



UNIVERSITATEA  
„ALEXANDRU IOAN CUZA“  
din IAȘI

UNIVERSITATEA ALEXANDRU IOAN CUZA  
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI  
STUDII DOCTORALE - SPECIALIZAREA PSIHOLOGIE

**TEZĂ DE DOCTORAT**  
**REZUMAT**  
**PANDEMIA DE COVID-19: ASPECTE PSIHO-SOCIALE**

**Coordonator științific,**  
Conf.univ.dr.Violeta ENEA

**Doctorand,**  
Andreea SCRUMEDA

IAȘI, 2023

## CUPRINS

### ABORDARE CRONO-PANDEMICĂ

#### 1. EXPLORĂRI TEORETICE

- 1.1. Starea de bine în timpul pandemiei
  - Triada Luminoasă
  - Religiozitatea intrinsecă
- 1.2. Complanța la măsurile sanitare pandemice
  - Triada Întunecată
  - Credința în teoriile conspiraționiste
- 1.3. De la coronafobie la afectare psihică
- 1.4. De la tanatofobie la burnout

#### 2. EXPLORĂRI EMPIRICE

- 2.1. Trăsăturile triadei luminoase și religiozitatea intrinsecă, predictorii ai stării de bine
- 2.2. Trăsăturile triadei întunecate și conspiraționismul, predictorii ai complianței la măsurile sanitare
- 2.3. Cadrele medicale, între coronafobie și afectarea psihică
- 2.4. Cadrele medicale, între tanatofobie și burnout

### CONCLUZII GENERALE

### BIBLIOGRAFIE

### ANEXE

## OBIECTIVE GENERALE

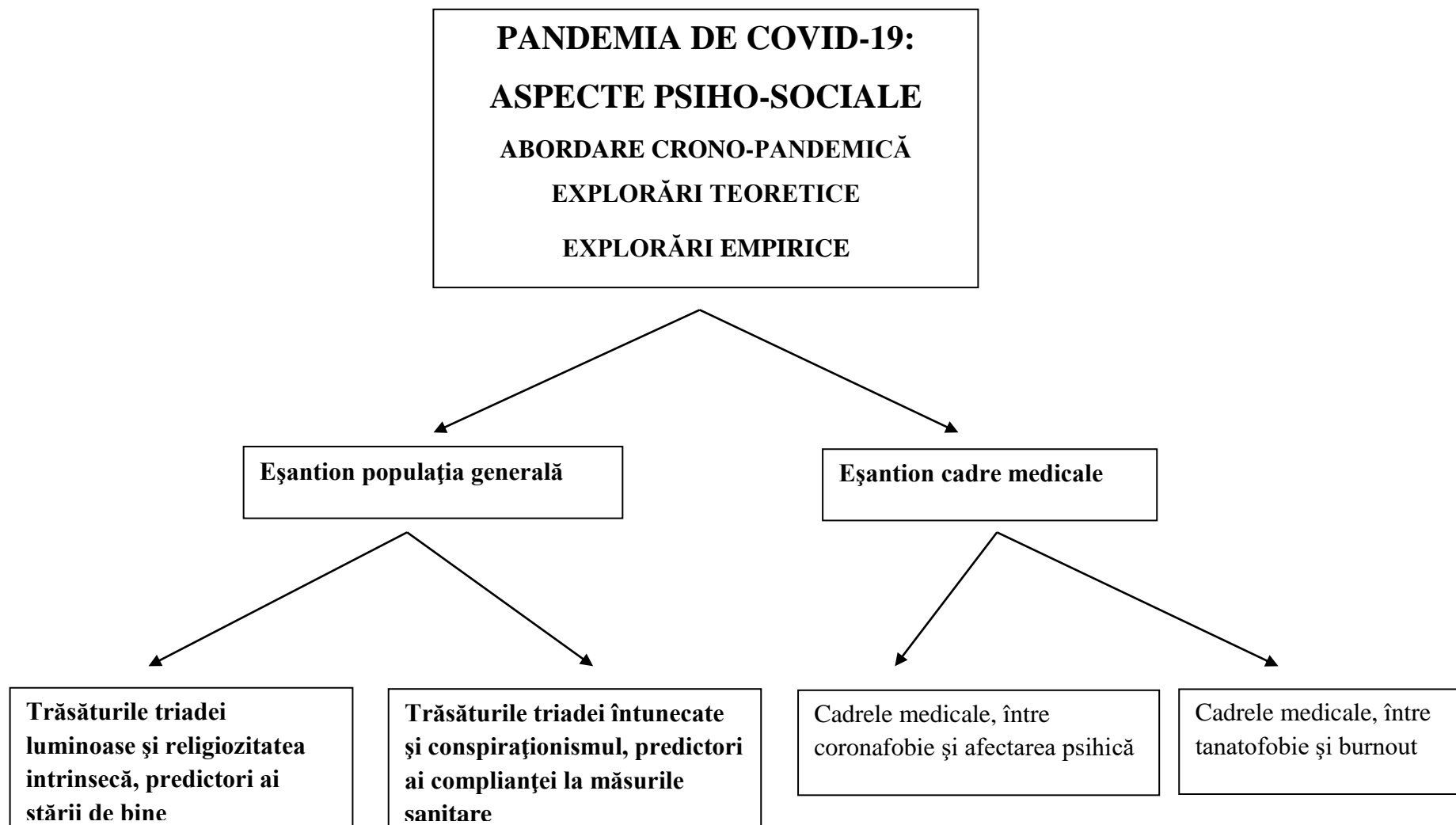
În contextul celei mai recente pandemii, cea de Covid-19, care, prin amploarea ei, a părut să repete evenimentimentele din Europa medievală, s-au născut fenomene, s-au creat dileme, au apărut concepte. Pentru cercetarea prezentă, ne-am oprit, în prima parte, asupra populației generale, iar în cea de-a doua parte a lucrării am „vizitat” epicentrul pandemiei, adică unitățile spitalicești, inclusiv cele cu specific ad-hoc Covid-19.

Pentru primul capitol, subiectul îl constituie relația dintre trăsăturile relativ recente Triade Luminoase și starea de bine. Implicarea religiozității intrinseci în această relație este următoarea componentă a cercetării din acest capitol, numit, în consecință, *Trăsăturile triadei luminoase și religiozitatea intrinsecă, predictorii ai stării de bine.*

Aparent simetric, cel de-al doilea capitol tratează relația dintre trăsăturile Triadei Întunecate și complianța la măsurile sanitare. Trăsătura conspiraționism, puternic corelată cu Triada, prezintă interes și în această relație, iar capitolul se numește *Trăsăturile triadei întunecate și conspiraționismul, predictorii ai complianței la măsurile sanitare.*

Epuizarea emoțională și mentală manifestată de cadrele medicale în timpul pandemiei a fost subiectul tratat în următoarele două studii empirice. Este, dealfel, un subiect tot mai actual, având în vedere că în iunie 2023 a fost publicat în România, de Colegiul Medicilor (<https://www.cmr.ro/studiu-burnout-migratie-malpraxis.html>), primul studiu de amploare, care a revelat componenta de epuizare la 58% dintre respondenții medici.

Astfel, oboseala compasiunii și implicarea acesteia în relația dintre coronafobie și indicii afectării psihice au dat și titlul celui de-al treilea capitol: *Cadrele medicale, între coronafobie și afectarea psihică.* Capitolul-pereche a vizat sindromul de burnout și implicarea coronafobiei și obsesiei de Covid 19 în relația dintre tanatofobie și acest sindrom, sub titlul *Cadrele medicale, între tanatofobie și burnout.*



Structura schematică a tezei

## STRUCTURĂ ȘI CONTRIBUȚII

### Abordare crono-pandemică<sup>1</sup>

Studiul introductiv (*Abordare crono-pandemică*) a prezentat cronologic și comparativ evoluția comportamentală umană, de la primele pandemii înregistrate și până la pandemia Covid-19. De interes au fost atât atribuirea originii acestor boli infecțioase, cât și manifestările culturale care au reprezentat aceste dezastre. Epidemiile și pandemiile s-au dovedit a fi și un subiect irezistibil pentru numeroși scriitori și artiști plastici. Dasgupta (2020) observă că „Ciuma, sifilisul, tuberculoza și variola au stimulat creativitatea și au fost reprezentate în artă în mai multe moduri, deoarece implicau toate clasele.” Am observat că bolile infecțioase de mare răspândire și-au găsit locul în scrierile religioase ca evenimente care au avut loc ca pedepse divine și, simetric, ca evenimente viitoare, făcând parte integrantă din sfârșitul lumii. Dacă în Antichitate filosoful păgân Porfir din Tir deplângea ridicarea creștinismului, blamându-l pentru apariția molimei, în Europa Evului Mediu, creștinii căutau niște țapi ispășitori printre minoritățile religioase. Astăzi, pelicula tratează acest subiect din perspectivă apocaliptică, marcând astfel o revenire la concepțiile antice asupra molimelor.

Bolile infecțioase au existat de mai bine de zece milenii în viața speciei umane, dar comunitățile de mici dimensiuni și posibilitățile reduse de a călători la mari distanțe nu lăsau loc unei răspândiri de natură pandemică. Primele pandemii documentate (ciuma antonină, ciuma lui Ciprian și ciuma iustiniană) au apărut în cadrul civilizațiilor dezvoltate ale imperiilor cu rute comerciale consolidate (Habicht et al., 2020). O observație foarte interesantă vine de la Crosby (2003), anume că, în mod paradoxal, oamenii sunt insuficient pregătiți din punct de vedere genetic pentru mediul pe care omenirea însăși l-a creat, de vreo zece milenii încoace. Molimele au fost transformate ocazional în arme biologice, încă de la invaziile mongole în Europa secolului XIV. Mai mult, tehnologia actuală lasă loc temerilor că virușii pot fi modificați artificial pentru a spori efectele lor devastatoare. Iată, așadar, un nou chip al ucigașului invizibil pentru ochiul liber.

---

<sup>1</sup> Scrumeda, A. (2023). În zodia pandemiei. *DIALOGICA Revistă de studii culturale și literatură*, (1), 101-107. DOI: <https://doi.org/10.59295/DIA.2023.1.12>

Cu toate că epidemiile de boli infecțioase au avut o puternică influență asupra societății, ele au fost prea puțin studiate în cadrul științelor sociale, cum ar fi psihologia individului și cea a grupurilor. Impactul lor a fost atât negativ, prin decimarea sau chiar eradicarea unor populații, cât și pozitiv, pentru progresul științelor medicale (Benedictow, 2005; Huremović, 2019; Scheidel, 2017). S-ar putea afirma că Renașterea a apărut și ca urmare a epidemiei de ciumă, marcând modernizarea medicinei (Habicht et al., 2020). Progresul civilizației, în ultimele secole, mai degrabă de natură tehnologică decât culturală, a accelerat dinamica pandemiilor. Pe de altă parte, variabilele unice asociate cu fiecare pandemie nu ne permit comparații realmente utile pentru înțelegerea pandemiilor (Reinhardt, 2020). Venkatapuram (2020) atrage atenția asupra „capabilității”, aceasta însemnând interacțiunea combinată dintre funcționarea biologică a individului și mediul extern. Această viziune ia în considerare atât diversitatea caracteristicilor individuale, cât și a condițiilor de mediu, pentru estimarea reacțiilor în contextul unor catastrofe. Ackerman et al. (2021) aduce în atenția publică mecanismul psihologic al evitării patogenului, numit și sistem imunitar comportamental, ca reacție la pandemii, în cadrul căruia principalele emoții sunt dezgustul și anxietatea. S-a constatat că persoanele mai puțin dispuse la experiențe noi sunt germofobii și cei care provin din regiuni unde bolile infecțioase sunt endemice (Schaller & Murray, 2008).

Coronavirusul sindromului respirator acut sever (SARS, 2002-2003) a declanșat prima dintre pandemiile care au afectat și sănătatea mentală a pacienților și a personalului medical (Maunder, 2009). Așa-numita „gripă porcină” (H1N1, 2009) a provocat un puternic resentiment public în ce privește disciplina sanitară recomandată sau chiar impusă de OMS și de autoritățile locale. Sentimentul inițial de alarmă a fost urmat de neîncrederea publicului, în fața evoluției neconforme cu previziunile autorităților sanitare, iar companiile farmaceutice au fost acuzate de procedee lipsite de onestitate, în vederea câștigurilor din producerea de vaccinuri (Garske et al., 2009). Acesta este contextul în care a apărut termenul „panicdemic” (Ofri, 2009). În replică la controversele apărute, OMS a creat în 2018 termenul „Boala X”, pentru a reprezenta un agent patogen ipotetic, posibil declanșator al unei epidemii sau pandemii. Această denumire ar constitui punctul de pornire pentru un plan de combatere (Research and Development Blueprint) a acestei ipotetice maladii globale. În acest sens, pandemia Covid-19 (2020- prezent) pare a fi primul virus care a ocazionat punerea în aplicare a unei întregi strategii. Dasgupta (2020) vede pandemia Covid-19 ca pe un amestec al tuturor pandemiilor din istorie, ca efecte asupra

civilizației. Răspunsul colectiv la pandemia Covid-19 a fost, probabil, modelat de cultură și literatură (Patterson et al., 2021). Tendința actuală repetă practica medievală a persoanelor înstărite care se refugiau pe proprietățile de la țară, unde așteptau finalul pandemiei.

Constatăm că, din Evul Mediu până azi, reacțiile populațiilor sunt, în linii mari, aceleași, incluzând aici negaționismul, dezinformarea și neîncrederea în autorități. În afară de tratamentele îndoielnice, s-a menținut și tendința de respingere a măsurilor sanitare, cu atât mai mult cu cât, în prezent, social media oferă o uriașă cantitate de informații corecte și false, dificil de clasificat.

### **Trăsăturile umaniste, religiozitatea și starea de bine în pandemie**

Indiferent cum s-ar defini, starea de bine constituie, fără îndoială, preocuparea centrală a ființei umane, indiferent dacă individul are aparențele unui hedonist sau pe cele ale unui ascet, dacă el caută confortul fizic sau pe cel moral. Eudaimonia – conceptul grecesc pentru starea de bine - ocupă un loc important în opera lui Aristotel, care constată că, deși aceasta constituie bunul cel mai de preț pentru individ, nu are aceeași formă pentru toți oamenii (Ross, 1956). Ikigai, corespondentul japonez al Eudaimoniei, definește o întreagă cultură, dacă ne gândim la Țara Soarelui-Răsare, și se traduce printr-o varietate de expresii și sintagme, printre care și “fericirea de a fi mereu ocupat”, “bucuria de a trăi”, "acel lucru pentru care merită să trăiești" (Miralles & Garcia, 2019). În cele din urmă, starea de bine poate fi descrisă ca o stare de fericire și mulțumire, bazată pe o bună sănătate generală fizică și psihică sau, pe scurt, o bună calitate a vieții (American Psychology Association, 2015).

Starea de bine a fost întotdeauna indispensabilă, dar s-a dovedit a fi mai greu de obținut în perioadele de criză, de unde și necesitatea de a identifica trăsăturile puternic legate de aceasta. Această cercetare examinează relația dintre trăsăturile triadei luminoase, religiozitatea intrinsecă și starea de bine în timpul pandemiei de Covid-19. Capitolul întâi (*Trăsăturile triadei luminoase și religiozitatea intrinsecă, predictorii ai stării de bine*) a evidențiat valențele psihoprotective ale trăsăturilor „luminoase” și ale religiozității intrinseci, precum și relația puternică dintre cele două aspecte.

Conceptul de Triadă Luminoasă apare pentru prima oară - ne-o spune literatura de specialitate - într-o teză de dizertație susținută în 2018 de Laura Johnson. Inspirată de Triada

Întunecată, noua triadă era alcătuită din empatie, compasiune și altruism, iar Kaufmann et al. (2019) au propus o nouă formulă, compusă din trăsăturile încredere în umanitate, umanism și kantianism. Trăsăturile Triadei lui Kaufmann au corelat puternic pozitiv cu trăsăturile Triadei lui Johnson. Un studiu realizat de Kaufman et al. (2019) a arătat o corelație negativă semnificativă între trăsăturile triadei luminoase și anxietate/depresie, ceea ce poate indica o anumită valoare protectoare a primei variabile. O interpretare posibilă este aceea că o persoană care are încredere în calitatea umană poate percepe mai puțin pericole provenind de la semenii. Stavradi et al. (2022) constată o relație pozitivă între starea de bine și trăsăturile Triadei Luminoase, pe care le consideră o componentă esențială a psihologiei pozitive.

Pentru acest studiu, am ales termenii de religiozitate extrinsecă și religiozitate intrinsecă, conform lui Roff et al. (2002). Rezultatele studiului realizat de Bergin et al. (1987) sunt contrastante, cu privire la religiozitatea intrinsecă și religiozitatea extrinsecă. Astfel, religiozitatea intrinsecă a corelat pozitiv cu autocontrolul și negativ cu anxietatea, pe când religiozitatea extrinsecă a jucat un rol radical opus. Junaidi (2022) arată că religiozitatea are o puternică influență asupra eticii, iar aceasta, la rândul său, influențează în bine sănătatea psihică. Un studiu realizat de Umucu și Lee (2020) a revelat o corelație pozitivă între copingul religios și bunăstarea în timpul pandemiei. O legătură importantă există între religiozitate, cu recompensele promise de aceasta, și comportamentul altruist, deoarece acesta din urmă interacționează în cea mai mare parte cu sistemul de recompense ale dopaminei (Bouyaed et al., 2021). Copingul religios în timpul pandemiei de Covid-19 a fost confirmat și la o populație musulmană, indicând impactul semnificativ al religiozității asupra confortului mental, în cazurile de ipohondrie (Mahmood et al., 2021; Salman et al., 2020). Un grup de credincioși evrei ultra-ortodocși - Haredi - a dezvăluit fațete mai nuanțate. Astfel, participanții Haredi au prezentat niveluri mai scăzute de anxietate și niveluri mai ridicate de control asupra pandemiei, în comparație cu participanții non-religioși. Pandemia pare să fi fost percepută ca un mesaj sau o pedeapsă din partea divinității pentru o vinovăție individuală sau colectivă, iar astfel de calamități ar putea fi oprite și de voința divină, ca urmare a rugăciunilor și a unui comportament exemplar (Serfaty et al., 2021).

Pentru a măsura nivelul trăsăturilor umaniste, s-a folosit *Light Triad Scale*, creată de Kaufman et al. (2019). Scala este formată din 12 itemi, împărțiți în trei subscale: credință în



umanitate (credință în bunătatea oamenilor), umanism (respect pentru demnitatea oamenilor) și kantianism (tratarea oamenilor așa cum dorești să fii tratat). Exemple de itemi: „*Am tendința să am încredere că ceilalți oameni se vor comporta corect cu mine*” (încredere în umanitate), „*Am tendința să-i admir pe alți oameni*” (umanism), „*Nu-mi este comod să manipulez în mod deschis oamenii ca să facă ce doresc eu*” (kantianism). În studiul de față, consistența internă a fost de .60. Instrumentul ales pentru măsurarea religiozității intrinseci este *Hoge Intrinsic Religiosity Scale*, creată de R. Hoge în 1972. Scala este compusă din zece itemi (inclusiv trei itemi inversați) reprezentând afirmații cu privire la religiozitatea participantului. Exemplu: „*Credința mea uneori îmi restricționează acțiunile*”. În studiul de față, consistența internă a fost de .67. *WHO-5 Well-Being Index* a fost creat de Organizația Mondială a Sănătății într-o structură de cinci itemi pentru a determina nivelul stării de bine. Scala de răspunsuri este de tip Likert, de la 5 (tot timpul) la 0 (niciodată). Exemplu: „*M-am trezit simțindu-mă proaspăt și odihnit*”. În studiul de față, consistența internă a fost de .903.

Ipotezele noastre au fost următoarele:

1. Un nivel ridicat al trăsăturilor triadei luminoase prezice un nivel ridicat al stării de bine
2. Un nivel ridicat al religiozității intrinseci prezice un nivel ridicat al stării de bine
3. Religiozitatea intrinsecă mediază relația dintre trăsăturile triadei luminoase și starea de bine.

Așadar, am constatat puternice corelații între Triada Luminoasă, religiozitatea intrinsecă și starea de bine, ceea ce reconfirmă primele două variabile ca trăsături adaptative. Constatarea că nivelul religiozității intrinseci este mai ridicat la participanții de gen feminin decât la participanții de gen masculin a confirmat studiile anterioare, inclusiv explicația diferențelor de gen, oferită de Miller și Hoffmann (1995). Rezultatele regresiei efectuate au confirmat ipoteza că variabila independentă trăsăturile triadei luminoase și variabila mediatore religiozitate intrinsecă prezic, separat și împreună, un nivel mai ridicat al stării de bine în context pandemic. Suplimentar, analiza Anova unifactorial a revelat diferențele între confesiuni, cu un nivel al religiozității intrinseci mai ridicat la cultele creștine minoritare față de participanții de rit ortodox sau catolic. În concordanță cu rezultatele regresiei, nivelul stării de bine a fost semnificativ mai ridicat la participanții din cultele creștine minoritare față de participanții de rit ortodox sau

catolic. Această constatare atrage interesul spre coeziunea socială, mai mare în grupurile mai mici, implicând un nivel mai ridicat al tendinței de a respecta normele morale comune, precum și nivelul mai ridicat al sentimentului de apartenență și de siguranță.

### **Factorul „întunecat” și conspiraționismul în pandemie**

Studiul al doilea (*Trăsăturile triadei întunecate și conspiraționismul, predictorii ai complianței la măsurile sanitare*) a vizat latura dezadaptativă a „factorului întunecat” în context pandemic.

Dark Triad, Dark Tetrad, Dirty Dozen, Dark Core, Dark Factor: un plural care reflectă preocuparea cercetătorilor, în ultimele două decenii, pentru trăsăturile non-patologice, dar negative, sau socialmente indezirabile. Un aspect esențial al oricărui studiu având în centru Triada întunecată este acela că trăsăturile în discuție sunt în cea mai mare măsură înnăscute, constatare bazată pe o cercetare cu participanți gemeni monoziгоți și dizigoți (Vernon et al., 2008). În 2002, Paulhus și Williams încercau, cu noua lor scală, să surprindă caracteristicile unor însușiri pe care le numeau machiavelism, narcisism subclinic și psihopatie subclinică. În 2010, Jonason și Webster propuneau o variantă prescurtată a acestui instrument, cu denumirea Dirty Dozen, iar Mededovic și Petrovic, în 2015, adăugau celor trei denumiri o nouă trăsătură, anume sadismul subclinic, în structura Dirty Tetrad. În 2018, Moshagen et al. brevetau denumirile Dark Core, respectiv Dark Factor (D). Toate trăsăturile examinate au prezentat o corelație negativă cu empatia și cu alte trăsături umaniste (Heym et al., 2019; Jonason & Krause, 2013; Łowicki & Zajenkowski, 2017; Wai & Tiliopoulos, 2012).

Scala *Short Dark Triad (SD3)*, creată de Jones și Paulhus (2014), a fost aplicată pentru a stabili nivelurile trăsăturilor narcisism, machiavelism și psihopatie. Menționăm că nivelul fiecărei trăsături este cel subclinic, deoarece ne referim la populația generală. Fiecărei trăsături îi corespunde o subscală a câte 9 itemi. Exemple de itemi: subscale machiavelism – *“Este un lucru înțelept să aduni informații pe care le poți folosi mai târziu împotriva cuiva”*; narcisism: *“Multe activități de grup ar fi plictisitoare fără mine”*; psihopatie: *“Răzbunarea trebuie să fie rapidă și dură”* S-a constatat o consistență internă satisfăcătoare,  $\alpha = .78$ . Nivelul de credință în teoriile

conspiraționiste a fost stabilit prin aplicarea *Generic Conspiracy Beliefs Scale (GCBS)*. Scala realizată de Brotherton et al. (2013) conține, în varianta scurtă, 15 itemi sub forma unor afirmații de tipul: „Răspândirea rapidă a anumitor virusuri și/sau boli constituie rezultatul eforturilor deliberate și secrete ale unei organizații” sau „Se pun în rețelele de alimentare cu apă anumite substanțe chimice, cu scopul de a controla populația”. Am constatat un grad foarte ridicat de consistență internă a acestei scale:  $\alpha = .92$ . Scala *Compliance with COVID-19 prevention guidelines*, realizată de Plohl și Musil (2021), este formată din 11 itemi. Afirmațiile se referă atât la evitarea contaminării (*Evitați să vă atingeți ochii, nasul și gura cu mâinile nespălate*), cât și la prevenirea răspândirii (*Vă acoperiți gura și nasul cu pliul cotului sau cu o batistă când tușiți sau strănuțați*). Gradul de consistență internă a scalei s-a dovedit a fi unul foarte ridicat:  $\alpha = .89$ .

Ipotezele noastre au fost următoarele:

1. Trăsăturile triadei întunecate corelează negativ cu complianța la măsurile sanitare.
2. Conspiraționismul corelează negativ cu complianța la măsurile sanitare.
3. Conspiraționismul mediază relația dintre trăsăturile triadei întunecate și complianța la măsurile sanitare.

În studiul de față, trăsăturile Triadei Întunecate și conspiraționismul au corelat semnificativ cu (ne)complanța la măsurile sanitare, implicând importante efecte negative, atât pentru individ, cât și pentru comunitate. Rolul genului revine și în analiza nivelului de complianță la măsurile sanitare Covid-19, unde am constatat că participanții de gen feminin au înregistrat un scor mai mare, astfel confirmând descoperirile anterioare (Galasso et al., 2020; Paramita et al., 2021). Percepția pericolului se evidențiază, astfel, ca factor esențial în conduita populației pe timp de pandemie.

### **Cadrele medicale, între coronafobie și afectarea psihică**

Al treilea capitol (*Cadrele medicale, între coronafobie și afectarea psihică*) a implicat 104 cadre medicale, inclusiv medici, asistenți și brancardieri și am constatat că pandemia, prin

coronafobie, a amplificat vulnerabilitatea la oboseala compasiunii. Afectarea psihică a fost măsurată, în principal, prin dimensiunile anxietate și depresie.

Este evidentă alienarea progresivă a individului în societatea modernă, având ca rezultat afectarea confortului emoțional. Foarte interesantă în acest sens este afirmația filosofului Gabriel Liiceanu (2002): „Depresia este o stare prelungită de luciditate”. Această afirmație, deși poate că nu are pretenția de a defini fenomenul depresiei în termeni psihologici, psihiatrici, neurologici etc., ne deschide, totuși, o cale. Ne arată că, adeseori, persoana afectată trăiește realitatea într-un mod dureros, fără anestezic. Individul, lipsit de binecuvântata doză de inconștiență care ne ajută să mergem zâmbind către propriul nostru sfârșit. Individul, față în față cu sine, individul care, privind în jur, „simte enorm și vede monstruos”, așa cum formulează prealucidul Caragiale (1998). Apoi, frica, devenită însoțitoarea noastră aproape permanentă, umbra care ne face să tresărim, care se numește uneori anxietate, alteori fobie. Ne temem de spațiile închise sau de cele deschise, ne temem de obiecte sau de ființe, ne temem de moarte sau ne temem să vorbim în public.

Alegem să conceptualizăm tulburarea anxioasă generalizată, adică teama și îngrijorarea în exces cu privire la anumite evenimente. Frecvența, durata și intensitatea sunt disproporționate față de probabilitatea producerii aceluși eveniment, ori de impactul posibil al acestuia. Anxietatea a fost descrisă în *Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale* (5th ed. [DSM-5]; American Psychiatric Association, 2013): “Gama de tulburări afective caracterizate prin teama excesivă, însoțită de probleme comportamentale.” Subliniem faptul că anxietatea se deosebește de teama normală prin aceea că nu răspunde unor amenințări iminente, ci constituie o anticipare a unui pericol improbabil. În același *Manual*, tulburările anxioase sunt descrise ca având diverse forme.

Potrivit Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mintale (5th ed. [DSM-5]; American Psychiatric Association, 2013), gama tulburărilor depresive include afecțiuni care au în comun manifestări cum ar fi tristețea, irascibilitatea, precum și modificări cognitive și somatice care afectează sensibil funcționarea persoanei.

Tulburarea depresivă majoră este cea mai reprezentativă aici, fapt pentru care am ales să o conceptualizăm în cele ce urmează. Tulburarea depresivă majoră implică episoade cu durata de minimum două săptămâni, timp în care sunt evidente modificări cognitive, afective și

neurovegetative. Episoadele depresive alternează cu perioade de remisie. La diagnosticare se încearcă delimitarea între episodul depresiv și suferința indusă de doliu, dar există și situații în care acestea se suprapun, ceea ce conduce, evident, la simptome mai grave. Dacă suferința depășește o perioadă de doi ani, diagnosticul se schimbă în „distimie”. Persoana neagă adeseori starea de tristețe, dar aceasta este vizibilă cu ochiul liber, deși se încearcă mascarea prin afișarea irascibilității sau prin acuze somatice, de obicei în legătură cu diferite dureri. Simptomele depresiei sunt prezente, în mod tipic, aproape zilnic, în cea mai mare parte a zilei. Tulburările de somn sunt foarte frecvente, în ambele extreme: insomnia și hipersomnia, atât în timpul nopții, cât și în timpul zilei. Insomnia, la rândul ei, apare în trei forme: persoana adoarme cu greutate, se trezește în timpul nopții sau foarte devreme și nu reușește să mai adoarmă. Rezultatul este oboseala excesivă, împreună cu randamentul scăzut în diverse activități. Același lucru se întâmplă și cu tulburările de alimentație, persoanei lipsindu-i pofta de mâncare sau, dimpotrivă, ea simțind mereu nevoia consumului de dulciuri, eventual carbohidrați, iar ambele situații atrag modificări ale greutateii. Simptomul constant este sentimentul copleșitor de tristețe, urmat de lipsa de energie și de interes pentru orice fel de activități, inclusiv pentru cele – pe vremuri – favorite. Persoana reclamă oboseala excesivă, în lipsa efortului și față de activități cotidiene ușoare, cum ar fi toaleta de dimineață. Autoevaluarea negativă conduce la puternica impresie de vinovăție sau sentimentul persoanei că este lipsită de valoare, în contextul unor probleme cotidiene minore. Persoana simte că nu mai face față greutăților, supărărilor, nu mai speră la nimic, nu-și mai găsește locul și rostul, mai ales dimineața, la trezire. Probabil cel mai grav aspect este apariția gândurilor suicidare, care duc uneori până la tentativa de suicid. Vârsta de apariție a tulburării, precum și cursul acesteia, variază de la un caz la altul. În privința consecințelor funcționale, acestea pot avea de la forme foarte ușoare, până la incapacitatea totală a individului.

*Coronavirus Anxiety Scale* (CAS; Lee, 2020) este un instrument de auto-raportare alcătuit din cinci itemi, conceput pentru a măsura nivelurile de anxietate disfuncțională asociate cu COVID-19. Proprietățile psihometrice ale CAS sunt foarte satisfăcătoare, cu un coeficientul alfa de .87 în studiul de față. *Professional Quality of Life Scale-V* (ProQOL-V; Stamm, 2009) măsoară efectele negative și pozitive ale ajutorării persoanelor aflate în suferință. ProQOL-V cuprinde 30 de itemi descriind trei subscale: compasiune/ satisfacție (10 itemi), burnout (10 itemi) și stres traumatic secundar (10 itemi). Itemii de compasiune/ satisfacție descriu aspectele

pozitive ale muncii de ajutorare („*Obțin satisfacție din capacitatea de a ajuta oamenii*”), spre deosebire de burnout („*Mă simt captiv în munca mea de persoană care ajută*”) și secundar stres traumatic („*Cred că este posibil să mă fi afectat și pe mine stresul traumatic al celor pe care îi ajut*”). În studiul nostru, am folosit subscalele pentru burnout și stresul traumatic secundar, iar consistența internă a fost de .51 și, respectiv, .79. *Patient Health Questionnaire* (PHQ; Spitzer et al., 1999) este un test de screening auto-raportat derivat din testul PRIME-MD (Spitzer et al., 1999), un sistem de evaluare a afectării psihice, care conține *Chestionarul pacientului și Ghidul de evaluare clinică a medicilor*. În studiul de față, consistența internă a fost de .85, .91, .88 și .90 pentru PHQ-15, GAD-7, PHQ-9, respectiv PHQ-PS.

Rezultatele au arătat că nivelul coronafobiei s-a asociat pozitiv cu oboseala compasiunii, iar oboseala compasiunii a fost parțial asociată pozitiv cu afectarea psihică. Coronafobia a fost, la rândul ei, direct asociată cu toți indicii afectării psihice. Atât coronafobia, cât și oboseala compasiunii, au prezis puternic aproape toți indicii afectării psihice. Analiza a arătat că oboseala compasiunii, în special prin STS, a mediat relația dintre coronafobie și afectarea psihică. Rezultatele sugerează că doar coronafobia nu poate explica rezultatele cu privire la afectarea psihică a cadrelor medicale, deoarece și alte variabile, cum ar fi STS, pot contribui la aceste rezultate. Scopul nostru în acest studiu a fost să investigăm modul în care coronafobia afectează sănătatea psihică, examinând, de asemenea, rolul CF (CF-STS și CF-B) ca mediator(i) în această relație. Descoperirile indică faptul că doar CF-STS a jucat un rol de mediere în legătura dintre coronafobie și diverși indici ai afectării psihice (cum ar fi PHQ-9, PHQ-15 și GAD-7). În plus, am descoperit că nivelul coronafobiei a avut un efect direct asupra PHQ-PS, deoarece CF (CF-STS și CF-B) nu a mediat această relație. Rezultatele sugerează că nivelul de coronafobie poate avea efecte diferite asupra diferitelor dimensiuni ale sănătății psihice. Studiul de față aruncă o nouă lumină asupra structurii multifacetate a sănătății psihice și asupra abordării atente care se impune. Este esențial, așadar, să evaluăm afectarea psihică a cadrelor medicale în timpul pandemiei de COVID-19, iar instituțiile să ofere resurse pentru a le ajuta să facă față stresului pandemic. Printre aceste resurse, enumerăm accesul la servicii de consiliere, pregătirea pentru gestionarea stresului, precum și organizarea flexibilă a muncii. Luând măsuri proactive pentru sprijinirea stării de bine a cadrelor medicale, putem să ne asigurăm că acestea sunt mai bine pregătite pentru a oferi pacienților îngrijirile necesare în această perioadă dificilă.

## Cadrele medicale, între tanatofobie și burnout<sup>2</sup>

Angajații spitalelor infecțioase, în număr de 110, au participat la cel de-al patrulea studiu (*Cadrele medicale, între tanatofobie și burnout*), care a arătat efectul tanatofobiei asupra nivelului de burnout, precum și implicarea altor factori în această relație. Primul factor, coronafobia, se referă la simptomele psihologice, cum ar fi problemele cu somnul, și somatice, de felul inapetenței, produse de expunerea la informații despre virus, pe când obsesia de Covid-19, cel de-al doilea factor, descrie afectarea produsă de îngrijorare în starea de veghe și în starea de somn, gândurile recurente, precum și visele în legătură cu coronavirusul.

Pentru conceptul “tanatofobie”, APA Dictionary of Psychology ne oferă următoarea definiție: „O teamă persistentă și irațională de moarte. Această teamă poate avea ca obiect moartea persoanei respective sau a celor apropiați ei și este adeseori asociată cu ipohondria.”

Tanatofobia este confirmată de însăși existența legendelor despre căutarea nemuririi, cum ar fi cea mai veche epopee a lumii, mitul lui Ghilgameș, reflectată în povestea japoneză despre Urashima Taro, precum și în basmul *Tinerețe fără bătrânețe și viață fără de moarte*, cules de Ispirescu din folclorul românesc. Linden și Zubrăgel (2001) arată că, de la *Epopeea lui Ghilgameș*, prima menționare literară a tanatofobiei, aceasta a fost o temă recurentă în filosofie, religie, psihologie și medicină.

Termenul “tanatofobie” a fost creat de Sigmund Freud, care, în mod paradoxal, consideră că, de fapt, teama de moarte nu există, ci este vorba doar despre exprimarea unor conflicte emoționale nerezolvate (Freud, 1957). Erik Erikson vede un raport invers proporțional între nivelul tanatofobiei și integritatea ego-ului, adică starea de acceptare a propriei vieți, indiferent de succesele și eșecurile înregistrate (Widick et al., 1978). Conștiința propriei mortalități este descrisă ca fiind „viermele din miezul” existenței umane, de către James (1988), iar Menzies și Menzies (2018) preiau expresia, în formula „viermele din miezul sănătății psihice”, considerând că tanatofobia se află la baza celor mai multe dintre tulburările anxioase și depresive. Iverach et al. (2014) observă că oamenii pot dezvolta nu doar metode utile, ci și

---

<sup>2</sup> Enea, V., Candel, O. S., Zancu, S. A., Scrumeda, A., Bărbușelu, M., Largu, A. M., & Manciu, C. (2022). Death anxiety and burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak: The mediating role of obsession with COVID-19 and coronaphobia. *Death Studies*, 46(10), 2306-2315. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1928331>

strategii de coping dezadaptativ, de felul evitării, ceea ce transformă tanatofobia într-un construct transdiagnostic.

Teoria lui Robert Langs prezintă trei forme ale tanatofobiei: anxietatea de prădător - forma primară, adică teama de vătămare, un mecanism de adaptare, anxietatea prădătorului, care apare atunci când omul produce o vătămare, și anxietatea existențială, provenind din conștiința mortalității, care, la rândul ei, a dat naștere mecanismului de negare (Langs, 2004).

Istoria abundă în manifestări, preocupări, rituri menite să îndepărteze inevitabilul sfârșit, sau să atenueze impactul psihic pe care-l are asupra individului iminența morții. De la Becker încoace, se discută mult despre stima de sine ca important factor atenuator (Becker, 1997).

Cultura niponă, în special cea din erele Sengoku-Edo, ne oferă poate cel mai relevant exemplu, prin codul onoarei ce domina clasa războinicilor. Stima de sine – sau onoarea – era, prin tradiție, mai importantă decât viața, iar samurarii – chiar și femeile, nu doar bărbații, erau pregătiți din copilărie, nu numai pentru a înfrunta moartea în luptă, dar chiar pentru sinucidere pentru a evita – sau spăla – dezonoarea. Întâmplarea reală, devenită legendă națională, cu cei Patruzeci și Șapte de Ronini, de la începutul secolului XVIII, documentează cât se poate de bine această concepție (Bagulescu, 1938; Titsingh, 1822). Tot ca formă de coping cu iminența morții, în Japonia s-a practicat timp de secole tradiția *jisei*, obiceiul scrierii unui poem de adio. Despotul unificator al Japoniei, Toyotomi Hideyoshi, își ia rămas bun cu un poem remarcabil prin resemnare: „*M-am ivit precum un strop de rouă/ Și tot ca un strop de rouă pier/ Iar castelul Osaka / Este doar un vis în alt vis*” (Berry, 1989). Tinerii soldați cu misiuni sinucigașe - *tokkotai* - din cel de-al doilea război mondial au lăsat în urmă, în majoritatea cazurilor, mici creații lirice, a căror sinceritate, în clipele din urmă, nu poate fi pusă la îndoială (Ito, 2007).

S-a constatat că genul și vârsta sunt factori importanți în experimentarea tanatofobiei. Studiul efectuat de Thorson și Powell (1984), pentru analiza factorială a unei scale, a arătat că femeile prezintă un nivel mai ridicat decât bărbații la tanatofobie. Pe de altă parte, Kurlychek și Trepper (1982) descoperă că tanatofobia atinge nivelul maxim în intervalul de vârstă 40-64 de ani.

Direct relevant pentru această cercetare, s-a demonstrat că tanatofobia poate fi o cauză a interesului scăzut al personalului medical pentru pacienți, afectând calitatea îngrijirii (Denton & Wisenbaker, 1977). Studiile anterioare au descoperit o corelație semnificativă între tanatofobie și nivelul de burnout (Mallett et al., 1991). S-a constatat că tanatofobia crește nivelurile de burnout,



ducând la mai puțină înțelegere și empatie pentru cei aflați în suferință (Connelly, 2009; Keidel, 2002; Kim & Yong, 2013; Lowry, 1997; Melo & Oliver, 2011). Mai mult, tanatofobia a fost un moderator între saliența mortalității și burnout, crescând nivelul acestui sindrom (Sliter et al., 2014). Un alt studiu a arătat un nivel mai ridicat al tanatofobiei și al burnout-ului la asistenții medicali de la terapie intensivă, comparativ cu asistenții medicali din aziluri și s-a constatat că cele două variabile corelează pozitiv (Mallett et al. 1991). Mai mult, unele studii recente au constatat că asistenții medicali, dacă au o conștientizare mai mare a propriilor temeri legate de moarte, pot oferi îngrijire mai bună pacienților (Ceyhan et al., 2018; McKenzie & Brown, 2017). Acest lucru poate explica, de asemenea, nivelul mai scăzut al tanatofobiei la asistenții medicali din secția de urgență, comparativ cu asistenții medicali din alte specializări (Acehan & Eker, 2013). Există dovezi care susțin o corelație negativă între tanatofobie și nivelul de experiență, cel puțin în ceea ce privește asistenții medicali din aziluri, care adesea sunt confrunțați cu moartea pacienților și ajung să vadă moartea ca pe un proces pașnic și natural (Quinn-Lee et al., 2014; Simons & Park-Lee, 2009).

Această cercetare și-a propus să exploreze rolul de mediator al anxietății de coronavirus și al obsesiei de COVID-19 în relația dintre tanatofobie și burnout în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății din prima linie a luptei cu Covid-19. Anxietatea de coronavirus, denumită coronafobie în literatura științifică (Asmundson & Taylor, 2020), este definită ca frică disfuncțională sau reacție de anxietate bazată pe fiziologie, exprimându-se în simptome somatice extreme, cum ar fi imobilitatea tonică și leșinul atunci când individul a fost expus la informații despre coronavirus. (Lee et al., 2020). Obsesia de COVID-19 reflectă schemele de gândire disfuncționale și persistente cu privire la boala infecțioasă, care sunt simptome comune ale anxietății clinice (Lee, 2020). Gândurile obsesive despre coronavirus au fost puternic asociate cu anxietatea de coronavirus, lipsa de speranță și ideea suicidară (Lee, 2020).

*Copenhaga Burnout Inventory* (CBI; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005) este o scală de 18 itemi constând în trei scale care măsoară burnout-ul personal („Cât de des te simți epuizat?”), burnout-ul legat de muncă („Te simți epuizat la sfârșitul zilei de lucru?”) și burnout-ul legat de pacient („Îți consumă energia faptul că lucrezi cu clienții?”). În studiul de față, consistența internă a fost de .92. *Death Anxiety Scale* (DAQ; Templer, 1970) este o scală de 14 itemi (de exemplu: Vă faceți griji în legătură cu moartea?) care măsoară severitatea

tanatofobiei percepute. În studiul de față, coeficientul Alpha a fost .86. *Coronavirus Anxiety Scale* (CAS; Lee, 2020a) este o scală de 5 itemi (de exemplu: „Am avut probleme la adormire sau la rămânerea în starea de somn, pentru că mă gândeam la coronavirus”) care măsoară severitatea anxietății de coronavirus percepute. În studiul de față, consistența internă a fost de .89. *Obsession with COVID-19 Scale* (OCS; Lee, 2020b) este o scală de 5 itemi (de exemplu: „Am visat despre coronavirus”) care măsoară frecvența gândurilor obsesive despre COVID-19. În studiul de față, consistența internă a fost de .82.

Rezultatele studiului arată niveluri ridicate de tanatofobie la majoritatea cadrelor medicale din secțiile Covid-19. Am mai constatat o puternică relație între tanatofobie, coronafobie, obsesia de Covid-19 și burnout. Participanții mai în vârstă au raportat niveluri mai scăzute de burnout personal, iar participanții de genul feminin au raportat scoruri mai mari la coronafobie decât cei de genul masculin. De asemenea, experiența și profesia au fost factori semnificativi în legătură cu nivelul tanatofobiei, în sensul că experiența a corelat negativ cu teama de moarte, iar profesia de medic s-a revelat ca mai bun protector față de tanatofobie, decât profesia de asistent medical.

### **Limitele cercetării**

Dincolo de informațiile utile pe care le oferă studiul de față, trebuie să luăm în considerare anumiți factori. Prima limită ar fi în aceea că eșantionul este format dintr-un grup compact de voluntari, nu din participanți selectați aleatoriu. Cea de-a doua limită este reprezentată de faptul că s-au aplicat chestionare de auto-raportare (metoda comună), care influențează răspunsurile, generând corelații mai mari între variabilele implicate (Conway & Lance, 2010). De asemenea, designul transversal nu permite interpretări cauzale, ci numai constatarea corelațiilor dintre variabile.

Totuși, în esența ei, această cercetare oferă o bază pentru alte cercetări asupra rolului jucat de cele două Triade opuse, în starea și conduita persoanelor, precum și asupra relațiilor dintre factorii de risc emoțional în pandemie.

## Direcții viitoare

Studiul întâi arată utilitatea unei îndrumări spre valorile morale, conform confesiunii religioase căreia cineva îi aparține sau, în cazul ateilor și agnosticilor, conform eticii generale, întrucât beneficiarii sunt și cei care ajută, nu doar cei care primesc ajutor. Etica predată în școli și promovată în comunitate, precum și prezentarea personajelor-model ar putea prezenta o importantă eficiență.

În situațiile extreme – și uneori apar și acestea – sau, pur și simplu, în situațiile când nu există martori, adevărata natură umană iese la suprafață. Poate că instinctele ancestrale, în anumite situații, vor dicta ca individul respectiv să salveze, de pildă, o altă ființă umană, deci cea mai înaltă formă a comportamentului de ajutorare, exceptând sacrificiul de sine. Acele instincte îi vor spune individului că este mai ușor să supraviețuiască alături de un seamăn al său. Dar, în alte circumstanțe, dacă instinctele vor vorbi iar, arătând că resursele sunt prea puține pentru doi, individul le va asculta. Ne rămâne, așadar, mecanismul empatiei. Învățarea comportamentului de ajutorare poate să aducă un plus de conștientizare, în sensul recunoașterii unei situații în care individul are nevoie de ajutor, fie că o exprimă, fie că nu. Comportamentul de ajutorare trebuie să excludă din start anumite tabu-uri, De asemenea, este bine să învățăm și modurile optime în care putem ajuta. Și, printr-o aritmetică simplă, individul care întrunește cele două condiții, empatia și comportamentul învățat, își va ajuta aproapele chiar și în situații extreme.

De asemenea, ar fi de interes un studiu de predicție similar, cu aceleași variabile independente, dar în contextul războiului care se desfășoară la graniță, având ca participanți și voluntarii implicați în asistarea persoanelor refugiate. Uriașa criză umanitară declanșată de războiul din Ucraina a rezultat și în milioane de persoane refugiate. Studiul realizat de Oviedo et al. (2022) arată că strategiile de coping ale persoanelor refugiate au fost, în principal păstrarea comunicării cu cei dragi, rămași departe, socializarea cu voluntarii veniți în ajutorul lor și, în special, antecedentele de activități spirituale, inclusiv practica rugăciunii.

Primul pas pe care cel de-al doilea studiu îl inspiră este acela de a se recunoaște devreme trăsăturile din triada întunecată, iar cel de-al doilea, acela de a se combate - prin comunicare și date științifice autentice și integrale - credința în teorii conspiraționiste. Conduita generată de

aceste trăsături poate fi nocivă pentru individ și societate. Psihologia și medicina, în colaborare, ar putea obține rezultate semnificative.

Un studiu de predicție similar, cu aceleași variabile independente, dar cu variabila dependentă disponibilitatea de a proteja mediul, ar fi, poate, de maxim interes, în contextul actual, lipsit de ferestrele spre mai bine (sau mai puțin rău). Chiar și evitând extremele sau afirmațiile categorice și definitive, putem spune fără umbră de îndoială că omenirea nu are posibilitatea de a supraviețui, în contextul distrugerii mediului natural. Anti-mediul înseamnă exact anti-omenire. Autorii de ficțiune, care nu rareori s-au dovedit a fi adevărați vizionari, au început deja să pună pe hârtie sau pe ecran asemenea scenarii. Un exemplu relevant ar fi pelicula distopică americană *What Happened to Monday*. Suprapopularea (în sine o agresiune la adresa echilibrului din natură) ar fi dus la impuținarea extremă a resurselor. Antropocentrismul este egoist, ecocentrismul este altruist. Ecocentristul are în vedere ceea ce simt și speciile non-umane, inclusiv suferința acestora și dreptul lor la a fi lăsate în libertate și în propriul spațiu, pe când antropocentristul poate fi de-a dreptul feroce în lăcomia sa.

Trăsăturile triadei întunecate, prea puțin predispozante spre un grad ridicat al conștiinței civice, precum și credința în teorii conspiraționiste, în general corelată negativ cu încrederea în studiile științifice, ar putea revela o adevărată încărcătură explozivă, din punctul de vedere al conduitei față de mediu. Studiul realizat de Van der Linden (2015) a comparat participanții expuși la un material video conspiraționist cu privire la încălzirea globală, cu participanții care au urmărit un documentar pro-climă; au apărut diferențe semnificative, în favoarea primului grup, la disponibilitatea de a participa la acțiuni de protejare a mediului, inclusiv semnarea unei petiții.

Vulnerabilitatea la oboseala compasiunii, deja existentă și nocivă în special pentru pacienți, a fost amplificată de pandemie, iar acesta a fost aspectul evidențiat de cel de-al treilea studiu. Am constatat, așadar, că este necesar să se conceapă și implementeze strategii de prevenire și combatere a acestui fenomen. În cel de-al patrulea studiu, s-a evidențiat necesitatea unor eforturi preventive, pentru reducerea nivelului de tanatofobie, a anxietății și obsesiei de Covid-19, precum și pentru consolidarea factorilor protectivi. S-au trecut în revistă mai multe proiecte aplicate cu succes moderat sau mare, în mai multe țări și în mai multe specializări profesionale medicale.

## REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

- Ackerman, J. M., Tybur, J. M., & Blackwell, A. D. (2021). What role does pathogen-avoidance psychology play in pandemics?. *Trends in cognitive sciences*, 25(3), 177-186. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.11.008>.
- American Psychology Association. (2015). APA Dictionary of Psychology. <https://content.apa.org/doi/10.1037/14646-000>.
- Benedictow OJ. The black death: the greatest catastrophe ever. *Hist Today*. 2005;55(3):42–9. 2.
- Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of counseling psychology*, 34(2), 197. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.34.2.197>
- Bouayed, J., Hefeng, F. Q., Desai, M. S., Zhou, B., Rashi, T., Soulimani, R., & Bohn, T. (2021). Anti-pandemic lessons and altruistic behaviour from major world religions at the time of COVID-19. *Brain, Behaviour, and Immunity*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2021.04.023>
- Brotherton, R., French, C. C., & Pickering, A. D. (2013). Measuring belief in conspiracy theories: The generic conspiracist beliefs scale. *Frontiers in psychology*, 4, 279. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00279>.
- Crosby AW. America's forgotten pandemic: the influenza of 1918. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. ISBN 978-0-521-54175-6.
- Dasgupta, S., & Crunkhorn, R. (2020). A History of pandemics over the ages and the human cost. *The Physician International Journal of Health*, 6(2). <https://doi.org/10.38192/1.6.2.1>.
- Garske, T., Legrand, J., Donnelly, C. A., Ward, H., Cauchemez, S., Fraser, C., ... & Ghani, A. C. (2009). Assessing the severity of the novel influenza A/H1N1 pandemic. *Bmj*, 339.
- Habicht, M. E., Pate, F. D., Varotto, E., & Galassi, F. M. (2020). Epidemics and pandemics in the history of humankind and how governments dealt with them A review from the Bronze Age to the Early Modern Age. *Riv. Trimest. Sci. Dell Amministrazione*, 30
- Habicht, M. E., Pate, F. D., Varotto, E., & Galassi, F. M. (2020). Epidemics and pandemics in the history of humankind and how governments dealt with them A review from the Bronze Age to the Early Modern Age. *Riv. Trimest. Sci. Dell Amministrazione*, 30

- Heym, N., Firth, J., Kibowski, F., Sumich, A., Egan, V., & Bloxsom, C. A. (2019). Empathy at the heart of darkness: Empathy deficits that bind the dark triad and those that mediate indirect relational aggression. *Frontiers in psychiatry, 10*, 95. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00095>
- Hoge, R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal for the scientific study of religion, 369-376*. <https://doi.org/10.2307/1384677>
- Jonason, P. K., & Webster, G. D. (2010). The dirty dozen: a concise measure of the dark triad. *Psychological assessment, 22*(2), 420.
- Jonason, P. K., & Krause, L. (2013). The emotional deficits associated with the Dark Triad traits: Cognitive empathy, affective empathy, and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 55*(5), 532-537. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.027>
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the short dark triad (SD3) a brief measure of dark personality traits. *Assessment, 21*(1), 28-41. <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>
- Junaidi, J. (2022). Investigating the relationship between moral and ethical: Does extrinsic and intrinsic religiosity improve people's mental health? <http://digilib.umpalopo.ac.id:8080/jspui/handle/123456789/646>
- Kaufman, S. B., Yaden, D. B., Hyde, E., & Tsukayama, E. (2019). The light vs. dark triad of personality: Contrasting two very different profiles of human nature. *Frontiers in psychology, 10*, 467. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00467>
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress, 19*(3), 192-207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies, 44*(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Lee, S. A. (2020). How much “thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional? *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 97-98. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.067>
- Łowicki, P., & Zajenkowski, M. (2017). No empathy for people nor for God: The relationship between the Dark Triad, religiosity and empathy. *Personality and Individual Differences, 115*, 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.012>

- Mahmood, Q. K., Jafree, S. R., Sohail, M. M., & Akram, M. B. (2021). A Cross-Sectional Survey of Pakistani Muslims Coping with Health Anxiety through Religiosity during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Religion and Health*, 60(3), 1462-1474. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10943-021-01218-5>
- Maunder RG. Was SARS a mental health catastrophe? *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):316–7. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.04.004>. Epub 2009 May 22. Review. PMID: 19555790
- Međedović, J., & Petrović, B. (2015). The dark tetrad. *Journal of Individual Differences*.
- Miller, A. S., & Hoffmann, J. P. (1995). Risk and religion: An explanation of gender differences in religiosity. *Journal for the scientific study of religion*, 63-75.
- Miralles, F. & Garcia H. (2021). Ikigai. Secrete japoneze pentru o viață lungă și fericită. Editura Humanitas.
- Moshagen, M., Hilbig, B. E., & Zettler, I. (2018). The dark core of personality. *Psychological review*, 125(5), 656. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rev0000111>
- Ofri D. The emotional epidemiology of H1N1 influenza vaccination. *N Engl J Med*. 2009;361(27):2594–5. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0911047>. Epub 2009 Nov 25. PMID: 19940291.
- Oviedo, L., Seryczyńska, B., Torralba, J., Roszak, P., Del Angel, J., Vyshynska, O., ... & Churpita, S. (2022). Coping and resilience strategies among Ukraine war refugees. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13094. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013094>.
- Patterson, G. E., McIntyre, K. M., Clough, H. E., & Rushton, J. (2021). Societal impacts of pandemics: comparing COVID-19 with history to focus our response. *Frontiers in public health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.630449>
- Plohl, N., & Musil, B. (2021). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: The critical role of trust in science. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 1-12.
- Reinhardt V. (2020). So, Wie Es Ist, War Es Noch Nie – Warum Historische Vergleiche Zur Corona-Krise in Die Irre Führen. *NZZ Online*, March 18. Retrieved: <https://www.nzz.ch/feuilleton/coronavirus-kann-man-aus-historischen-vergleichen-etwaslernen-ld.1546841> (25/04/2020).

- Roff, L. L., Butkeviciene, R., & Klemmack, D. L. (2002). Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death studies*, 26(9), 731-742. <https://doi.org/10.1080/07481180290106517>
- Ross, D. (1956). Aristotle: the Nicomachean ethics. *Philosophy*, 31(116).
- Salman, M., Asif, N., Mustafa, Z. U., Khan, T. M., Shehzadi, N., Hussain, K., ... & Khan, M. T. (2020). Psychological impact of COVID-19 on Pakistani university students and how they are coping. *Medrxiv*. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.397>
- Schaller, M. and Murray, D.R. (2008) Pathogens, personality, and culture: disease prevalence predicts worldwide variability in sociosexuality, extraversion, and openness to experience. *J. Pers. Soc. Psychol.* 95, 212 . <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.95.1.212>
- Scheidel W. The great leveler: violence and the history of inequality from the stone age to the twenty-first century. Chapter 10: the black death. Princeton: Princeton University Press; 2017. p. 291–313. ISBN 978-0691165028;
- Serfaty, D. R., Lugasi, T., & Strous, R. D. (2021). Anxiety Reactions and Coping Modalities with the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study Comparing a Population of Religious Patients with Mental Illness and their Health Caregivers. *Journal of Religion and Health*, 60(3), 1494-1506. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33742372/>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Stamm, B.H. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Available online: <https://proqol.org/>
- Stavraki, M., Artacho-Mata, E., Bajo, M. *et al.* The dark and light of human nature: Spanish adaptation of the light triad scale and its relationship with psychological well-being. *Curr Psychol* (2022). <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03732-5>.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.



- Conway, J. M., & Lance, C. E. (2010). What reviewers should expect from authors regarding common method bias in organizational research. *Journal of Business and Psychology, 25*(3), 325-334. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1007/s10869-010-9181-6>.
- Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard, S., & Foucault, M. (2020). Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 117*(44), 27285-27291.
- Miller, A. S., & Hoffmann, J. P. (1995). Risk and religion: An explanation of gender differences in religiosity. *Journal for the scientific study of religion, 63*-75.
- Paramita, W., Rostiani, R., Winahjoe, S., Wibowo, A., Virgosita, R., & Audita, H. (2021). Explaining the voluntary compliance to COVID-19 measures: An extrapolation on the gender perspective. *Global Journal of Flexible Systems Management, 22*(Suppl 1), 1-18.
- Umucu, E., & Lee, B. (2020). Examining the impact of COVID-19 on stress and coping strategies in individuals with disabilities and chronic conditions. *Rehabilitation psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/rep0000328>
- Venkatapuram, S. (2020). Human capabilities and pandemics. *Journal of Human Development and Capabilities, 21*(3), 280-286. <https://doi.org/10.1080/19452829.2020.1786028>
- Vernon, P. A., Villani, V. C., Vickers, L. C., & Harris, J. A. (2008). A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Personality and Individual Differences, 44*(2), 445-452. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.007>
- Wai, M., & Tiliopoulos, N. (2012). The affective and cognitive empathic nature of the dark triad of personality. *Personality and individual differences, 52*(7), 794-799.
- Acehan, G., & Eker, F. (2013). Levels of death anxiety, death related depression of health personnel providing emergency medical services, and their coping methods. *Journal of Psychiatric Nursing, 4*(1), 27-35. <https://doi.org/10.5505/phd.2013.07379>.
- Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J. Anxiety Disord. 70*. 102196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102196>.
- Bagulescu, G. (1937). Yamato damashii: roman. (*No Title*).
- Becker, E. (1997). *The denial of death*. Simon and Schuster.
- Berry, M. E. (1989). *Hideyoshi* (Vol. 146). Harvard Univ Asia Center.

- Bouayed, J., Hefeng, F. Q., Desai, M. S., Zhou, B., Rashi, T., Soulimani, R., & Bohn, T. (2021). Anti-pandemic lessons and altruistic behaviour from major world religions at the time of COVID-19. *Brain, Behaviour, and Immunity*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2021.04.023>
- CARAGIALE, I. L. (1998). Grand Hôtel „Victoria Română”–Nuvele. *Editura Herra, București*.
- Ceyhan, O., Ozen, B., Zincir, H., Şimşek, N., & Başaran, M. (2018). How intensive care nurses perceive good death. *Death Studies*, 42(10), 667–672. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1430084>.
- Connelly, J.(2009). The avoidance of human suffering. *Perspectives Biol Med* , 52(3). 381-391. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0095>.
- Denton, J. A., & Wisenbaker Jr., V. B. (1977). Death experience and death anxiety among nurses and nursing students. *Nursing Research*, 26(1), 61-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/583957/>.
- Freud, S. (1915). Zeitgemasses über Krieg und Tod. Studienausgabe (Vol. 9, pp. 33–60). *Standard Edition (SE)*, 14, 273-300.
- Ito, M. (2007). *Japanese tokko soldiers and their jisei*. University of Alaska Anchorage.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review*, 34, 580-593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- James, W. (1988). *William James: Writings 1902-1910 (LOA# 38): The Varieties of Religious Experience/Pragmatism/A Pluralistic Universe/The Meaning of Truth/Some Problems of Philosophy/Essays* (Vol. 2). Library of America.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 19(3), 200-205.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- Kurlychek, R. T., & Trepper, T. S. (1982). Accuracy of perception of attitude: An intergenerational investigation. *Perceptual and Motor Skills*, 54(1), 271-274.
- Langs, R. (2004). Death Anxiety and the Emotion-Processing Mind. *Psychoanalytic psychology*, 21(1), 31.
- Liiceanu, G. (2002). *Ușa interzisă*. Humanitas.

- Linden, M., & Zubrägel, D. (2001). Anxiety disorders: diagnosis and epidemiology. In *Contemporary Psychiatry: Volume 1 Foundations of Psychiatry, Volume 2 Psychiatry in Special Situations, Volume 3 Specific Psychiatric Disorders* (pp. 1829-1838). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Lowry, F. (1997). Does doctors' own fear of dying hinder palliative care? *CMAJ*; 157(3), 301-302, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1227834/>.
- Mallett, K., Jurs, S. G., Price, J. H., & Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological Reports*, 68(3\_suppl), 1347-1359.
- McKenzie, E. L., & Brown, P. M. (2017). Nursing students' death anxiety and fear towards dementia patients. *Australasian Journal on Ageing*, 36, E32-E35, <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/ajag.12414>
- Melo, C. G., & Oliver, D. (2011). Can addressing death anxiety reduce health care workers' burnout and improve patient care? *Journal of Palliative Care*, 27(4), 287-295.
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2018). Death Anxiety: The Worm at the Core of Mental Health. *Psych.*[Google Scholar].
- Paulhus, D. L., & Williams, K. M. (2002). The dark triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of research in personality*, 36(6), 556-563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
- Quinn-Lee, L., Olson-McBride, L., & Unterberger, A. (2014). Burnout and death anxiety in hospice social workers. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10(3), 219-239. <https://doi.org/10.1080/15524256.2014.938891>.
- Simons, K., & Park-Lee, E. (2009). Social work students' comfort with end-of-life care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 5, 34-48, doi:10.1080=15524250903173884.
- Sliter, M. T., Sinclair, R. R., Yuan, Z., & Mohr, C. D. (2014). Don't fear the reaper: Trait death anxiety, mortality salience, and occupational health. *Journal of Applied Psychology*, 99(4), 759, DOI: 10.1037/a0035729.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1984). Revision and Factor Analysis of a Death Anxiety Scale.

- Titsingh, I. (1822). *Illustrations of Japan: Consisting of Private Memoirs and Anecdotes of the Reigning Dynasty of the Djogouns, Or Sovereigns of Japan; a Description of the Feasts and Ceremonies Observed Throughout the Year at Their Court...* R. Ackermann.
- Van der Linden, S. (2015). The conspiracy-effect: Exposure to conspiracy theories (about global warming) decreases pro-social behavior and science acceptance. *Personality and Individual Differences*, 87, 171-173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.045>.
- Widick, C., Parker, C. A., & Knefelkamp, L. (1978). Erik Erikson and psychosocial development. *New directions for student services*, 1978(4), 1-17.