reprezintă, Nicola I. (1996), situația educațională ce înglobează totalitatea condițiilor economice, politice și culturale cum sunt:

- factorii materiali;
- diversiunea muncii;
- structura națională și socială;
- organizarea politică;
- cultura spirituală;
- conștiința socială, etc,

care-și pun amprenta asupra dezvoltării psihice. Acțiunea lor poate fi directă prin modificările ce le declanșează în cadrul psihicului uman și indirectă, prin influențele și determinările ce le are asupra acțiunii educaționale, exercitându-se pe două planuri fundamentale:

- asigurarea păstrării tuturor achizițiilor istoriei umane;
- concentrarea în produsele culturii și a capacităților psihice care le-au generat, facilitând transmiterea lor de la o generație la alta.

Pentru a înțelege atât influența cât și impactul mediului social asupra individului, e necesar ca să-l raportăm în demersul său constructiv și la ereditate, astfel încât cel dintâi declanșează

și actualizează predispozițiile naturale, dezvoltându-se diferitele procese și însușiri psihice ca o rezultată a simbiozei dintre cei doi factori.

Ajungem astfel în a observa faptul că nu numai mediul fizic imprimă adoptarea unui stil/ regim de viață, cât și cel social. Întâlnim în acest caz situații în care:

a)- individul beneficiază de o arie largă de mijloace nutriționale (prin poziție, rol, status social) permițându-și „abundența necontrolată” observabilă printr-un comportament alimentar ce determină o atingere la starea de sănătate, declanșând chiar stările de obezitate și sedentarism cu mari implicații sociale

b)- reversul medaliei, când individul este pus în situația precară de a-și procura zilnic hrana necesară pentru un minim de trai decent și nu numai, apărând pe acest fond, atât o carență nutrițională cât și comportamental- delictuală (furtul mâncării, hranei, alimentelor), determinând mutații sociale atât în relația cu comunitatea cât și în structura de: poziție, rol și status social.

Toate aceste structuri noi la nivelul nutriției și practic a actului nutrițional, se regăsesc în mare măsură în noua identitate (timp- spațiu) a mediului social. De aceea, diada **ereditate- mediu**, se va completa cu **educația**, fiind triada implicată direct în raportarea individului la hrană prin:

- procurarea;
- pregătirea;
- asimilarea;
- determinarea unei schimbări atitudinale,

fapt care determină un nou concept, un nou statut din perspectiva bio- psiho- socială a sa, în contextul complex al dezvoltării și evoluției sale umane.

7.3. Impactul actului educațional

Conținând evolutiv conceptul identității, **educația**, Lupșa E. și Bratu V. (2003), se definește ca activitate specializată, specific umană care mijlocește și susține în mod conștient dezvoltarea, intenționalizarea și acțiunea sistematică în cunoștință de cauză.

Din perspectiva pedagogului I. Nicola (1996), educația este o activitate socială complexă care se realizează printr-un lanț nesfârșit de acțiuni în mod conștient sistematic și organizat, în fiecare moment un subiect individual sau colectiv, în vederea transformării acestuia din urmă într-o personalitate activă și creatoare, corespunzătoare atât condițiilor istorico- sociale prezente și din perspectiva potențialului său bio- psihic individual.

Cu asemenea valențe, educația ajunge a fi privită ca factor determinant al dezvoltării individului, deoarece ea acționează în vederea ameliorării condițiilor de mediu, imprimând o anumită conduită ce vizează personalitatea umană.

Cu toate că aminteam anterior de factorul dominant, totuși e nevoie de a ține cont în evoluție, nu numai de mediu ci și de predispozițiile ereditare ce pot aduce atingere actului educațional la un moment dat. Dar, până a ajunge la perceperea conștientă și activă a celor trei factori specifici dezvoltării umane, e bine a cunoaște dintr-o perspectivă a implicării educației în actul nutrițional, câteva din noile „tare” ale acesteia, cunoscute fiindu-ne clasicele metode de cunoaștere și valorificare a subiectului, sub acest aspect.

E cazul de a trece de la teoria cunoscută că **familia, școala și comunitatea** sunt implicate în actul educațional, fiind un adevăr incontestabil, la modalitatea prin care unii itemi ai triadei amintite, acționează asupra **educației nutriționale** indiferent de vârstă.

Logic vorbind, educația nutrițională își are „începuturile” în: epoca de aur a cartofilor prăjiți, ajungând în timp a-și perfecționa „canalele”, vorbind despre **minutul de aur al mass-mediei** care incumbă prin prisma **publicității**:

a)- emisiunile de televiziune (educația prin televizor) prin:

- clipuri publicitare;
- emisiuni – diete;
 - cure de slăbire;
 - sănătate;
 - de gătit/ preparat hrana/ alimentele;
- știri legate de manifestări gastronomice, tradiții obiceiuri;
- b)- presa scrisă prin:
 - articole de specialitate (rubrici dedicate nutriției susținute de nutriționiști);
 - imagini publicitare vizând prezentarea unor produse alimentare/ alimente;
 - anunțuri publicitare.

Fiind doar o parte din aceste noi strategii, care se caracterizează în general și prin faptul că sunt:

- agresive (atât verbal cât și vizual);
- incitante până la a friza penibilului;
- imorale prin mesajul ce-l transmit;
- incorecte din punctul de vedere al specialistului;
- neadecvate ca prezentare și concept pentru populația țintă căreia i se adresează;
- transmisibile de mesaje subliminale;
- cele care aduc atingere valorii umane;

- purtătoarele unor conduite de risc comportamental ce vizează în general hrana și în special, actul de nutriție.

Și astfel ajungem ca în timp:

- servitul mesei să nu mai reprezinte punctul principal al zilei și tradiția culinară a casei;

- să se mănânce „din pachet”, „din pungă”, „din cornet”, „din cutie”, cald, fierbinte, rece, uscat;

- să se renunțe la „pachetul de școală” bine echilibrat nutrițional, în favoarea banilor de mâncare sau a alimentelor primite în unitățile de învățământ (grădinițe, școli);

- să se mănânce „pe fugă” neîntrerupând munca de la calculator;

- să se găsească înlocuitori alimentari ce nu știm dacă răspund pozitiv nutrițional ficărui organism în parte;

- să ne întâlnim frecvent în cafenele, baruri, restaurante, fast-food, consumând în general „delicatesuri excentrice”;

- cartofii prăjiți, hamburgerii, maioneza, pizza și sosurile picante, fac deja „legea” fiind „actele de identitate” ale unei generații pentru care resursele Terrei încep să conteze cât mai puțin;

- să apelăm la moda dietelor rapide și a curelor de slăbit fără o consultație prealabilă la medicul nutriționist sau nutriționistul personal/ al familiei,

regăsirea noastră într-un cadru normal și natural, făcându-se din ce în ce mai greu.

De aceea, poate o atenție sporită e necesar să o acordăm implementării în mediile de referință (școli, grădinițe, facultăți, centre, etc.) a **educației pentru sănătate**, pornind chiar de la spălatul pe mâini, la servitul mesei și terminând cu respectul față de hrană, alimente și actul nutrițional. Doar atunci, **nutriția** sub toate aspectele sale, va reprezenta un punct de maximă importanță în menținerea stării de sănătate a noastră, (atât cea fizică, cât și psihică), ducând la menținerea echilibrului, pornind chiar de la factorii dezvoltării: ereditatea, mediul și educația, care pot prima într-o relație ajungând a fi „matricea” unui nou mileniu aflat sub auspiciile sale.

Capitolul 8

Educația medico- psiho- socială vizând nutriția

Cuvinte cheie: **intervenție- medical- psihologic- social- program- personalizat- nutriție- reconsiderare**

8.1. Acordarea asistenței medicale

Capitolul anterior făcea trimitere directă la factorii dezvoltării cât și a faptului că suntem unici. Este momentul de la care avem să pornim în ideea în care pledăm, din punctul nostru de vedere, ca asistența medicală acordată pacientului, să se facă personalizată, adică, existența unui **program nutrițional personalizat** pentru fiecare pacient în parte.

Toate acestea, pornind de la un punct de vedere al lui Patrick Holford, și pe care-l susținem în ideea unicității și irepetabilei structuri umane.

De aceea, ne susținem punctul de vedere amintit anterior, pledând pentru teoria lui Holford P. (2008), care stipulează că „Nu există nimeni ca dumneavoastră. Există câteva reguli care se

aplică rasei umane- de exemplu avem nevoie cu toții de vitamine, dar cantitatea de care avem nevoie pentru a atinge performanțe de vârf, variază de la un individ la altul. Depinde de materialul genetic pe care l-ați moștenit de la părinți, împreună cu punctele forte și cele slabe, precum și de interacțiunea dintre moștenirea genetică și mediul înconjurător, începând chiar din viața intrauterină și prima copilărie.

Interacțiunea complexă a acestor factori asigură că fiecare individ se naște unic din punct de vedere bio- chimic, dar există cu siguranță asemănări cu ceilalți indivizi”.

În acest context, acordarea asistenței medicale va trebui să pornească și de la identificarea elementelor ce pot sta la baza unui program personalizat, necesar unui individ la un moment dat. Același autor pentru care pledăm, pornește de la câteva sfaturi simple având caracter de „barometru” și anume:

1)- Observați după care fel de mâncare nu vă simțiți bine. Dați atenție chiar și alimentelor obișnuite, eliminați-le din alimentație două săptămâni și vedeți cum vă simțiți.

2)- Dacă o persoană poate tolera un anumit aliment, acest lucru nu înseamnă că și dumneavoastră îl tolerați.

3)- Evaluați-vă propriile nevoi nutriționale și suplimentele nutritive recomandate până când vă veți simți mai sănătos, plin de energie și fără nici o suferință.

4)- Aflați ce mod de viață vi se potrivește mai bine și modificați-vă stilul de viață.

5)- Dacă aveți antecedente familiale privind unele probleme de sănătate, acordați atenție în special sfaturilor de prevenire modificându-vă dieta în concordanță cu acestea.

6)- Învățați să vă ascultați organismul. El vă va spune mult mai multe decât cel mai bun dintre experți.

Chiar dacă ultimul enunț are tendința de a veni în contradictoriu cu cele susținute de noi, este o judecată pripită deoarece colaborarea cu expertul și asigurarea asistenței medicale de specialitate, pornește de la organism și ajunge la respectul pentru nutriție, de fapt aici canalizându-se toate forțele optime, inclusiv gândirea pozitivă a pacientului nostru, implicat direct în propriul program nutrițional.

8.2. Consilierea psihologică aferentă

Consilierea constituie o modalitate aparte de comunicare interumană, bazată pe încredere reciprocă, sinceritate și disponibilitate, născută din dorința cuiva de a veni în ajutorul unui alt semen de-al său și constând într-un transfer de experiență și de competență spre cel aflat la nevoie, prin acordarea spontană a unor îndemnuri și sfaturi.

Altfel spus, **consilierea** constituie un demers de comunicare cu caracter interactiv și permisiv, prin care se oferă călăuzirea unei persoane într-o problemă care depășește competențele și puterea de rezolvare a celui căruia i se adresează. De asemenea, **consilierea** este un proces intensiv de acordare a asistenței psihologice pentru persoanele normale (în sensul de „sănătate din punct de vedere psihic”) care doresc să se realizeze la un nivel superior, să se autodepășească într-o manieră mai eficientă, să înfrunte cu succes anumite probleme cu care se confruntă, să-și atingă cu mai mare rapiditate obiectivele, și în general, să-și poată desfășura activitatea cu mai multă coerență și cu maxim randament.

Din punct de vedere terminologic, **consilierea psihologică**, focalizează trei idei și anume:

a)- Este un **demers** de transmitere de sfaturi și informații în probleme care depășesc competența celui căruia i se adresează. Este o relație inter- comunicativă prin care psihologul, la solicitarea unei persoane care are de înfruntat anumite probleme (de ordin psihologic cu precădere) pe care nu le poate rezolva singură, este ajutată la găsirea unei soluții, i se fac anumite recomandări, bazate pe informațiile pe care le deține psihologul, pe rezultatele investigațiilor psihodiagnostice efectuate de acesta

în prealabil, precum și pe propriile cunoștințe și pe experiența sa anterioară de psiholog clinician.

b)- Ea mai este o **modalitate** de desfășurare a asistenței psihologice integrată în activități psihoterapeutice; este un procedeu complementar demersului psihoterapeutic. În aceste cazuri, consilierea dobândește un caracter mai puțin directiv, conferind mai multă libertate subiectului, urmărind să-l abilizeze pe cel aflat în criză să-și înțeleagă și să-și rezolve singur propriile probleme.

c)- Consilierea mai **apare** în situații speciale care pun probleme de natură psihopatologică, înainte de a se iniția anumite demersuri psihoterapeutice.

În cazul actului nutrițional, apelarea la consilierea psihologică, este posibilă în momentul în care apare o **problemă**, mai preci, o **situație problemă** și aceasta trebuie rezolvată.

Astfel, Miclea M. (1999) după Băban A. (2001), definește **problema** ca fiind diferența între starea curentă și o stare dorită, diferența nedepășită spontan datorită existenței unor impedimente, practic, **rezolvarea de probleme presupune luarea unei decizii.**

Orice problemă, Băban A. (2001), are la bază trei elemente:

a)- **datele** sau starea curentă (o dorință neîmplinită- ex. scăderea în greutate);

b)- **scopul** sau starea dorită (împlinirea dorinței- ex. să slăbească repede);

c)- **restricțiile** impuse care ghidează alegerea deciziei de rezolvare (ex. – apelarea la un nutriționist, cură de slăbire rapidă fără consult de specialitate, înfometare).

Importantă în rezolvarea situației problemă este atât **atitudinea** manifestată de noi cât și **abilitățile** de a soluționa evenimentul respectiv.

Pentru a ajunge a ieși din impas și a soluționa/ rezolva problema, e necesar a ține cont de cele **șapte principii** ale lui Badell Lennox (1997), după Băban A. (2001), și anume:

1)- **problemele sunt naturale** = existența unei probleme nu indică o slăbiciune ci mai degrabă o situație în care îți identifică sfera de abilități sau cunoștințe pe care trebuie să ți-o dezvolti;

2)- **majoritatea problemelor pot fi rezolvate** = învățarea abilităților de rezolvare de probleme, dezvoltă sentimentul de competență, de autoeficiență și încredere în sine, transformându-se astfel în situații de dezvoltare personală;

3)- **asumarea responsabilității pentru probleme** = subiectul este încurajat să își asume această responsabilitate contribuind la maturizarea sa din punct de vedere psihologic și social;

4)- **definește problema înainte de a acționa** = subiectul să fie învățat să o definească, să clarifice aspectele problemei, să identifice consecințele ei, prioritățile, abilitățile sau cunoștințele pe care le are, să formuleze soluții posibile și să le evalueze;

5)- **rezolvarea de probleme înseamnă să stabilești ceea ce poți să faci Nu ceea ce nu poți** = este învățat să-și stabilească scopuri realiste în rezolvarea unor probleme și să se focalizeze pe ceea ce deja cunoaște sau știe și nu pe ce nu deține (cunoștințe sau abilități);

6)- **soluțiile trebuie selecționate în funcție de abilitățile și cunoștințele personale** = să învețe să identifice acele soluții în concordanță cu nivelul lui de dezvoltare psihologică (mentală, emoțională, socială);

7)- **rezolvarea problemelor presupune respectarea drepturilor personale și ale celorlalți indivizi** = anumite atitudini față de problemă pot avea consecințe negative asupra rezolvării ei.

Simpla parcurgere teoretică a principiilor nu rezolvă și problema, de aceea e necesar a parcurge etape premergătoare pornind de la:

- 1- recunoașterea problemei;
- 2- definirea problemei;
- 3- generarea unor soluții alternative;

- 4- luarea deciziei;
- 5- punerea în aplicare a soluției selecționate;
- 6- evaluarea consecințelor aplicării soluției,

astfel încât să fie plauzibilă finalitatea situației respective.

Cele mai multe situații problemă persistente la nivelul actului nutrițional ar putea pleca de la:

- obezitate;
- cură de slăbire;
- neacceptarea unor nutrienți;
- refuzul de alimente;
- refuzul de a se hrăni;
- dietele,

ajungând chiar pâna la bolile ce răspund la apelativul: bulimie și anorexie.

Problema rezolvată trebuie să țină cont și de raportul dintre eficiența rezultatului și menținerea echilibrului prin creșterea:

- stimei de sine;
- încrederii de sine;
- opitimismului;
- gândirii pozitive,

ajungând a dezvolta o atitudine constructivă legată de problema în cauză prin înțelegerea și acceptarea situației/ stării ca atare.

Sprijinul celor din jur, încurajarea, susținerea morală și implicarea efectivă, fac din persoana respectivă, o individualitate care va reuși, găsind soluția cea mai optimă, ceea ce o va personaliza. Și-atunci, persoana va învăța și jocul „pălărilor gânditoare” prin care învață șase moduri de a gândi pozitiv, De Bono E. (2006), astfel:

1)- **pălăria albă** = se concentrează pe informații și se referă la fapte, figuri, informații disponibile sau necesare;

2)- **pălăria galbenă** = se concentrează pe beneficii și aspecte pozitive;

3)- **pălăria neagră** = este cea a problemelor, criticilor și a precauțiilor;

4)- **pălăria verde** = este cea a creativității, schimbării, a alternativelor, propunerilor a ceea ce este interesant și provocativ;

5)- **pălăria albastră** = este cea a coordonării, nu vizează un subiect în sine, ci procesul gândirii;

6)- **pălăria roșie** = dezvăluie intuițiile, sentimentele și emoțiile,

„purtatul pălărilor” ne dă sentimentul de a gândi pozitiv, creator, de a avea și susține o opinie, dându-ne încredere în puterile proprii și eliberându-ne totodată de neliniști, frustrări și

instabilități emoționale, descoperindu-ne mai puternici și dornici de succese și reușită.

Toate acestea atunci când, De Bono E. (2006), „Obiectivul gândirii nu este corectitudinea, ci eficiența. Ca să fim eficienți trebuie până la urmă, să gândim corect, dar între cele două aspecte există o diferență importantă. A avea dreptate înseamnă a avea dreptate tot timpul. A fi eficient înseamnă a avea dreptate doar în final”.

8.3. Intervenția și abordarea socială

Această structură a educației, am spune noi, socială vizând nutriția, constă în faptul că cei responsabili din comunitate, au datoria de a iniția:

- programe de educație pentru sănătate la nivelul tuturor categoriilor sociale;
- inițierea unor proiecte vizând „educația” unor alimente sau grupă de alimente (fructe, legume, etc.);
- implementarea unor strategii educaționale la nivelul mass-mediei (presă, radio, televiziune) privind o nutriție optimă și adecvată vârstei;

- controlul periodic al alimentelor prin structurile specializate, urmărind calitatea, exprimată prin traiul și „coșul zilnic”,

toate acestea și multe altele, ducând la conștientizarea populației de importanța pe care o are nutriția în dezvoltarea personalității fiecăruia dintre noi.

Totodată, abordarea socială poate fi făcută și de la nivelul foamei sau/ și a sațietății, hrana pentru populație reprezentând o problemă foarte serioasă și complexă.

De aceea, menținerea sănătății populației trebuie să reprezinte un deziderat pornind de la implicarea tuturor factorilor psihopedagogici în actul de conștientizare și prin prisma sistemului nutrițional.

Sub acest aspect, un individ hrănit sănătos va fi util comunității prin rolul, poziția și statusul său social, pe când cel bolnav, va porni din start cu elementele de carențe sociale (izolare, marginalizare), creând probleme. Deci, cu cât societatea se îngrijește de a se menține populația sănătoasă, cu atât progresul și valoarea umană certifică evoluția și dezvoltarea, pornind chiar de la un pahar cu apă curată, cristalină și de ce nu, gustoasă.

Capitolul 9

Calitatea vieții și stilul de viață în actul nutrițional

Cuvinte cheie: viață- calitate- stil- experiență- consecințe- evoluție- standarde

9.1. Ciclul vieții- moment evolutiv

Dacă ne-am pune retoric și nu numai întrebarea „ce este viața?”, ca să ajungem a cunoaște și parcurge ciclurile ei, ar trebui să răspundem, Szent- Gyorgy I. A. (1981): „viața este o însușire a materiei, o consecință a structurii sale. Este ca surâsul. Surâsul există, dar nu poate fi despărțit de buze, nu putem ține într-o mână surâsul și în celaltă buzele, căci surâsul nu este decât jocul buzelor”.

Continuând investigația noastră pur filosofică, am putea adăuga faptul că, Aivanhov O. M. (1994), „esențialul este viața, și în consecință ea trebuie protejată, purificată, consolidată, trebuie eliminat din ea tot ceea ce o împiedică sau o blochează,

căci numai datorită vieții puteți obține: sănătate, frumusețe, inteligență, dragoste și bogăție adevărată”.

În altă ordine de idei în Larousse (1998)- dicționarul de psihologie, **ciclul vieții**, reprezintă o succesiune de faze pe care le traversează un individ sau un grup natural, de la constituire și până la dispariție. Ne este relevat de fapt, **parcursul sau distanța** dintre cei doi poli, **nașterea** (începerea ciclului vieții) și **moartea** (acceptarea încheierii ciclului vieții), între care noi, ne dezvoltăm ca indivizi ce pot evolua sau nu, ce-și găsesc sau regăsesc **sensul vieții**, ce caută răspunsul la hamletiana întrebare: „a fi sau a nu fi”. În fond, acceptarea propriului ciclu al vieții reprezintă o provocare, dar și o victorie asupra întregii noastre evoluții, pornind cu nașterea ca **prim pas** și terminând cu **ultimul pas** ce în clipa dinaintea plecării, rememorează totul.

Interesant de interpretat este încărcătura psihologică pe care putem s-o atribuim **ciclului vieții**. Dăm acest gir mai ales momentului **pierderii** cât și **sfârșitului**, lăsând a interpreta personal remarcile ce urmează:

a) Erikson E. „... personalitatea sănătoasă acceptă pierderea și nu permite nici o substituție ca parte a propriului și singurului ciclu al vieții.

b) Rudică T. Cornea D. (2004) „ajuns la sfârșitul ciclului vieții, Omul retrăiește, ca într-un film mintal, principalele etape

sau momente ale vieții sale. De unde oare această nevoie ca, în ultimele momente ale vieții sale, omul să-și retrăiască întreaga existență, uneori până în cele mai mici și neînsemnate amănunte? Să fie oare o lege a firii ca măcar în aceste clipe să fim cu adevărat obiectivi cu noi înșine, adică justițiar? Simțim oare sacralitatea unei lumi de dincolo în așa natură încât resimțim în aceste ultime clipe ale vieții nevoia de a face pasul cel mare cu un suflet cât mai cinstit, cât mai neîntinat de false evaluări și credințe despre sine?”

Cele două exprimări surprind în fond, felul în care putem percepe **ciclul vieții**, „umanizînd” sau nu zilele care vin unele după altele și pe care le putem umple și împlini cu structuri ale personalității noastre. Și astfel, în acest context, etapizările, grupările sau/ și structurările ciclului vieții, au suscitat și suscită încă, un viu interes atât pentru psiholog cât și pentru nutriționist.

Ierarhizarea în cadrul concepției noastre, nu standardizează ci constată evoluția unei etape.

Astfel, Șchiopu U. și Verza E. (1981), subliniază pregnant existența a trei mari cicluri ale vieții, după cum urmează:

a)- ciclul de creștere și dezvoltare din primii 20 de ani de viață, ce cuprinde câteva perioade de viață care la rândul lor încorporează fiecare sub- stadii oarecum specifice;

b)- ciclul adult, ce prelungește dezvoltarea psihologică a omului, se extinde până la 65 de ani, în care personalitatea umană se antrenează în responsabilitățile sociale și profesionale contribuante;

c)- ciclul vârstelor de regresie (al bătrâneții) se extinde de la 65 de ani până la moarte, timp în care se delimitează perioadele ce duc până la regresia finală sau ciclul terminal.

Totodată e momentul a face o remarcă permisă și de autori între:

1)- vârsta cronologică privită ca o constantă, variabilă relativ egalitară pentru toate persoanele născute la aceeași dată;

2)- vârta psihologică, ca entitate generală, nu se referă atât la complexitatea personalității, cât la stratificarea de conduite adaptative care permit forme ascendente de adaptare și de aport social.

Pentru unele aspecte ale vârstei psihologice, rămân mai semnificative aspectele de structură. În contextul dezvoltării dizarmonice sau de decalaj transversal, interesează compoziția caracteristicilor psihice de bază mai încărcate de energie, ce se virtualizează, dar și caracteristicile potențiale, resursele sau suplimentele, aptitudinile neantrenate, deoarece acestea constituie o forță importantă a personalității și creează coloratura sa specifică.

În condițiile de viață ce se modifică, Șchiopu U. și Verza E. (1981), supleanțele pot intra în acțiune și facilita readaptarea. În astfel de condiții, caracteristicile psihice mai fragile, pot să deterioreze, ceea ce creează tabloul tulburărilor de dezvoltare și a dezvoltării patologice.

Pornind de la aceste conotații privite din punct de vedere al dezvoltării umane, evidențierea psihopedagogiei nutriționale ar fi posibilă în momentul în care, implicarea actului nutrițional, va avea valoare constructivă.

Și printr-o extrapolare am vorbi despre efectul și consecințele ritualului servitului mesei, făcând conexiunile cu ciclul vieții, Aivanhov O.M. (1994) „În clipa în care vă așezați la masă, începeți prin a alunga din mintea voastră, tot ceea ce vă împiedică să mâncați în pace și armonie. Și, dacă nu reușiți imediat, așteptați, începând să mâncați în momentul când ați reușit să vă calmați. Dacă mâncați într-o stare de agitație, de nervi sau de nemulțumire, declanșați în voi vibrații dezordonate, care se vor transmite în tot ceea ce veți face ulterior. Chiar dacă vă veți strădui să creați o aparență de calm, de stăpânire de sine, va emana totuși din voi, o anumită agitație, o tensiune și veți face greșeli, vă veți izbi de oameni sau de obiecte, veți rosti cuvinte nepotrivite prin care veți risca să vă pierdeți prietenii sau să vi se închidă porți. În timp ce, dacă mâncați într-o stare de armonie,

veți rezolva mai bine problemele ce vi se vor prezenta ulterior și chiar dacă în cursul zilei veți fi obligați să alergați în dreapta și în stânga, veți simți în voi o liniște pe care activitatea voastră nu o va putea tulbura. Începând cu lucrurile mărunte, vom putea ajunge foarte departe”.

Tot așa se poate face ca fiecare zi să dobândească un ciclu al ei personalizat în așa măsură încât, privită ca un întreg, viața noastră să merite din plin a fi trăită, punându-ne în valoare calitățile, dar și luptând pentru a înlătura neajunsurile ce pot interveni într-un anumit timp și spațiu, bine determinat.

9.2. Calitatea vieții- indice social

După Organizația Mondială a Sănătății (OMS- 1994) calitatea este definită ce fiind dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependența de propriile trebuințe, standarde și aspirații. Totodată, prin **calitatea vieții** se înțelege și bunăstarea:

- Fizică;
- Psihică;
- Socială,

precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite în existența lor cotidiană.

Ceea ce aduce specific în definirea conceptului privind **calitatea vieții pacientului**, Miu N. (2004), care folosește **indicatorii sociali**:

a)- obiectivi = sănătate, asistența sanitară, venituri, educație, viața familială, etc.

b)- subiectivi, dependenți de percepția personală = poziția socială, gradul de cultură și instruire.

Așa cum aminteam anterior, dacă componentele: fizice, psihice și sociale au contribuții majore în menținerea echilibrului vieții, ceea ce **determină calitatea vieții**, Carr, Niagginson (2001), (după Lupu I., Zanc I., Săndulescu C. 2004) ar fi:

a)- gradul în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană;

b)- percepția poziției în viață a persoanei, în contextul cultural și axiologic în care trăiește în raport cu scopurile, aspirațiile, standardele și preocupările proprii;

c)- evaluarea stării proprii de sănătate prin raportare la un model ideal;

d)- lucrări ce sunt considerate importante în viața lor.

În contextualitatea celor amintite anterior, calitatea vieții determină la un moment dat: poziția, rolul și statusul social al unei persoane, știind că:

a)- **poziția socială** = reprezintă locul pe care-l poate ocupa individul la un timp dat, care-i poate crea avantaje sociale sau, dimpotrivă, atitudini comportamentale negative;

b)- **rolul social** = ce se constituie în posibilitatea de a face act atât a drepturilor cât și îndatoririlor prevăzute în statusul individului respectiv, știind faptul acesta se poate schimba după cerințele și împrejurările sociale;

c)- **statusul** = reprezintă poziția pe care un individ o are față de un grup în societate (status educațional, familial, biologic, social, etc.).

Privit din perspectiva psihopedagogiei nutriționale, calitatea vieții trebuie să se bazeze fundamental pe **relația de echilibru** dintre toți factorii implicați în general, în dezvoltarea sau evoluția umană.

Sub asemenea auspicii, Aivanhov O.M. (1994), menționat și în subcapitolul anterior, identifica următoarele, pe care noi le considerăm pledoaria celor de dinainte și anume:

„În alimentație, importante nu sunt alimentele propriu-zise, ci energiile pe care acestea le conțin, în esența lor, deoarece în această chintesență este viața. Partea materială a alimentului

constituie doar suportul, iar chintesența atât de subtilă, atât de pură, nu trebuie să alimenteze doar planurile inferioare, corpul fizic, corpul astral, corpul mintal, ea trebuie să alimenteze de asemenea sufletul și spiritul.”

9.3. Stilul de viață- atitudine comportamental-nutrițională

În varietatea de opinii și definiții privind **stilul de viață**, Rudică T. Și Costea D. (2004), amintesc faptul că „stilul de viață interioară al unora este curiozitatea de a înțelege un fapt de viață până în ultimele lui rădăcini și consecințe, iar al altora, onoarea față de întrebări, în fapt față de cunoștință”.

În acest sens, stilul de viață se personalizează, de aceea schimbarea, atitudinea și conduita sunt cele care-l influențează, cumulând de fapt, dependența celor doi factori, Weber M. (1993), și anume:

a)- **comportamentul de viață** = făcând referire la opțiunile pe care oamenii le au în alegerea unui anumit stil de viață;

b)- **șansele vieții** = ca reprezentând probabilitatea realizării practice a acestor opțiuni personale, având în vedere condițiile

structurale necesare unui anumit stil de viață, aprecierea făcându-se în mod special pentru cele economice.

Stilul de viață poate fi surprins sub varii perspective, una fiind și secvența **optimism- pesimism** care influențează atât starea de sănătate a individului, personalitatea acestuia, cât mai ales, în cazul nostru, relația dintre, nutriționist și pacient, vizând practica medicală.

Considerăm că în cazul nostru, modalitatea de abordare a problematicii nutriției cât și a actului nutrițional, poate depinde, de ce nu, la un moment dat și de atitudinea optimistă sau pesimistă a pacientului, față de itemii amintiți anterior.

Astfel, pornind de la propriile cogniții, Seligman M.E.P. (2004) remarcă faptul că:

- modul în care gândim, mai ales despre sănătatea, ne influențează sănătatea;
- optimiștii iau mai puține boli decât pesimiștii;
- optimiștii au obiceiuri de îngrijire a sănătății mai bune decât pesimiștii;
- sistemul nostru imunitar poate funcționa mai bine dacă suntem optimiști;
- avem dovezi că optimiștii trăiesc mai mult decât pesimiștii,

toate conducând spre faptul că fiecare dintre noi deținem controlul personal asupra vieții, știind a folosi elementele gândirii pozitive.

În opoziție cu optimismul, același autor identifică și elementele pesimismului și anume, Seligman M.E.P. (2004):

- pesimismul duce la depresie;
- pesimismul generează inerție, în loc să îndemne la acțiune atunci când te confrunți cu neplăceri;
- pesimismul induce o stare sufletească neplăcută: tristețe, anxietate, griji, lipsă de speranță;
- pesimiștii nu rezistă în fața situațiilor dificile și de aceea eșuează mai des, chiar dacă succesul ar putea fi obținut;
- pesimismul este asociat cu o sănătate fizică proastă;
- stilul explicativ al pesimistului transformă necazul prevazut într-un dezastru, dezastrul într-o catastrofă.

Iată cum, dacă pe „talerele balanței echilibrului” am avea optimismul și pesimismul, cel dintâi ar câștiga datorită: încrederii, dorinței de schimbare, noului, dar mai ales, implicării. De aceea, optimismul și sănătatea se întâlnesc și converg spre conturarea stilului de viață al fiecărei persoane.

Remarcăm în acest caz patru modalități prin care **optimismul influențează sănătatea** persoanei notând:

a)- prevenirea neajutorării, menținând în formă apărarea imunității;

b)- adaptarea cu strictețe a regimurilor de sănătate și recurgerea la ajutorul medical;

c)- numărul de evenimente negative întâlnite în viață;

d)- spiritul social,

toate întărind ecuația atât de posibilă și veridică la un moment dat:

pesimism (P) = boală (B) = sănătate precară (SP)

Ca o completare, mai precis ca o atitudine comportamentală la stilul de viață, actul nutrițional ar trebui privit ca o consecință în unele cazuri, dar și ca preambul al unei noi stări de evoluție. În fond, ne vom hrăni „la modă” pentru a nu ne strica/ afecta imaginea, sau vom consuma acele alimente ce prin efectul lor, ne confirmă nevoia stringentă, sub toate formele, de a ne menține sănătatea atât fizică cât și psihică.

Capitolul 10

Autoeducația ca prioritate în actul nutrițional

Cuvinte cheie: **educație- educație permanentă- autoeducație- învățare autodirijată- implicare- cerințe- caracteristici**

10.1. Cerințele educației permanente

Incitant pentru o remarcă făcută la un moment dat , citatul lui Carl Rogers subliniază faptul că „La urma urmei am impresia că singura învățătură care influențează în mod real comportamentul unui individ, este aceea pe care o descoperă el singur”, în ideea în care **educația** își are atributele sale, am putea spune „pe o perioadă de timp nelimitat”.

În fapt, educația este construcția și reconstrucția continuă a unui model interior de cunoaștere, apreciere și acțiune, fiind totodată un proces de umanizare, prin care indivizii dobândesc noi calități umane cu ajutorul cărora pot stabili un echilibru relativ stabil cu mediul social, cultural, profesional și natural.

De asemenea, educația este forma de adaptare esențială a omului la lume și a lumii la om, adaptarea făcându-se printr-un model interior tridimensional, și anume de:

- cunoaștere;
- apreciere;
- acțiune.

Rolul educației este acela a oferi în permanență persoanelor dornice să se educe și instruiască, indiferent de vârstă, sex, status social, posibilitatea de a învăța, de a acumula noi cunoștințe, experiențe, dobândind calitățile pe care în timp și le poate obține, întregi sau pune în aplicare.

Cu alte cuvinte, **educația permanentă** se constituie ca un ansamblu de mijloace puse la dispoziția oamenilor de orice vârstă, sex, situație socială și profesională, în scopul de a se forma continuu de-a lungul vieții din punct de vedere profesional. Ea se referă în același timp la educația fundamentală, la formarea personală, la dreptul la timpul liber sub aspectul său activ, cultural și artistic și la accesul permanent la mijloacele educative în stare să dezvolte potențialul creator, intelectual și fizic al omului.

Atunci când abordăm statutul **educației permanente**, pornim de la faptul că omul este educabil toată viața lui și că, mai

mult el are nevoie de acest lucru. Prin această cale, individul este în stare să-și:

- continue dezvoltarea integrală pe toată durata vieții;
- armonizeze laturile intelectuale, afective și voliționale ale făturii sale spirituale;
- unifice formația de bază, cea continuă și psihosocială,

pentru a-și valorifica deplin potențialul de care dispune.

Ea nu se limitează doar la anii obișnuiți de studiu, ci se întinde pe toată durata vieții asupra tuturor oamenilor și în toate sferile vieții sociale.

Scopul educației permanente este acela de a cultiva atitudinea complexă față de schimbare, la care concură atât maturitatea de a înțelege, selecta și a folosi cele mai bune idei și tehnici, cât și dorința de a fi mereu deschis și de a accepta, în cunoștință de cauză, faptul că ele trebuie să fie înlocuite.

Alături de scop, **funcțiile** completează construcția valorică prin:

a)- selectarea și transmiterea valorilor de la societate la individ;

b)- dezvoltarea conștientă a potențialului biopsihic al omului;

c)- pregătirea omului pentru integrarea sa activă în viața socială.

Obiectivele întregesc conceptul prin faptul că ele stimulează:

- a)- creativitatea;
- b)- productivitatea gândirii;
- c)- acțiunea umană.

Educația permanentă în esență, se adresează personalității fiecărui individ, constituindu-se ca un sistem de mijloace, metode și tehnici menite să ajute omul și colectivitatea la realizarea unui proces normal de adaptare socială, profesională și culturală, dezvoltându-se trăsăturile pozitive, însușirile, aptitudinile și talentele acestuia.

Tot în acest context, în planul metodologiei de formare, concepția educației permanente aduce de asemenea contribuții esențiale mai ales în direcția diversificării și extinderii proceselor și tehnicilor active, participative care facilitează mutarea priorității de la:

- informare la formare;
- memorare la raționament;
- conformism la gândirea critică,

fapt ce determină un nou concept al raportării umane, indiferent de domeniu, la dezvoltare și evoluție.

Sub aceste auspicii, ale învățării și educării permanente, psihopedagogia nutrițională este cea care poate și are

posibilitatea de a pune un accent deosebit pe atitudine și **comportament** referitor la hrană, privind o asemenea implicare ca fiind permanentă.

Și pentru că întotdeauna există loc de a învăța, a cunoaște, a te cunoaște și a ști, ne permitem a vă relata o poveste care poate fi un înțelept răspuns la întrebarea: și la ce ne ajută educația permanentă? De ce?

„Cică se povestește că odată, un grup de cercetători voiau să ajungă la templele incașilor. Și pentru a ajunge acolo, au fost nevoiți să-și ia niște călăuze tot incașe.

Au pornit la drum și nu peste mult timp, călăuzele incașe s-au oprit, refuzând să plece mai departe. Întrebați de ce fac lucrul acesta, ei n-au răspuns nimic și oricât i-au rugat cercetătorii, nu s-au mișcat și n-au dorit să plece mai departe.

Așa au trecut câteva ceasuri și când cercetătorii și-au pierdut orice speranță de a continua drumul, călăuzele incașe s-au ridicat liniștite și și-au continuat drumul ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat.

Mirați, cercetătorii i-au urmat, iar după un timp i-au întrebat ce i-a determinat totuși să pornească din nou la drum, iar incașii le-au răspuns:

- Ne-am așteptat sufletele care rămăseseră cu mult în urma noastră, ca să ne ajungă, căci era inutil să plecăm mai departe

fără ele. Acum, ne-au ajuns și vin cu noi. Suntem împreună. Nu simțiți lucrul acesta?

Și fără alte cuvinte, călăuzele incașe și-au continuat drumul, iar cercetătorii mai înțelepți și ei acum, au pornit alături de cei ce și-au așteptat sufletele, simțindu-le”.

10.2. Aria cogniscibilă a autoeducației

Încercăm a aduce în identitatea actului nutrițional, pe cel al **autoeducației** individului, în ideea în care acesta reușește să răspundă la întrebările amintite în capitolele anterioare:

- ce/ cine?
- când?
- unde?
- cum?
- de ce?

astfel încât respectarea unei tradiții, rezistența la nou sau/ și dorința de schimbare, fac din elementul supus atenției noastre etalonul valorii morale și umane.

De aceea, plecând de la conceptul că autoeducația personală reprezintă o exigență cerută mereu de activitățile profesionale și nu numai, aceasta are la bază, statutul de adult ce se realizează prin cele trei planuri principale, și anume cel al vieții:

- social- politice;
- profesionale;
- familiale.

Deoarece autoeducația particularizează viața fiecăruia dintre noi, vom încerca a realiza o prezentare atipică a elementelor sale de bază, pornind de la un citat ca pretext în a ne expune, a interpreta, sau a avea o părere, ce printr-un asemenea element educațional își demonstrează capacitatea cognitivă. Astfel:

1)- metodele și procedeele ce precizază conținutul autoeducației:

a)- programul autoeducației:

„Planurile cele mai bine concepute, riscă să dea greș, dacă nu sunt îndată puse în aplicare”. (G. T. Oxentstierng)

b)- reguli personale:

„Ia-ți o singură regulă o dată, după care să-ți potrivești întreaga viață” (Seneca)

c)- deviză:

„Natura detestă vidul” (G. B. Shaw)

d)- jurnalul în timp:

„Niciodată nu ne lămurim mai mult asupra noastră înșine, decât atunci când avem din nou în fața ochilor ceea ce am făcut cu ani înainte, când ne putem privi pe noi înșine ca obiect” (Goethe)

2)- metode de autocontrol în autoeducație:

a)- auto- observația:

„În umanitate tu ești un om, acest om nu este al tău, ci în tine”. (H. Walts)

b)- autoanaliza:

„Examinează-te și vei găsi în tine o comoară pe care, dacă vei ști s-o sesizezi, va produce fără sfârșit”. (Marc Aurelian)

c)- reflecția personală:

„Dacă eu nu voi medita în tăcere, nu voi auzi ce vrea și ce așteaptă de la mine, viața”. (Strittmatler Erwin)

„Fiecare să se sfătuiască cu sine însuși.” (proverb indian)

„Chiar dacă vei avea șaizeci de sfătuitori, sfătuiestete singur.” (Israel)

„Sfătuieste-te cu cel mai mic și cu cel mai mare și pe urmă hotărăște tu însuși”. (Anton Pann)

d)- autocontrolul și autoraportul:

„Disciplina și autocontrolul sunt începuturile înțelepciunii practice.” (S. Smiles)

3)- metode de autostimulare a preocupărilor autoformative:

a)- autocunoașterea:

„Te convingi mai bine de obicei prin motivele pe care ți le-ai găsit singur, decât prin acelea apărute în spiritul altora”. (b. Pascal)

b)- autocomanda:

„Numai cine își poate porunci sieși, poate porunci altora.”

(L. Nouvenargues)

c)- autoaprecierea și autocritica:

„Un mare defect: să te închipui mai mult decât ești și să te prețuiești mai puțin decât valorezi”. (Goethe)

d)- autosugestia:

„Pe cât ajutorul din afară e moleșitor în efecte, pe atât cel ce vine dinăuntru este întotdeauna întăritor.” (S. Smiles)

e)- comunicativitate:

„A comunica altora părerile tale este ceva natural. A primi ceea ce ți se comunică în felul cum ni se dă, este educație.”
(Goethe)

f)- rolul exemplului în autoeducație:

„Lung e drumul prin învățătură. Scurt și eficace, prin exemplu.” (Seneca)

g)- valențele autoformative ale jocului:

„Nu trebuie să privim jocul ca ceva nescris, ci ca o activitate cu o adâncă semnificație”. (Fr. Frobel)

h)- autoexersarea:

„Nici un om nu se întărește citind un tratat de gimnastică, ci făcând exerciții; nici un om nu se învață a judeca citind judecăți

scrise de alții, ci judecând singur și dându-și seama de natura lucrurilor”. (M Eminescu)

4)- metodele și mijloacele de autoconstrângere în autoeducație:

a)- autodezaprobare:

„Ai învins- continuă!

N-ai învins- continuă!”

b)- autocomutare:

„Noi știm ce suntem, dar nu ce putem deveni.” (Hamlet)

c)- autorenuțare:

„Înainte de a tăia, gândește de două ori”. (**proverb românesc**)

5)- metode de autoeducație și creativitate:

a)- metoda profesorului:

„Un învățător are două îndatoriri: să învețe neconținut și să învețe pe alții.” (N. Iorga)

„După cum medicul nu vindecă bolnavul, ci acesta din urmă se vindecă sub îndrumarea medicului, tot astfel, elevul se corijează singur datorită îndrumărilor profesorului”. (E. Planchard)

Considerăm că astfel, am deschis drumul spre reflecție privind implicarea autoeducației în actul nutrițional personalizat,

iar cele prezentate anterior reprezintă hrană pentru minte, inimă și suflet „nutrimente”!

Ajungem la o asemenea exprimare filosofică, pornind de la faptul că, Nicola I. (1996), autoeducația se înfăptuiește „prin sine însuși”. Subiectul implicat în autoeducație își:

- autopropune scopurile și obiectivele;
- autoorganizează activitatea de învățare;
- autoevaluează performanțele obținute;
- autodeclanșează acțiunea de a învăța singur

completându-și și exprimarea prin:

- autoinstruire (autoinformare);
- autoformare (morală, estetică, intelectuală, etc.).

Sub aceleași auspicii se menționează faptul că elementele de autoeducație apar la sfârșitul preadolescenței și a adolescenței, ceea ce crează un salt calitativ al dezvoltării conștiinței de sine, ca și condiție psihologică, indispensabilă pentru declanșarea preocupărilor autoeducative.

Concluzionând, Nicola I. (1996), autoeducația înfăptuiește scopuri asemănătoare prin acțiuni autoimpuse, ca expresie a unor mobiluri interioare și a unui efort voluntar autoimpus, fiind o condiție și un rezultat al educației permanente. A-l pregăti pe om în perspectiva **educației permanente** înseamnă a-i stimula dorința și capacitatea de autoprefecționare, de autoeducație.

Capitolul 11

Tulburări comportamentale de risc nutrițional

Cuvinte cheie: **anorexie- bulimie- neînțeleș- tulburare- risc- comportament- putere**

11.1. Anorexia- „moda” adolescenței

Caracteristică mai ales perioade de preadolescență și adolescență (12- 18 ani), uneori și la persoanele adulte, **anorexia mentală** este identificată sub forma:

a)- **D.S.M. IV-**

Este o tulburare care se caracterizează prin:

- percepția distorsionată a imaginii propriului corp, în sensul în care persoanele cu această tulburare se văd supraponderale indiferent de cât de slabe sunt;
- ideea osesivă privind greutatea și frica obsesivă de a nu se îngrășa;
- comportamentul alimentar specific care include regimuri drastice, hipocalorice, pentru a-și menține greutatea sub nivelul normal;

- greutatea trebuie să fie mai mică decât 85% din greutatea minimă normală;

b)- Larousse- Dicționar de psihiatrie (1998)

Tulburare a conduite alimentare caracterizată printr-un refuz mai mult sau mai puțin sistematizat de a se alimenta intervenind ca mod de răspuns la conflictele psihice.

c)- Larousse- Dicționar de psihologie (1996)

Este refuzul alimentării, care din punct de vedere psihologic poate să apară ca o consecință a unui conflict actual cu anturajul, în special cu mama, cât și teama de abandon, culpabilitatea legată de trezirea sexualității, toate putând semnifica nostalgia trecutului și dorința de a reveni la situația infantilă.

Toate aceste elemente de identitate, converg spre același punct care se materializează, legat de persoana în cauză, de existența unui **conflict** declanșat în timp și întreținut sub varii aspecte ce declanșează o conduită de risc comoprtamental din punct de vedere nutrițional.

Conflictul apare pe fondul unor neînțelegeri a rolurilor din familie (până unde părinte, până unde copil), a statusurilor sale, cât și a crizelor de personalitate, sub forma identității, scăzând stima de sine și încredere, fiind consecința perceperii personale a copilului.

Dacă am întreprinde o analiză din perspectiva psihanalizei, Larousse (1998), surprinde faptul că, încă de la naștere, copilul se află prins într-o relație cu mama care se înscrie între trebuință și solicitare. Obiectul alimentar care satisface trebuința este și obiectul unei solicitări de iubire din partea mamei- doică. Copilul pretinde să fie hrănit și iubit în același timp în care mama îl iubește și-i cere de asemenea să absoarbă hrana pe care i-o pregătește.

Din moment ce dorința copilului se inserează între trebuință și cerință, întemeindu-se pe o lipsă, copilul poate fi determinat să respingă hrana, refuzând să răspundă cererii excesive a unei mame care confundă hrana cu iubirea, sau căreia îi place prea mult să hrănească din neputința de a nu putea iubi.

Fiind într-o permanentă căutare, adolescentul intensifică conflictul cu familia, refuzând hrana și implicit apariția anorexiei nervoase este consecința.

Dorește să arate altfel, să scape de perioada „grăsuță” și atunci pur și simplu refuzul hranei, combinat cu medicamente și excesive exerciții de mișcare, declanșează în final, dizarmonia (vomă, grețuri, dureri stomacale, slăbit necontrolat), moment în care persoana în cauză se identifică deja cu anorexicul.

Pericolul apare atunci când slăbitul este scăpat de sub control, iar implicarea actului în sine, din punct de veder

psihologic, este dezolant, deoarece declanșează stări ce influențează negativ întreaga conduită a persoanei în cauză, ea dovedind în anumite situații, momente și de labilitate psihică.

Face astfel un ritual din mâncare (dacă există) folosind bucățele foarte mici pe care le mestecă îndelungat dorind a-și alunga senzația de foame chiar dacă aceasta există și persistă, negând din start orice urmă de argument logic asupra pericolului la care se expune voit.

În asemenea situații, intervenția se va face atât prin terapie medicamentoasă cât și psihoterapeutică. Legat de cea din urmă componentă, se va lucra mult și cu familia, chiar separând persoana de ea, pentru a stinge conflictul existent, aplicând apoi un program psihoterapeutic centrat pe client, care va conștientiza pericolul din punct de vedere al sănătății, în care se află, cât și aplicarea psihoterapiilor scurte (vezi cap. 15): cognitiv-comportamentală, suportivă, ținând cont de persoana în cauză.

Să nu uităm faptul că, întregul demers terapeutic trebuie conștientizat de către persoana în cauză, ajungând a înțelege sub toate aspectele, implicarea sa la menținerea sub control a bolii, acolo unde s-a declanșat deja, cât și a prevenției prin susținerea medico- psiho- socială din partea tuturor celor interesați de a trece cu bine de „furcile candine” ale preadolescenței și

adolescenței, vor fi aproape, încurajând-o și salvându-i în extremis, identitatea.

11.2. Bulimia- rezultanta crizei

În „oglinză” cu anorexia, bulimia întâlnită la preadolescență și adolescență e definită ca:

a)- Larousse- dicționar de psihiatrie (1998)

Tulburare de comportament caracterizată prin accese incredibile de foame excesivă, cu absorbție masivă și neîntreruptă de mari cantități de hrană, urmate de vomismente provocate sau de adormire.

b)- Larousse- dicționar de psihologie (1996)

Apetit excesiv care îl face pe subiect să mănânce în mod exagerat.

c)- Bulimia nervoasă Georgescu M. (1998)

este o tulburare a alimentației caracterizată prin ingestia episodică, de scurtă durată, a unor cantități excesive de mâncare, asociată cu tendința la supracontrol al greutateii corporale și tulburarea imaginii propriului corp.

d)- Russel (1979) (după Jeican R. 2001)

bulimia nervoasă cuprinde triada simptomatică:

- nevoia imperioasă de a ingera cantități enorme de alimente;
- vărsături provocate sau ingestia de laxative;
- teama patologică de anu se îngrășa.

e)- **Bulimia, Iordăchescu G. (2006)** înseamnă etimologic, foame de bou, reprezintă o ingestie alimentară excesivă, e forma prin care este exemplificat de obicei vertijul lăcomiei în viață, putând apărea ca o căutare a unei satisfacții imposibile, un chin, o suferință, o boală. Este considerată o **patologie a excesului** care prin repetare, devine izvor de neliniște și cauză a eliminării.

În acest context al definițiilor și identităților, bulimia apare ca o acumulare permanentă de hrană/ alimente, cauzalitatea fiind stresul, incapacitatea de acomodare la o situație, conflicte, neraportarea la ceilalți, fiind chiar considerată o conduită „de descarcerare”. („mentalizare a conflictului”- Jeican R. (2001).

Apare în stările depresive, angoase, frică de a se îngrășa, scăderea stimei de sine, declanșând conflicte la nivelul familiei, adolescentul dezvoltând o conduită de risc alimentar, mâncat pe furiș, furt de alimente, ascuns pentru a mânca, boala ducând în timp la izolare și dificultăți de adaptare socială.

Este important și aici ca și la anorexie „cantitatea” iubirii și rolul familiei în educația adolescentului, ajungându-se la formula în care, bulimicul, Larousse (1996), ar căuta în mod inconștient

de a umple un vid afectiv, psihanaliztii completând tabloul cu faptul hrănirii (mai ales dulciurile) i se asociază imaginea mamei și a tandreței. Practic, bulimicul se ascunde de sine, de fapt nu se implică în rezolvarea propriilor probleme iar starea ca atare poate continua.

Posibile de a deveni bulimice sunt și femeile între 40 și 50 de ani care trec printr-o criză de identitate dublată de una a statusului social, ceea ce creează o debusolare a întregului organism, hrana reprezentând pentru ele „refugiu”, rezolvarea problemei pe care nu vrea să o conștientizeze. Pornit de la un simplu „ronțăit permanent”, la un mestecat de gumă în neștire, evadarea în mâncare ca o salvare lamentabilă, este foarte aproape de declanșarea bolii.

În fond, bulimia poate fi considerată o conduită de risc alimentar ce declanșează, indiferent de vârsta bulimicului, anacronism comportamental ce afectează echilibrul vieții persoanei aflate în cauză. De fapt, alături de anorexie, bulimia „rupe” echilibrul, declanșând anomalia și boala.

Ca și anorexia, bulimia se tratează psihoterapeutic prin conceperea unui program personalizat al clientului în cauză, recomandat fiind terapiile cognitiv- comportamentale ce vor viza, Jeican R. (2001):

- a)- schimbarea conduitelor alimentare;
- b)- reducerea factorilor de stres;
- c)- schimbarea atitudinii bolnavului față de conduita alimentară;
- d)- creșterea stimei de sine.

Implicarea psihoterapiilor de familie, remarcă același autor, pornind de la:

- a)- adaptarea familiei la personalitatea pacientului;
- b)- instaurarea relațiilor armonioase în familie,

vor duce la regăsirea echilibrului, astfel încât, nici o influență negativă să nu mai aibă „atingere”.

Se remarcă din cele surprinse în acest capitol, rolul pe care trebuie să-l aibă în conduita de risc alimentar, educația sub toate aspectele sale. Fie că o întâlnim în familie, în mediul școlar sau/ și în comunitate, aceasta trebuie să primeze în ideea în care, individul se raportează la cei din jur, integrându-se și nu izolându-se, socializând și nu marginalizându-se, cunoscut fiind faptul că o conduită de risc alimentar/ nutrițional, poate declanșa un alt tip de raportare la valorile umane și practic la evoluție, dacă nu chiar involuție.

Dorința de bunăstare poate declanșa și stări conflictuale ale organismului, fapt ce-i determină acestuia stări de refuz sau de îndeșulare. Am putea spune, conform psihanalizei, că totul

pornește de la iubire. Mai știm să dăruim iubire? Sufocăm sau nu dăruim deloc? Ne satisface mâncatul, hrănitul, apetitul plăcerii de a consuma alimente? Totul în fond se rezumă la „a ști sau a nu ști să te hrănești/ să mănânci sănătos”!

Capitolul 12

Impactul psihologic al obezității

Cuvinte cheie: **obezitate- diminuare- educație- reguli- foame- control- conștiință**

12.1. Obezitatea, identități

Pornind de la DEX, **obezitatea**, din francezul *obesite*, reprezintă creșterea exagerată a greutateii corporale printr-o îngrășare anormală, datorită acumulării de grăsime în diferite organe și țesuturi.

Persoană obeză/ supraponderală este aceea care consumă alimente fără ca această operație să fie întotdeauna necesară, sau controlabilă de cel în cauză.

Din punctul de vedere al specialistului, obezitatea este definită ca o greutate corporală depășind cu 20% greutatea ideală sau, raportată la suprafața corporală, ca un index de masă corporal depășind 30kg/ m.

Astfel obezitatea se structurează după „starea de spirit a societății” fiind o normalitate într-un mediu de anormalitate. În

acest context, Iordăchescu G. (2006), condițiile anormale se referă la scăderea efortului fizic minim și la excesul de aport alimentar:

- **factorul genetic** = valorile mici ale metabolismului de bază în repaus predispun la obezitate;
- **factorul social** = uneori prezența unor persoane poate influența cantitatea și calitatea alimentelor consumate, cât și traiul în colectivități.

Același autor amintește despre metodele de reducere a supraconsumismului de medicamente și implicit a obezității prin:

1)- intervenții fiziologice:

a)- chirurgia gastrică (se reduce volumul stomacului în două părți);

b)- alte tipuri de intervenții chirurgicale/ intervenții mecanice (comprimarea stomacului, blocarea maxilarului cu posibilitatea consumului de lichide, inserția unui balon în stomac);

c)- intervenții farmacologice, pierderea în greutate este numai temporară;

d)- exercițiile;

e)- dieta hipo- calorică.

2)- intervenții psihoterapeutice (grupuri);

terapia psihodinamică, terapia comportamentală.

Și la toate aceste minime elemente de identitate a obezității e bine a nu uita și a ne raporta la faptul că, **pierderea în greutate nu este o magie** și că implicarea noastră sub varii aspecte, mai ales psihopedagogică, poate îmbunătăți însăși acceptarea conceptului cât și a modalităților de experimare.

12.2. Obezitatea și dezvoltarea personală

Considerăm că cel mai important obiectiv pe care trebuie să-l avem în vedere atunci când facem referire la o persoană obeză, este acela de a-i **diminua obsesia** față de alimente, ceea ce declanșează o nouă atitudine însăși despre filosofia vieții, având a alege între:

- a mânca pentru a trăi
- a trăi pentru a mânca,

determinându-i o atitudine pozitivă despre un nou comportament atitudinal nutrițional.

Totodată, Ballentine R. (2007) **educația** conștientizării propriului organism, învățarea tehnicilor de a face față stresului emoțional, descoperirea unor căi noi de autosatisfacție și creativitate, împreună cu stabilirea unor obiceiuri legate de activitatea fizică și menținerea unei diete echilibrate, simple, practice, bogate în primul rând în vitamine, minerale și cantități

crescute de proteine, pot avea succes. Un astfel de program nu elimină mecanic sau automat excesul ponderal, dar creează condițiile necesare pentru ca persoana obeză să depășească faza „deprinderii de a fi gras”.

Pentru că vorbim de elementul de educație, tot mai mult regăsim în școli, elevi care manifestă tendințe de obezitate, deoarece lipsa unor identități serioase ale elementelor ce produc anomalii, lipsește.

Astfel, pornind de la ideile uneori preconcepute ale părinților de a le da de toate ca „nimic să nu le lipsească, așa cum mi-a lipsit mie” și primul gând se îndreaptă direct spre mâncare, copilul ajunge a face notă discordantă cu cei de vârsta lui. Se mișcă mai greu, nu rezistă la efort, este somnoros, neatent, lăsat de bucuriile vârstei, toate ducând spre profilarea unui **disconfort** continuu, ceea ce duce în timp, la crearea unui prototip social lipsit de idealuri și realizări profesionale și care raportează totul la hrană și sațietate.

În același context, lipsa exercițiului fizic (scutit din școală ca să nu facă efort și oricum e o pierdere de foame viitoarea persoană obeză va considera mișcarea o teroare, un supliciu, un efort maxim, începând încet să o reducă la minim, preferând în viitor munci statice (la birou, la calculator), ceea ce-i îngrădește

nevoia de mișcare și de revitalizare a organismului, care adoptă deja „tehnica melcului în mișcare”.

Pentru această persoană, **preocuparea** pentru hrană, fără a avea acoperire în trebuința organică, face ca întregul comportament să fie diferit, deoarece ea se află într-o permanentă căutare, dezvoltând stări de anxietate, stres, nervozitate și chiar boli nutriționale ce pot ajunge și pe un fond nervos apărute din nevoia stringentă a unor necesități biologice. Aceste persoane ajung să se simtă singure, să nu se raporteze la nimic, să-și cultive anumite obiceiuri alimentare și chiar în unele situații necontrolabile, să apară tentativele suicidare.

În asemenea situații, persoanele obeze trebuie a fi ajutate de a conștientiza, așa cum aminteam anterior, că de ele depinde dorința de a **controla greutatea** și a lupta conștient cu hrana, cântarul și gândirea negativă, fapte ce se vor reliefa asupra unui nou profil, atât psihic cât și fizic.

Astfel, din punctul de vedere al psihopedagogiei nutrițional, persoana obeză va trebui „să lucreze” la atitudinea și comportamentul său față de actul nutrițional, pornind de la:

a)- regularitatea servirii celor trei mese zilnice în așa fel încât, urmate cu atenție mărită și conștientizat faptul că programul regulat micșorează obsesia pentru mâncare, interesul devine controlat și psihicul reacționează ca atare;

b)- găsirea satisfacției în altceva decât în mâncare, fapt care duce la canalizarea eforturilor cognitive spre noi identități de exprimare: muncă, mișcare, artă, creație, etc., imaginea de sine rămânând nealterată;

c)- aplicarea unor programe psihoterapeutice „modelate” după profilul de personalitate a persoanei obeze în cauză;

d)- scăderea în greutate ca efect secundar al evoluției individuale, de aceea „lupta” se va da între a avea în plus sau în minus un număr de kilograme;

e)- acceptarea pierderii în greutate ca un proces de descoperire în ideea în care devine mai subțire prin lipsa de kilograme, dar și dacă poate face față conflictelor pe care o asemenea situație le declanșează, atât la nivel fizic cât și psihic, trecând peste ceea ce a declanșat etapa de supraalimentare.

La aceste câteva elemente de reper pe care noi le considerăm ca preambul la ceea ce privește starea în sine, adăugăm remarcile lui P. Ballentine (2007) că, dacă persoana este pregătită să accepte aceste aspecte legate de modul în care a închis ușa semnalelor și sentimentelor interioare, de modul în care tendința de a fi inactiv se corelează cu modul de gândire și cu sentimentele, și de aceea ce înseamnă pentru individ imaginea de sine ca „persoană grasă”, aceasta va deveni mai puțin suprasolicitată atât din punct de vedere psihic cât și fizic, atunci

implicarea personală va da roade prin scorul pozitiv scontat într-o asemenea situație, reliefat totul prin creșterea stimei de sine și a calității vieții personale.

Și-atunci, întorcându-ne la proverbul românesc „grasă și frumoasă/ slabă și urâtă” mai are rost discursul nostru expozitiv?

Cu siguranță **da**, atunci când nu se întrece măsura și există cumpătare la bucatele mesei, neuitând că „Haplea” nu era iubit de nimeni, hainele stăteau „ca pe un gard”, iar cheile cămărilor erau bine ascunse și păzite de chelărese. Și toate acestea neuitând sfatul tânărului Pitagora (Dumitrescu R. – 1996) care este atât de simplu și înțelept „ Veghează asupa bunei sănătăți a trupului tău. Mănâncă, bea și fă exerciții cu moderație. Măsura ta cea dreaptă este aceea care te împiedică de a te moleși. Și obișnuiește-te cu un regim curat și sever”.-

Și-ajungem astfel, în filosofia actului în sine, ca mintea să conducă trupul, știind că „lăcomia strică omenia”, adică rânduială întru tot și toate dându-i în fapt, frumusețe felului în care respectăm și binecuvântăm hrana, rămânând sănătoși și rezistând astfel cu bună știință la „ispita unei bucături în plus”, care, de ce nu, poate începe ceva ce nu ne dorim, adică: mai mult, mai greu și istovitor de dus- grăsimea.

Capitolul 13

Impactul psihopedagogic al curei de slăbire

Cuvinte cheie: **slab- cauză- motivație- cură de slăbire- impact- personalitate- remediu**

13.1. Cura de slăbire- concept- atitudine

Facem din nou trimitere la DEX unde, **slab** este acea persoană care nu are un strat (consistent) de grăsime sub piele, sinonimul cuvântului fiind acela de uscățiv. Tot aici întâlnim și interpretarea, ca ceva care nu funcționează normal, nu-și îndeplinesc bine funcțiile intelectuale.

Pornim de la aceste puncte de reper privind noțiunea de slab, când aceasta este de obicei percepută în contrapartidă cu obezitatea, întâlnindu-se dualitatea:

- obezitate- supraponderal;
- slab- subponderal,

ceea ce certifică o „abdicare” de la greutatea normală a corpului, cât și a momentului, a „clipei de aur” în care trupul și sufletul, aflate în echilibru, dau/ au eficiența maximă.

Pentru a înțelege cu adevărat starea ca atare, e necesar a lua în considerare că unele persoane sunt prototipul de „slab” prin construcția morfologică a organismului, practic prin osatură, cuvântul spunându-l moștenirea genetică, ajungând la apelative ca: slăbănog, slăbănoagă, slab, slăbuț, slăbuță, să nu imprime o stare patologică în devenire.

Deci, aceste persoane „n-au problema kilogramelor” nu duc „poveri” în plus și prin consitituția lor, trăiesc într-o anumită normalitate și armonie, fiind sănătoase și active.

Dar, pentru că unii-și **doresc** altceva decât kilogramele în plus apărute atunci când: pofta, nesocotința și inconștiența, au ieșit câștigătoare în fața:rațiunii, echilibrului și cumpătării, **adică**: suplețe psihică și fizică, silută și prestanță socială, apar **curele de slăbire** percepute ca magie, ca hocus- pocus și totul se rezolvă fără consecințe.

Întrebarea ce ne-am adresa-o nouă înșine ar fi: - cât de benefică este o cură de slăbire? O conștientizăm? și am continua cu:

- **cum** o definim/ abordăm?
- **cât** ține?
- **când** are loc?
- **unde**, sub ce auspicii o ținem?
- **cine** ne-o recomandă?
- **de ce** este nevoie/ o ținem?

elemente ce identifică la un moment dat o stare patologică sau o disponibilitate de a fi în „trend” (la modă) cu ceilalți. Este justificată sau nu cura de slăbire? Am putea interpreta existența sa din perspectiva:

a)- necesității organice/ medicale de a elimina kilogramele în plus pornind de la o stare supraponderală (obezitate);

b)- dorința voită de a arăta mai bine, practic a implica tot ce ne aparține (inclusiv imaginea noastră) în a ne defini un nou „look” determinându-ne: poziția, rolul și statusul social.

Și astfel, devenim „scalvii” curelor de slăbire care pot fi:

- la minut (haotice, nejustificate);
- la zile (înfometare);
- sub supraveghere medicală;
- pe timp îndelungat,

și lista poate continua deoarece, fiind dornici și de altceva, vrem să arătăm altfel fără să punem în balanța reușitei noastre **dezechilibrul nutrițional** pe care-l putem declanșa.

De aceea, dacă dorim, sau mai bine zis, după un control de specialitate, **nutriționistul** sugerează începera unei cure de slăbire sub supraveghere și care pornește de la:

- vârstă;
- sex;
- stare de sănătate;

- diagnostic;
- status social;
- loc de muncă;
- implicații psiho- sociale;
- necesități biologice;
- mediul de proveniență,

atunci se poate consimți, fără dereglări neuro- vegetative și psiho-afective o asemenea acțiune, rezultanta fiind cea scontată, fără alte atingeri, chiar a construcțiilor valorilor unmane și-a eticii medicale.

În acest context, cura de slăbire „iese din modă”, fiind înlocuită în fapt, de **un regim de viață personalizat** de nutriționist și care răspunde tuturor cerințelor persoanei în cauză, deoarece implicațiile au loc la mai multe niveluri, iar rezultatul e necesar a fi benefic.

N-am putea decreta că perioadele curei de slăbire sunt aceleași, deoarece o întâlnim din preadolescență și până la momentul în care, metaforic vorbind : „această rochie trebuie să-mi fie bună, nu mai sunt bani pentru alta”. Dar, poate cel mai important ar fi faptul de a putea controla desfășurarea ei, deoarece scăpată de sub control se transformă într-o boală ce ne aduce nu numai prejudicii medicale cât și morale- anorexia nervoasă .

13.2. Impactul curei de slăbire asupra dezvoltării personale

Dacă anorexia nervoasă am adus-o atât de aproape de cura de slăbire , e necesar a lupta împotriva actului în sine, adică la recurgerea la această acțiune prin care:

- grașii vor să devină slabi,
- iar unii
- slabi vor să devină grași,

cântarul și centimetrul fiind atu-urile dorinței manifestată mai ales de sexul frumos.

De ce-și doresc oare femeile atât de mult să slăbească? Cochetând cu ideea am putea pleda pentru: frumusețe, interes, imagine de sine, reușită, recunoaștere și mult, foarte mult, succes, pentru că a fi vedetă, star sau o „tipă cu fițe”, dă bine în/ la lume întotdeauna.

Desigur că o asemenea interpretare poate fi „la modă”, dar de fapt ea ascunde: frustrări, neîmpliniri, refulări, conduite de risc comportamental, abandon, carențe afective, toate „înghesuindu-se” în trei cuvinte: cură de slăbire, fără drum de întoarcere.

Asemenea persoane ajung a desconsidera însăși sănătatea trupească și sufletească pe care o au, dorindu-și altceva. Acest

altceva, poate, și are implicații, practic, impactul ce-l declanșează asupra unor procese cognitive, este observabil: Astfel:

- scade puterea de concentrare;
- mecanismele învățării slăbesc;
- inteligența, prin rezolvarea unor situații problemă se diminuează;
- scade puterea de atenție;
- se pierd elemente specifice legate de limbaj și comunicare;
- scade interesul pentru viață în general și calitatea ei în special;
- apar carențele afective pe un fond al disconfortului psihosocial;
- sunt dereglate procesele metabolice normale,

iar lista poate să rămână deschisă deoarece, fiecare dintre noi ne trăim în mod propriu- personal și mai puțin conștient, efectele distructive ale unei cure de slăbire ce nu este supravegheată de un nutriționist și care, nu ne face nici mai buni, nici mai tineri, deștepți și frumoși, ci din contră.

De aceea, chiar dacă adolescentele caută idolul/ modelul fiind într-o permanentă dorință de a trăi clipa și momentul fără a investi în viitorul lor ce presupune o minte și un trup sănătos, e necesar a le conștientiza întregul carambol pe care-l presupune o necontrolată cură de slăbire.

În **primul rând**, au de suferit trăsăturile de caracter care devin a se limita la „slabă- înfometată- trebuie să arăt bine” și până la apariția elementelor de personalitate dizarmonică ce pot începe de la anorexie.

În **al doilea rând** se manifestă carențele unei instabilități afective ce declanșează comportamente inadecvate, scăzând nepermis de mult, stima și imaginea de sine, dezechilibrul psihic fiind foarte aproape.

Și-n **al treilea rând**, dar nu și ultimul, raportarea la ceilalți prin relațiile de integrare în comunitate și societate, se află într-o permanentă fluctuație, marginalizarea și pierderea identității proprii persoane fiind foarte aproape, iar consecințele inimaginabile câteodată, ajungând chiar până la suicid sau tentativă suicidară.

Așa cum aminteam anterior „numărătoarea” poate continua, important fiind de a găsi modalitatea/ strategia de a stopa astfel de manifestări ce-și au „acoperire” doar în stări distructive.

Astfel, **dacă** reușim a determina persoanele în cauză a **conștientiza** că:

- a)- e necesar un control permanent al actului nutrițional;
- b)- își pun în pericol sănătatea;
- c)- există o frumusețe interioară care „eclipsează” învelișul exterior al trupului;

d)- trebuie să învețe a se accepta așa cum sunt (să se iubească);

e)- sunt unice și irepetabile;

f)- frumusețea exterioară este trecătoare și că cea interioară primează;

g)- nu trăiesc pentru a mânca;

h)- au o personalitate puternică,

atunci identitatea lor revine la normalitate iar factorii amintiți în capitolele anterioare: ereditatea, mediul și educația își vor spune pregnant cuvântul, ameliorând substanțial alte situații create.

Dacă este ușor a înțelege, accepta și educa o persoană „dependentă” de cura de slăbire? A spus cineva, da? Cu siguranță că nu, important este ca cel/ cea în cauză:

1)- să dorească a fi ajutat;

2)- să accepte situația/ ajutorul;

3)- să nu se considere singur/ă,

știind întotdeauna că are dreptul la încă o șansă, că stă în puterea sa a dori și a voi a avea în continuare o viață sănătoasă, fără stresul cântarului, nefiind singură în despărțirea de nesocotita și neînțeleasa cură de slăbire, cu care nu era nevoie să se întâlnească.

Capitolul 14

Rolul tradițiilor alimentare și ale postului

Cuvinte cheie: **tradiție- obicei- taină- post- purificare- rugăciune- hrană**

14.1. Tradiția alimentară între mit și realitate

Așa cum aminteam și în capitolele de început, e necesar de a face din nutriție/ alimentație, **o artă** pornind de la:

- orele de servire a meselor;
- ambientul de pragătire a hranei;
- ambientul de servire a mesei;
- ambianța din timpul servirii mesei;
- respectarea regulilor culinare privind felurile mâncărurilor;
- cantitatea alimentelor;
- calitatea alimentelor;

mergând până la:

- designul culinar;
- cromatică alimentelor;

- locația servirii mesei;
- rugăciunea de la început (binecuvântarea bucatelor);
- rugăciunea de mulțumire,

ajungând, chiar la a considera **servitul mesei** într-o familie ca reunirea acesteia, piatra de încercare a membrilor ei, știindu-se că nu se admite vreo absență. De aceea bucătăria/ vatra/ căminul este cea mai importantă încăpere a casei, masa și-a mărit numărul de scaune, de la două, la patru, șase și douăsprezece, iar tradiția spune că marile evenimente ale anului se sărbătoresc acasă, împreună cu familia (Crăciun, Paști, zile aniversare).

Se conturează astfel tradiția unei vieți sănătoase legate de actul nutrițional, în sensul în care vorbele înțelepte sunt ascultate. Importantă în acest sens pare a fi, evoluția la indieni, care spuneau la un moment dat legat de mâncare că:

- a)- dimineață să mănânci și mâncarea dușmanului;
- b)- la amiază s-o împarți cu el;buna seara;
- c)- seara să i-o dai și pe a ta

fapt ce structurează o anumită filosofie a calității și cantității alimentelor. Dar tot la **indieni** vom întâlni cele **trei tipuri de mâncare**:

- a)- **tamasic** = reprezintă ignoranța și se prepară cu trei ore înainte de a fi consumată;

b)- **rajasic** = reprezintă pasiunea, este în același timp: amară, acidă, sărată, astringentă, uscată;

c)- **sattvic** = reprezintă bunătatea și asigură o viață lungă.

Din propriile noastre experiențe, știm că tradiția este controlată de:

- timp istoric;
- anotimp;
- rasă umană;
- condiție și evoluție socială,

astfel încât, gândindu-ne doar la poporul român, putem, prin extrapolare a observa evoluția sa de la boțul de mămăligă (astăzi avem tendința de a mânca iar sănătos, ecologic), cu lapte, la pizza, hamburgeri, constituția noastră fizică având în primul rând de suferit, trecând de la „înalt ca bradul și mlădie ca trestia” la ceva fără formă, cu burtă, transpirație, chef de ceartă și plângându-se tot timpul că „moare de foame”.

De aceea, fiecare continent, popor, țară, oraș și chiar familie își are regulile sale scrise și nescrise, dând în final un profil de personalitate celor implicați în acest proces.

Regăsim dulciurile în Orient, cerealele în Asia, fructele în Africa și America de Sud, peștele în părțile nordice, eticheta și abundența în Europa, astfel încât toate completează un tablou în care ajungem să vorbim de erudiția nutrițională.

Știința servirii vinului, puterea magică a sucurilor naturale, magia ritualului, fac ca în actul de nutriție, imaginația, creativitatea și caracterul, să determine atitudini, conduite și comportamente. Învățăm acum mânăuirea tacâmurilor, licoarea băuturilor, binecuvântarea, mireasma și nu în ultimul rând, respectul și educația pentru hrană, percepând-o așa cum începeam, ca o artă, cartea de bucate nefiind decât, **proba** materială în acest caz.

În realitate, dacă vrem să ne dorim să fim eficienți și pragmatici, ne vom alimenta fără a trece prin simțuri cu ce ne hrănim, vom înfuleca sau înghiți fără a simți mesajul de bucurie, plăcere și chiar inteligență, ne vom stresa uitând de ceasul mesei, iar când credem că totul e O.K. primul drum obligatoriu va fi la nutriționist. De ce? Deoarece noi am uitat să conștientizăm actul de hrănire, despărțind trupul de suflet, făcând dintr-o plăcere gastronomică o corvoadă cotidiană.

Se declanșează bolile psihice pe fondul unor inadaptări nutriționale, trecem de la o stare la alta (obezitate), preferăm „cure de slăbire” rapide, fără a ne implica direct în propriul nostru act de nutriție.

Și reântorcându-ne ca fiul rătăcitar acasă știind ca tata va tăia „vițelul cel gras”, dându-ne respectul cuvenit, ajungem să ne

cunoaștem semințiile și după „eticheta” mâncării ce-i caracterizează:

- **români** – mămăligă, sarmale, țuică, vin;
- **francezi** – vin, croasante;
- **germani** – grătar, strudel, bere;
- **italieni** – paste, pizza, sosuri, condimente;
- **greci** – legume, musaca, uzo, fructe;
- **turci** – dulciuri, legume, musacale;
- **unguri** – gulaș, supe, palincă;
- **ruși** – votcă, carne, lactate, legume;
- **nordici** – pește, carne, grășămă, sosuri;
- **englezi** – carne, legume, băuturi spirtoase;
- **americani** – carne, sucuri, mâncare rapidă, fast- food;
- **chinezi** – orez, ceai, fructe de mare;
- **africani** – fructe, carne, vegetale, cereale;
- **japonezi** – orez, cereale, sucuri, carne;
- **evrei** – lapte, fructe de mare, cereale, carne (fără porc).

Pornind de la câteva din exemplele amintite anterior ajungem la concluzia personală, câteodată dacă știm și îmbinăm tradiția cu realitatea, atunci echilibrul nostru trupesc și sufletesc este foarte aproape, știind astfel a respecta hrana și-a face din pregătirea sa un ritual în care fără inteligență, imaginație și act de creație, mâncarea ți se va arde, nu va avea gust, n-ai cu cine s-o

mănânci, iar bucătăria dispare. Deci faceți-vă timp pentru mâncare cu măsuri și pentru măsură.

14.2. Postul între izbăvire, penitență și modă

Dacă pornim de la explicația cuprinsă în DEX- **postul** reprezintă interdicția de a mânca unele alimente (de origine animală) prescrisă creștinilor de către biserică în anumite zile sau perioade ale anului. În același context- **mâncarea de post** este cea pregătită numai din alimentele îngăduite de biserică, ceea ce reprezintă o selecție care îngăduie totuși, menținerea unui **echilibru** între **hrana** trupească și cea sufletească.

Astfel **postul**, din perspectiva sa creștină se caracterizează prin:

- a)- abstinență;
- b)- înrânare;
- c)- purificare;

toate făcând trimitere atât la partea trupească cât și la cea sufletească, îngăduind:

- a)- cumpătarea;
- b)- echilibrul;
- c)- înțelegerea;
- d)- acceptarea,

fapt ce determină o atitudine nu numai a bisericii față de post, cât și a fiecărui creștin în parte. Dacă în acest segment **postul** este prevăzut pentru anumite zile (miercuri și vineri), în preambulul marilor **sărbători** (Crăciun, Paști, Sf. Petru și Pavel, Sf. Maria)având și calitatea de sec/ negru, atitudinea noastră față de întregul demers, e necesar a fi una constructivă, urmărind izbăvirea sufletului și prin rugăciune, aducând liniștea și pacea dorită.

Biserica **nu** îngăduie postul pentru copii, bătrâni și persoane bolnave, deoarece acesta nu trebuie privit ca un chin, sacrificiu sau suferință, ci o curățire a spiritului prin purificarea hranei, menținându-se astfel un echilibru interior căruia i se adaugă rugăciunea.

Prin **rugăciune**, în cazul nostru se aduce îngăduință timpului, naturii și ființei, spunându-se: „Nădejdea tuturor marginilor pământului și a celor ce sunt pe mare departe, Dumnezeu nostru acela ce mai înainte ai întocmit prin cea veche și nouă a ta lege aceste zile de post la care ne-ai învrednicit pe noi acum a ajunge, pe Tine Te lăudăm și Ție ne rugăm, întărește-ne pe noi cu puterea Ta, ca să ne nevoim într-însele cu sârguință spre Slava numelui Tău celui sfânt și spre iertarea păcatelor noastre, spre omorârea patimilor și biruința a tot păcatul, ca împreună cu Tine răstignindu-ne și îngropându-ne, să ne sculăm

din faptele cele moarte și să petrecem cu bună plăcere înaintea Ta, întru toate zilele vieții noastre...”

De asemenea, rostul zilei prin ceaurile sale, face loc și **mâncării**, aceasta fiind binecuvântată, astfel mâncarea și băutura, cât și bunătățile pământești cu care ne saturăm, neutând de: grâul, vinul și untdelemnul înmulțite prin voia Ta doamne, sunt cele care îngăduie putința înțelegerii fiecăruia ce este bine și ce nu, **hrana** fiind cea care să aducă lumina înțelepciunii și-a orânduiri stării de bine, prin menținerea sănătății atât fizice cât și mentale, postul fiind înfrânarea voită și nu impusă, răspunderea alocându-ne-o.

Ajungem astfel a clasifica postul după, Dumitrescu R. (1996):

1)- **creștinesc**, care poate fi:

a)- negru, adică numai cu pâine și apă;

b)- obișnuit cu interdicția „de dulce”, adică fără carne, lapte, grăsimi, ouă, etc.

2)- **medical**, sau dieta care se recomandă de către medicina alopată în diverse medii:

a)- fără sare, prăjeli, alcool, cafea, cacao, carne și produse din carne;

b)- vegetarian, adică legume, fructe, zarzavaturi, preparate termic;

c)- lactovegetarian, adică vegetarian plus lactate și ouă;

d)- lactovegetarian combinat cu carne slabă de vițel. Pasăre, pește alb, etc.

3)- **de antrenament**, adică luni, miercuri, vineri, post creștinesc, negru, sau numai cu ceaiuri medicinale sau sucuri (cu sau fără clismă);

4)- **de întreținere**, după un tratament necontrolat, adică „înfometare”, o dată pe săptămână cu sau fără cele două clisme de rigoare- 3 zile pe lună, 7 zile pe trimestru, 18- 21 zile pe an, etc;

5)- **de autovindecare**, unde neapărat trebuie să ținem cont de faptul că totul se adaptează la noi, individualizând procesul ca atare, Miracolul fiind acela de a ne păstra sănătatea pe o perioadă cât mai lungă, dacă se poate toată viața.

Cu toate acestea, cele prezentate anterior reprezintă doar o parte a structurii **postului**, acesta având evoluții și întreprinderi variate, pornind de la tradiția indiană unde era recomandat persoanelor supraponderale și ajungând în zilele noastre, devenit popular prin considerarea sa ca tratament al obezității.

Atenție! **Postul** nu este înfometare, ci constituie mai degrabă o modalitate de expresie personală la o conduită nutrițională, iar dacă este legat de o tradiție, atunci impactul său cât și atribuțiile sunt/ sau pot fi variate.

Continuând ideea anterioară considerăm postul ca răspuns al tractului digestiv în sensul în care acesta poate să ia și forma:

- a)- celui cu sucuri;
- b)- zilnic;
- c)- săptămânal;
- d)- pentru cei supraponderali,

pornind de la vechea tradiție asiatică unde era procesul prin care „persoana devine mai ușoară” (langhana), iar ținera sa corectă duce spre revitalizarea corpului.

Din punctul de vedere psihopedagogic, **postul** are atribuțiile unei relații dintre trup și spirit în sensul în care „alterarea” unui proces sau a unui organ, aduce atingere întregului. De aceea, considerând postul o **modă**, ca să mai facem economie la mâncare, reușim doar a ne înfometa, fiind aproape de o cădere nervoasă, depresie sau boală nutrițională. Important este a înțelege fenomenul nutrițional înainte de a-l considera „cura noastră de slăbire” punându-ne „bine” și cu cele sfinte, metaforic vorbind, împușcând doi iepuri deodată.

De fapt, postul oscilează între ritual și voință impusă de a te abține să te hrănești, atitudine care completează la un moment dat un profil de personalitate ce poate creiona:

- 1)- un comportament vădit religios (dogmă, penitență, încercare, izbăvire);

2)- un comportament alimentar impus datorită unor împrejurări cu implicații personale (stare de sănătate, status social);

3)- o tendință la modă prin aderarea la curente și structuri noi privind dieta și nutriția optimă.

Și cu toate acestea, cel mai important obiectiv al evoluției noastre psihice este acela de a îmbina nevoia de a te hrăni cu actul de educație în a privi hrana, oferind organismului atât cât are nevoie ca digestia cuvântului și a alimentului să se facă cu chibzuință și echilibru, neuitând că „non multa sed multum” (Nu tot ce e mult e și bun).

Capitolul 15

Implicarea psihoterapiilor în menținerea echilibrului nutrițional

Cuvinte cheie: **psihoterapie- echilibru- client- implicare- consiliere- bioterapie- psihoterapeut**

15.1. Psihoterapia- elemente structurale

După Holdevici I. (1996), **psihoterapia** se bazează pe supoziția conform căreia, chiar în cazul unei psihologii de tip somatic, modul în care individul își va percepe și își va evalua starea, precum și strategiile adaptative la care va recurge, joacă un rol deosebit în stimularea sau inhibarea tulburărilor.

Psihoterapia vizează în principal următoarele **aspecte**:

- 1)- scoaterea pacientului din criza existențială în care se află;
- 2)- reducerea sau eliminarea simptomelor;
- 3)- întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului;

4)- rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;

5)- modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;

6)- reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ;

7)- modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;

8)- dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar de identități personale .

Dar, așa cum menționa și Ionescu G. (1999) psihoterapia se adresează și:

a)- omului sănătos aflat în dificultate, căruia îi conferă confort moral și o mai bună sănătate;

b)- celui cu dificultăți de relaționare pe care îl ajută spre o mai bună integrare;

c)- celui suferind somatic, pe care îl conduce spre alinare;

d)- celui alienat, căruia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viață și de resocoalizare.

Privită dintr-o asemenea perspectivă, psihoterapia prin **metodele** sale se va îndrepta spre rezolvarea conflictului

intrapsihic în contextul unei relații transferențiale imaginare și frustrante, cât și adaptarea la realitatea curentă în contextul unei alianțe terapeutice reale și gratificante. De asemenea **evaluarea succesului psihoterapiei**, Strupp și Nadley (1997) cuprinde trei criterii principale și anume:

1)- trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor, se simte mult mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine)

2)- recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățătură, etc.)

3)- materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului.

Astfel, Ionescu G. (1990), **obiectivele** psihoterapiilor pot fi **imediate** și vizează starea de sănătate a pacientului, urmărind:

a)- intervenția în criză și eliminarea anxietății;

b)- reducerea simptomatologiei specifice;

c)- rezolvarea unor probleme limitate;

d)- realizarea unei clarificări într-o zonă circumscrisă de conflict,

cât și de **perspectivă**, orientată asupra reorganizării personalității și ameliorării comportamentului și au în vedere:

a)- reducerea intensității conflictului;

b)- întărirea defenselor și a capacităților integrative;
c)- reorganizarea structurilor defensive;
d)- modificarea conflictelor inconștiente fundamentale;
e)- redistribuția mai mult sau mai puțin profundă a investițiilor afective în vederea unei dezvoltări armonioase a personalității,
modificarea organizării personalității în direcția funcționării adaptative și mature.

Tot ca elemente structurale, psihoterapia este limitată în timp, având așa cum au fost prezentate deja, obiective clare, **reușita**, fiind necesar a ține cont de următoarele etape ce-o premerg și anume:

a)- stabilirea diagnosticului;
b)- efectuarea interpretării psihologice;
c)- cunoașterea tehnicilor proprii- zise de intervenție;
d)- structurarea relației (terapeutice, empaticе, congruente, de colaborare, și de acceptare necondiționată a subiectului).

La această reușită concură cele nouă puncte de bază de care psihoterapeutul este obligat să țină cont și anume:

- nu începe terapia fără o analiză complexă și temeinică a problemei;
- nu lucra singur, ci în cuplu, cu clientul;
- nu aborda probleme intime din prima ședință;

- nu da lecții de moralitate;
- nu face predicții de la început;
- nu spune „sunt mai multe cazuri cu aceeași problemă”;
- discută orice aspect al terapiei cu clientul;
- modelează-te pe problemă și client,

astfel încât, reușita demersului are doi investigatori: clientul și terapeutul. De aceea, legătura și relația dintre cei doi, trebuie să fie benefică, iar deontologia profesională îi cere psihoterapeutului de a respecta în permanență clientul, amintindu-și chiar și „Rugăciune seninătății”:

„Doamne, acordă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curaj să pot schimba lucrurile pe care le pot schimba și înțelepciunea de a vedea diferența”.

15.2. Psihoterapiile specifice domeniului nutrițional

În abordarea elementelor de psihoterapie e necesar a porni sau/ și a avea în vedere mesajul pe care Hipocrat ni-l trimite în timp și anume „Primum non nocere”, adică „În primul rând să nu faci rău”, ceea ce reprezintă faptul că acțiunea pe care dorim s-o desfășurăm asupra persoanei în cauză, să fie cea veridică, potrivită în așa fel încât să se elimine încă din start, dacă se poate, nereușita și eșecul.

În cazul de față, pentru a particulariza elementele de psihoterapie în domeniul nutrițional, e necesar a ne stabili câteva **obiective**, menite a îmbunătăți starea de fapt a lucrurilor. Astfel, ne propunem să:

- 1)- menținem echilibrul nutrițional;
 - 2)- înlăturăm carențele afectiv- volitive- emoționale;
 - 3)- implementăm un stil de viață sănătos;
 - 4)- menținem ridicată încrederea și stima de sine;
 - 5)- combatem/ eliminăm stările și atitudinile de risc și conduită comportamentală nutrițională (anorexie, bulimie);
 - 6)- stimulăm dorința și capacitatea personală de a-și rezolva fiecare singur, situația/ problema ivită la un moment dat;
 - 7)- implementăm elementele ce determină o gândire pozitivă și-un optimism psihic;
 - 8)- înlăturăm stările de disconfort, perturbare, dizarmonie, și a altor factori ce pot declanșa un dezechilibru la nivelul actului nutrițional,
- având ca **primă** obligație profesională în acest sens, **realizarea unui program psihoterapeutic personalizat, centrat pe clientul nostru care să fie în concordanță/ completarea celui nutrițional cu aceeași calitate, adică întreaga intervenție să fie personalizată din punct de vedere a strategiei aplicate**

dând calitate și valoare demersului perceput și realizat la astfel de parametri.

Astfel întregul compartiment de psihoterapii pe care-l prezentăm în continuare poate fi aplicat/ este aplicabil în domeniul nutriției de către specialist, respectând deontologia profesională, și având în vedere întotdeauna:

cauza (C) – efectul (E) \Rightarrow rezultanta (R)

fiind cea scontată, infirmând sau confirmând (de ce nu), itemii avuți în vedere, dorindu-ne totuși reușita. În acest context, vom face apel la:

- **terapiile scurte;**
- **terapiile ocupaționale,**

atrăgând atenția că prezentarea ce urmează a o face reprezintă doar elementele de identitate a celor în cauză și că în calitatea de nutriționiști putem îndruma pacienții spre o formă de terapie adecvată diagnosticului, dar pentru a le practica pe cele mai multe dintre ele, fie că sunt necesar studiile de specialitate, sau apelarea la psihoterapeutul capabil prin atribuțiile sale de a se implica în tratamentul respectiv.

Terapiile scurte pe care le vom prezenta în continuare își găsesc eficiența în legătură cu modul în care trebuie/ pot fi rezolvate situațiile problemă:

1)- **Terapia cognitivă (T. C.)**, vizează **modificarea stilului particular de gândire** a clientului, pe care-l orientează asupra conștientizării caracterului distorsionat și eronat al convingerilor sale cât și în evaluarea realistă, prin confruntarea cu ralitatea. Totodată, această terapie este esența programatică și empirică, punctul ei de plecare fiind reprezentat de observarea atentă și exhaustivă a tuturor situațiilor în care survine o serie de probleme, un accent deosebit punându-se pe existența unei relații în care subiectul să-și conștientizeze propria disfuncție psihică.

2)- **Terapia cognitiv- comportamentală (T. C. C.)** se bazează pe faptul că, pentru a schimba un comportament sau un mod de gândire, trebuie să încercăm să aflăm cum au fost desprinse acestea și să-l facem pe client să dobândească altele. Totul este centrat pe **aici și acum**, fiind orientată spre dobândirea unor noi comportamente în confruntarea cu problemele actuale, învățând subiectul să-și însușească modele normale de comportament. Ea are drept scop, ajutorarea subiectului să-și găsească soluții la problemele sale mai rațional. Principiul de bază al acestei terapii, postulează faptul că modul în care cineva se comportă, ste determinat de felul în care interpretează o situație imediată.

3)- **Terapia centrată pe client (T. C. C.)** pornește de la premisa că oamenii sunt fundamental **buni**, scopul ei fiind acela

de a-l face pe client să se împace cu sine însuși cât și de a-l ajuta să-și clarifice gândurile despre problemele pe care le are, dobândind o mai mare înțelegere a acestora. Factorul cheie al acestei terapii rezidă în faptul că clientul **își poate controla tot mai mult destinul**, găsind soluții satisfăcătoare pentru problemele sale, încercând să se accepte pe sine, având puterea și motivația de a se ajuta singur, devenind mai deschis la noi experiențe și perspective, mai bine integrat, ajungând în final **a se accepta pe sine**.

4) **Terapia suportivă (T. S.)** este impusă de o anumită decompensare psihică manifestată la clientul aflat în criză. În aceste situații, susținerea lui emoțională este absolut necesară. Evaluarea problemelor reale și controlul reacțiilor la ele, **va ajuta clientul să-și rezolve prblemele**, iar în cazul în care acest lucru nu este posibil, îl vom învăța să se detașeze de ele.

5) **Terapia de susținere (T. S.)** vizează și obține o înlăturare a simptomelor, prin întărirea măsurilor de apărare și dezvoltarea mecanismelor de control, încercând **să-l ajute pe client să înțeleagă problemele cotidiene**, urmând totodată să-l facă mai adaptativ și tolerant în cazurile în care dezvoltarea personalității sale lasă de dorit.

6) **Terapia realității (T. R.)** subliniază faptul că **clientul nu se poate ajuta decât singur**, îmbunătățindu-și relația

prezentă, devenită o problemă. În acest cadru, se evită pe cât posibil trecutul, și se descoperă în schimb relația actuală, aducând clientul la momentul înțelegerii teoriei alegerii, necesară pentru a alege mai bine și a învăța să-și stăpânească problemele ivite la un moment dat.

Terapiile ocupaționale, Preda V. (2003) conform definiției propuse de „ Council on Standards” (1972) este arta și știința de a dirija participarea omului pentru îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, susține și spori performanța, de a ușura învățarea acestor abilități și funcții esențiale pentru adaptare și productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice și de a promova și menține sănătatea. Terapia ocupațională se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială. Totodată, ea este demersul de recuperare în situații speciale și nu numai, fiind necesar a sublinia faptul că, în momentele de activitate, se pot stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare, a spiritului de stăpânire de sine și de autocontrol, găsind satisfacții și împliniri în ceea ce fac.

În cadrul terapiilor ocupaționale, cu titlu informativ, ne vom opri asupra:

a)- **ergoterapia**, Preda V. (2003), are ca scop crearea unor obiecte și acestea eventual, învățarea unor tehnici cu scopul readaptării psihosomatice. Totodată mai poate fi înțeleasă ca orice activitate de muncă manuală, cu rol educativ, indicată în scop terapeutic pe o perioadă de timp. Ocupă un loc important în terapia ocupațională, ca „educație terapeutică a abilităților” formând abilități și deprinderi manual- profesionale care să-l conducă în final la prestarea efectivă a unei munci. În cadrul ergoterapiei, subiectul este participant activ, iar activitatea se poate realiza individual sau în grup, cuprinzând totodată trei **obiective** principale și anumite:

1)- recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă, asigurând o autonomie economică și socială;

2)- încadrarea sau reîncadrarea profesională și socială;

3)- amplificarea procesului de maturizare;

b)- **meloterapia**, Preda V. (2003), vizează utilizarea judicioasă a muzicii ca instrument terapeutic pentru a menține, a restabili, sau a ameliora sănătatea mentală, fizică și emoțională a persoanei.

E necesar a porni de la faptul că nu orice subiect/ client este receptiv la muzică, de aceea, e nevoie a cunoaște **ce/ care este terapia cea mai eficace, benefică indicată și acceptată** de acesta, fiind în folosul lui. Athanasiu A. (2003) a stabilit legătura

între muzică și medicină cât și **obiectivele tehnice** ale muzicoterapiei în grup și anume:

1)- de a permite bolnavilor să se lase pătrunși de muzică, în condiții de audiere diferite de acelea în care asistă la un concert;

2)- de a provoca comunicarea între auditori cu privire la alegerea preferințelor, prin intermediul comentariilor;

3)- de a permite terapeutului care coordonează ședința (după alegerea bucății muzicale) , abordarea reacțiilor, a respingerilor, tăcerilor și comentariilor fiecărui bolnav din grup, se realizează astfel o mai bună cunoaștere a problemelor sale și se culeg date utilizabile în psihoterapia verbală.

c) **artterapia** este o formă de psihoterapie cu expresii plastice, diferențiindu-se de ergoterapie și de terapia ocupațională. În artterapie se utilizează un produs singular, conceput liber și personalizat, indicându-se adesea și o verbalizare secundară. Psihoterapia cu expresii plastice permite o exprimare imediată a unor trebuințe sau dorințe ale subiectului, făcând să intre în joc operații mintale proprii inconștientului. Întregul demers conceptual amintit anterior, demonstrează că artterapia conferă posibilitatea realizării unei detensionări emoționale care se declanșează desenând, pictând, sau/ și modelând. Subiectul se simte relaxat după o asemenea ședință, mai ales când ea este întregită de discuțiile ce se poartă pe

marginea conținutului, existând în unele situații și un fond muzical pe toată perioada de desfășurare a activității.

d) **expresia verbală**- este prezentă prin cele două secvențe:

- basmul terapeutic;
- povestea terapeutică.

Basmul terapeutic, Filipoi S. (1998), demonstrează faptul că indiferent de vârstă, iluminează deoarece se adresează intuiției și fanteziei lărgind spațiul interior al copilului, reprezentând totodată o lecție de viață care sparge vechiul tipar al conflictului insurmontabil cu care este familiarizat. El aduce soluții cu totul neașteptate, cu efort emoțional pozitiv, ajungând chiar să contrazică logica și obișnuința, subiectul având posibilitatea să lărgescă sensul original al mesajului terapeutic, deoarece basmul transmite un tip de creativitate.

Ca mesaj terapeutic, basmul poate fi folosit în combinație cu un instrument de comunicare, creează subiectului o bază de identificare, protejându-l și învățându-l totodată să se autoînțeleagă, să se autoaprecieze pozitiv cât și să-și descopere propria putere interioară de a se „autovindeca”.

Cu alte cuvinte, Filipoi S. (1998) basmul terapeutic este un vehicul foarte potrivit pentru modele comportamentale și valori morale, schimbarea de poziție fiind doar sugerată, având mai mult un caracter de joc.

Ca și povestea terapeutică, basmul se povestește și **nu** se citește, putând fi folosit și de părinte, având grijă în a alege mesajul, fără să adreseze întrebări la sfârșit, urmărind reacția copilului cât mai ales, să aibă dispoziție pentru narare.

Vom exemplifica cele amintite anterior, redând basmul **Plăntuța cea perseverentă** indicată la începutul unei astfel de terapii, mesajul ei făcând trimitere la creșterea încrederii de sine și a autoevaluării pozitive (Filipoi S. –1998):

Plăntuța cea perseverentă

S-a întâmplat odată ca sămânța unei flori purtată de vânt să aterizeze pe o cărare cu pământ puțin și plin de pietre. O pală de vânt a rostogolit-o până a căzut între bulgării de pământ, iar când a venit ploaia a început să crească. Din păcate însă, de câte ori încerca să se întindă mai mult, cineva călca peste ea. De câte ori se întâmpla acest lucru, fie că era strivită o frunză, fie că se rupea chiar vârful florii. Micuța plantă încerca iar și iar să scoată la iveală câte o frunzuliță sau un boboc de floare. Numai că de câte ori acest lucru pornea bine, se găsea cineva care să o rupă în vreun fel, fie turtind-o cu pantoful, fie cu roata bicicletei. Până la urmă, biata plăntuță s-a văzut silită să renunțe la dorința de a se înălța. S-a hotărât să încerce doar să supraviețuiască rămânând

mereu la fel. Însă și acest lucru era greu, pentru că primea prea puțin soare și prea puțină hrană.

Într-o zi, un grădinar a trecut pe acolo și a observat pe cărare mica plantă. „Ei, nu crești într-un loc prea bun, a spus el. Tu ar trebui să te afli într-o grădină unde să poți crește cât mai frumos”. Grădinarul a plecat acasă și s-a întors cu o sapă și cu o găleată. Apoi s-a apucat să sape, asigurându-se că a reușit să cuprindă toate firicelele rădăcinii fără să le rupă. A luat planta cu el în grădină, a găsit un loc cu pământ gras unde a fixat-o, iar apoi a stropit-o grijuliu cu multă apă.

„Acum ești într-un loc mai potrivit. Micuță Plantă, i-a zis el. Aici vei putea să crești și să te dezvolti exact așa cum le este dat tuturor celor ca tine și pentru că te-ai străduit atât de mult să supraviețuiești, în mod sigur vei crește și vei deveni cea mai frumoasă floare din această grădină”.

Micuța plantă era foarte speriată. Se chinase să stea în același loc atât de mult timp, încât îi era pur și simplu frică acum când i se oferea această nouă posibilitate de a se schimba cu totul. Grădinarul a băgat de seamă că micuței plante îi este frică, așa că i-a vorbit din nou:

„Avem voie să ne fie frică, dar nu trebuie ca frica să ne oprească să creștem și să ne dezvoltăm.” A sfătuit-o el pe mica plantă.

„Pentru ca să ajungi să fii exact ceea ce poți cu adevărat, trebuie să găsești forța în tine însuși să te îndrepti și să te deschizi chiar tu către soare. Abia atunci vei reuși să te vezi în adevărata lumină”.

Bietei plântuțe îi era încă frică, dar s-a hotărât să nu scape această ocazie, așa că a căutat și a găsit în ea însăși, puterea de a se deschide spre lumină. Foarte curând s-a ivit o frunzuliță, iar apoi un bobocel de floare, urmate de altele și altele. Plântuța a căpătat încredere și a început să se simtă mai puternică și mai curajoasă. Nu după mult timp, s-a acoperit cu o mulțime de flori minunate.

Grădinarul povestea tuturor prietenilor săi despre noua, extraordinara plantă din grădina sa. Foarte multă lume a început să viziteze grădina ca să admire florile acestei plante atât de speciale. Planta auzea din ce în ce mai des în jurul ei cuvintele cu care vizitatorii îi laudau frumusețea și își dădeau seama ce mult se schimbase și ce mult crescuse. Acum, că era vindecată de tot, planta a înțeles cu adevărat că pentru ca să se dezvolte până la frumusețea ei deplină, a trebuit să aibă foarte multă încredere și curaj ca să se înalțe singură spre soare prin propriile ei puteri.

Povestea terapeutică, vezi Pașca M.D. (2008) transmite pe baza celor relatate, o experiență de viață, o stare de fapt, care să aibă un rol în găsirea unei soluții, implicând „povestitorul” cu

întreaga sa personalitate. Față de basmul terapeutic, povestea terapeutică se distinge printr-o manieră mai incisivă, mai direct de exprimare a faptelor și printr-o superioară forță de impact a acțiunii personajelor invocate, asupra beneficiului intervenției terapeutice.

Povestea terapeutică trebuie să țină cont de particularitățile de vârstă ale celui căruia i se adresează (copil, adult).

Cuvântul are o putere aproape „magică”, el poate vindeca, are o forță „terapeutică”. Povestea terapeutică, prin nararea faptelor „comprimă” la maximum experiențe de viață, cu scopul de a semnala o stare de fapt și a atenua o criză.

Povestea terapeutică se povestește (se spune), **nu** se citește. Ea trebuie să fie liantul dintre trup și suflet, gând și gestică, trăire și exprimare. Ea nu poate fi spusă de către oricine, oriunde și oricum. Pornind de la un caz real sau fantastic, ea își îndeplinește menirea de atenuare a durerii și suferinței.

În acest context, povestea terapeutică are ca scop, activarea unor resurse vitale pentru a învinge frica, neliniștea, neputința, nesiguranța, și pentru a redescoperi speranța și șansa. Ea reușește să schimbe percepția despre lume a subiectului constituind un instrument prețios de acțiune terapeutică, scoțând la iveală emoții și sentimente ce riscă să rămână ascunse în inconștient: angoase, frici, dorințe, obsesii, culpabilități, invidii. Scopul metaforelor

este de a-l ajuta pe subiect să-și concilieze propriile pulsioni cu cerințele realității externe și cu regulile societății în care trăiește.

Poveștile terapeutice sunt utile pentru toate categoriile de subiecți, indiferent de vârstă și nivel de școlarizare.

Precum am menționat, povestea terapeutică nu se citește, ci se relatează, tonul vocii, intensitatea, amplitudinea mimica și gestică fiind variabile în funcție de situație. De asemenea, ea **nu trebuie explicată**, deoarece riscăm să avem neplăcuta surpriză de a reduce drastic potențialul ei terapeutic asupra inconștientului, provocând deliberat rezistențe și obiecții, cu rezultate inhibante ameliorării stării asupra subiectului nostru.

Această terapie este cerută de multe ori de către subiect, deoarece o percepe ca fiind mai aproape de sufletul său, regăsindu-se conștient sau inconștient în acțiunea narării. În acest context, „ingredientele” de bază în terapia prin poveste la adult și/ sau copil sunt:

- optimismul;
- dorința de vindecare/ ameliorare;
- gândirea pozitivă;
- rezolvarea de probleme;
- stima de sine ridicată;
- creșterea încrederii de sine.

Pentru identitatea sa, povestea terapeutică poate:

1)- să cuprindă:

a)- indicații terapeutice;

b)- efectele dorite;

2)- mesajul transmis vizând stări și sentimente

exemplele ce urmează vor demonstra acest lucru:

a) **O poveste la... borcan**

- cunoașterea de către copii a fructelor și legumelor caracteristice toamnei și modul lor corect de păstrare/conservare, cât și importanța consumării lor sub formă de alimente/ hrană;
- grup țintă- copii;

În cămara toamnei e liniște. Borcanele stau rânduite pe rafturi, paturi.

Da, ce rafturi! Zici c-ar fi bagaje-n zbor pentru un tur cu avion.

„Cu manșete- etichete

și

desene cu catrene”

Uite! Aici e lumea dulcețurilor. Doamne, ce de borcane! Cu gâturi înalte și subțiri ca de prințese ce te privesc de la...celofan în sus. Și ce la modă sunt fundele lor! Da, ce gust au toate!

„- Mi-s cireșa cea amară,

- Eu sunt piersica cea rară,

- Mie-mi spune „de caisă”,
- Eu sunt vișina cea prinsă
În vecini cu mine, para
E colegă toată vara.”

Apoi vine raftul din mijloc. Aha! Aici culoarea e alta. Așa combinație, oho!!!

„Gogoșari- pantofari
Ardei de-i vrei,
Castraveți- isteți,
Pătlăgele cu mărgele,
Vinete, hai du-te cu ardeiul iute,
Ceapă de apă,
Morcovi, pătrunjei mititei și....”

Ce mai! Un ghiveci întreg. Stau săracele legume, fără nume și tăiate și tocate, în cuptor, în pat de dor și-apoi iute, sus pe raft, numai bune de mâncat.

Greu e în cămara toamnei! Nici nu pot privi în jos. Stau cu burțile cleiate-n geam:

„Castraveții cei murați,
Gogoșari felii tăiați
și
Ardei umpluți cu varză
Prinși în celofan c-o rază.”

Ei poftim! Dorm cu toții-o iarnă-ntreagă. Pline, fine, dolofane și grășane, să se vadă. Asta da, zic și eu...borcaniadă.

Aha! Crezi că am uitat de: gemuri, struguri, creme ferme, mere, pere în panere? Chiar așa! Nu-i nimic, cămara-i mare. În povestea viitoare, vor veni la rând te-asigur:

„Stcelele cu bulion

Suc de fructe

și

Mărunte etichete,

Parte-n tub

și

Salata prinsă-n cub”

Capu-mi este calendar. Ce să-i faci! În lumea bună a borcanelor, of, spălat să fii și-i gata și pe tine să te pună la păstrat: tuns, frezat și pieptănat. Dar, alege, unde vrei? La dulcețuri, gem, zacuscă sau murat într-o poveste prinsă-n zbor pe-o manșetă etichetă, cu desene și catrene?

O poveste? Ura! O-nchid iute-ntr-un borcan și la iarnă-o iau cu mine. De! Toată ziua prinde bine. Nu-i așa?

„Apoi,

Îți zâmbesc și-ndrăznesc,

Să-ți spun Lună, poftă bună,

La povestea din... borcan.”

b) Povestea focului

1)- indicații terapeutice:

- incapacitatea de a-și stabili un scop în viață;

2)- efectele dorite:

- încurajarea perseverenței în fața unui obstacol;

3)- grupul țintă:

- adulți;

- adolescenți;

- tineri;

Într-o țară îndepărtată, focul era păzit de un gardian ales în această funcție pentru calitățile sale: onestitate, cinste și responsabilitate. În fiecare zi el întreținea focul, protejându-l de vânt și nelăsându-l să se stingă. Pentru a-i da vigoare și forță, obișnuia să pună bucăți groase de lemn uscat.

Într-o zi, o furtuna neașteptată se abătu asupra aceluia loc. Vântul sufla cu o putere nemaivăzută și paznicul nostru se gândi că în aceste condiții este imposibil să mai reziste. Își aminti însă că toți locuitorii acestei țări se bazau pe el și nu putea să-i dezamăgească. Și începu să se lupte cu furtuna până ce aceasta se opri.

Seara, în timp ce se trântea epuizat în patul său, observă un mesaj ciudat scris pe perete: „Omagiu celui care a înfruntat vântul și marea și a ținut flacăra aprinsă”. Paznicul n-a știut niciodată de unde a venit acel mesaj, dar a înțeles că nu este singur. Începând din acel moment nu a mai fost niciodată tentat să-și abandoneze postul și a continuat să-și facă munca cu dragoste, devotament, curaj și tenacitate.

2) Incapacitatea de a-și stabili un scop în viață.

Povestea lui Ulysse

a)- indicații terapeutice:

- incapacitatea de a-și stabili un scop în viață;

b)- efecte dorite:

- conștientizarea importanței cunoașterii a ceea ce vrem să facem înainte de a acționa;

c)- grupul țintă:

- adulți

De mai mult timp, Ulysse se pregătea să plece într-o călătorie care să-i schimbe viața. El a studiat mai multe limbi străine, precum și hărți care să-i arate diferite zone ale lumii. Locul de destinație era mai puțin important, ceea ce-l interesa cu adevărat, era să plece.

Dificultățile au început să apară în momentul în care s-a prezentat la o agenție de turism pentru a-și rezerva un bilet de avion. Bărbatul de la ghișeu i-a pus mai multe întrebări obișnuite pentru a afla locul și momentul când vrea să plece.

- „Eu nu vreau să merg în Mexic, în Grecia sau în Italia.”
- „Unde vreți atunci să mergeți?” l-a întrebat funcționarul de la ghișeu.
- „În mod sigur nu vreau să merg în Anglia, în Australia și nici în Germania.”
- „Pe mine nu mă interesează unde nu vreți să mergeți”, zise funcționarul din ce în ce mai nerăbdător. „Pe noi ne interesează unde ați vrea să plecați în călătorie”.
- „Nu mă interesează nici Spania sau Portugalia, nici India sau Rusia” zise Ulysse.

În acel moment își dădu seama de impasul în care se afla și se întoarse acasă. În acea noapte avu un vis: se făcea că se afla într-un aeroport și privea plecarea mai multor avioane. Deodată îi apărură în fața ochilor, marele Lindberg, primul pilot care a traversat Atlanticul în 1927 și care îi adresă următoarele cuvinte: „Avioanele sunt pregătite să zboare, nu contează unde. Pilotul este acela care decide locul unde aparatul va ateriza. „

Puțin după aceea, eroul nostru adormi. Dimineața el realizează importanța cunoașterii exacte a destinației înainte de a pleca într-o călătorie, pe care el încă n-o știa.

(Poveste terapeutică M. D. Pașca 2008)

c) Șoricelul mîncăcios

- pentru copilul care refuză mîncarea (refuză să mănânce)

Bettina se joacă plictisită cu mîncarea. Își învârte în gură îmbucătura.

- Mănîncă odată! O încurajează mama.
- Nu mai vreau, spune Bettina.
- Trebuie să mănânci tot din farfurie! spune mama.
- Nu mai încape în mine se smiorcăie Bettina!
- Să-ți dau să mănânci ca unui bebeluș? Haide... încă o îmbucătură de dragul mamei.... Înghite odată!
- Nu mai pot! Nu mai pot! Plînge Bettina și fuge în camera ei.

Deodată aude un foșnet:

- Chiț- chiț- chiț, chiț- chiț,
- Sunt prietenul tău șoricelșul
- Doresc să fii mai veselă

- Să nu mai plângi de necaz.

Bettina era încântată de șoricelul drăgălaș:

- Dar, tu de unde ai apărut?
- Noi stăm de mult cu voi.

Toată familia de șoricei.

Știm că nu-ți place să mănânci.

Ceea ce-i supără pe părinți.

Când nu-ți place mâncarea

Îți stau la dispoziție.

Am să te ajut, crede-mă,

O s-apar într-o secundă

Chiț- chiț- chiț, chiț-ș chiț

Sunt prietenul tău șoricelul.

Drăgălașul șoricelului a dispărut în gaură tot atât de repede cum a apărut. Bettina este foarte curioasă cum o poate ajuta șoricelul. De-abia așteaptă ca mama ei să o cheme la masă. Nu trebuie să aștepte mult. Pe masă deja era așezată cina.

- Pfui, se strâmbă Bettina. Pâine cu cașcaval! Nu-mi place cașcavalul! Și încep obișnuita reprezentație.

Atunci Bettina auzi din nou vocea subțire:

- Chiț- chiț- chiț, chiț- chiț,

Sunt prietenul tău șoricelul,

Tu te strâmbi la cașcaval,

Noi îl mâncăm cu poftă

De ce te miri așa?

Șoarecii adoră cașul.

Aruncă-ne repejor!

Ce miros îmbietor

Strecoară-l sub scaun,

Ce bunătate! Mersi!

Chiț- chiț- chiț, chiț- chiț.

Sunt prietenul tău șoricelul.

A doua zi la prânz se servi pește.

- Pfui! Se strâmbă Bettina. Nu-mi place peștele!

- Peștele e foarte sănătos, spuse mama. Mănâncă numai, și-ai să te faci mare și puternică.

- Dar dacă mi-e scârbă?

- Chiț- chiț- chi-, chiț- chiț.

Sunt prietenul tău șoricelul,

Strecoară-l sub scaun

Ce bunătate! Mersi!

Chiț- chiț- chiț, chiț- chiț.

Sunt prietenul tău șoricelul.

Și așa a continuat în fiecare zi. Bettina sare în sus de bucurie pentru că prietenul ei, șoricelul, o ajută. Numai că acum, din când în când îi e foame și ei. Ce noroc că întotdeauna se gasește vreo

ciocolată, vreo prăjitură. Dacă îi chiorăie burta, tiptil intră în bucătărie și fură din prăjiturile. Dar ce s-a întâmplat? S-a terminat prăjitura. Cu siguranță cineva a furat din ea.

- Nu-i o problemă, gândește Bettina, mai am ciocolată.

Dar... măi să fie! Și asta a dispărut!

Bettina se culcă dezamăgită și foarte flămândă. Nu poate să doarmă pentru că se treezește de foame.

A doua zi dimineața, Bettina mănâncă mai mult, dar bucățelele care nu-i plac le dă totuși șoricelului.

Bettina e din ce în ce mai flămândă.

- Ce bine! Mama a cumpărat biscuiți. Voi lua câteva bucăți din cutie. O! Vai! Cutia este goală! Pe pardoseală vede câteva firimituri.

Bettina urmărește șirul de firimituri. Și să vedeți urmele duceau la gaura șoricelului.

- Să-ți fie rușine! strigă nervoasă Bettina. Frumos ajutor! Eu care am crezut că ești un șoricel drăgălaș! Mi-a foame, foame, foame!

- Chiț- chiț- chiț, chiț- chiț

Sunt prietenul tău șoricelul,

Îi-e cam foame? Ei, să vezi!

Pentru șoareci e de-nțeleș.

Burta noastră mereu e goală

Totuși sunt un bun prieten.
Să știi că ți-am pus deoparte.
Mi-a rămas și mie un pic.
De dorești, mănânci biscuiți,
Dar mai bine ai mânca,
Caș, pește, spanac și varză,
Și lumea ți se va părea
Mai veselă, mai frumoasă.
Îți spune un specialist!
Să măn'nci bucăți micuțe
Și dacă te-ai săturat
Poți să termini de mâncat!
Nu e înțelept așadar
Să-ți strici foamea cu dulciuri
Că ți-o fură șoarecii.
Vei rămâne nemâncată,
Foamea ți-aduce multe rele,
Te slăbește, te slujește!
Nu vei mai mânca cu chin
Dacă te gândești așa:
„Dacă-i burta mulțumită
Pot ușor s-o rog pe mama:
Pot să mă duc la joacă?”

Și îndată poți să ieși
Puternică și sătulă
Să te joci cu șoriceii
Ori să faci orice poftești
Chiț- chiț- chiț, chiț- chiț,
Sunt prietenul tău șoricelul!

Bettina le povestește părinților săi isprava cu șoricelul.

- Știi ceva? spun părinții ei. Te-ajutăm și pe tine și pe prietenul tău. Ori de câte ori mănânci o îmbucătură, te vom lăuda și vom pune o nucă lângă farfuria ta pentru șoricel. Cu cât mănânci mai mult cu atât mai multe nuci vei putea să îi duci prietenului tău. Dacă nu vei putea mânca tot, n-o să te certăm. Dar să te înfrupți din dulciuri nu vei avea voie decât, așa cum ți-a spus șoricelul, numai după ce ai mâncat destul la masă.

Ei, ce crezi? Putea să ducă Bettina nuci pentru prietenul ei? Desigur, și încă multe! Bettina nu se mai joacă cu mâncarea. Mănâncă repejor, pentru că o așteaptă prietenul ei, șoricelul.

(Povestea terapeutică- M.D. Pașca 2008)

Și astfel, ținând cont de vârsta subiectului (de la 4-5 ani, și peste 60 de ani), diagnostic, compatibilitate și dorința de reușită, psihoterapia este prietenul de nădejde al nutriționiștilor știind că „Ideile mari vin pe vârful picioarelor”- Nice- semn al reușitei împreună.

Concluzii

La capătul unui asemenea itinerar logistic, interdisciplinar, e necesar a sublinia faptul că, modalitatea de abordare reprezintă o premieră, pornind de la concept și până la faza de finalizare.

Astfel, se demonstrează necesitatea abordării actului nutrițional și din perspectivă psihopedagogică, subliniindu-se încă o dată, rolul cogniției prin prisma educației, determinând o conduită și-un comportament atitudinal personalizat.

Totodată, aria interdisciplinarității, oferă o identificare conceptuală nouă, punând accent pe implicarea personală în actul nutrițional, ca rezultat al educației permanente, în speță a autoeducației.

De asemenea, actul nutrițional își descoperă construcția sa valorică conștientizând necesitatea unor determinări structurale, pornind de la atitudine și ajungând la perspectivă, căci: „Atitudinile sunt propriile noastre creații. Suntem liberi să alegem să fim victimele împrejurărilor sau ale oamenilor, sau să alegem să privim viața cu o minte deschisă și să fim învingători. Perspectiva noastră și alegerea atitudinii ne dă puterea să fim proprii noștri stăpâni. Aceasta este esența adevărului libertății”. (Irene Dunlap- 2001).

Deci, stă în puterea noastră de a fi propriul artizan al dualității: **a mânca pentru a trăi, sau a trăi pentru a mânca**, determinând astfel noi concepte educaționale, conjugând verbul „a fi” la prezent și apoi la viitor, dovedind dorința de autocunoaștere și dovedind înțelepciune, știind că: *Non multa sed multum*”.

Bibliografie

1. Athanasiu A. (1983)- *Elemente de psihologie medicală*, Ed. Oscar P rint, București
2. Athanasiu A. (2003)- *Muzică și medicină- Homo musicalis*, Ed. Minerva, București
3. Aivanhov O. M. (1994)- *Reguli de aur pentru fiecare zi*, Ed. Prosveta, București
4. Allport G. W. (1927)- *Conepts of trait and personality*. Psychological Bullet.. 24
5. Barna A. (1995)- *Autoeducația- probleme teoretice și metodologice*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
6. Ballentine R. (2007)- *Dietă și nutriție*, Ed. Curtea veche, București
7. Băban A. (2001)- *Consilierea educațională*, Ed. Presa Universitară Clujeană, Cluj- Napoca
8. Bonchiș E. (2006)- *Psihologie generală*, Ed. Universității din Oradea, Oradea
9. Berger G. (1997)- *Tratat preactic de cunoaștere a omului*, Ed. Iri, București
10. Blin C. (2002)- *ABC-ul cunoașteri de sine*, Ed. Corint, București

11. Bittman E. (1978)- *Homeostazia- echilibrul vieții*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București
12. Binet A. (1996)- *Sufletul și corpul*, Ed. Iri, București
13. Canfilled J., Hansen M.V., Dunlap I. (2001)- *Supă de pui pentru suflet de copil*, Ed. Amaltea, București
14. Carton (1965)- *L'arte medicale*, Ed. Le Francois, Paris
15. Cornuțiu G. (1998)- *Bazele psihologice ale practicii medicale*, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea
16. Cosmovici A. (1996)- *Psihologie generală*, Ed. Polirom, Iași
17. Dolto Fr. (2005)- *Opere- Ce să spunem copiilor*, Ed. Trei, București
18. Dumitrescu R. (1996)- *Taina longevității*, Ed. Iri, București
19. Dupont P.(2007)- *Dieta celor patru temperament*, Ed. Proeditura și Tipografie, București
20. De Bono E. (2006)- *Șase pălării gânditoare*, Ed. Curtea Veche, București
21. Enăchescu C. (2000)- *Tratat de psihopatologie*, Ed. Tehnică, București
22. Filipoi S. (1998)- *Basmul terapeutic*, Fundația culturală Forum, Cluj-Napoca
23. Friedman H. S. (2002)- *Autovindecarea și personalitatea*, Ed. Humanitas, București

24. Gheorgiu G. (1983)- *Caleidoscopul sănătății*, Ed. Ceres, București
25. Guesne J. (1998)- *Corpul spiritual sau al șaptelea simț*, Ed. Universul enciclopedic, București
26. Garban Z. (2000)- *Nutriția umană*, volII, Ed. Didactică și Pedagogică, București
27. Georgescu M. (1998)- *Psihiatrie- ghid practic*, Ed. Național, București
28. Hart A. (2006)- *Sănătate și energie*, Ed. Polirom, Iași
29. Holford P. (2007)- *Dieta cu încărcătura glicemică scăzută*, Ed. All, București
30. Holford P. (2008)- *Cartea nutriției optime*, Ed. All, București
31. Iordăchescu G. (2006)- *Psihologia alimentației umane*, Ed. Academica, Galați
32. Iamandescu I. B. (Plorsa- Luban 2002)- *Dimensiunea psihologică a practicii medicale*, Ed. Infomedica, București
33. Ionescu G. (1973)- *Introducere în psihologie medicală*, Ed. Științifică, București
34. Jeican R. (2001)- *Psihiatrie pentru medicii de familie*, Ed. Dacia, Cluj-Napoca
35. Larousse- *Dicționar de psihiatrie* (1998), Ed. Universul Enciclopedic, București

36. Lupu I., Zanc I., Săndulescu C. (2004)- *Sociologia sănătății*, Ed. Tiparg, Pitești
37. Larousse- *Marele dicționar de psihologie* (2006), Ed. Trei, București
38. Lalande A. (1960)- *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, P.U.F.
39. Lupșa E., Bratu V. (2005)- *Psihologie*, Ed. Corvin, Deva
40. Lăzărescu M. (1994)- *Psihopatologie clinică*, Ed. Helicon, Timișoara
41. Mocanu St., Răducanu D. (1989)- *Plante medicinale, legume, fructe și cereale în terapeutică*, Ed. Militară, București
42. Moreanu A. (2007)- *Autocunoaștere și autoterapie asistată*, Ed. Trei, București
43. Miu N. (2004)- *Științele comportamentului*, Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hașegan”, Cluj- Napoca
44. *Mică enciclopedie de biologie și medicină* (1976), Ed. Științifică și Enciclopedică, București
45. Neamțu C., Gherguș A., (2000)- *Psihpedagogie școlară*, Ed. Polirom, Iași
46. Nicola I. (1996)- *Tratat de pedagogie școlară*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
47. Piaget J (1971)- *Biologie și cunoaștere*, Ed. Dacia, Cluj- Napoca

48. Popescu, Neveanu P., Zlate M., Crețu T. (1991)- *Psihologie*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
49. Pora E. (1975)- *Omul și natura*, Ed. Dacia, Cluj Napoca
50. Pașcanu O.V. (1999)- *Bolile psiho- morale sau pierderea sensului vieții*, Ed. Timpul, Iași
51. Pașcanu O.V. (2001)- *Autovindecarea prin spirit, suflet și plante*, Ed. Polirom, Iași
52. Pașca M.D. (2007)- *Curs de sociologie medicală*, UMF, Tg. Mureș
53. Pașca M.D.(2008)- *Curs de psihologie medicală*, UMF, Tg. Mureș
- 54.Pașca M.D., Tia T. (2007)- *Psihologie și consiliere pastorală*, Ed. Reîntregirea, Alba Iulia
55. Pașca M.D. (2007)- *Noi perspective în psihologia medicală*, Ed. University Press, Tg. Mureș
56. Pașca M. D. (2008)- *Povestea terapeuitcă*, Ed. V&I Integral, București
57. Rudică T., Costea D. (2007)- *Psihologia omului în proverbe*, Ed. Polirom, Iași
58. Roșca Al. (1976)- *Psihologia generală*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
59. Szent- Gyorgy A. (1984)-*Pledoarie pentru viață*, Ed.Politică, București

60. Sillamy N. (1996)- *Dicționar de psihologie*, Ed. Univers Enciclopedic, București
61. Segal R. (2002)- *Principiile nutriției*, Ed. Academica, Galați
62. Seligman- Martin E.P. (2004)- *Optimismul se învață*, Ed. Humanitas, București
63. Șchiopu N., Verza E. (1981)- *Psihologia vârstelor*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
64. Todoran D. (1974)- *Individualitate și educație*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
65. Tudose Fl. (2000)- *O abordare modernă a psihologiei medicale*, Ed. Infomedica, București
66. Tunea S., Tunea A. (1989)- *Dialog cu omul sănătos*, Ed. Albatros, București
67. Valnet J.(1991)- *Tratamentul bolilor prin legume, fructe și cereale*, Ed. Gamond Junior, București
68. Verza E. (1997)- *Psihopedagogie specială*, Ed. Didactică și Pedagogică, București
69. Zlate M. (2000)- *Introducere în psihologie*, Ed. Polirom, Iași
70. Weber M. (1993)- *Etica protestantă și spiritul capitalismului*, Ed. Humanitas, București
71. Yin R. (2005)- *Studiul de caz*, Ed. Polirom, Iași