



Faculty of  
Psychology and  
Educational Sciences  
"Ovidius" University  
of Constanta, Romania

# BLACK SEA JOURNAL OF PSYCHOLOGY



[www.bspsychology.ro](http://www.bspsychology.ro)



9 772068 464001



## **Emotional adaptive difficulties for institutionalized elderly people**

**Bărbulescu Adriana<sup>1</sup>, Sălceanu Claudia<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ovidius University of Constanta, Romania; <sup>2</sup>Ovidius University of Constanta, Romania  
[claudiasalceanu@yahoo.com](mailto:claudiasalceanu@yahoo.com)<sup>2</sup>

**Abstract.** Much can be said about the quality of life in institutions. But we can talk about a series of psychological changes with a negative impact on the institutionalized person, which, associated with the reason for hospitalization, with the state of old age and illness, generates problems of adaptation to the conditions from the institutional environment, as well as relationship and communication problems corresponding to the level of the group represented by the assistants of the Home for the Elderly - youth without old age. Using only qualitative research methods, due to the emotional load and sensitivity of the investigated topic, we obtained a series of relevant information on the main problems of adapting to the conditions in the center and to the needs of the elderly, in especially related to the aspect of relationships and communication.

**Keywords.** Adaptation, institutionalized elderly people, anxiety, depression.

### **1. Aspecte generale privind procesul de îmbătrânire**

Îmbătrânirea, este o noțiune umbrelă, în sfera căreia intră o serie de variabile teoreticopractice, care pot evidenția rolul determinant al acesteia dintâi. Ca o încercare de definire putem spune că îmbătrânirea reprezintă procesul biologic complex, acesta fiind determinat genetic și modulată de mediu. Schimbările care implică îmbătrânirea sunt graduale și spontane, conducând spre maturare prin vârstele copilăriei și pubertății, până în perioada de adult tânăr, după care apare un revers până la vârsta adultă mijlocie în baza vârstei individului (Crețu, 2009).

Unele manifestări ale procesului de îmbătrânire sunt legate de efectele declinului hormonal: scade producția de estrogen la femei, adică apare menopauza, și cea de testosteron (andropauza) la bărbați. În ansamblu, se produc o serie de modificări biochimice (hormonale), trofice, de consistență și funcționale, ale structurilor biologice ale organismului. De asemenea, datorită antrenării sociale și active mai reduse, se produc restructurări ale caracteristicilor personalității și o modificare de stare a diferitelor funcții psihice, a conștiinței și dinamicii vieții interioare (Sion, 2007).

Riley, Foner și asociații (1968) după multe cercetări privind personalitatea vârstnicilor, au ajuns la concluzia că acestea sunt mai rigide, adaptându-se mai puțin la nou față de tineri. Ca



atitudine, vârstnicii au evidențiat un mare grad de dogmatism, o mai mare intoleranță față de ambiguitate dovedindu-se mai puțin grijulii față de presiunea socială exercitată asupra lor pentru a se conforma. Mai mult ei s-au arătat mai pasivi, mai conformiști și mai preocupați de propriile emoții și de propria persoană. Bernice Neugarten, Robert Havighurst, și Sheldon Tobin (1968) arată că subiecții bătrâni adopta mai frecvent un stil pasiv în adaptarea la mediu, comparativ cu stilul de înfruntare evidențiat la subiecții tineri.

Îmbătrânirea este un proces ce implică schimbări graduale și spontane conducând spre maturarea prin vârstele copilăriei și pubertății până în perioada de adult tânăr, după care are loc un declin până la vârsta adulta mijlocie și marea bătrânețe. Dar vârsta nu poate spune nimic despre bazele sistemice sau genetice ale îmbătrânirii. Ceea ce este comun acceptat este ca sistemul endocrin este în mare măsură responsabil de procesul de îmbătrânire. Unele manifestări ale procesului de îmbătrânire sunt legate de efectele declinului hormonal. În ansamblu, se produc o serie de modificări biochimice (hormonale), trofice, de consistența și funcționale ale structurilor biologice ale organismului (Crețu, 2009; Sion, 2007). De asemenea, datorită antrenării sociale și active mai reduse, se produc restructurări ale caracteristicilor personalității și o modificare de stare a diferitelor funcții psihice, a conștiinței și dinamicii vieții interioare. Ca urmare a modificărilor hormonale scade energia instinctelor (scăderea libidoului) și a eficienței adaptării, după ce în finalul fazelor adulte a avut loc anularea capacității de procreere.

Îmbătrânirea fiziologică, spre deosebire de îmbătrânirea patologică, se realizează fără seisme prea evidente, dat fiind faptul că organismul antrenează rezervele compensatorii și parcurge forme de echilibre proprii extrem de complexe.

Una din teoriile biologice cele mai cunoscute asupra îmbătrânirii se refera la faptul că celulele normale pot crește doar într-un număr fix de diviziuni înainte ca acestea să-și încheie ciclul de viața, proces numit senescență. Ideea aceasta conduce la concluzia că îmbătrânirea celulelor are un rol important în procesul general de îmbătrânire.

O alta teorie despre îmbătrânire este cea a căderii celei mai slabe legături, respectiv nu toate sistemele organismului sunt la fel de puternice, dintre care cele mai slabe făcând parte sistemului endocrin și cel imunitar, astfel încât decăderea din funcționare corespunzătoare a unui sistem antrenează întreg organismul. Erorile de funcționare produse de sistemul neuroendocrin sunt responsabile de disfuncțiile la nivel homeostatic, de pierderea capacității de reproducere și de dereglările metabolice care apar cu vârsta.

O consecință este accelerarea slăbirii intelectuale, care este mai rapidă și mai profundă la bărbat decât la femeie. Femeia, prin atribuțiile sale casnice, își menține un anumit ritm de activitate. Bărbatul, dimpotrivă, are sentimentul izolării, al inutilității, se refugiază în sedentarism, lectura ziarelor, cafelele, cluburi etc., care duc rapid la o slăbire emoțional-afectivă și intelectuală a acestuia.

Pentru bătrânii instituționalizați însă problemele sunt de natură mai complexă. O problemă comună în general pentru vârstnicii din casele de bătrâni este depresia și sentimentul izolării. Acestea se asociază cu retragerea socială și, de multe ori, cu comportamente stereotipe. Instituționalizarea de orice tip devine astfel o problemă majoră a serviciilor de sănătate (Marshall, 1993).

## **2. Tipuri de bătrânețe**



Majoritatea autorilor au definit vârstele raportându-se la timpul cronologic, la biologicul, psihologicul și socialul persoanei umane. Vârsta cronologică este dată de numărul de ani care au trecut de la nașterea persoanei. În mod normal se consideră vârsta cronologică drept sinonimă conceptului de vârstă. Vârsta biologică reprezintă descrierea vârstei individului în termeni de sănătate biologică/somatică. Determinarea vârstei biologice presupune cunoașterea capacității funcționale a organelor și sistemelor vitale ale persoanei. Capacitatea funcțională a unui individ poate fi mai bună sau mai rea decât a altuia de aceeași vârstă. Cu cât vârsta biologică este mai mică cu atât crește speranța de viață a persoanei în cauză. (Fontaine, 2008).

Vârsta psihologică este determinată de capacitatea de adaptare a individului raportată la cea a altor indivizi de aceeași vârstă cronologică. Cei care se adaptează mai bine și mai repede – prin învățare, rezolvare de probleme, decizie, controlul emoțiilor, motivare, etc. – decât cei de aceeași vârstă este considerat a fi mai tânăr, din punct de vedere psihologic.

Vârsta socială se referă la rolurile sociale și expectanțele legate de vârsta unei persoane. Dicționarul LaRousse de Medicină ne explică înțelegerea cuvântului de îmbătrânire naturală și îmbătrânire patologică (Burlacu, 1998). Dogma declinului inevitabil al marilor funcții ale organismului pe măsura înaintării în vârstă (debit cardiac, funcționarea cerebrală, etc.) este actualmente repusă în discuție: scăderea performanțelor fiziologice constatată la subiecții în vârstă nu ilustrează doar o îmbătrânire normală, ci și patologii supraadăugate (îmbolnăvirea patologică sau senilitatea).

Astfel pentru un organ dat, studiul „populațiilor curate” rată că nu totdeauna are loc o scădere a performanțelor concomitente cu înaintarea în vârstă. Unele lucrări au arătat îndeosebi că debitul cardiac al subiecților în vârstă, în deosebi la boli cardiace nu este mai scăzut decât cel al adulților tineri, deși mecanismele care permit menținerea unui debit cardiac normal variază cu vârsta.

Dicționarul mai aduce în discuție și termenul de îmbătrânire fiziologică. Modificările corpului și mediului familial, afectarea identității sociale pe care o impune pensionarea, fragilizează subiectul vârstnic care, concomitent, trebuie să efectueze o activitate de rutină, dar trebuie să găsească și forță de a investi în noi poli de interes. Orice nouă dificultate (decesul partenerului de viață, probleme financiare, boala), survenind în acest context poate duce la o pierdere a respectului de sine care devine insuportabilă.

Alte tipuri de îmbătrânire pot fi îmbătrânirea prematură caracterizată de o morfofiziologie mai avansată decât vârsta cronologică a individului. Îmbătrânirea accelerată în care ritmul de îmbătrânire biologică este rapid în relație cu anumite situații, de exemplu pensionarea. Îmbătrânirea patologică constă în îmbătrânirea marcată de unele boli, traumatisme sau sechele. De asemenea, mai sunt de deosebit două tipuri de bătrânețe: una care apare târziu, la vârste foarte înaintate și care se manifestă prin scăderea treptată și armonioasă a tuturor activităților, fiind bătrânețea normală, firească și fiziologică. Cea de-a doua apare relativ timpuriu, la 60-70 de ani, cu tulburări ale vaselor inimii, sistemului nervos, glandelor cu secreție internă, fiind reprezentată de o îmbătrânire precoce, anticipată, nefirească. Aceasta poate fi considerată boală, iar după unii autori se numește senilitate (Rene, 2003).



### **3. Aspecte biologice, psihologice și sociale ale procesului de îmbătrânire**

Principalele elemente ale procesului **biologic** de îmbătrânire pot fi sintetizate astfel (Șchiopu & Verza, 1997; Papalia, Wendkos Olds & Feldman, 2010):

- Se modifică regimul de viață: scade apetitul alimentar, crește nevoia de vitamine deoarece organismul este supus unei demineralizări serioase. Se micșorează nevoia de somn, apar tulburări sub forma insomniilor, în vis se anulează diferențele dintre realitate și trăirile subiective, apar confuzii.
- Proliferarea celulelor încetinește, volumul lor se micșorează, la nivelul sistemului nervos, central, distrugerea lor este lentă dar irecuperabilă, crește țesutul adipos din organe (inimă, ficat), au loc modificări metabolice, degenerări, atrofii ale țesuturilor.
- În exterior se modifică aspectul pielii care își pierde elasticitatea și devine mai palidă, mai ridată.
- Se înregistrează o scădere a capacității de efort, a mobilității articulațiilor și mișcărilor.
- Datorită schimbărilor biochimice în compoziția proteică și în fibre, mușchii se scurtează.
- Crește fragilitatea oaselor, apar osteoporezele datorită pierderilor de calciu și magneziu, dureri de coloană, reumatismele, discopatiile.
- La nivelul cordului pot apare: leziuni arteriale datorită osteosclerozei, hemoragii datorită îngustării sau blocării pereților vaselor sanguine, infarctul miocardic.
- Respirația devine mai anevoioasă, se micșorează posibilitatea de oxigenare a sângelui, a țesuturilor, a organelor, ceea ce influențează negativ coordonarea senzorio-motorie, capacitățile intelectuale.
- În privința aparatului digestiv are loc o reducere a enzimelor, fermenților, care asigură sucii gastrici, pancreasul activează mai lent din care cauză grăsimile sunt utilizate necorespunzător.
- La nivel hormonal, în special tiroida se micșorează iar creșterea corticosuprarenalelor este resimțită în apariția sclerozei vasculare și a hipertensiunii arteriale.
- Sistemul nervos este mai puțin irigat, oxigenat.
- Pot apare ischemieri datorită insuficienței alimentare a creierului și se intensifică mortificarea celulelor nervoase.

Principalele elemente ale procesului **psihologic** de îmbătrânire pot fi sintetizate astfel (Crețu, 2009; Sion, 2007; Șchiopu & Verza, 1997):

- Activitatea senzorială, inițial se diminuează la nivelul periferic, al receptorilor, ale căror celule, după 65 ani încep să se sclerozeze și apoi fenomenul este resimțit și sub aspectul funcționalității ANS, unde se stabilizează către 75-85 ani la anumite valori.
- În privința văzului: scade capacitatea de modificare a cristalinului din care cauză se instalează presbitismul; se restrânge câmpul vizual și se reduce capacitatea de discriminare a nuanțelor, tonurilor cromatice; apar multe boli degenerative: glaucomul, cataracta; după vârsta de 70 ani, la unele persoane se instalează o revenire a vederii.



- În privința auzului: are loc o creștere a pragurilor din care cauză sensibilitatea auditivă devine mai grosieră; pot apare și fenomene de surditate psihică, când persoana aude dar nu înțelege, din cauza afectării celulelor din zona centrală a sistemului nervos; apar și fenomene de „idiosincrasii sonore” prin creșterea intoleranței față de anumite surse (ritm, timbru) sonor.
- Regresii se constată și în viteza, coordonarea mișcărilor, a timpului de reacție. În fața unor situații complexe, solicitante, apar mișcări haotice, inutile, se atenuază capacitatea de organizare și de ierarhizare a reacțiilor.
- Se modifică viteza și forma scrierii.
- Memoria de scurtă durată suferă deteriorări ca și memoria faptelor vii, cotidiene, care sunt acoperite de uitare, confuzii, neatenție, stereotipii.
- Memoria de lungă durată este mai rezistentă deși apar eforturi de amintire a informației, reactualizarea suferind adeseori de lapsusuri, confuzii și chiar substituirii voite în cadrul asociațiilor reclamate de context.
- Coeficientul de inteligență scade treptat, apare o anumite fixitate, viscozitate în soluționarea itemilor, deși se păstrează în limite de normalitate operativitatea generală a gândirii.
- Se pierd strategiile algoritmice, euristice, abundă fenomenele repetitive. În situațiile de declin avansat se poate instala și fenomenul de vid mintal. Este excesiv uzitat raționamentul dihotomic (bun-rău, adevărat-fals).
- Cel mai specific fenomen de deteriorare este pierderea sau diminuarea capacității de evaluare cronologică: pe de o parte cronologic internă, legată de ritmul biologic care funcționează corect, - orar de masă, culcare, evacuare.
- Discursul verbal își va restrânge sfera iar ritmul este inconsecvent, când agitat, surescitat, când lent, chiar inexpressiv.
- Apare tendința de evitare a angajării în discurs verbal. Atunci când acesta este impus de situații oficiale, cel în cauză simte nevoia reacției celorlalți care nu de puține ori este solicitată direct.
- Tulburările afective sunt dominante și influențează toate manifestările.
- Emoțiile au exprimare mai primitivă iar întreținerea lor este legată de statutul marital și profesional. Intensitatea nu este adaptată la situații, din care cauză apar îndeosebi stări de irascibilitate nemotivate.
- Se instalează dispoziții negative, stări depresive legate de sănătate, de sfârșitul vieții, de posibilitățile afective limitate.
- Depresia care are la bază deteriorări somatice exprimă și apariția unei noi crize de identitate. Atunci când se agravează poate să apară sindromul de depersonalizare, când persoana își pierde identitatea și refuză să vorbească, nu vibrează afectiv, se comportă ca și cum nu este el.
- O altă tulburare a afectivității este hipertrofierea eu-lui, raportarea majorității faptelor, fenomenelor la propriul eu, apare criza de prestigiu.

Literatura de specialitate arată că marea majoritate a modelelor observabile de adaptare la mediu sunt destul de stabile, constante și independente de vârstă. Cu toate acestea pe măsura avansării în vârstă, schimbările în starea sănătății, schimbările de roluri și statute sociale,



precipită în mod considerabil modificarea în timp a mecanismelor de adaptare ale oamenilor. Putem spune că există atât constanță cât și schimbarea personalității pe durata ciclului vieții.

Principalele modificări la nivelul **personalității** pot fi sintetizate astfel (Rădulescu, 1999; Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983; Muntean, 2006; Cox, 1993; Pointreud, 1972):

- Persoanele de vârstă mijlocie și persoanele vârstnice, apar prin contrast, ca mult mai autolimitate și aparent mai preocupate de minimalizarea frustrațiilor, prin a face față problemelor vieții, decât prin a-și fixa obiective prea înalte.
- Bătrânii sunt mai rigizi, adaptându-se mai puțin la nou față de tineri. Ca atitudine, vârstnicii au evidențiat un mare grad de dogmatism, o mai mare intoleranță față de ambiguitate dovedindu-se mai puțin grijulii față de presiunea socială exercitată asupra lor pentru a se conforma. Mai mult ei s-au arătat mai pasivi, mai conformiști, și mai preocupați de propriile emoții și de propria persoană.
- Bătrânii adoptă mai frecvent un stil pasiv în adaptarea la mediu, comparativ cu stilul de înfruntare evidențiat la subiecții tineri.
- Dimensiunile mai "profunde" ale personalității, se caracterizează mai ales prin discontinuitate, prin modificări mai mult sau mai puțin pronunțate, mai timpurii sau mai târzii, ale diferitelor trăsături în funcție de vârstă: astfel singura modificare pentru care există un mare acord între specialiști este scăderea treptată a extraversiei. Se pare că extraversia descrește linear între 20 și 60 ani, după care se ajunge la o relativă stabilizare.
- O alta trăsătură de personalitate, ascendența-dominanța, scade linear între 20 - 60 de ani, după care urmează o relativă stabilizare.
- Modificarea agresivității se realizează în mod diferențiat: deși se descrie pe sine ca fiind
- mai puțin agresiv ca înainte, vârstnicul este de fapt orientat către evitarea sau amânarea răspunsului agresiv; totuși pe măsură ce "răspunsul agresiv" apare el este greu de controlat și de inhibat; vârstnicul devine deci mai puțin îngăduitor și răbdător la supărare.
- Tot pe linia discontinuității se mai înscrie un grup de trăsături specifice înrudite între ele: conservatorismul, dogmatismul (ca sistem cognitiv închis, presupunând autoritarism și intoleranță), rigiditatea (care poate fi un mecanism defensiv, dar și lipsă de flexibilitate).
- Se remarcă o creștere a rigidității și o descreștere a flexibilității în funcție de vârstă, aceasta fiind totuși mai accentuată după 50 ani.
- Adeseori bătrânețea este însoțită de o stare depresivă și de o tendință de izolare și singurătate.
- Frecvent tulburările somatice împrumută masca psihică, după cum și o stare depresivă se poate asocia cu fenomene somatice. Depresia la bătrân comporta un diagnostic atent, o evaluare riguroasă a multiplelor situații somatopsihice care pot induce o modificare a tonusului psihic.

Principalele elemente ale planului **social** al îmbătrânirii pot fi sintetizate astfel (Rădulescu, 1999; Muntean, 2006):



- Mediul condiționează și relațiile cu ceilalți, care sunt influențate de omogenitatea de vârstă a celor din proximitate. Astfel, pentru vârstnicii care se află în comunități în care persoanele de vârstă a treia sunt majoritare și condițiile de mediu facilitează vizitele și colaborarea, relațiile de prietenie sunt întreținute și există posibilitatea ca altele noi să se constituie.
- Activitățile cele mai frecvente sunt mersul la biserică, întâlniri pentru a discuta politică, beau cafea împreună.
- Vârstnicii care locuiesc la bloc sau în case care se află la distanțe care fac mai greu posibile vizitele, sunt defavorizați în ceea ce privește interacțiunile sociale, deoarece datorită proximității scăzute, întâlnirile dintre aceste persoane se realizează mai greu, cu excepția acțiunilor care au ca scop acest lucru sau în activități în care este cuprinsă toată comunitatea, cu ocazia diferitelor sărbători sau evenimente.
- În casele în care locuiesc familii multigeneraționale, încheierea relațiilor de prietenie și colaborare dintre vârstnici este mai dificilă, deoarece aceștia chiar dacă se văd, se cunosc și au posibilitatea de a se întâlni, o fac destul de rar, fiind preocupați de realizarea rolurilor și sarcinilor pe care le au în familie.
- Persoanele instituționalizate interacționează până la un anumit moment, după care intervine saturația, apare nevoia de schimbare, de cunoaștere a altor persoane, care să ofere posibilitatea dobândirii de noi satisfacții și aprecieri.
- Pentru asigurarea respectării drepturilor tuturor beneficiarilor din aceste instituții, sunt elaborate regulamente și norme interne care sunt percepute a fi prea severe pentru unii dintre beneficiari, ca urmare apar nemulțumiri, conflicte interne între beneficiari, dar și între beneficiari și angajați. Cele mai contestate interdicții sunt cele legate de consumul de alcool, de respectarea normelor de igienă și de preferințele alimentare ale beneficiarilor.

#### **4. Conceptul de dependență**

Dependența, reprezintă incapacitatea unei persoane de a adopta comportamente sau de a îndeplini singur, fără ajutorul altei persoane, acțiuni care să-i permită un nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor, astfel încât să fie independent.

Noțiunea de dependență este integrată gerontologiei și geriatriei, de care este inseparabilă. Ea are specific geriatric și, deși nu este o boală, poate fi determinată de boală, de accident, de o anomalie înăscută sau câștigată, la care se adăugă în cazul vârstnicilor, procesul de involuție (Neamțu, 2003).

Problema dependenței persoanelor vârstnice este o majoră problemă de sănătate publică. O persoană dependentă prezintă mai multe din caracteristicile următoare (McKevitt, Baldock, Hadlow, Moriarty & Butt, 2005; Neamțu, 2003): nu se poate deplasa, -este incapabilă de a se îmbrăca singură, este incapabilă de a se spăla singură, nu se poate alimenta singură, prezintă incontinență urinară sau fecală, prezintă dezorientare care poate antrena o conduită periculoasă.





Dependența este determinată de existența anumitor surse de dificultate și anume (Marshall, 1993):

- Factori de ordin fizic, care cuprind toate obstacolele fizice de natură intrinsecă sau extrinsecă, ce influențează negativ satisfacerea unuia sau mai multor nevoi fundamentale. Factorii intrinseci țin de persoană în cauză cum ar fi: o paralizie, o problemă a articulațiilor, o infecție etc. Factorii extrinseci se referă la surse exterioare cu care organismul intra în contact și care nu îl lasă să funcționeze normal (pansamentul compresiv, o imobilizare etc.).
- Factorii de ordin psihologic, cuprind anumite stări sufletești și intelectuale care pot influența satisfacerea anumitor nevoi fundamentale aceste stări se pot referi la: tulburări de gândire, stres, doliu etc.
- Factorii de ordin social, reprezintă problemele persoanei cu anturajul său, cu soțul/soția, cu prietenii, cu colegii de muncă. Sursele de dificultate de ordin social pot să afecteze calitatea vieții (cu repercursiuni asupra împlinirii tuturor nevoilor) și pot fi surse de stres, depresie, malnutriție etc.
- Factorii de ordin spiritual se referă la aspirațiile spirituale ale persoanei, întrebări asupra sensului vieții, întrebări religioase, filosofice. Acești factori își pun amprenta în special asupra muribunzilor.

Daniela Gârleanu (2002) vorbește despre structurarea dependenței bătrânilor prin: experiența sărăciei, impactul pensionării obligatorii, efectele negative ale îngrijirii în centre specializate pentru bătrâni, formele pasive ale îngrijirii comunitare.

Instituționalizare vârstnicului este o problemă complexă, cu multiple implicații psihosociale. Decizia de instituționalizare este una dificilă și trebuie să țină cont de o serie de aspecte, precum dorința pacientului, starea de sănătate fizică și mentală, gradul de autonomie al persoanei și posibilitatea de a se autoîngriji, condițiile de locuit, posibilitatea de a fi îngrijit la domiciliu. Se apreciază că 4% dintre vârstnicii peste 65 de ani se află internați în instituțiile de îngrijire. Instituționalizarea este considerată în multe cazuri drept o formă de izolare a bătrânului, exercitată atât de familie, cât și de societate. S-a constatat o presiune crescută din partea familiei, din rațiuni de comoditate în primul rând și sub aspect financiar în cel de-al doilea.

Cauzele instituționalizării pe termen lung sunt multiple: lipsa suportului din partea familiei; dorința manifestă a vârstnicului; imposibilitatea asigurării unei îngrijiri adecvate la domiciliu; sindromul de imobilizare; incontinențe severe; pierderea autonomiei și a capacității de autoîngrijire; demență; pierderea locuinței; singurătatea (Moldoveanu, 2012).

Cauzele instituționalizării pe termen lung ar fi: singurătatea și lipsa rețelei de suport; dorința manifestă a vârstnicului; lipsa veniturilor; diferite afecțiuni cronice; handicapul fizic sau mental; pierderea locuinței; lipsa adaptării în cadrul serviciilor la domiciliu; crize în sânul familiei de origine; imobilizarea la pat; violența domestică sau a celor ce s-au angajat să-l îngrijească.



Persoanele vârstnice manifestă adesea o anumită rigiditate a comportamentului, fapt care poate genera crize de adaptare sau „stresul de mutare”, constând în reacții paradoxale, nefavorabile sănătății, în special anxietate. Temerile și neliniștile lui au ca motiv „moartea familială” și ideea eronată că a fost interant că să nu moară acasă, teama că sfârșitul este aproape, dar se manifestă și temeri fără obiect.

## **5. Depresia la bătrâni**

Depresia majoră este o afecțiune prin care persoana devine profund nefericită, demoralizată și plictisită. Vârstnicii cu depresie majoră nu se simt bine, își pierd energia cu ușurință, au un apetit scăzut și devin mai puțin motivați. Depresia a fost denumită o “răceală obișnuită” în rândul problemelor psihice. Estimativ frecvența depresiei la vârstnici variază, deși nu există o dovadă că depresia este o afecțiune mai des întâlnită la vârstnici decât la adulți (Callhon și Walinsky, 1995).

Printre cele mai obișnuite semne ale depresiei la vârstnici sunt: simptomele depresive întâlnite la o vârstă mai tânără, o sănătate precară și evenimente precum moartea soțului sau soției precum și suportul social din partea societății mai mic (Fiske, Wetherell, Gatz, 2009). Printr-un studiu pe termen mai lung, s-a demonstrat că văduvele aveau simptome depresive chiar și timp de doi ani după moartea soțului. De asemenea s-a arătat o accentuare a depresiei în cazul în care și sănătatea fizică se înrăutățește. Dar sprijinul din partea societății și integrarea în comunitate au avut un efect benefic (Santrock, 2002).

Depresia nu este o parte naturală a procesului de îmbătrânire, ci este un partener natural (Farzianpour, 2012). Prevalența sa în rândul persoanelor în vârstă este comună, dar de multe ori a fost subdiagnosticată și tratată inadecvat (Kim, 2009). La nivel global, prevalența depresiei în rândul vârstnicilor este de 10-15.0% din cauza unor probleme, cum ar fi lipsa de transport, pierderea locului de muncă, pierderea prietenilor și a cunoștințelor, pierderea celor dragi, izolarea și existența unei varietăți de probleme de sănătate (Blazer, 2003; Onya & Stanley, 2013).

Din punct de vedere medical, depresia este un concept care se adresează unei afecțiuni cu simptome bine definite, cu o modalitate de exprimare variată, ca origine și gravitate. De aceea, depresia în sens strict medical, este o boală a dispoziției care implică procese cognitive și care are răsunet asupra funcționării întregului organism. Cu o frecvență în rândul populației de 5-8%, depresia poate ajunge ca la vârsta de 65 de ani să fie diagnosticată la 15% din subiecți, iar la 70 de ani crește până la 26,9% în rândul bărbaților și 45,2% pentru femei (Gräsbäck, 1996).

Prevalența depresiei variază în funcție de populația studiată, de definiția depresiei și de metoda de diagnostic. Criteriile de diagnosticare a depresiei la vârstnici nu sunt foarte bine stabilite; doar o treime din pacienții care necesită ajutor se adresează medicului specialist, din aceștia 60% sunt subdiagnosticați, incorect tratați, primesc medicație necorespunzătoare, în doze prea mici, pentru o perioadă prea scurtă.

Dintre reacțiile comportamentale ale familiei vârstnicului instituționalizat menționăm (Sorescu, 2005, pg. 82):



- Cooperare (aproximativ 60% din cazuri) – receptivitate față de asistența acordată bătrânului, menținerea legăturilor cu acesta, disponibilitate pentru reprimirea sa în familie;
- Hiperprotecție: pretenții exagerate față de personalul instituției și asistența acordată, imputări pentru agravarea condiției vârstnicului, conflicte și stânjenirea echipei de îngrijire. Sunt cunoscute binoamele mamă-fiu, tată-fică, și soție-soț. Uneori hiperprotecția este simulată, stările de iritare, plictiseală, demobilizare a echipei sunt nefavorabile bătrânului;
- Abandon (cam 10% din cazuri): familia consideră că și-a încheiat datoria, odată ce vârstnicul a fost instituționalizat și se invocă diferite motive pentru părăsirea vârstnicului;
- Culpabilitate: se întreabă dacă nu existau și alte soluții;
- Angoasa: apare la copiii care au avut legături strânse cu părinții lor. Îmbătrânirea și îmbolnăvirea părinților îi neliniștește, ca și reacțiile bătrânului instituționalizat, precum și gândul unui viitor asemănător.

## **6. Obiective și ipoteze**

Obiectivele cercetării sunt următoarele: (1) Examinarea diferențelor dintre bătrânii instituționalizați și bătrânii neinstituționalizați. (2) Identificarea nivelului stimei de sine la bătrânii instituționalizați și la bătrânii neinstituționalizați. (3) Explorarea legăturii dintre instituționalizarea bătrânilor și nivelul anxietății acestora. (4) Examinarea modului în care instituționalizarea influențează gradul de depresie la bătrâni.

Ipotezele cercetării sunt: (1) Se prezumă că la bătrânii instituționalizați anxietatea are un nivel mai ridicat. (2) Se prezumă că bătrânii neinstituționalizați prezintă un grad mai scăzut al depresiei. (3) Se prezumă că stima de sine este mai scăzută la bătrânii din instituții.

## **7. Eșantion și instrumente**

Cercetarea a fost realizată pe un număr de 54 de subiecți, 27 bătrâni instituționalizați și 27 de bătrâni neinstituționalizați, cu vârste cuprinse între 55 de ani și 70 de ani, de gen masculin și feminin.

Testele care au fost folosite pentru a studia ceea ce ne-am propus sunt: ASQ (Anxiety Symptom Questionnaire) – Chestionarul pentru evaluarea anxietății, CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) – Scala de depresie Radloff, Scala Rosenberg – Chestionar pentru stima de sine.

## **8. Rezultate**



Pentru interpretarea cantitativă și calitativă a datelor obținute s-au utilizat programele SPSS și Microsoft Word. În urma aplicării testelor pentru variabilele: stima de sine, anxietate și depresie, datele obținute pentru cele două eșantioane, bătrâni instituționalizați și bătrâni neinstituționalizați, au fost introduse în SPSS, calculându-se diferența mediilor pentru fiecare variabilă în parte. S-a calculat Kolmogorov – Smirnov pentru a ne indica ce test statistic vom folosi pentru diferența variabilelor.

Tabel 1. Normalitatea distribuției scorurilor

Kolmogorov-Smirnov			
1	Anxietate bătrâni instituționalizați	27	.200*
2	Anxietate bătrâni neinstituționalizați	27	.200*
3	Depresie bătrâni instituționalizați	27	.200*
4	Depresie bătrâni neinstituționalizați	27	.200*
5	Stimă de sine bătrâni instituționalizați	27	.200*
6	Stimă de sine bătrâni neinstituționalizați	27	.196

În urma rezultatelor testului Kolmogorov Smirnov vom folosi testul T pentru eșantioane independente (test parametric) pentru variabilele anxietate și depresie, deoarece pragul de semnificație sig. > 0.05, ceea ce înseamnă că datele sunt distribuite normal și dispersiile/imprăștierea datelor sunt omogene). Pentru variabila stima de sine vom folosi testul Mann-Whitney, deoarece datele sunt normale doar la o singură grupă.

**Ipozeza 1:** Se prezumă că la bătrânii instituționalizați anxietatea are un nivel mai ridicat.

Tabel 2. Statistici pentru variabila anxietate

Group statistics				
Condiție	N	Medie	t-test	Sig. (2-tailed)
Bătrâni neinstituționalizați	27	92.52	5.269	.000
Bătrâni instituționalizați	27	115.63		

Observăm o diferență semnificativă statistic pentru un prag de semnificație  $p=.000$ , cu un grad mai accentuat de anxietate la bătrânii instituționalizați. Argumentele statistice confirmă ipoteza de lucru.

Anxietatea este o teamă difuză, fără ca aceasta să aibă un motiv anume, un sentiment de tensiune continuă, în care persoana în cauză se gândește că ceva rău se va întâmpla. Persoanele care suferă de această boală își fac de multe ori griji fără un motiv real, iar când scăpa de un motiv de teamă, își găsesc altul. Persoanele anxioase nu se pot relaxa și se simt epuizate și fără putere.



Anxietatea bătrânilor a fost identificată ca fiind un factor de risc pentru un mai mare handicap în rândul adulților vârstnici, în general, și a fost, de asemenea, asociată cu un succes mai redus în recrutare și în rezultatele serviciilor de reabilitare.

Cercetătorii și practicienii încep să recunoască faptul că îmbătrânirea și anxietatea nu se exclud reciproc; anxietatea este la fel de comună în cazul vârstnicilor ca și în cazul celor tineri, cu toate că modul în care apare și când se manifestă este distinct la adulții vârstnici. În plus, este nevoie de cercetări mai eficace bazate pe tratamente pentru anxietatea târzie (Mitte, 2005).

De exemplu, Gum (2009) a raportat că 7% dintre adulții în vârstă de 65 ani și peste au îndeplinit criteriile tulburării de anxietate de-a lungul ultimului an. Între timp, un alt studiu a constatat că 33,7% dintre participanți, care aveau vârsta de 55 de ani și mai mult și care erau diagnosticați cu tulburare de anxietate generalizată (DGA), au raportat un debut al simptomelor DGA înainte de a împlini vârsta de 50 de ani (Chou, 2009).

Un studiu care a implicat interviuri aplicate pe aproape 6.000 de oameni, a raportat la nivel național, rate de prevalență pe parcursul vieții de 15,3% pentru diagnosticul DSM-IV tulburări de anxietate în cazul respondenților cu vârsta mai mare de 60 de ani (Kessler, Berglund, Demler, Jin & Walters, 2005).

**Ipoteza 2:** Se prezumă că bătrânii neinstituționalizați prezintă un grad mai scăzut al depresiei.

Tabel 3. Statistici pentru variabila depresie

Group statistics				
Condiție	N	Medie	t-test	Sig. (2-tailed)
Bătrâni neinstituționalizați	27	30.89	3.513	.001
Bătrâni instituționalizați	27	36.67		

Observăm o diferență semnificativă statistic pentru un prag de semnificație  $p=.001$ , cu un grad mai accentuat de depresie la bătrânii instituționalizați. Argumentele statistice confirmă ipoteza de lucru.

Traicul de viață instituționalizat pentru persoanele în vârstă este la ordinea zilei. Stigmatul atașat la persoanele în vârstă care sunt lăsate în custodia "caselor pentru vârstnici" scade treptat. Cu toate acestea, gândul sau cuvântul invocă sentimente sau reacții mixte.

Multe dintre instituții sunt considerate ca având standarde joase de îngrijire. Mulți factori pot contribui la o mai mare depresie la vârstnicii instituționalizați. Stabilirea, comportamentul sau rutina personalului, abuzul sau neglijarea, restricții ale mobilității, viața privată sau posesia asupra bunurilor sunt factori instituționali. Se presupune că acești factori contribuie la simptomele depresiei la vârstnici.

Depresia este considerată a fi una dintre cele mai frecvente probleme emoționale în rândul persoanelor vârstnice. Prevalența simptomelor depresive în cadrul populației generale are incidența cea mai mică în timpul perioadei de vârstă mijlocie, crește în perioada de maturitate, și atinge cel mai înalt nivel la adulții cu vârsta de 80 de ani sau mai mult.

Depresia este definită ca starea de spirit disforică sau ca pierderea interesului sau a plăcerii de a trăi și de activitățile din timpul liber. Simptomele includ apetit scăzut, insomnie sau hipersomnie, pierderea energiei; oboseală, agitație psihomotorie sau retard, sentimente de



vinovăție excesivă, lipsă de concentrare, incapacitate de a gândi, și gânduri de sinucidere. Simptomele depresiei manifestate mai târziu în viață nu pot fi foarte diferite de cele întâmpinate de tinerii care suferă de depresie. Ele pot să apară izolate și pot raporta sentimentul de lentoare, resimțit mai ales dimineața.

Factorii de risc pentru depresie provin din mai multe surse, inclusiv din decesul unui soț sau prieten, din tulburările fizice, din pierderea independenței, și din lipsa scopului în viață. Există unele dovezi a faptului că depresia este o tulburare genetică; cu toate acestea, unii au susținut că o dispoziție genetică este însoțită de o interacțiune cu mediul.

Au fost identificați câțiva factori de risc care conduc către depresie, inclusiv factorii sociali, demografici, psihologici și de sănătate. Potrivit lui Alexopoulos (2005), statutul economic scăzut, adversitățile psihosociale, bolile cronice și dizabilitățile, plus suferința cauzată de relațiile familiale perturbate, sunt asociate cu depresia la o vârstă înaintată. Depresia este, în general, mai frecventă în rândul persoanelor în vârstă, dar prevalența sa este considerabil mai mare la vârstnicii instituționalizați, în comparație cu populația generală.

Tam & Chiu (2011, p. 13) au atribuit depresia vârstei înaintate ca fiind asociată cu o morbiditate semnificativă, inclusiv deficite în gama funcției cognitive și influențe considerabile asupra deteriorării funcționale și dizabilitate, crește prezența simptomelor depresive, utilizarea serviciilor medicale și costul tratamentului, ceea ce duce la un nivel ridicat de mortalitate și invaliditate.

Depresia, mai ales în contextul instituționalizării, este adesea relaționată cu amenințarea sau cu ruptura efectivă de legăturile și de sprijinul afectiv. Sprijinul social constă în existența sau în disponibilitatea persoanelor îngrijitoare, care ne apreciază și în care putem avea încredere. Cu alte cuvinte, se referă la resursele disponibile pentru acest subiect, ca răspuns la o solicitare de ajutor (Dunst & Trivette, 1990). La o vârstă înaintată, sprijinul social provine în principal din familie și de la prieteni.

Cu toate acestea, ambele grupuri experimentează astfel de pierderi, dar indivizii instituționalizați sunt mai vulnerabili la stres din cauza acestor probleme. Cu toate acestea, adulții vârstnici pot fi instruiți pentru a face față înaintării în vârstă, prin creșterea rețelei sociale și implicarea lor în activități care să le permită să își dezvolte potențialul de recuperare în fața tulburărilor (Zaninotto, Falaschetti, & Sacker, 2009).

Depresia la vârstnicii care primesc asistență medicală primară nu este adesea evaluată de către medici, în ciuda creșterii prevalenței simptomelor depresive odată cu vârsta. Depresia este o problemă serioasă la nivel mondial și este mai prevalentă în cazul populației în vârstă.

**Ipoteza 3:** Se prezumă că stima de sine este mai scăzută la bătrânii din instituții.

Tabel 4. Statistici pentru variabila stimă de sine

Group statistics				
Condiție	N	Medie	Mann-Whitney U-test	Sig. (2-tailed)
Bătrâni neinstituționalizați	27	36.41	124.000	.000



Observăm o diferență semnificativă statistic pentru un prag de semnificație  $p=.000$ , cu un grad mai accentuat de anxietate la bătrânii instituționalizați. Argumentele statistice confirmă ipoteza de lucru.

Stima de sine se conturează, conform literaturii de specialitate, din 4 componente principale: sentimentul de siguranță, cunoașterea de sine, sentimentul de apartenență (la o familie, la un grup, la o categorie socio-profesională etc.), sentimentul de competență.

La unii vârstnici aceste componente ale stimei de sine au un nivel destul de scăzut, ceea ce duce la o diminuare a stimei de sine.

Imaginile negative despre îmbătrânire afectează atât tratamentul social cât și cel de îngrijire acordat populației în vârstă, precum și modul în care indivizii își percep și își trăiesc vârsta înaintată. Natura acestor imagini rezultă din lipsa de cunoștințe despre procesul de îmbătrânire care conduce de multe ori la discriminarea și la stereotipizarea atitudinii în funcție de vârstă.

Îmbătrânirea poate avea implicații individuale, sociale și instrumentale, inclusiv autopercepțiile pe care persoanele în vârstă le au asupra lor înșiși, ca și sentimentul de siguranță în ceea ce privește comunitatea din care fac parte. Aceste imagini negative pot fi integrate în însăși identitatea adulților vârstnici. Astfel, imaginile sociale predominant negative pot influența percepția pe care adulții mai în vârstă o au asupra lor înșiși, ceea ce duce la acceptarea acestor credințe și la adoptarea unor comportamente compatibile cu acestea.

## 9. Concluzii

În societatea modernă, care cunoaște un rapid proces de schimbare, contribuția lor scade, iar controlul exercitat de ei se diminuează. Ieșirea din câmpul muncii și reducerea nucleului familial prin plecarea copiilor creează modificări complexe în sfera rol-statusurilor bătrânilor, iar internarea într-o instituție adâncește și mai tare schimbarea ce se produce în viața vârstnicilor.

În lucrarea de față, mi-am propus să identific care este modul de adaptare al vârstnicilor la condițiile din mediul instituționalizat, precum și reacțiile, sentimentele acestora cu privire la situația lor ca persoane instituționalizate. Pe lângă aceste consecințe, am dorit să văd efectele instituționalizării, și acțiunile de ajutor care pot fi întreprinse pentru acești vârstnici internați în căminele de bătrâni.

Mulți vârstnici consideră instituția ca o anticameră a morții, unde participă la un proces de "mortificare" devalorificându-se treptat, un loc unde toți desfășoară aceleași activități, acest proces care implică interacțiuni cu alte persoane în cadrul respectivei instituții are ca rezultat pierderea identității, adică "ești unul printre mulți alții".

Vârstnicii instituționalizați își pierd cu ușurință identitatea, deoarece preocuparea personalului este să pună accent pe îngrijire, să se focalizeze pe asigurarea hranei și a igienei corporale, astfel încât se neglijează persoana în sine.

Persoanele de vârstă a treia refuză adesea chiar și o ședere temporară în instituții, deoarece le consideră niște cămine pentru săraci. În majoritatea cazurilor, plecarea într-o instituție este ultima decizie importantă în viață, care-i provoacă neliniște și teamă.

În urma activității pe care am efectuat-o în cadrul căminului, am constatat că fiecare persoană vârstnică suferă de sindromul singurătății, sunt mult mai vulnerabile decât cele care



locuiesc cu familia, au teama de moarte mult mai accentuată, se atașează foarte repede de persoanele cu care intră în conversație, precum și frica de a nu fi părăsite de puținele persoane pe care le cunosc.

Personalul instituției se ocupă foarte bine de fiecare vârstnic în parte, de nevoile acestora, le organizează activități recreative pentru a se simți bine, îi duc în excursii și îi evaluează atent pe cei bolnavi pentru a le trata și ameliora boala de care suferă.

Părerea mea este că locul ideal pentru persoanele de vârstă a treia este în mijlocul familiei, fapt pentru care cadrul familial îi conferă vârstnicului posibilitatea de a-și desfășura viața de zi cu zi într-un mod normal, natural, beneficiind de autonomie în mișcări și decizii, îl solicită și îi antrenează abilitățile într-o manieră în care viața în instituție nu le poate valorifica. Familia reprezintă sursa primară de suport social pentru persoanele vârstnice.

Dacă acest lucru nu este posibil, instituționalizarea este soluția la această problemă, pe care o putem privi și în mod pozitiv. Într-o instituție beneficiarii sunt mai bine îngrijiți din punct de vedere medical, fiind consultați de fiecare dată când se simt rău, precum și periodic pentru a vedea starea lor de sănătate. Vârsta lor este asemănătoare astfel încât pot conversa pe subiecte comune, specifice persoanelor vârstnice, fără a întâmpina probleme privind mentalitățile dintre generații.

#### **10. Bibliografie/Referințe**

- Alexopoulos, G.S. (2005). *Depression in the elderly*. *Lancet*, 365(9475):1961–1970.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journal of Gerontology. Series A. Biological Sciences. Medical Sciences*, 58:249-65.
- Burlacu, E. (1998). *Larousse – Medicine Dictionary*. București: Ed. Univers Enciclopedic.
- Callhon M., & Walinsky, G. (1995). Mortality in depressed patients treated with electroconvulsive therapy and antidepressants. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1029 -1037.
- Chou, S. (2009). The use of the SelfCARE (D) as a screening tool for depression in the clients of local authority home care services — a preliminary study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 695 -699.
- Cox, H. (1993). *Aging*. United States: The Dushkin Group.
- Crețu, T. (2009). *Developmental Psychology*. Iași: Ed. Polirom.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels, & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Farzianpour, M. (2012). A paired-associate learning test for use with elderly psychiatric patients. *Journal of Mental Science*, 105, 440 -443
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389.
- Fontaine, R. (2008). *Psychology of Aging*. Iași: Ed. Polirom.
- Gârleanu, D. (2002). *Vulnerabilitatea varstei a III-a. Aspecte teoretico-practice*. Iași: Editura Lumen.
- Gräsback, J. (1996). Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 889 -895.
- Gum, M. (2009). Is the cognitive function of older patients affected by antihypertensive





treatment? Results from 54 months of the Medical Research Council's trial of hypertension in older adults. *BMJ*, 312, 801 -805.

Kessler, J., Berglund, M., Demler, A., Jin C., & Walters, O. (2005). Burden of mortality and morbidity from dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 13, 176 -181.

Kim P., (2009), *A systematic review of the mortality of depression*. Psychosomatic Medicine.

Marshall, M. (1993). *Social Assistance for Elderly People*. București: Ed. Alternative.

McKevitt, C., Baldock, J., Hadlow, J., Moriarty, J., & Butt, J. (2005). Identity, meaning and social support. In A. Walker (Ed.), *Understanding Quality of Life in Old Age* (pp.131-145).

Maidenhead: Open University Press. Merck Manual of Geriatrics.

Mitte, A. (2005). Relationships between impairment and physical disability as measured by the functional independence measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*.;74:566–573.

Moldoveanu, I. (2012). *Psychology of interpersonal relationships*. Iași: Ed. Polirom.

Muntean, A. (2006). *Psychology of human development*. Iași: Ed. Polirom.

Neamțu., G. (2003). *Social Work Treaty*. Iași: Ed. Polirom.

Neugarten, V., Maddox B. & Thomae A. (1968). Prevalence and intensity of pain after stroke: a population based study focusing on patient's perspectives. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*, 77:590–595.

Onya G., & Stanley, A. (2013). The factor structure of the CES-D in two surveys of elderly Mexican Americans. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*; 52B:S259–S269.

Papalia, D. E., Wendkos Olds, S., Feldman, D. (2010). *Human Development*. București: Ed. Trei

Pointraud, S. (1972). The association of positive and negative affect and exercise self-efficacy in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 11:265–274.

Rădulescu, S. M. (1999). *Sociology of social problems of the elderly*. București: Ed. Lumina Lex

Rene, D. (2003). *Medical and social gerontology*. Iași: Ed. Junimea.

Riley, N.W. & A. Foner (1968) (eds.). *Aging and Society, Vol. 1: An Inventory of Research Findings*, New York: Russell Sage.

Santrock, T. (2002). *The association of emotional well-being on future risk of myocardial infarction in older adults*. Primary Psychiatry

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

Șchiopu, U., Verza, E. (1997). *The psychology of ages. Life cycles*. București: Editura Didactică și Pedagogică.

Sorescu, M. E. (2005). *Social assistance for the elderly*. Craiova: Ed. Universității din Craiova.

Tam, C.W.C., & Chiu, H.F.K. (2011), Depression and Suicide in the Elderly. *The Hong Kong Medical Diary*, 16(9).

Zaninotto, M. Falaschetti, A., & Sacker, P. (2009). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense? *Educational Psychology Review*, 12(2), 163-183.



**BLACKSEA JOURNAL  
OF PSYCHOLOGY**  
eISSN: 2068-4649; Print ISSN: 2068-1186

*The "Black Sea" Journal of Psychology*  
*Vol. 4, Issue 2, 17-33, Fall, 2013*  
ISSN: 2068-4649  
[www.bspsychology.ro](http://www.bspsychology.ro)