

59.9
✓14

Ministerul Sănătății și Protecției Sociale al Republicii Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală

A. Nacu, Gh. Cărăușu

ÎNDRUMAR METODIC

**la seminariile aplicative la Psihologia medicală pentru
studenții facultății Medicină generală**

CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2006

CZU 616:159.9(076.5)

N 14



659053

Aprobat de Consiliul Central al USMF
Nicolae Testemițanu din 17.02.2006, procesul-verbal nr. 2

Autori: *Al. Nacu*, doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar, șef de catedră

Gh. Cărăușu, doctor în medicină, conferențiar universitar, șef didactic

Recenzenți:

Al. Nacu, profesor universitar al Catedrei Psihiatrie și Narcologie FPM USMF *Nicolae Testemițanu*, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, academician

C. Palihovici, conferențiar universitar, Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a USMF *Nicolae Testemițanu*, doctor în medicină

Descrierea a CIP a Camerei Naționale a Cărții

Nacu, A.

Îndrumar metodic la seminariile aplicative la Psihologia medicală pentru studenții facultății Medicină generală / A.Nacu, Gh.Cărăușu; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*. Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală. –Ch.: CEP *Medicina*, 2006.–63 p.

ISBN 978-9975-907-69-9

100 ex.

- -1. Psihologie medicală.

616:159.9 (076.5)

Redactor: *Lidia Căssa*

Machetare computerizată: *Tatiana Drăgan*

ISBN 978-9975-907-69-9

© CEP *Medicina*, 2006

© A.Nacu, Gh.Cărăușu, 2006

159.9
N14

INTRODUCERE

Actualmente psihologia medicală, prin obiectivele și modalitățile sale de cercetare, oferă posibilitatea unei mai bune precizări și aprecieri ale tulburărilor psihice din evoluția unui proces de îmbolnăvire, fapt atât de necesar diferențierii actului terapeutic și a modalităților de asistență medicală proiectată competent, ambianță și factorii, ce întrețin riscurile îmbolnăvirii.

Programul cursului de psihologie medicală este alcătuit în corespundere cu planul de învățământ al Universității de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu" din Republica Moldova. Potrivit acestui plan, cursul de psihologie medicală este predat la facultatea Medicină generală în următorul volum: 36 ore, dintre care 10 ore sunt repartizate pentru cursuri și 26 ore pentru lucrări practice, la care se va acorda o atenție deosebită examenului clinic al pacienților și însușirii metodicilor de examinare psihologică. Îndrumarul metodic este destinat studenților.

659053

UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"
BIBLIOTECA

TEMA: PSIHOLOGIA MEDICALĂ – SCOPUL, OBIECTIVELE, ISTORIA. PSIHOLOGIA MEDICALĂ A VÂRSTELOR

Scopul seminarului:

Înșușirea scopului, atribuțiilor esențiale, obiectului de studiu și obiectivelor, istoriei acestei discipline, relațiilor actuale și de perspectivă, psihologia persoanei, dezvoltarea ei ontogenetică.

Obiectivele operaționale:

- a) istoria dezvoltării, obiectivele de bază, relațiile actuale și de perspectivă ale psihologiei medicale;
- b) relațiile psihologiei medicale cu alte discipline;
- c) psihologia persoanei, componentele structurale ale personalității;
- d) dezvoltarea ontogenetică a personalității, dinamica personalității, concepțiile privind tipologiile personalității;
- e) psihologia medicală a vârstelor.

Deprinderi practice:

Evaluarea componentelor structurale ale personalității, prezentarea bolnavilor și discuția asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Iseensee (1845)

Herman Lotze (1852)

Schilder (1924)

Ernst Kretschmer

Balint

Stoller

Rodjer

Luria

Psihologia medicală deține două atribuții esențiale:

- 1) participă la formularea diagnosticului;
- 2) participă, prin metode proprii, la actul psihoterapeutic.

Obiectul de studiu:

- Psihologia bolnavului.

Obiectivele:

- psihicul uman;
- relațiile individului cu ambianța, familia și personalul medico-sanitar
- reacțiile subiectului în fața diferitelor situații sau persoane;
- relația medic - pacient;
- problematica organizării psihologice a instituțiilor sanitare;
- problema sănătății mentale;
- adaptarea individului în școală, profesie, familie;
- aspecte speciale privind psihopatologia copilăriei, adolescenței și a senescentei;
- reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și / sau psihică.

Psihologia medicală a vârstelor

Stadiile:

- *stadiul oral*– 0–1,5 ani;
- *stadiul anal*– 1,5–3 ani;
- *stadiul genitali tații infantile* –3–7 ani;
- *stadiul de latență a sexualității infantile*– 8–11 ani;
- *stadiul pubertății și adolescenței*– 12–19 ani;
- *stadiul tinereții adulte*– 20–34 ani;
- *stadiul vârstei adulte*– 34–44 ani;
- *stadiul vârstei maturității*– de la 45 ani.

Primul stadiu este cel **oral**: percepțiile și activitățile sunt centrate pe gură (a mânca, a mușca, a striga). Prima reușită socială a individului este acceptarea îndepărtării temporare a mamei pentru că a dobândit încredere. Cronologic acest stadiu corespunde vârstei de 0–1,5 ani.

Sarcina majoră a fazei este realizarea echilibrului homeostatic cu mediul. Copiii conștientizează tulbure îngrijitorul, dar treptat

începe scanarea comparativă, compararea a ceea ce este și ceea ce nu este mama. Se notează anxietate față de străini, care implică curiozitate și frică (frecvență maximă în jur de 8 luni). Încrederea socială este demonstrată prin ușurința alimentării, profunzimea somnului, relaxarea intestinală. Copilul este dependent de constanța experiențelor oferite de îngrijitor. Apariția dentiției și a posibilității de a mușca în lunile 7-12 face copilul să treacă de la „a primi la a lua”. Înțărirea conduce la „nostalgia după paradisul pierdut”. Este impresionantă reciprocitatea și complementarismul perechii mamă - copil, îngrijitorii mândri, narcisici, frustrați, produc adesea copii mândri, solicițanți. La sugar corpul este sesizat tot atât de străin ca și celelalte obiecte. Timp de mai multe luni o bună parte din el nu este recunoscut ca fiind „propriu” (o mână poate fi dusă la cealaltă sau la gură, ca și un oricare alt obiect). Nevoia de activitate bucală trebuie să fie satisfăcută. Cei care nu au fost obligați la un exercițiu suficient al gurii, se observă o tendință de supt și de a mușca. La frustrația de activitate orală se dezvoltă tendința de a suga degetul, ulterior înclinația către fumat, către mestecatul gumei, către cântat dintr-un instrument de suflat sau din gură, poate către pălăvrăgit sau oratorie (Abraham). Dobândirea unității Eu-lui se face treptat, sub presiunea unitară a familiei, societății prin privilegii, responsabilități, sub influența limbajului, activității și identificării.

Urmează **stadiul anal**: individul își stăpânește sfincterele, mușchii, mișcările; este un stadiu de autonomie. Corespunde vârstei de 1,5-3 ani. Începutul fazei este marcat de locomoția verticală - copilul are o nouă perspectivă, precum și o dispoziție de încântare (elation). Mama este folosită ca „bază de refugiu”. Anxietatea caracteristică este cea de separare. Copilul este mai conștient de separarea fizică, ceea ce îi diminuează dispoziția de încântare. Copilul încearcă să astupe golul dintre el și mamă, ceea ce se observă concret în aducerea de obiecte mamei. Eforturile mamei de a ajuta copilul nu sunt percepute întotdeauna ca ajutor, sunt tipice „crizele” zgomotoase ale copilului. Maturizarea musculară

pregătește scena pentru „a te ține”. Copilul, imitându-și părinții, își atribuie caracteristici ale adulților, ceea ce-l „împinge” spre maturizare; el ajunge să vadă prin „ochii părinților”. O mare importanță o are, de aceea, modul în care copilul este apreciat de către adulți și părinți, mod care nu are voie să fie caricatural.

Caracteristicile psihologice fundamentale ale gândirii copilului (Jean Piaget):

1) realismul (confuzia dintre fizic și psihic, dintre lumea interioară și cea exterioară);

2) animismul (credița că obiectele neînsuflețite sunt vii (au simțire și intenții));

3) artificialul (orice lucru este făcut de cineva, inclusiv copiii s-ar putea face din „carne de măcelărie”)

4) justiție iminentă (credița că pedeapsa pentru fapte rele este inevitabilă). Copilul este mai capabil să facă față absenței mamei și să relaționeze cu substitute maternelne. Copilul poate să înceapă să se simtă confortabil în absența mamei, pentru că știe că mama se va întoarce.

Urmează **stadiul genitalității infantile**. Se dobândește inițiativă prin alegerea scopurilor și perseverență. Corespunde vârstei de 3-7 ani. Dezvoltarea omului în acești ani este caracterizată prin deplasarea atenției de la percepția corporală spre dobândirea prestigiului și a puterii. Copilul dorește să fie aplaudat. El urmărește posesiunea sau proprietatea asupra obiectelor. Descoperind că tatăl poate fi un obstacol în calea dragostei sale pentru mamă, oscilând între dragoste și ură pentru acest obstacol, cu sentimentul consecutiv de teamă de pedeapsă se dezvoltă la băiat, după Freud, un „*complex Oedip*” de esență libidinală. (La fetele s-ar dezvolta, corespunzător „*complexul Electrei*”). Deci, copilul dorește să se căsătorească cu părintele de sex opus și, în același timp, să se descotocească de părintele de același sex. Vinovăția poate să apară în legătură cu scopurile scontate. Este prezentă dorința de a imita lumea adultă, cât și rivalitatea între frați.

Al **patrulea stadiu** este cel de **latență a sexualității infantile**, caracterizat prin industrie (competență, pricepere, îndemânare); o adaptare la lumea instrumentelor, care permite să depășească sentimentul de inferioritate. Copilul este preocupat să construiască, să creeze, să înfăptuiască. Primește instruire sistematică, precum și fundamentele tehnologiei, începe să înțeleagă relațiile și clasificările parte / întreg. Copilul este capabil să asume punctul de vedere al altcuiva. Poate conserva numărul, lungimea, greutatea și volumul. Copiii sunt capabili de mai multă învățare, funcționare independentă și socializare, dezvoltarea prietenilor. Pulsunile sexuale sunt canalizate spre scopuri mai acceptabile social (școala și sporturile). Se formează superegoul – una din cele trei structuri ale minții, răspunzătoare de dezvoltarea etică și morală, incluzând conștiința. Corespunde vârstei de 8–11 ani.

Al **cincilea stadiu** corespunde pubertății și adolescenței (**faza genitală**), perioadă în care individul ia cunoștință de identitatea sa personală. Corespunde vârstei de la 11–12–19 ani. Se dezvoltă identitatea de grup (cei de aceeași vârstă). Ei sunt capabili să cugete despre gândurile cuiva, să folosească două sisteme de referință și să înțeleagă conceptul de probabilitate. Această perioadă se caracterizează prin rapiditatea transformărilor, pe primul plan stând maturitatea sexuală. Acest proces este activ, dinamic, adesea marcat de stări conflictuale, de tensiune etc. Este un adevărat moment de criză, de răscruce în viața individului, în care comportamentul poate fi perturbat. *Erickson* vorbește de o “criză de identitate”, ce poate să apară în unele cazuri. Practica demonstrează o relativă frecvență a unor conduite aberante, chiar antisociale ca: vagabondajul, impulsuri spre cleptomanie, tentative de suicid, dar și al reacțiilor isterice, hipocondriei, sindroamelor anxioase și fobice, hiperkineziilor și somnambulismului, ideilor dismorfofobice (și dismorfomanie!) cu anorexie mentală. Părinții sunt un “model” pentru copii și în virtutea inițiativei sau a sugestiei de “prestigiu” ei urmează sau nu exemplul. La pubertate revine pe primul plan sesizarea și conștiința propriului corp. Adolescentul își pune

probleme privind statutul său social, și, în primul rând, relațiile cu sexul opus. Adolescentul își caută un nou „eu” și anumite „defecte” de comportament pot fi înțelese prin dorința de a se impune, de a părea că prezintă „ceva”. Procesul este mai simplu atunci când adolescentul are la îndemână un obiect clar și valoros de identificare. „Acceptabilitatea socială” depinde și de aparența fizică, mai însemnat pentru fete. Înfrumusețarea Eu-lui este realizată, în mare măsură, cu ajutorul îmbrăcămintei. Se întăresc interesele sociale și profesionale, se îmbogățește viața afectivă, apare dorința de libertate și de independență. Se diversifică inteligența, se precizează aptitudinile particulare. Adolescența este o perioadă „romantică”, dar și dramatică a vieții, critică, contradictorie.

Al șaselea stadiu este stadiul **tinereții adulte**; individul intră în raporturi intime cu altul (prietenie, luptă, schimb intelectual cu un maestru, unire sexuală). Capacitatea de intimitate este caracteristică acestui stadiu (dacă nu este realizat, întâlnim sentimentul singurătății). Corespunde vârstei de 20–34 ani.

Stadiul următor este **vârsta adultă**; vârsta productivității, a creativității, a generativității (individul devine tată, cu răspunderi pentru altul), (în caz contrar găsim manifestări de stagnare). Corespunde vârstei de 34–44 ani.

Ultimul stadiu este **vârsta maturității** – caracterizată prin integrarea Eu-lui (dacă acest stadiu nu este atins, apare dispe-rarea). Începând cu vârsta de 48 ani au loc „achiziții negative”: pierderi economice și corporale irecuperabile; pierderi de părinți și de prieteni; câteodată schimbări de profesie și de domiciliu. Individul devine mai introspectiv, mai filantrop, deseori se simte singur, sau preferă divertismente, viața rurală. Caracterul critic al climacteriului este mai accentuat la sexul feminin, unde modificările pe plan fiziologic sunt mai rapide și asincrone. Dar libidoul poate fi crescut la începutul menopauzei; în orice caz, interesul și activitatea sexuală depășesc cu mult, în timp, încetarea perioadei de fertilitate. Tulburările subiective la femei se prezintă prin tulburări de somn, labilitate emoțională, irascibilitate, reacții anxioase,

hipocondriace, isterice, fobice, obsesionale. Menopauza este un moment favorabil al declanșării psihozelor maniacale (adesea cu conținut erotic), dar mai ales, a celor depresive, precum și a diferitelor forme de deliruri cronice. Alături de semne de defeminizare, se ivesc cele de masculinizare. Sunt frecvente tulburările de caracter (negativism, revendicări). *Menopauza* este mai puțin dramatică la femeile de la țară, la cele echilibrate psihic; pentru femeile la care viața erotică n-a însemnat „axul” existenței lor; mai accentuată la femeile singure (celibatare, văduve, divorțate, abandonate, fără copii) și neasigurate din punct de vedere material. Adesea se alterează sau se agravează relațiile conjugale. Criza familială poate fi atenuată sau agravată prin relațiile cu copiii și celelalte rude. Prietenia, dragostea pentru animale, profesiunea și devotamentul social, constituie adesea modalități pentru carența afectivă. *Andropauza* se derulează cu sentimentul pierderii energiei, inițiativei, interesului pentru muncă, se pot nota faze melancolice (cu gânduri de sinucidere) și faze paranoide, tendințe rarissime homosexuale și incestuoase, înclinația spre masturbație, sentimente de invidie și gelozie pentru proprii copii—oricum o deplasare a dominantei.

Metode de evaluare

1. Control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice.
2. Control curent – evaluarea personalității umane, psihicului uman, relațiilor bolnavului cu ambianța, familia și personalul medico-sanitar și reacțiile subiectului în fața diferitelor situații sau persoane.
3. Control final – însușirea adaptării individului în școală, profesie, familie, aspecte speciale privind psihopatologia copilăriei, adolescenței senescentei și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și / sau psihică.

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândașu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. București, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chi-rița. Psihologie generală și medicală. Chișinău, 1993.
4. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. București, 1983.
5. S. Freud. Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihana-liză. Psihopatologia vieții cotidiene. Edit. Didactică și pedagogică, București, 1980.
6. G. Ionescu. Introducere în psihologia medicală. Edit. Științi-fică, București, 1973.
7. Jean Piaget. Psihologia inteligenței. Edit. Științifică, Bucu-rești, 1965.

TEMA: SĂNĂTATEA, ESENȚA SĂNĂTĂȚII MENTALE. BOALA ȘI REACȚIA PSIHOLÓGICĂ. PROBLEME PSIHOLÓGICE ALE BOLNAVILOR CU DIFERITE AFECȚIUNI. MEDICINA PSIHOSOMATICĂ

Scopul seminarului: însușirea conceptului de sănătate și normalitate, criteriile sănătății mentale, rolul factorilor psihologici în cadrul bolii, reacțiile psihologice legate de boală și comportamentul în boală, aspecte psihologice ale bolnavilor cu diferite afecțiuni

Obiectivele operaționale:

- a) Conceptul de sănătate și normalitate.
- b) Rolul factorilor psihologici în cadrul bolii, reacția psihologică legată de boală, comportamentul în boală.
- c) Criteriile sănătății mentale, problema modelului de boală, importanța conflictului psihologic în declanșarea maladiilor.
- d) Aspecte psihologice ale bolnavului cu diferite afecțiuni
- e) Medicina psihosomatică, bolile psihosomatice esențiale

Deprinderi practice:

Evaluarea conceptului de sănătate și normalitate, prezentarea bolnavilor și discuție asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Starea de sănătate implică următoarele:

- 1) o conexiune dintre diferitele tendințe, funcții și trăsături, care stau la baza psihicului;
- 2) o conexiune dintre psihic și somatic;
- 3) o conexiune dintre personalitate și societate.

Persoana sănătoasă sufletește presupune cel puțin două trăsături:

1. Sentimentul stării de bine, liniște și pace interioară, condiția omului sănătos presupunând în primul rând o stabilitate emoțională.
2. Relații normale cu semenii și societatea. Aceasta presupune, în primul rând, o justă conștiință a valorii sale.

Starea de sănătate este aceea, care permite libera desfășurare a evoluției; stagnarea (care nu e tot una cu repaosul) este ea însăși

o stare morbidă. O adaptare reușită nu este aceea, care asigură supraviețuirea sau buna funcționare a organelor, ci aceea, care nu stânjenește evoluția, desfășurarea persoanei. Omul normal e un „om de înțeles”, cu care conviețuirea nu e numai cu puțință, ci chiar plăcută. Omul este cu atât mai sănătos, cu cât își simte mai puțin funcționând organismul. La acești subiecți se observă acord între idei, între gând și faptă.

Esența sănătății mentale

În mod ideal, oamenii sănătoși au:

- capacitatea de a iubi și de a fi iubiți;
- puterea de a accepta schimbarea și nesiguranța fără teamă;
- un dar de a risca deliberat, de a se debarasa de obsesia celor mai groaznice scenarii interminabile;
- rezerve de bucurii de viață spontană și o sferă largă de răspunsuri emoționale;
- contact eficient cu realitatea;
- o imaginație bogată;
- un grad de autocunoaștere;
- puterea de a spune „am greșit” și de a învăța din experiență;
- un sentiment satisfăcător de siguranță și de aparență în cadrul societății;
- capacitatea de a satisface cererile grupului;
- libertatea propriei exprimări așa cum o dorește;
- capacitatea de a împlini dorințele trupești ale sale și ale altora;
- un simț al umorului.

Boala nu este ceva despărțit de organism, ci o modalitate reacțională a organismului, în raport cu acțiunea unui agent. Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală. Boala, care apare în sectorul psihic, are răsunet visceral, iar boala aparent „strict somatică” are implicații psihice. Omul „răspunde” în totalitate. „*Nu există boli, ci bolnavi*”, „*nu există boli în afara bolnavului*”. Este greșit obiceiul

unor medici de a căuta să înăbușe anxietatea întemeiată a bolnavului printr-o comportare aspră (data 13, etc.).

Stresorii vieții, care pot să precedă o tulburare psihosomatică:

1. Decesul soțului / soției.
2. Divorțul.
3. Decesul unui membru apropiat al familiei.
4. Separarea maritală.
5. Rănirea sau boala personală severă.
6. Pierderea serviciului.
7. Condamnarea la detenție.
8. Decesul unui prieten apropiat.
9. Sarcina.
10. Reajustarea la afaceri.

Principalele puncte din istoria individuală, care ar trebui să fie explorate sunt:

- constituție ereditară;
- traumatisme obstetricale,
- boli ale copilăriei;
- accidente fizice sau traumatice din copilărie;
- accidente afective din copilărie;
- climat afectiv familial;
- trăsături specifice ale părinților și ale anturajului;
- traumatisme fizice ulterioare;
- relații interpersonale și profesionale ulterioare.

Medicina psihosomatică

Mens agitat molem (mintea pune în mișcare corpul), Vergilius.

Savanții care au contribuit la dezvoltarea medicinei psihosomate:

Flanders Dunbar

Franz Alexander

S. Wolff

Stanley Cobb

P. Marty

Medicina psihosomatică se ocupă cu relația dintre factorii psihologici și cei fiziologici în cauzarea sau întreținerea stărilor de boală. Ea este o continuare a psihanalizei și își propune să introducă în medicină omul ca persoană.

Medicina psihosomatică a studiat mai întâi răsunetul patologic al stărilor afective. S-a admis că alegerea organului sau a funcției depinde de emoția în cauză; astfel, agresiunea și mânia, reprimată, provoacă o stare de excitație a sistemului muscular și circulator și o hiperfuncție a glandelor tiroidă și suprarenală (normal implicate în accesele de mânie); de aici, apariția unor contracții musculare mai mult sau mai puțin dureroase, palpitații cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiperglicemie. Dacă, dimpotrivă, individul încearcă să rezolve situația nu prin atac, ci printr-o reacție de chemare în ajutor, organele, care devin cele mai sensibile sunt acelea, ce concură la funcțiile de achiziție, de întreținere și de transmitere a vieții, prin urmare organele digestive, respiratorii și sexuale. Avem atunci spasme și dureri digestive, reacții disproporționate de foame, ulceratii digestive, oboseală, crize de astm, impotență și frigiditate.

Orice stres prelungit poate să cauzeze modificări fiziologice, care rezultă într-o tulburare somatică. Fiecare persoană are un organ de șoc, care este vulnerabil la stres: unii pacienți sunt reactori cardiaci, alții—reactori gastrici sau reactori tegumentari. Persoanele anxioase sau depresive sunt mai vulnerabile la boli psihosomatice.

Aceste manifestări apar întotdeauna „la distanță”, după o anumită perioadă (de „prelucrare” sau de „elaborare”) de la evenimentul psihotraumatizant. Creșterea ratei bolilor psihosomatice este determinată de migrare și de aglomerare — „viața urbană”. Zona de maximă incidență este situată între 45 și 59 de ani. Repartiția pe sexe ilustrează o prevalență a bărbaților în privința bolilor coronariene, ulcerului duodenal și astmului și a femeilor pentru boala hipertensivă.

Pentru o *personalitate psihosomatică* se profilează o anumită sărăcie afectivă și social-relațională; o oarecare rigiditate caracterială și dificultate de adaptare la condiții noi, cu o adaptare socială superficială; o redusă activitate imaginară diurnă și nocturnă, asociată cu o gândire practică, strict utilitară, căutarea unei independențe prin activitate, o foarte mare sensibilitate la traume afective, fragilitate, imaturitate afectivă mai mult sau mai puțin marcată. La ei psihismul pare insuficient de „înarmat” pentru a „distanța” anumite conflicte și pentru a le canaliza în conduite caracteristice ale vieții de relație, conflictele atunci se „descarcă” în aparatul viscerovegetativ. Rezistența pacienților psihosomatici față de psihoterapie este puternică și se manifestă de la tăceri prelungite până la ostilitate evidentă față de terapeut.

Simptome psihosomatice elementare – spasm, vertij, o stare acută de greață.

F. Alexander și școala din Chicago au izolat **7 boli psihosomatice principale**: *ulcerul duodenal, astmul bronșic, artrita reumatoidă, colita ulceroasă, hipertensiunea arterială, neurodermita și tireotoxicoza.*

Hipertensiunea arterială (160/95 mmHg)

La acești pacienți se observă un colorit depresiv și chiar tendințe de sinucidere. Anxietatea poate domina uneori psihologia bolnavului și pe acest fond pot să apară idei obsedante sau fobii, mai ales frica de moarte, de accidente vasculare. Acești pacienți hipertensivi prezintă o structură de personalitate compulsivă al nevoii lor de autoritate și asupra ardoarei la lucru. Personalitatea unora dintre ei este calmă în exterior, iar în interior este ostilă. Pacientul este mereu în insecuritate, se simte amenințat, dar nu declanșează agresivitatea. Crește nevrotiform, cu tendințe de perfecționism. Fiind anxioși, ei evită atât conflictul agresiv, uneori și tratamentul. Ei nu sunt capabili să-și exprime liber agresivitatea. Întâlnim aici o ambiție reținută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordați, temători și posedați de o mânie reprimată. Această furie inhibată le provoacă un sentiment de vinovăție în legătură cu impulsurile ostile.

„Ființe neliniștite, agitate de afaceri, de politică, de finanțe”, „mereu sub presiunea timpului”. Ei își stăpânesc nervii vieții lor interioare, dar plătesc tribut acestei dominații prin reacții cardiace și vasomotorii intense și printr-o uzură organică rapidă.

Astmul bronșic

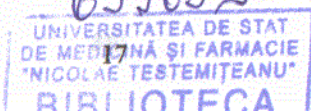
Personalitatea astmaticului se poate caracteriza prin iritabilitate, logoree, lipsă de încredere, anxietate, dependență maternă. În acest context criza poate fi considerată drept un protest simbolic contrar separării de mamă și dorința restabilirii acestor relații prin țipăt (înnăbușit), frica de a nu pierde dragostea mamei.

Este bine cunoscut faptul că furia, frica, pierderea sau gelozia pot precede crizele. Această declanșare psihogenă a crizelor se întâlnește „la 50% dintre pacienții astmatici, indiferent de vârstă”. Copiii astmatici, care făceau crize acasă nu le mai reeditau când se aflau în altă casă sau la școală. Acțiunea benefică a „parentectomiei” se exercită numai acolo unde relațiile copilului cu ceilalți membri ai familiei sunt tensionate. Mulți pacienți se caracterizează printr-o slabă adaptare și prin dificultăți de relaționare datorită introversiei, egocentrismului, timidității și sensibilității excesive. Alții prezintă în prim plan suspiciune și ostilitate, culpabilitate. Băieții prezintă un comportament ilustrat printr-un slab control al impulsurilor, labilitate afectivă, iritabilitate, explozivitate, în timp ce fetele astmatice trăiesc lungi perioade distimice.

Mama astmaticului este dominantă, iar tatăl – șters, auxiliar, nonautoritar, incapabil să corecteze dezechilibrul dintre mamă și copil.

La acești pacienți se mai notează:

- teama față de apă și înec (anxietatea față de eventualitatea înecului în propriile-i fluide, secretate în timpul crizei astmatice);
- o acreditare negativ-anxiogenă a somnului (40% din crize se produc în timpul somnului și-l trezesc).



Ulcerul duodenal

Ulcerosi sunt niște personalități hiperexcitante, care nu se atașează ușor afectiv, cu o puternică stare de tensiune afectivă, cu reacții puternice de mânie și nemulțumire, intoleranță, alarme hipocondriace cu caracter cancerofob.

Acești pacienți prezintă un conflict inconștient. În acest sens, dorința de a fi hrănit a sugarului se manifestă în viața adultă prin dorința de a fi iubit, îngrijit, sprijinit. Este vorba de o fixație a pacientului asupra unor situații de dependență caracteristice fazelor inițiale ale dezvoltării psihice. Această dorință de dependență a pacientului, specifică primilor ani ai copilăriei intră în conflict cu Ego-ul adult, ale cărui caracteristici sunt independența și autoafirmarea. Evident, Ego-ul adult le reprimă.

Persoana apare deseori activă, ambițioasă, care ignoră odihna și relaxarea, exprimându-și disprețul pentru cei slabi și obligându-i pe ceilalți la supunere. În spatele acestei fațade însă sporește dorința secretă de a depinde de alții, de a accepta de la ei grija și afecțiunea. Când aceasta nu este realizată, apare o regresie psihologică la forma originară de dependență (hrănirea) asociată cu hipersecreția.

Colita ulcerosă

Unii bolnavi sunt imaturi emoțional, atașați mai ales de mamă, fiind persoane dificile, conflictuale (divorțați sau necăsătoriți), unde mama caută să-și mențină controlul asupra copilului și după ce acesta a devenit adult. Tații sunt descriși de pacienți buni, blânzi, pasivi și ineficienți, incapabili de a proteja copilul față de spiritul agresiv și dominitor al mamei. Trăsăturile de personalitate ale pacientului colitic sunt ilustrate prin tendința de ordine, punctualitate, conștiinciozitate, curățenie, meticulozitate, atitudini rigide față de moralitate, tendință spre standarde de comportament elevate, griji, obsesii, timiditate, atitudine intelectualizată și lipsa de umor, predispoziție de a căuta performanțe în sfera intelectuală (literatură artistică științifică), control sever al manifestărilor afective, ten-

dință da a rămâne singuratici, mândri. Sub fațada de ambiție, energie și eficiență se află sentimente de inferioritate, incertitudine și insecuritate.

Pe parcursul terapiei psihanalitice se depistează un abandon imaginar al mamei la vârsta de 2 ani și jumătate, vârsta educării sfincterelor. Colita ulceroasă reprezintă un mod de „*expulzie simbolică*” sau o reacție de eliberare a unui „obiect” încordat, care a fost sursa dezamăgirii, pierderii.

Artrita reumatoidă

Acești pacienți sunt timizi, corecți, conștiincioși, cu spirit de sacrificiu și conștiință de sine strictă, rigidă, moralizatoare, marcați de sentimente de inferioritate și de dispoziție depresivă, cu un înalt grad al conștiinței sociale, un simț exagerat al responsabilității față de obligațiile sociale și morale. În plus, ei posedă un control strict în exprimarea furiei și ostilității pe care și-o reprimă.

Încă în copilărie, aceste paciente aveau teamă față de mamă rece, agresivă și deci sentimente ostile față de ea, dar pe care nu le putea exprima din cauza dependenței sale. Acest protest reprimat contra mamei ulterior se va transfera asupra bărbaților și a membrilor familiei. Devenind mame, ele inversează situația și încep a-și controla copiii exact ca și atunci, cum ele erau controlate de mama. La ele se notează un control riguros asupra manifestărilor emoționale, tendința de a controla anturajul, soțul și copiii. De regulă sunt exigente față de proprii copii, dar pe de altă parte se neliniștesc și au grijă de ei. Ele demonstrează deschis repulsia față de rolul feminin. Ele achiziționează unele maniere bărbătești, luptă cu ei și refuză să se supună lor. Este interesant faptul că aceste femei își aleg bărbați pasivi. Mulți soți aveau chiar și unele defecte fizice. Pe parcursul evoluției bolii, bărbații acceptau rolul de îngrijitori. Deseori se angajează intens în activități fizice (muncă manuală și sport), fapt interpretat ca un mijloc preferat de descărcare a agresivității și ostilității.

Neurodermita

Această patologie deseori apare după moartea unei persoane iubite și în urma unei mâni reprimată. La acești subiecți se observă tendințe exhibiționiste, sadomazochiste, manifestări ale narcisismului. Pacienții își demonstrează corpul, având drept scop dobândirea atenției, dragostei. Exhibiționismul este folosit ca armă în această concurență și inevitabil conduce la sentiment de culpabilitate. Conform legii talion, pedeapsa trebuie să corespundă crimei; pielea, care servește drept instrument al exhibiționismului, devine locul suferinței morbide.

În cazul unor forme de prurit, un factor psihodinamic important este reprimarea excitației sexuale. În aceste situații ea este sursa juisanței erotice conștiente și se perzintă în calitate de echivalent al masturbării.

Localizarea acestor manifestări poate fi determinată uneori de conflicte: la față și păr când conflictul este afectiv sau familial; la brațe și gambe, când conflictul este profesional, financiar; pe coapse și genital, când conflictul este sexual.

Tireotoxicoza

Hipertireoza poate fi provocată de numeroși factori, cei mai importanți fiind trauma psihică și conflictul emoțional acut. Paciențele sunt foarte dependente de mama, se tem să piardă susținerea ei. Multe dintre ele și-au pierdut mama la naștere. Dar pe lângă această problemă există și altele – căsătoria nefericită a părinților, instabilitatea personală a unuia dintre părinți, repulsia părintească, nașterea unui nou copil în familiile numeroase și, ca rezultat, îndepărtarea copiilor mai mari de afecțiunea părinților. Din aceste considerente, persoanele fac o tentativă precoce de identificare cu cineva dintre părinți, de obicei cu mama („Dacă ea nu este alături, atunci eu ar trebui să devin la fel ca și ea, pentru a mă putea descurca singură.”). Această identificare precoce este peste măsura posibilităților lor fiziologice și psihologice și conduce la o luptă

permanentă. Chiar din copilărie ei încearcă să-și atribuie responsabilitatea, să fie utili, acceptând funcția maternă, astfel ei devin o a doua mamă pentru frați și surori, dorind chiar să rămână însărcinate, deși au frică de graviditate.

Metode de evaluare

- 1) control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice;
- 2) control curent – evaluarea conceptului de sănătate și normalitate, rolului factorilor psihologici în cadrul bolii, reacția psihologică legată de boală, comportamentul în boală, criteriile sănătății mentale, problema modelului de boală și importanța conflictului psihologic în declanșarea maladiilor;
- 3) control final – însușirea aspectelor psihologice ale bolnavului cu diferite afecțiuni, a medicinei psihosomatice, bolilor psihosomatice esențiale

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândașu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. București, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chi-rița. Psihologie generală și medicală. Chișinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iași, 1992.
5. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală și logopedie. Iași, 1988.
6. G. Ionescu. Psihologie clinică. București, 1985.
7. I. Cucu. Psihosomatica medicală, Edit. Medicală, București, 1980.

TEMA: RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Scopul seminarului: însușirea dialogului, inițierea comunicării, etapelor întâlnirii medic-pacient.

Obiective operaționale:

- a) categoriile comportamentului interpersonal;
- b) psihologia „situațională” a bolnavului;
- c) informarea pacientului de către medic;
- d) medicul și pretențiile pacientului;
- e) consimțământul;
- f) formarea și educarea bolnavului;
- g) complianța pacienților.

Deprinderi practice

Evaluarea etapelor de dialog între medic și pacient, rolului echipei de îngrijire.

Materiale la temă:

Este știut faptul că cel mai simplu act medical implică o relație interpersonală, un contact uman de tip special între cel, care ajută, și cel, care suferă cu scopul final de a alina suferința. *T. Sydenham* considera că medicul trebuie să trateze bolnavul așa cum el însuși ar dori să fie tratat, iar *G. Thibon* zicea că ceea ce cere pacientul de la medic este să fie tratat ca om de către un om. Bolnavul și medicul nu ignorează că fără ambianță de încredere terapeutică este imposibilă. Cu toate acestea, de multe ori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz științific, relația medic - pacient fiind transformată în realția experimentator-obiect. Aceasta a fost posibil datorită creșterii importanței laboratorului, rezultatelor noilor terapeutici, făcând pe mulți să nu ia în considerare decât boala (nu bolnavul). Mulți medici văd în pacientul din patul de clinică doar o ființă vie, dar nu și omul cu suflet. Medicul trebuie să fie util nu numai prin cunoștințele sale de specialitate, ci și prin sfaturile pe care le oferă în vederea unei reconstrucții sufletești și morale.

Un bolnav este în totalitate bolnav, întreaga sa persoană participă la această dramă. Bolnavul ia anumite atitudini față de boală, dar în același timp și anumite atitudini față de medici: încredere, stimă, simpatie, însă, posibil, și îndoială, teamă, dispreț, ură.

Relațiile medic-pacient fac parte din psihologia comportamentului interpersonal. În acest cadru se deosebesc cel puțin șapte categorii:

1) interacțiune socială (cooperantă sau competitivă), produsă de tendințe, care nu sunt propriu-zis de natură socială;

2) dependență, cuprinzând acceptare, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire;

3) afiliație, cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase;

4) dominanța, deci acceptarea de către alții a poziției de lider sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc;

5) sexualitate, cuprinzând proximitate fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;

6) agresiune, lezarea altora pe plan fizic, verbal etc;

7) autostimă și egoidentitate: acceptarea autoimaginii de către alții sau acceptarea imaginii pe care o au alții despre sine.

A ști să ascuți este prima condiție a unui dialog. Dar deseori bolnavul nu are cunoștințele medicale, care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termene proprii și precise. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvintele potrivite. El poate folosi cuvinte „goale” de conținut și cuvinte vagi. Este bine cunoscută ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sunt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Cum trebuie să procedeze medicul pentru a obține detaliile ce conțin informațiile necesare diagnosticului, fără a-l sugestiona pe bolnav să răspundă în sensul unui diagnostic preconceput, iată ceea ce nu se învață decât printr-o îndelungată experiență. Aici putem aminti doar acuzele cele mai supărătoare pentru diagnostic; ceea ce nu înseamnă că, din punct de vedere terapeutic, ele ar trebui negli-

jate, ci dimpotrivă. Valoarea simptomului subiectiv poate fi uneori mai mare decât valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator.

Oricum, medicul și pacientul nu privesc boala de pe aceeași platformă. Un diagnostic de tuberculoză înseamnă pentru medic o problemă de prognostic și de măsuri eficace. Pacientul se întrebă dacă diagnosticul este o „sentință la moarte”, dacă boala este o „pedeapsă” sau un „blestem”. A fi tuberculos este pentru mulți o situație, ce trebuie camuflată chiar față de propria conștiință (de aici apare tendința de a neglija tratamentul). S-a constatat că frecvența tuberculozei este mai mare printre cei care refuză să se supună explorărilor radiologice. Medicul este preocupat de primejdia socială pe care o reprezintă bolnavul și de autoritatea sa profesională. El, care este de multe ori un „dezrădăcinat” și, de obicei, un om cu bunăstare, care consideră, că „obiectivul nr. 1” nu poate fi decât sănătatea, nu va înțelege întotdeauna de ce un pacient opune rezistență la recomandăția de a-și schimba locul de muncă sau de a se muta într-o altă localitate cu o climă mai potrivită. Fără a cunoaște elementele de cultură autohtonă, de prejudecată și de superstiție din regiune, medicul va pricepe cu greu de ce femeile evită să nască în maternități sau de ce unii bolnavi refuză să admită un tratament psihiatric.

Problemele privind comunicarea dintre medic și pacient nu se rezumă la problemele de limbaj. Medicul trebuie să înțeleagă nu numai boala, ci și bolnavul. Această înțelegere înseamnă cunoaștere și comprehensiune, nu numai cunoștințe, înseamnă cunoașterea unui individ. În înțelegerea unui individ, sunt de evitat, mai întâi, două greșeli capitale: a) suprasimplificarea; b) proiecția (îi atribuim caracteristici, care sunt ale noastre). Cum reușim să ajungem chiar la individ? Aici intervin procedee „intuitive”, „instinctive” sau „imaginative”, care nu fac parte din arsenalul științific al medicului, dar care sunt ajutate de cultura literară.

Transpunerea aceasta imaginativă este o tentativă de a „înțelege” activitățile altora, care nu ne sunt imediat inteligibile; dar o adevărată înțelegere o realizează abia identificarea. Ceva mai puțin decât

empatia se realizează prin simpatie, care este o participare. O parte a ego-ului trebuie să fie angajată în procesul empatic („introduc” persoana în mine și mă identific cu ea), în timp ce altă parte menține distanța și „supraveghează”. Medicul, care se identifică cu pacientul (așa cum se identifică copilul cu părintele său), este „pierdut”; de asemenea, cel care are „dragoste” pentru bolnav. Pentru a evita complicarea relației cu elemente „erotice” (favorizate de explorările manuale etc.) se cer luate măsuri de precauție speciale.

În orice act medical găsim mai mult decât „lucruri reci”; găsim „un al treilea factor”, care este puntea de înțelegere între om și om. S-ar face un „dublu transfer psihologic”: medicul înglobează în sine suferința bolnavului și îi transferă voința de a se vindeca. În situația de transfer, bolnavul „ascultă” de medic ca și de părinte, de teamă ca să nu-i piardă afecțiunea.

Nu toți bolnavii vin la medic pentru a fi vindecați. Unii vin să găsească o detensionare, alții— pentru a găsi acoperire medicală a unei situații penibile. De exemplu, este cunoscut refugiul oferit de bolile căilor genito-urinare: bărbatul impotent își acuză prostata, în timp ce femeia frigidă își acuză vezica urinară.

În relația medic—pacient există și un schimb de stimulări și inhibiții între cele două părți „contractante”. Este una dintre faptele, care justifică aforismul lui Nietzsche: trebuie să fii născut pentru medicul tău, altfel „te paște primejdia”, acest aforism se poate inversa: medicul datorează mult încrederii bolnavilor, în ce privește succesul și echilibrul său interior. Acest fapt a fost admirabil sesizat de T. Tanco, care, atunci când își „alege” chirurgul, care să-l opereze, se gândește ca astfel să-i crească prestigiul între confrăți.

Medicul trebuie să evite să impună bolnavului idealul său personal de sănătate, să-l facă „după chipul și asemănarea sa”. Nicio dată nu trebuie să iutăm că bolnavul, care a căpătat încredere în medic, nu-i va ierta niciodată o dezamăgire.

Este interesant să accentuăm că pentru majoritatea bolnavilor dialogul propriu-zis cu medicul are o mare valoare de susținere; dar nu medicul pare a fi elementul esențial, ci convorbirea. Ameliorări ale stării mentale s-au putut obține chiar și prin dialoguri cu mașini cibernetice.

Psihologia „situațională” a bolnavului

A ști ceea ce trebuie pentru a îngriji un bolnav nu înseamnă numai a cunoaște numele bolii sale, ci și a înțelege „sensul situației bolnavului”.

a) *Situația „primitivă”* este aceea, care ne revelează pe bolnav căutând miracolul, minunea: este situația „magică”. Este denumită astfel, pentru că pacientul atribuie medicului puteri supraomenești, chiar divine. Bolnavii, care așteaptă „minunea”, sunt foarte numeroși, chiar printre oameni instruiți. La mulți bolnavi, boala însăși determină o regresie de mentalitate. Aproape fiecare bolnav ar vrea ca medicul său să fie înzestrat cu puteri supranaturale. Elementul magic este destinat, de obicei, să explice „de ce (de ce eu și nu altul, de ce aici și acum), în timp ce știința explică „cum” s-a produs boala.

Alții, din contra, suferind influența mediului cultural, atribuie cea mai mare importanță medicamentelor „noi”, suverane, considerate panacee. De multe ori, medicul nu poate să refuze aceste medicamente, care servesc (cel puțin) ca „vehicul” psihoterapeutic, mai ales atunci când o psihoterapie propriu-zisă pare dificilă.

b) *Situația de dependență*. Prin însăși boala lor, bolnavii sunt într-o stare de inferioritate, care este cu atât mai marcantă, cu cât Eu-l lor este mai slab. Uneori adultul devine prin boală un copil. Freud, care a pus această relație în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice, a propus, pentru a o desemna, termenul de transfer. El reprezintă o proiecție asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), pe care bolnavul le-ar fi avut mai înainte în relațiile cu un părinte (sau cu o persoană din jurul său, care ținea loc de părinte).

Sub numele de contrtransfer se descriu atitudinile negative ale medicului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și ar avea originea în identificările și proiecțiile iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul „vede” în pacient pe altcineva, o persoană, care a jucat un rol important în biografia sa afectivă. Acest contrtransfer are o acțiune

defavorabilă actului terapeutic, psihanaliza recomandă ca orice medic să-și facă lui însuși, în primul rând o psihoterapie, în așa fel, încât propriile sale probleme psihologice, ale inconștientului, să nu se interfereze cu cele ale bolnavului.

La un moment al dezvoltării sale, transferul poate să ia forma dragostei. Această „dragoste”, conștientă sau nu, apare mai ușor și este mai ușor exteriorizată, dacă medicul și bolnavul sunt de sex diferit.

c) *Complexul paternalist*. S-a semnalat posibilitatea de apariție la medic a unui complex de acest tip. Dacă, prin regresivitate, conduita bolnavului se organizează pe poziții infantile, conduita medicului se constituie corespunzător modului paternal. Medicul manifestă o atitudine paternală pentru diverse motive. Autoaprecierea pe care o face despre rolul său dominator, nevoia sufletească de a acționa asupra altora, ambiția de a avea o situație deosebită personală în profesie, dorința de a-și câștiga un prestigiu, manifestările de rivalitate agresivă pentru a reuși, sunt tot atâtea circumstanțe psihologice, care favorizează rolul de „tată”. Medicii, care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care și-au refuzat dorințele de cucerire, pot ajunge (datorită unei nevoi de compensare) să caute satisfacții de „valorizare” pe lângă pacienții lor. Medicul, care vrea să facă totul singur, să se ocupe numai el de toate suferințele bolnavului său, corespunde acestui complex de autoritarism paternalist. Acțiunea lui poate fi de multe ori antisocială și antimedicinală, când îl lipsește pe bolnav de competența altora de care ar avea nevoie.

Medicul și pretențiile pacientului

Medicul trebuie de la bun început să creeze o atmosferă de destindere și încredere pentru bolnav. Anumiți bolnavi, printr-un fel de antrenament datorit deselor frecvențe ale cabinetelor medicale, au pierdut emotivitatea primelor contacte, având aerul că vor să domine ei contactul cu medicul și manifestă o oarecare

agresivitate împotriva oricărei tentative de pătrundere indiscretă în intimitatea lor.

Din ce în ce mai frecvent întâlnim bolnavi, care ajuns la concluzia unui diagnostic pe baza unor cunoștințe medicale, pe care astăzi le posedă orice om cu oarecare cultură. Medicul va accepta aceste interpretări cu mult simț critic și nu le va respinge dintr-o dată, brutal, cu ironie sau cu o enervare, ce ar traduce în primul rând susceptibilitatea sa față de pătrunderi ilicite în domeniul său de competență. El trebuie să știe să găsească momentul propice pentru a demonstra bolnavului, căruia i-a captat încrederea, care este diagnosticul corect și terapeutica oportună.

În linii generale, medicul nu trebuie să se lase condus de bolnav, care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci și tratamentul, deși este obligat să țină seama de idiosincraziile acestuia, de experiența sa de „bolnav”, de ameliorările obținute cu anumite terapeutici.

În alte cazuri, medicul poate fi bine intenționat, tolerant și înțelegător, iar bolnavul cooperant, participă eficient la terapeutica indicată; dar, cu toate eforturile reciproce, ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a „instalat în boala sa organizată. Intervin aici, uneori, mecanisme inconștiente, ce întrețin boala pentru „avantajele” sale.

Informați despre progresele farmacologiei, pacienții pretind medicamente nu numai pentru boală și durere, ci și pentru orice senzații neplăcute fizice și mentale. Această hipocondrie i-a împins pe medici în atitudinea de a face ceva. Refuzul bolnavului de a primi un tratament este interpretat ca semnul unei boli incurabile sau ca dovadă a incapacității profesionale a medicului. O cauză importantă a polifarmaciei este însă și reclama medicamentelor legată de dezvoltarea industriei farmaceutice. Probabil că antibioticele sunt prescrise corect (în SUA) abia în $\frac{1}{10}$ de cazuri. Menționăm că la mai mult de $\frac{1}{6}$ dintre pacienți există reacții „adverse” la droguri, neplăcute și neașteptate.

Informarea pacientului de către medic

Ne punem întrebarea când, cum și cât din adevăr și detalii asupra bolii trebuie comunicate celui suferind. Forma, sub care urmează să-i prezentăm realitatea, este în funcție de personalitatea bolnavului, de natura bolii lui și de personalitatea medicului.

a) Când un bolnav vine să ne consulte pentru o suferință certă, iar medicul nu găsește nimic lezional-organic, este o greșală să se spună pacientului că „nu are nimic”. Este o eroare să i se propună un tratament fără a i se anunța diagnosticul, ceea ce conduce la nemulțumiri justificate din partea pacientului. Pacientul are și el o „nevoie de a ști”, mai ales astăzi, când nivelul de informare generală și de cultură medicală este relativ ridicat.

b) În special atunci, când este vorba de afecțiuni cronice, de boli antrenând incapacitatea de muncă prelungită, de readaptare funcțională și profesională, medicul trebuie să aibă multă răbdare și tact pentru a face ca bolnavul să-și accepte boala. Este necesar să se acorde timp suficient pacientului pentru a-l ajuta să înțeleagă ce are și ce trebuie să facă.

c) „Nevoia de a ști” a celor mai mulți bolnavi ține de anxietate, dar un coeficient important revine și curiozității în legătură cu cele ce se petrec în „mașina” omenească.

h) În bolile grave (și nu numai în cele 100% letale) se pune problema protecției bolnavului contra diagnosticului. Familiei trebuie să i se comunice diagnosticul, dar cu anumite rezerve. Unor membri ai familiei, foarte sensibili, pentru care pierderea bolnavului ar fi extrem de dureroasă și care sunt pentru pacient sprijinul de fiecare minut, adevărul nu trebuie să fie mărturisit pe de-a întregul. Pe de altă parte, este obligatoriu de a lăsa, în orice situație, o urmă de speranță, legată, de exemplu, de posibilitatea apariției unei noi terapeutici. Scopul medicului este de ajuta pacienții să supraviețuiască cât mai mult timp posibil în cel mai bun confort fizic și moral.

Consimțământul

Consimțământul decurge dintr-un principiu fundamental, care este libertatea bolnavului. Nici un medic nu o poate pune în discuție, în afară de anumite cazuri particulare (bolnavi inconștienți, mentali etc.). Nu trebuie nici să abuzăm de slăbiciunea momentană a voinței bolnavului, din cauza bolii, pentru a-i smulge consimțământul pentru acte terapeutice discutabile sau riscante.

Formarea și educarea bolnavului

Deseori medicul nu poate fi disponibil, el are oboselile și îndoielile lui, problemele sale de viață. Pacientul nu apreciază întotdeauna efortul și ajutorul medicului, nu-i acordă întotdeauna încrederea și respectul cuvenit etc. În acest dialog este nevoie de tact, finețe, de înțelegere și compasiune din partea medicului, dar în același timp este necesară și educarea bolnavului în ceea ce privește atitudinea sa față de boală și atitudinea față de medic. Gratuitatea asistenței medicale ocazională abuzuri din partea bolnavilor (chemări la domiciliu pentru ușoare indispoziții, solicitarea ajutorului de urgență pentru probleme banale. De aceea necesitatea formării pacientului în vederea unei comportări adecvate este indiscutabilă. Un bolnav „format” va putea compensa deficiențele momentane ale medicului.

Inițierea comunicării

În special la prima întâlnire medic-pacient, atmosfera, locul consultației pot juca un rol determinant. Ele pot permite afirmarea identității celor doi, prevenind amestecul rolurilor. Atitudinea prietenoasă, sinceră favorizează comunicarea. Desfășurarea consultației nu trebuie să se facă pe culoar, în lift, gata de urcarea în mașină etc. Medicul trebuie să se prezinte nu ca, de exemplu doctul X, doctor în medicină, cea mai rezonabilă soluție fiind utilizarea simplă a titulaturii de „doctor”, iar pentru studenții în medicină – „sunt studentul Y și fac parte din echipa, care va avea grijă de dvs., pe parcursul șederii la noi.” Folosirea numelui pacientului este recomandabilă la întâlnirea inițială, putându-se trece la foloșirea prenumelui atunci când relația s-a mai consolidat

sau când pacientul solicită explicit acest lucru. Ar fi bine excluderea musafirilor nepoștiți, de exemplu a unei asistente curioase. În cabinet medicul nu trebuie să abuzeze de factori de natură a-i crește artificial (până la ridicol) prestigiul: abundența de diplome, telefonul, care sună neîncetat, scaunul rotativ (cu mai multe grade de libertate decât al pacientului). Să acorde atenție tuturor simptomelor evocate de pacient. Pacienții sunt de cele mai multe ori anxioși când trebuie să vină la medic. Această anxietate poate fi diminuată printr-un comportament prietenesc din partea doctorului, de exemplu salutându-l, adresându-i-se pe nume și dând mâna cu el, rugându-l să ia loc, unde el vrea și inițiind o discuție, iar ținuta de stradă a medicului, la fel, relaxându-l. Prima întrebare trebuie să fie deschisă, de genul: "Ei bine..."sau" Cu ce vă pot ajuta?". Medicul trebuie să asculte în liniște, fără să întrerupă mărturisirea inițială a bolnavului. Ulterior va trebui să rezume spusele bolnavului, utilizând cuvintele pacientului. Scopul este de a i se confirma că medicul a înțeles exact mesajul. Pacienții își amintesc cel mai bine ceea ce li se spune în primul minut după terminarea examinării clinice. Medicul trebuie să fie neutru din punct de vedere afectiv față de bolnavul pe care îl îngrijește, deoarece acesta fie că îl iubește sau nu, el așteaptă de la medic să fie vindecat de boala sa. Constatarea și recunoașterea bolii sunt situații „realiste”, care reprezintă premisa unui tratament eficace și rațional.

Complianța pacienților

Ideea, după care bolnavul înțelege complet și corect instrucțiunile de regim și de tratament medicamentos, le reține și le execută întocmai, nu corespunde realității decât într-un număr restrâns de cazuri „ideale”. Trebuie să luăm în considerare întotdeauna o distorsiune emoțională, defecte de memorie (care în cazul bolnavilor vârstnici fac parte din starea, ce necesită tratament), neglijente sau chiar atitudini necorespunzătoare din partea pacientului. Administrarea sub supraveghere strictă nu este posibilă nici în spitale.

Participarea activă a pacientului presupune atitudine cooperantă, o anume poziție față de propria boală, o bună atenție și o bună

memorie. O parte a vinei de noncompliantă o are examinarea superficială, graba medicului, rutina în prescripție, neglijarea aspectelor psihosomatice, recomandările nerealiste sau „perfectioniste”, efectele adverse ale medicațiilor. Noncompliantă este uneori deliberată, alteori ține de teamă, de neîncredere, de prejudecări față de „nou”, de interferențe cu o automedicație camuflată. Nu pot fi neglijate diferențele socioculturale între populații: acolo, unde educația se face în sensul respectului autorității, este de așteptat o compliantă satisfăcătoare.

Ca retrospectivă, putem spune că medicina nu este o știință abstractă, ci una practică, dar ea nu se aplică materiei. Supunerea ei specială și exclusivă la om „este ceea ce o face să fie o știință incomparabilă. “Medicina este o știință adresată omului și nu bolii, omului bolnav și nu bolii omului.

Metode de evaluare

1. Control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice.
2. Control curent – evaluarea categoriilor comportamentului interpersonal, psihologiei „situaționale” a bolnavului, informarea pacientului de către medic, medicul și pretențiile pacientului.
3. Control final – însușirea formării și educării bolnavului, complianța pacienților, rolului echipei de îngrijire.

Durata seminarului – 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândașu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. București, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chi-rița. Psihologie generală și medicală. Chișinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iași, 1992.
5. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală și logopedie. Iași, 1988.
6. G. Ionescu. Psihologie clinică. București, 1985.
7. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. București, 1983.
8. Cucu C. Ioan. Psihologie medicală. București, 1980.

TEMA: ASPECTE PSIHOLOGICE ALE SUICIDELOR. MOARTEA ȘI DOLIUL – PROBLEME ALE PSIHOLOGIEI MEDICALE. CORELAȚII PSIHOLOGICE ÎN CANCER

Scopul seminarului: însușirea factorilor de risc în suicide și doliu, managementul acestor pacienți, aspectele psihologice în cancer, deces și moarte.

Obiectivele operaționale:

- a) factorii de risc în suicide, managementul pacienților suicidari;
- b) motivele doliului, stadiile, doliul la părinți și copii;
- c) aspecte psihologice în cancer;
- e) decesul și moartea, reacțiile și managementul pacienților terminali.

Deprinderi practice:

Evaluarea managementului pacienților suicidari și terminali, prezentarea bolnavilor și discuția asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Aspecte psihologice ale suicidelor

Suicidul este moartea intenționată autoindusă. Anual, în Statele Unite se sinucid în jur de 35.000 de persoane. Rata este de 12 persoane la 100.000 într-un an; încearcă să se sinucidă în jur de 250.000 de persoane. Pe plan mondial, Statele Unite au o poziție de mijloc din punctul de vedere al numărului sinuciderilor (de ex., rata respectivă în țările scandinave este de 25 la 100.000 de locuitori). Rata cea mai scăzută se înregistrează în Spania și în Italia. La bărbați sinuciderile realizate sunt de două ori mai numeroase decât la femei. Femeile comit de zece ori mai multe tentative de sinucidere comparativ cu bărbații. Bărbații folosesc metode violente mai frecvent decât femeile (de ex., arme de foc și nu medicamente). Riscul crește cu vârsta. La bărbați vârful riscului de sinucidere apare după vârsta de 45 de ani; la femei vârful se constată după 65 de ani. Persoanele mai în vârstă încearcă mai rar să se sinucidă, dar reușesc mai frecvent. După vârsta de 75 de

ani, rata sinuciderilor crește la ambele sexe. În prezent creșterea cea mai rapidă a ratei se înregistrează la bărbații tineri în vârstă de 15–24 de ani. Două din fiecare trei sinucideri sunt comise de bărbați de rasă albă. Riscul este mai mare la americanii nativi („indieni”) și la inuiți, („eschimoși”), cea mai ridicată – la protestanți, iar cea mai scăzută – la catolici, evrei și musulmani. Rata este mai mare la persoanele necăsătorite decât la cele căsătorite; este ridicată la persoanele divorțate; decesul partenerului marital mărește riscul. Boala medicală sau chirurgicală constituie un factor de risc, în special dacă se asociază cu durere sau dacă este vorba despre o boală cronică sau terminală. O proporție de 50% din persoanele, care se sinucid, sunt depresive. Pe de altă parte, 15% dintre bolnavii depresivi se sinucid. Zece la sută din persoanele, care se sinucid, suferă de schizofrenie. O tulburare prin uz de substanțe mărește riscul de sinucidere, în special dacă persoana respectivă este și depresivă. Tulburarea de personalitate borderline se asociază cu o rată ridicată a comportamentului parasuicidar. Demența, deliriumul, stările de panică măresc riscul.

Factori de risc în suicide:

- a) dorința de a muri lipsită de ambiguitate;
- b) șomajul;
- c) senzația de lipsă a speranțelor;
- d) adunatul medicamentelor;
- e) probabilitatea redusă de a fi salvat;
- f) posesia de armă/ arme de foc;
- g) istoricul familial de suicid;
- h) fantezii de reunire cu persoane iubite, care au murit.

Trebuie să memorizăm următoarele:

1. Nu lăsați pacientul suicidar singur; îndepărtați din încăperea orice obiecte potențial primejdioase.
2. Apreciați dacă tentativa acestuia a fost planificată sau impulsivă.
3. Pacienții cu depresie severă pot să fie tratați ambulator;

dacă familiile pot să îi supravegheze îndeaproape și dacă tratamentul poate să fie instituit repede. Dacă aceste condiții nu sunt întrunite, este necesară spitalizarea.

4. Ideea suicidară a pacienților alcoolici se remite, în linii generale, după abținerea, în decurs de câteva zile. Dacă depresia persistă și după ce semnele fiziologice ale sevrajului alcoolic s-au rezolvat, este justificată suspiciunea fermă a unei depresii majore. Toți bolnavii suicidari sub intoxicație cu alcool sau droguri trebuie reevaluați mai târziu, după detoxicare.

5. Ideile de sinucidere ale pacienților cu schizofrenie trebuie luate în serios, pentru că aceștia tind să folosească metode violente, foarte letale și, uneori, bizare.

Da-uri și Nu-uri la pacientul suicidar

1. Da, întrebați despre ideile de sinucidere, în special despre planurile lui de a-și face vreun rău. Faptul că întrebați despre sinucidere nu va „implanta” bolnavului această idee.

2. Nu ezitați să întrebați bolnavul, dacă „ar dori să moară”. Abordarea problemei fără ocolișuri este cea mai eficientă.

3. Da, aveți grijă ca interviul să se desfășoare într-un loc sigur.

4. Nu oferiți false reasigurări (de ex., „Mai toți oamenii se gândesc să-și ia viața într-un moment sau altul”).

5. Da, puneți întrebări despre tentative de sinucidere anterioare, care pot să fie legate de tentative viitoare.

6. Da, puneți întrebări cu privire la accesul la arme de foc.

7. Nu lăsați bolnavul să plece de la departamentul de urgență/camera de gardă, dacă nu sunteți sigur că nu își va face vreun rău.

8. Nu presupuneți că familia sau prietenii vor putea să supravegheze pacientul timp de 24 de ore din 24. Dacă este necesară o astfel de supraveghere, spitalizați bolnavul.

9. Administrați-i tranchilizante.

Durerea datorată pierderii, doliul și travaliul de doliu.

Pierderea, doliul și travaliul de doliu sunt termeni în general sinonimi folosiți pentru a descrie sindromul precipitat de pierderea unei persoane iubite.

Doliul poate să apară și din motive nelegate de moartea unei persoane iubite:

(1) pierderea unei persoane iubite prin despărțire / separare, divorț sau detenție;

(2) pierderea unui obiect sau a unei circumstanțe cu încărcătură emoțională (de ex., pierderea unei posesiuni dragi sau a unei slujbe sau poziții valorizate);

(3) pierderea unui obiect fantazat al iubirii (de ex., moartea intrauterină a fătului, nașterea unui copil malformat);

(4) pierderea, care rezultă dint-o lezare narcisică (de ex., amputație, mastectomie).

Trebuie să memorizăm următoarele:

A. Da, încurajați ventilarea simțămintelor. Permiteți pacientului să vorbească despre acei pe care i-a iubit. Pot fi utile reminiscentele despre experiențe pozitive.

B. Nu spuneți unei persoane în doliu că nu trebuie să plângă sau să se mânieze.

C. Da, încercați ca un mic grup de oameni, care l-au cunoscut pe decedat să discute despre acesta în prezența persoanei îndoliate.

D. Nu prescrieți medicație antianxioasă sau antidepresivă drept tratament regulat, de durată. Dacă persoana îndoliată devine acut agitată, este mai bine să oferiți consolări verbale și nu o pilulă. Totuși, pe termen scurt pot să ajute mici doze de medicație (5 mg de diazepam – valium).

E. Da, țineți seama că vizitele scurte și frecvente la psihiatru sunt mai utile decât câteva vizite lungi.

F. Da, țineți seama de posibilitatea unei reacții de doliu întârziate, care apare la câțva timp după deces și constă din modificări comportamentale, agitație, labilitate dispozițională și abuz de substanțe. Astfel de reacții pot să survină în apropierea aniversării unui deces (reacție aniversară).

G. Da, țineți seama că înainte de producerea propriu-zisă a pierderii, poate să aibă loc o reacție de doliu anticipativă, care poate

să reducă intensitatea reacției de doliu acute din momentul producerii reale a pierderii. Dacă este recunoscut atunci când are loc, acesta poate să fie un proces util.

H. Da, rețineți că persoana în doliu după decesul unui membru de familie, care s-a sinucis, s-ar putea să nu dorească să discute despre sentimentele sale, din teamă de a nu fi stigmatizată.

Decesul și moartea

Stadiile nu se manifestă întotdeauna în ordinea prezentată. Pot să existe salturi de la un stadiu la altul. Mai mult, copiii mai mici de 5 ani nu înțeleg moartea; ei o privesc ca pe o separare, asemănătoare somnului. Între vârsta de 5 și 10 ani, ei devin din ce în ce mai conștienți de moarte drept ceva care li se întâmplă altora, în special părinților. După vârsta de 10 ani, copiii conceptualizează moartea drept ceva ce li se poate întâmpla chiar lor.

Trebuie să memorizăm următoarele:

A. Nu adoptați o atitudine rigidă (de ex., "Eu îi spun întotdeauna bolnavului ce are"); lăsați ca bolnavul să vă fie ghid. Mulți pacienți vor să-și cunoască diagnosticul, în timp ce alții nu vor. Informați-vă cât de mult a aflat și înțelege deja bolnavul în legătură cu prognosticul său. Nu reprimați speranțele bolnavului și nu penetrați negarea adoptată de către bolnav, dacă aceasta este defensă majoră, atâta timp cât bolnavul rămâne capabil să obțină și să accepte ajutorul, care îi este necesar. Dacă bolnavul refuză să obțină ajutor din cauza negării, ajutați-l treptat și cu blândețe să înțeleagă că ajutorul este necesar și disponibil. Reasigurați bolnavul că va fi îngrijit indiferent de comportamentul său.

B. Da, rămâneți cu bolnavul pentru o perioadă de timp după ce i-ați spus despre condiția sau diagnosticul său. Poate să intervină o perioadă de șoc. Încurajați pacientul să pună întrebări și dați răspunsuri, care să reflecte adevărul. Spuneți-i că vă ceti întoarce pentru a răspunde la toate întrebările pe care le vor avea bolnavul sau familia sa.

C. Da, reveniți după câteva ore, dacă este posibil, ca să verificați care este reacția bolnavului. Dacă pacientul manifestă anxietate, se pot prescrie 5mg de diazepam la nevoie, timp de 24 până la 48 de ore.

D. Da, comunicați membrilor de familie datele medicale reale. Încurajați să viziteze bolnavul și permiteți-i acestuia să vorbească despre fricile sale. Membrii de familie nu numai că trebuie să facă față pierderii unei persoane iubite, ci se confruntă și cu propria mortalitate personală, care produce anxietate.

E. Da, verificați întotdeauna dacă există vreun „testament cu privire la viață” sau dacă pacientul sau familia au dorința de a nu resuscita. Încercați să anticipați dorințele lor cu privire la procedurile de susținere vitală.

F. Da, înlăturați durerea și suferința. Nu există nici o rațiune de a nu administra narcotice unui pacient muribund, de frica dependenței. Managementul durerii trebuie să fie visuros.

Corelații psihologice în cancer

Rezistența organismului față de agenții mutageni și față de celulele mutante este hotărâtoare pentru instalarea bolii canceroase. Cancerul este pus în legătură cu temperamentul melancolic, constituție inertă, greoaie, ca și al destinului personal cu catastrofe, teamă și tristețe, traume psihice puternice, copilărie traumatizată. Cancerul este boala nefericiților, a celor chinuiți sau care se chinuiesc singuri. Deși persoanele se tem de moarte, nu doresc să trăiască – *sau/sau*. La ei există o inabilitate de a găsi soluții de compromis în problemele de viață interioară. Individul lunecă în conflicte, care nu pot fi manipulate, descărcate și care nasc sentimente de vină sau agresiuni de tip bumerang. Fumători / nefumători – 4,5:1. Pacienții sunt frecvent autoritari, rigizi și conformiști din punct de vedere social, prestigiul social are aici o mare importanță. Este adeseori evident narcismul lor. Rolul cancerigen al văduvei – pierdere, despărțire, tristețe, griji. Există tendința ca după moartea unui partener conjugal, celălalt să moară

din cauza aceleiași boli. Cr crește în perioadele de crize economice și politice, cât și în perioadele de nesiguranță socială. Rata Cr pare mai mare la „părțile inferioare”. Rezistența maximă aparține tipurilor puternic și echilibrat. Leziunea este o noutate negativă, este un simbol al morții, pacientul este brusc și puternic lovit de distrugerea unui viitor predictibil, parte adesea dominantă a Eului său. Repetând în gând constatarea situației, ea încetează să mai fie o noutate, devine o situație curentă. Cc. 89% din canceroși doreau să știe adevărul.

Metode de evaluare

1. Control preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice.
2. Control curent – evaluarea factorilor de risc în suicide, motivele doliului, aspecte psihologice în cancer, decesul și moartea, reacțiile pacienților terminali.
3. Control final – însușirea managementului pacienților suicidari, stadiile doliului la părinți și copii, managementul pacienților terminali.

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândașu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. București, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chirița. Psihologie generală și medicală. Chișinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iași, 1992.
5. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală și logopedie. Iași, 1988.
6. G. Ionescu. Psihologie clinică. București, 1985.
7. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. București, 1983.

TEMA: PSIHOTERAPIA – SCOP, OBIECTIVE, ISTORIA ACESTEI DISCIPLINE. INDICAȚII ȘI CONTRA-INDICAȚII. METODE. HIPNOZA, TRAENINGUL AUTOGEN, PSIHOTERAPIA DE GRUP COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ.

Scopul seminarului: însușirea scopului, obiectivelor, indicațiile și contraindicațiile psihoterapiei, clasificarea și metode

Obiectivele operaționale:

a) scopul, obiectivele, istoria acestei discipline, accesibilitatea, indicațiile și contraindicațiile psihoterapiei.

b) clasificarea, metode.

c) caracteristicile hipnozei, trainingului autogen, psihoterapiei de grup, psihodramei moreniane, terapiei comportamentale, terapiei cognitive, psihoterapiei nondirective, terapiei tranzacționale de grup, Gestalt – terapiei, psihoterapiei psihanalitice, psihanalizei.

Deprinderi practice: Evaluarea metodelor de psihoterapie, prezentarea bolnavilor și discuție asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Psihoterapia este un sistemă de influență a personalității terapeutului asupra personalității pacientului în scopul înlăturării manifestărilor psihopatologice și psihologice nedorite. Psihoterapiile moderne își găsesc originea în tradiția magico- religioasă și în tradiția empirică. Prima urmărește ușurarea suferințelor grație intervenției forțelor supranaturale, a doua se realizează pe o înțelegere științifică a omului.

Caracteristicile comune tuturor școlilor de psihoterapie sunt:

- Trezirea și menținerea încrederii bolnavului.
- Intensificarea emoțiilor pozitive.
- Întărirea sentimentului de stăpânire de sine în cursul experiențelor reușite.

Accesibilitatea:

- Pacientul nu a depășit vârsta de 45 ani.
- Pacientul dorește în mod real să se vindece.
- Pacientul dispune de o capacitate comprehensivă de nivel mediu/ bun.
- Personalitatea nu este structurizată ca o dizarmonie de nucleu.
- Boala nu este constituită într-un timp îndelungat.

Indicații:

- Nevroze (nevroza anxioasă, isterie, nevroza obsesională, fobii).
- Perturbări adaptative (în special de integrare socială).
- Probleme de cuplu.
- Criza de adolescență.
- Dezechilibrul psihic provocat de o situație stresantă sau traumatizantă, pe care persoana nu o poate depăși (eșec, dificultăți profesionale, dificultăți familiale, doliu).
- Depresii ușoare.
- Tulburări de dinamică sexuală.
- Boli psihosomatice.
- Dizarmonii de personalitate.
- Toxicomanii, perversiuni sexuale (limitat).
- Cazuri borderline (limitat).
- Psihoze (o anumită formă de psihoterapie și doar în anumite cazuri).

Se impun unele elemente ale formării psihoterapeutului:

- Pregătirea științifică generală în medicină somatică pentru a putea discrimina suferința organică de cea psihică
- Cunoașterea personalității bolnavului, aceasta se poate realiza pentru pregătire în domeniul psihologiei persoanei și al psihosomaticii
- Adecvarea tehnicii psihoterapeutice nozologiei psihiatrice,

în care se încadrează bolnavul, rezultatele cele mai bune fiind obținute în suferințele nevrotice, dar și în debutul unor psihoze și în remisiunile acestora.

Clasificare:

- *Metode sugestive.*
- *Metode de antrenament autogen.*
- *Terapiile de grup, cognitiv-comportamentale.*
- *Psihanaliza și psihoterapia psihanalitică.*

Hipnoza

Hipnoza a fost folosită în scop terapeutic pentru prima dată de F. A. Mesmer, medic vienez, anii 70, v. XVIII, denumind-o „magnetism animal”. Denumirea de hipnoza se leagă de numele lui J. Braid în 1843, un chirurg englez. Charcot este cel care introduce hipnoza în clinică, apoi Bernheim. Dacă lăsăm pacientul în această stare și nu întreținem cu el raportul verbal, atunci în curând somnul hipnotic trece în cel obișnuit. Este cu mult mai ușor să hipnotizezi un pacient care vrea să doarmă. De aceea, prima ședință e de dorit să fie efectuată după amiază sau în orele serii. Este important ca pacientul să se așeze comod sau să se culce pe canapea, în poziția în care el de obicei adoarme. Dacă rămâne în picioare, ședința poate fi realizată mai greu, din cauza mulțimii de excitanți interoceptivi, care vin de la mușchi, ligamente spre creier. Este necesară liniștea, lipsa luminii puternice și a frigului. Pentru introducerea în hipnoză se folosesc excitanți vizuali slabi, rugând ca pacienții să privească, fără ca să clipească din ochi la un obiect, care lucește (o bilă de sticlă, ciocănașul); excitanți auditivi slabi – sunetul metronomului sau slabi excitanți tactili, atunci când medicul trece ușor cu mâinile de-a lungul corpului pacientului (pasele).

Tehnica

În primul rând se explică caracterul reversibil al simptomelor. Ulterior se explică în ce constă această metodă curativă și că pacientul poate auzi vocea medicului.

Probele pentru sugestie

Cu eprubetele; cu mâinile în lacăt; cu mâinile pe ceafă, etc.

Metoda verbală

În această metodă intonația este importantă. Se poate utiliza următoarea formulă:

- Închideți ochii dvs.
 - Nu vă gândiți la nimic altceva.
 - Nu încercați să stopați apropierea somnului.
 - Somnul va veni singur de la sine.
 - Respirați liniștit.
 - Eu voi socoti și de fiecare dată somnolența va crește – 1,2,3.
 - Respirația este liniștită.
 - Relaxare completă.
 - Odihnă completă – 4,5,6,7.
 - Vocea mea vă liniștește și vă adoarme din ce în ce mai tare 8,9,10.
 - Sunteți copleșit de o somnolență irezistibilă. Doriți să dormiți mai tare și mai tare –11,12.
 - Dormiți adânc, cât mai profund. Și așa până la 20,30 sau 40.
- După care urmează sugestia în rapport.

Dehipnotizarea

De regulă greutăți nu se observă. Până a-l trezi, pacientului i se insuflă, că el se simte bine.

- Acuma dvs vă veți trezi.
- Vă veți simți minunat.
- Vați odihnit foarte bine.
- După ce vă veți trezi, vă veți simți plin de energie.
- Acuma la numărul 12 vă veți trezi.
- 1,2,3,4,5 – Vă treziți din ce în ce mai tare.
- Somnul dispare, 6,7,8.
- Încă mai tare vă treziți, 9,10,11,12.
- Treziți-vă.

Antrenamentul autogen.

Reprezintă o metodă psihoterapeutică de relaxare. Este utilizată în scopul creșterii capacității vitale. A fost elaborată de psihiatrul german *J. H. Schultz* între anii 1908–1912 și constă în practicarea, pe fondul relaxării musculare cât mai profunde, obținute pe baza anumitor poziții cheie, a unor exerciții eșalonate pe două cicluri (inferior și superior). Durata fiecărui exercițiu variază între 5–30 min ședința, 15 zile în medie pentru fiecare exercițiu, 3–6–12 luni de antrenament.

Ciclu inferior

Ex.I. *Obținerea stării de calm prin autosugestie, referitor la senzație de greutate.* Repetă în minte fără nici o încordare formula – mâna dreaptă e grea – 6 ori. Eu sunt absolut calm – 1 dată. După prima săptămână senzațiile de greutate se difuzează la ambele mâini, picioare, și în sfârșit pe tot corpul.

Ex.II. *Obținerea senzației de căldură.* Corpul este greu 1–2 ori. Eu sunt absolut calm – 1 dată. Mâna dreaptă e caldă – 5 ori. Apoi mâinile, corpul.

Ex.III. *Obținerea bătailor regulate ale inimii.* Inițial se obțin senzațiile de greutate, căldură, calm. Ulterior se repetă în minte de 5–6 ori formula „Inima bate liniștit și puternic”.

Ex. IV. *Reglarea respirației.* Repetarea primelor III. Apoi se repetă în minte de 5–6 ori formula – „Respirația este liniștită”.

Ex. V. *Acțiune asupra organelor cavității abdominale.* Repetarea primelor IV. Apoi se repetă în minte de 5-6 ori formula „Plexul este cald, degajă căldură”.

Ex. VI. *Obținerea senzațiilor de frunte răcoroasă.* Repetarea primelor V. Apoi se repetă în minte de 5–6 ori formula „Fruntea este plăcut răcoroasă”.

Ciclu superior

Vizualizarea unor obiecte concrete și abstracte, realizarea expresivă a unor dorințe, perceperea unor răspunsuri din inconștient. O stare de nirvana.

Psihoterapia de grup

J. H. Pratt Boston, 1907. (Grupul pentru ameliorarea moralului bolnavilor de tuberculoză). Aceste modalități terapeutice au la bază concepția că grupul modifică subiecții, care îl alcătuiesc. Între aceste persoane se stabilesc relații psihologice reciproce atât manifeste, cât și latente. Forma cea mai cunoscută este psihodrama moreniană, inițiată de Jacob L. Moreno, un român care a lucrat în Viena și apoi a emigrat în SUA. Ea a fost elaborată în 1911 și modificată în 1921 și constă în jocul pe scenă al bolnavilor în decursul căruia își exteriorizează conflictualitatea, conținutul inconștientului lor, prin mijloace verbale și extraverbale (pantomimă), având un efect catarctic, de eliberare a tensiunii emoționale, și constituind un antrenament adaptativ la problemele vieții reale. Moreno așază subiectul într-o situație dramatică critică, neprevăzută, pentru a observa cum joacă spontan. Explorarea în grup permite comportamentului să iasă la iveală și să fie evaluat de acest grup. Catarsis este eliberarea de starea sa de conflictualitate intimă și de emoții prin evidențierea lor în jocul psihodramei). Grupurile pot fi mari (15+); mijlocii (7-14) și mici (2-6) în afară de psihoterapeutic. Așezarea participanților trebuie să se facă în cerc, recomandându-le ca relațiile lor să se limiteze nu-mai la acelea din timpul ședințelor. Grupurile tind să se întâlnească de una - două ori pe săptămână, de obicei timp de o oră și jumătate. În funcție de diagnostic, grupurile pot să fie omogene sau heterogene. Exemplele de grupuri omogene le includ pe acelea pentru pacienții, care încearcă să își reducă greutatea sau să se lase de fumat, precum și grupurile ai căror membri au aceeași problemă medicală sau psihiatrică (de ex., SIDA, tulburări prin uz de substanțe). După felul cum pot sau nu primi noi membri - închise sau deschise. Selecția: - nu vor fi incluși muți bolnavi depresivi cu suicide; nu poate fi o singură femeie; singurul vârstnic sau un muncitor. Nu se include mai mult de un membru, întrucât cei cu statut similar se identifică ușor; se face examenul psihic, somatic.

Terapia comportamentală

Presupunerea de bază a acestei terapii este că un comportament maladadaptativ se poate schimba fără înțelegerea (conștientizarea) cauzelor sale subiacente. Simptomele comportamentale sunt luate ca atare, și nu ca simptome ale unei probleme mai profunde. Terapia comportamentală se bazează pe principiile teoriei învățării, incluzând condiționarea operantă. Se consideră, că terapia comportamentală are cea mai mare eficiență în comportamentele maladaptative clar conturate (de ex., fobii, compulsii, alimentație excesivă, fumat, balbism și disfuncții sexuale).

Terapia cognitivă

Terapia cognitivă se bazează pe teoria, potrivit căreia comportamentul este secundar modului în care persoanele gândesc despre ele și despre rolurile lor în lume. Comportamentul este secundar unor gânduri fixate în minte, stereotipuri ce pot să conducă la distorsiuni cognitive și a comportamentelor rezultante, care își asigură propriul lor insucces. Terapia este pe termen scurt, cu o durată, în general, de 15–20 de sesiuni pe parcursul a 12 săptămâni. Pacienților li se aduc la cunoștință propriile lor cogniții distorsionale și premisele pe care se bazează acestea. Se dau teme pentru acasă: bolnavilor li se cere să consemneze în scris ceea ce gândesc în anumite situații stresante (cum ar fi „Nu sunt bun de nimic”, sau „Nimănui nu-i pasă de mine”) și să identifice presupunerile, adeseori relativ inconștiente, care alimentează cognițiile negative. Acest proces a fost numit „recunoașterea și corectarea gândurilor automate”. Modelul cognitiv al depresiei include triada cognitivă, care este o descriere a distorsiunilor de gândire, și survin atunci, când cineva este depresiv. Triada cognitivă depresivă include: 1) o imagine de sine negativă, 2) interpretarea negativă a experiențelor prezente și trecute, și 3) expectația negativă față de viitor. Terapia cognitivă a fost aplicată cu cel mai mare succes în tratamentul depresiilor nepsihotice ușoare

până la moderate. De asemenea, a fost eficientă ca tratament adjuvant la cei, care abuzează de substanțe și penru creșterea complianței la tratamentul medicamentos. Recent a fost folosită în tratamentul schizofreniei.

Psihoterapia nondirectivă (sau centrată pe pacient – psihoterapia Rogers)

Terapia abordează persoana în perspectiva creșterii și maturizării sale; potențialul de creștere și maturizare al unui individ se realizează într-o relație, care reprezintă o experiență a comunicării, a acceptării, a înțelegerii, o „relație de ajutor”. Scopul acestei terapii este creșterea și maturizarea psihologică a individului. Nu există o durată prestabilită a terapiei. În cadrul relației terapeutice pacientul se acceptă pe sine. Terapia se concentrează pe „aici” și „acum” și nu există o tehnică propriu-zisă de intervenție. Procesul terapeutic este un proces în 7 stadii (etape).

Indicații:

- Tulburări nevrotice.
- Tulburări de adaptare (socială, profesională).
- Dificultăți în procesul educativ.
- Dificultăți maritale, familiale.
- Stări de crize.
- Situații vitale, eșec la examen, nereușite sentimentale sau sexuale, conflicte diverse.

Terapia transacțională de grup (Eric Berne)

Această formă de psihoterapie urmărește creșterea înțelegerii pacientului asupra modului în care intră în legătură cu ceilalți oameni. Berne sugerează că relațiile între oameni au trei componente: reminiscențe ale unor relații timpurii cu părinții, urme ale comportamentului din copilărie și un nivel matur de interacționare.

Gestalt- terapia (F. Perls)

Aceasta este o metodă complexă, dar una dintre procedurile caracteristice este încurajarea fiecărui membru al grupului să personifice părți ale minții și trupului său pentru a putea crea dialoguri între ele. Se speră că această metodă va conduce la îmbunătățirea cunoașterii de sine.

Aceste două forme de tratament se bazează pe teoriile lui Sigmund Freud asupra inconștientului dinamic și conflictului psihologic. Scopul major al acestor forme de tratament este acela de a ajuta bolnavul să dezvolte înțelegerea (insight) în legătură cu conflictele inconștiente, care se bazează pe dorințe din copilărie nerezolvate se manifestă ca simptome, și să dezvolte paternuri mai adulte de interacțiune și comportare.

Psihanaliza

Psihanaliza este forma de psihoterapie cea mai consumatoare de tip. Perioada de pregătire a viitorului analist este lungă, cuprinzând propria analiză, precum și o perioadă de practică sub supervizia unui analist experimentat. Psihanaliza este un sistem psihologic teoretic și terapeutic, vizând explicarea naturii umane sub aspectul ei esențial – conflictul. Este o terapie de autoinvestigare și autocunoaștere, urmând restructurarea profundă a personalității, precum și o investigare liberă și eficientă a resurselor proprii, un echilibru în relația individului cu sine și cu lumea. Este cel mai intensiv și riguros dintre aceste tipuri de psihoterapie. Pacientul este văzut de trei ori pe săptămână, în linii generale pentru un total de cel puțin câteva sute de ore, de-a lungul unui număr de ani. Pacientul stă culcat pe canapea, iar terapeutul stă mai înapoi, în afara câmpului vizual al bolnavului. Pacientul încearcă să spună liber și fără să se cenzureze tot ceea ce-i trece prin minte, să asocieze liber, pentru a-și urmări șirurile de gânduri cât mai profunde posibil, până la cele mai dintâi rădăcini ale lor. Psihanaliza necesită ca bolnavul să fie stabil,

bine motivat, verbal și înclinat către psihologic. Pacientul trebuie, de asemenea, să fie capabil să tolereze stresul generat de analiză fără să regreseze sau să se tulbure prea mult, ori să devină prea impulsiv. În tehnica psihanalitică de bază, analistul încearcă să dezvăluie cât mai puțin posibil despre sine însuși, încurajând pacientul să vorbească liber despre propriile sale gânduri și sentimente (asociații libere). Aceasta este regula de bază a psihanalizei, care, împreună cu analiza viselor, permite accesul la procesele inconștiente. Analistul pune întrebări pentru a clarifica materialul, confruntă pacientul cu diversele contradicții exprimate și face interpretări. În rest, el rămâne relativ pasiv. Pe măsură ce relația continuă, pacientul începe să evite anumite subiecte, dezvoltând și alte forme de rezistență la tratament (de ex., respingerea interpretărilor analistului). Deci, treptat, comportamentul și exprimarea pacientului evidențiază apariția ideilor și sentimentelor intense și oarecum deformate despre analist. Această deformare provine din transferul asupra analistului al ideilor și sentimentelor corelate cu experiențele din copilărie ale pacientului. *Freud* a denumit această relație cu termenul de transfer. În ședințele de psihanaliză medicul este privit de pacient cu ochii cu care în copilărie își privea părinții. Psihanalistul devine o „oglinză” pentru pacient. Acest transfer reprezintă o proiecție asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență), pe care bolnavul le-ar fi avut înainte în relațiile cu un părinte. Analizatul re trăiește conflictele afective infantile și le lichidează. În aceste conversații pacienții iau cunoștință de sine, re trăiesc situațiile infantile generatoare de nevroză și ajung să se reintegreze. Transferul negativ desemnează sentimentul de ostilitate al pacientului față de terapeut; transferul pozitiv desemnează sentimente cum ar fi dependența, idealizări sau chiar sentimente erotice. Dacă transferul are o asemenea intensitate, încât pacientul își re trăiește simptomele nevrotice în relație cu analistul, aceasta se numește nevroză de transfer. La început, interpretările sunt frecvent respinse de către pacient, uneori pentru că sunt lipsite de

acuratețe, dar și pentru că schemele de gândire pot fi numai foarte încet schimbate, ele necesitând în mod repetat un proces de eliberare. Pe măsură ce interpretările sunt acceptate, se spune că pacientul începe să se înțeleagă pe sine. Pe măsură ce tratamentul progresează, sentimentele analistului față de pacient se schimbă parțial realist și parțial ca reflectare deformată a propriilor experiențe anterioare (contrtransfer). Sub numele de contrtransfer se descria atitudinile negative ale medicului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și ar avea originea în identificările și proiecțiile iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul "vede" în pacient pe altcineva, o persoană care a jucat un rol important în biografia sa afectivă. Acest contrtransfer are o acțiune defavorabilă actului terapeutic, psihanaliza recomandă ca orice medic să-și facă lui însuși, în primul rând o psihoterapie, în așa fel, încât propriile sale probleme psihologice, ale inconștientului, să nu se interfereze cu cele ale bolnavului.

Psihoterapia de orientare psihanalitică

Această formă de tratament folosește metodele și conceptele de bază ale psihanalizei, dar pune un accent mult mai mic pe dezvoltarea și analiza nevrozei de transfer. Tratamentul este mai scurt și mai puțin intensiv, decât psihanaliza (ședințele au loc de obicei o dată pe săptămână). Canapeaua nu este atât de des folosită, iar terapeutul are un rol mai activ. Pacienții sunt văzuți șezând pe scaun, cu fața către terapeut. Scopul – rezoluția conflictului psihologic inconștient – este similar cu acel al psihanalizei, dar se pune mai mult accentul pe chestiunile realității de zi cu zi și mai puțin – pe dezvoltarea problemelor de transfer. Pacienții potriviți pentru psihanaliză sunt potriviți și pentru acest tip de psihoterapie, la fel ca și bolnavii cu o gamă mai largă de probleme simptomatice și caracterologice. Pentru această terapie sunt recomandați și pacienții cu tulburări de personalitate. La medic poate apărea

complexul paternalist. Însăși structura psihologică a medicului, adică autoaprecierea despre rolul său dominant sunt circumstanțe psihologice pentru rolul de "tată". Doctorii, care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, pot ajunge să caute satisfacții de "valorizare" pe lângă pacienții lor.

Metode de evaluare

1. Controlul preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice.
2. Controlul curent – evaluarea scopului, obiectivelor, istoriei, accesibilității, indicațiilor și contraindicațiilor psihoterapiei.
3. Controlul final – însușirea clasificării, metodelor, caracteristicile hipnozei, trainingului autogen, psihoterapiei de grup, psihodramei moreniane, terapiei comportamentale, terapiei cognitive, psihoterapiei nondirective, terapiei tranzacționale de grup, Gestalt- terapiei, psihoterapiei psihanalitice, psihanalizei .

Durata seminarului e de 4 ore.

Literatura

1. Stelian Rândașu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. București, 1995.
3. N.Oprea, M.Revenco, N.Cosmovici, V.Paraschiv, V.Chirița. Psihologie generală și medicală. Chișinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iași, 1992.
5. G. Ionescu. Psihoterapie. București, 1990.
6. T. Pirozynski. Elemente de psihologie medicală și logopedie. Iași, 1988.
7. G. Ionescu. Psihologie clinică. București, 1985.
8. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. București, 1983.

TEMA: PSIHODIAGNOSTICUL

Scopul seminarului: însușirea metodelor și tehnicilor de psihodiagnostic.

Obiectivele operaționale:

- a) definiția psihodiagnosticului, tehnicile sale;
- b) observația, observația în cadrul examinării psihologice, anamneză;
- c) planul de convorbire cu subiectul, simptomele în diferite etape ale vieții.

Deprinderi practice:

Evaluarea testelor și chestionarelor neverbale, proiective și de inteligență cu prezentarea bolnavilor și discuție asupra cazurilor clinice.

Materiale la temă:

Psihodiagnosticul este un procedeu de analiză psihologică a unui caz și include astfel de tehnici, cum sunt:

- observația;
- anamneză;
- convorbirile;
- chestionarea;
- teste.

Observația:

- aspectul exterior al subiectului;
- aspectul fizic al subiectului (gras-slab);
- ținuta;
- gesturile;
- mimica, expresia feței și a ochilor;
- aspectul general (obosit- odihnit);
- mersul;
- coordonarea mișcărilor;
- vorbirea;
- raporturile cu însoțitorul (docil, supus);

- orientarea în mediul înconjurător (în cabinet sau laborator) și modul cum stabilește singur contactul cu mediul ambiant

Observația în cadrul examinării psihologice:

- atitudinea subiectului în momentul începerii examinării (opoziție, entuziasm);
- atitudinea subiectului în cursul examinării (spontan, pune întrebări, nerăbdător, interesat de probe, timid, anxios, distrat, perseverent);
- caracteristica răspunsurilor (rapide, lente, serioase, neglijente, impulsive);
- utilizarea metodelor încercărilor și erorilor sau a unui plan anterior;
- activitatea motorie (agitată, pasiv, ticuri, mișcări parazite, tremurături);
- interesarea de rezultatele obținute (spirit de competiție, dorește să facă mai bine, indiferenți);
- expresia verbală (tulburări de vorbire).

Anamneză

1. Date biografice:

- vârsta, profesia.
- relațiile cu părinții (divorțul, adopțiunea).
- relațiile cu familia.
- copilăria (carența afectivă, excesul de autoritate).

2. Antecedente eredocolaterale:

- prezența alcoolismului;
- suicid;
- afecțiuni psihice sau somatice ale unuia din părinți (necesitând internare).

3. Antecedente patologice:

- afecțiuni somatice;
- psihoze afective cu un episod depresiv ignorat în tinerețe;
- alte afecțiuni psihice manifestate clinic (subclinic sau neobservate).

4. Istoricul bolii actuale:
 - debut: brutal, exploziv, lent.
5. Manifestări în sfera comportamentului:
 - relatări ale anturajului;
 - tentative de suicid (reuşite, nereuşite);
 - acte de violență, accidente.

Convorbirile

Planul de convorbire cu subiectul va include:

1. *Numele, prenumele, vârsta, studiile, starea civilă, profesiunea, locul de reședință.*
2. *Simptomele.*
3. *Prima copilărie (până la intrarea în școală):*
 - Care au fost relațiile subiectului cu familia (separat cu mama, tata, frații, surorile, care este diferența de vârstă).
 - Dacă subiectul își amintește întâmplări neplăcute (accidente, sperieturi, lovituri, căderi de la înălțime, atacuri de animale, certuri între părinți).
 - Descrierea situației în familie (profesiunea părinților, copil natural sau adoptat, părinți divorțați, frați vitregi).
 - Comportarea: dacă a fost copil vioi sau liniștit; dacă îi place societatea de aceeași vârstă, a copiilor mai mici sau a oamenilor maturi; dacă visează urât noaptea; dacă se sperie ușor; dacă a fost cuprins în grădiniță.
 - Situația economică a familiei; dacă a trebuit să muncească înainte de intrarea în școală; dacă a suferit lipse materiale.
4. *Vârsta școlară.*
 - Cum s-a adaptat la specificul vieții de școală; dacă a luat premii; dacă a învățat bine, dacă înțelege ușor; dacă a avut randament școlar în unii ani față de alții; dacă a fost elev bun până la un punct și apoi nu a putut face față școlii.
 - Dacă a avut condiții materiale pentru a învăța; dacă au fost conflicte pe parcurs cu părinții, cu profesorii, cu colegii sau din motive sentimentale, dacă a suportat ușor criza pubertară.

5. *Viața profesională.*

- Dacă face meseria, profesia pentru care s-a pregătit; care sunt relațiile în mediul profesional; cum se înțelege cu șefii, cu colegii; ce planuri de viitor are; tot ce spune spontan în legătură cu profesiunea.

6. *Viața familială.*

- Cum se înțelege cu soțul (soția), cu părinții (socrii); cu copiii; dacă a avut traume psihice din cauza lor; vârsta soțului (soției).

Testele și chestionarele

- Neverbale (hârtie-creion).
- Proiective.

Testele neverbale cuprind un material, în care răspunsul nu trebuie să se dea verbal, ele favorizează subiecții care au handicap de vorbire sau pentru cei mai puțin dezvoltați. Testele hârtie-creion sunt teste, în care tema și răspunsul sunt prezentate prin intermediul scrisului. Sunt aplicate individual și colectiv. Deoarece sunt scrise și aplicate mai ales colectiv, ele limitează rolul observației, iar subiectul este detensionat.

Testele proiective sunt teste (planșe) stimul, cu aplicație individuală, răspunsul se transmite pe cale orală (prin relatări). Testele se referă la ordonarea și clasificarea de obiecte fie după culoare, volum, greutate, formă, la asocierea de cuvinte, la căutarea de rime, de cuvinte ascunse, la descifrarea de coduri de cifre, coduri cu figuri geometrice sau cu imagini de obiecte, la definirea de noțiuni și concepte, la căutarea unei fraze din propoziții, la găsirea a esențialului într-o imagine, povestire etc. Ele au în atenție uneori sesizarea de absurdități în fapte, imagini, afirmații, efectuarea mentală a unei operații aritmetice, efectuarea de asociații verbale libere sau dirijate, reproducerea de teste, bararea de imagini, cifre, litere, interpretarea unor aforisme, proverbe, aflarea de similitudini conceptuale, rezolvarea unor probleme, asamblaj, montaj.

Testul proiectiv de personalitate RORSHACH conține 10 planșe (cinci alb – negru, două alb-negru-roșu și trei divers culoare). Semnificația analitică a planșelor (1–angoasa pierderii obiectului;

2-scena primitivă, cuplul original; 3-situația oedipiană; 4-supreaul patern; 5-imaginea mamei falice; 6-bisexualitatea; 7-separarea de partenerul maten; 8-mediul exterior străin de familie; 9-pulsiunea morții și 10-agnoase de îmbucătățire, distrugerea ansamblului) (cu păstrarea disponibilităților reintegrării și reglării).

În afară de semnificația analitică, planșele mai conțin semnificații (1- autoritate feminină matriarhală; 2 - ideea nașterii, continuitatea vieții, elemente bisexuale, separarea originară om - animal; 3- complexe personale, psihismul individual profund; 4 - principul masculin, puterea, virilitatea; 5-psihismul personal primar, imaginea de sine; 6-funcționarea principiului masculin (investirea energiei masculine; 7-arhetipul feminității, energia și funcționarea principiului feminin; 8-disponibilitățile adaptative ale subiectului, natura lor, lumea exterioară, mediul familial, străin; 9-transpersonalul și 10-arhitipul sursă/inconștientul.

Prelucrarea statistică a testului proiectiv mai ermite detașarea a patru tipuri de rezonanță intimă: cuartați, extratensivi, inratensivi, ambii-egalii.

Testul proiectiv de personalitate SZONDY constă în alegerea afectivă (simpatic-antipatic) a unor fotografii reprezentând figuri umane. Proba are la bază concepția că în alegerea prin simpatie și respingere sunt alegeri umane în destin: alegerea de iubire, de profesie, de amiciție, alegerea în boală sau în moarte (toate fiind considerate trebuințe pulsionale).

Metoda investighează: aspirațiile pulsionale inconștiente ale individului, poziția EU-lui față de pericolul pulsional, dialectica EU-lui și celorlate pulsioni. Analiza destinului prin testul SZONDY distinge: aspirații sau tendințe pulsionale, trebuințe sau factori pulsionali, pulsioni sau vectori pulsionali. Se mai pot detașa 4 grupe autonome ale maladiilor mentale (schizofren, circular, proximal și ereditar al bolilor de natură sexuală). Fiecărui grup îi corespund 4 vectori pulsionali: pulsiunea sexualității, proximalității, EU-lui și a contactului. Acești factori pulsionali generează, în manifestarea lor, patru tendințe: spre căutare de noi achiziții, de

aderență la obiect, de acroșaj față de obiectul vechi și de separare și detașare de obiect.

Semnificația psihologică a celor 8 factori (trebuiețe) pulsionali evidențiate prin testul proiectiv SZONDY: pasivitate, activism, acumulare afectivă, autovalorizare, cuartarea EU-lui, delatarea EU-lui, achiziția obiectuală și atașament acroșaj față de obiectele vechi.

Testul LUSCHER constă în alegerea, în ordinea preferințelor, unui număr de planșe colorate, de culori diferite (variantea cea mai uzuală este cu culori). Subiectul alege ori respinge cartonașele colorate. Această atitudine de atragere sau respingere este legată de structuri latente de personalitate. Prin acest model, testul furnizează informații privind structura personalității, zona de tensiune, caracteristici rejectate sau suprimate, prognosticul actualelor perturbări, prognosticul adaptiv-profesional, predispoziții la afecțiuni psihosomatice. Proba (culorilor) are mare zonă de aplicabilitate: de la clinica de boli interne, în procesul formativ școlar până la integrarea școlară.

În clinica psihiatrică testul LUSCHER oferă informații pertinente din sfera anxietății, depresiei ori asteniei. De asemenea, tulburările de personalitate pot fi anticipate prin aplicarea, cu grad de sinceritate, a testului culorilor.

Chestionarul BECK are utilizare în clinica depresiei în evaluarea tipului și conținutului psiho-genetic și psihopatologic al depresiei: dispoziția de fond, anumite sentimente bine circumscrise (de ratare, vinovăție, autoacuzare, lipsa de satisfacție etc.), tulburări hipnice, ale libidoului și apetitului, fatigabilitate, iritabilitate, anestezie generală, conduită socială, activitate util-productivă.

Scala HAMILTON este considerată unul dintre cele mai utilizate instrumente, din clinica depresiilor. Scala încorporează 17 itemi (în faza inițială) și 21 itemi (în faza îmbunătățită), cu 3 sau 5 trepte. Acest instrument excelent detașează următoarele aspecte: despărțirea depresivă, sentimentul de vinovăție, idei sau

tentative autolitice, tipuri de insomnii, echivalente somatice ale anxietății, simptome gastrointestinale, simptome genitale, idei hipocondriace, scăderea în greutate, indicatorul individual de adaptabilitate.

Scorul obținut prin completarea scalei permite examenului calcularea unui indice global de depresie, care poate oferi informații utile, atât pentru aspectele cantitative ale depresiei (gravitatea depresiei), cât și cele adaptative.

Testul de frustrare ROSENZWEIG conține 24 de situații reprezentând cele mai cunoscute experiențe frustrante din viața curentă a omului. Pentru fiecare situație subiectul trebuie să răspundă cu primul lucru, care-i vine în minte, în locul persoanei, care trebuie să reacționeze.

Reacțiile de frustrare se înscriu în trei categorii:

– după tipul de soluționare a situației (dominația obstacolului, apărarea EU-lui și persistența trebuinței);

– după direcția agresiunii (reacții extrapunitive, intrapunitive și impunitive).

Inventar multifazic de personalitate MINESOTIA (MMPI) cuprinde, în forma clasică și originală–550 de afirmații, scrise pe câte un cartonaș fiecare. Subiectul trebuie să citească și să le categorisească în trei clase: adevărat, fals, nu știu. Acest inventar are 9 scale clinice de evaluare: hipocondrie, depresie, isterie, deviație psihosomatică, masculinitate-feminitate, paranoia, psihastenie, schizofrenie, mânie. În plus, chestionarul MMPI mai adaugă încă trei scale, care apreciază: atitudinea față de test, atitudinea față de sine și introversiunea socială.

Matricele Progressive RAVEN permit măsurarea factorului G și a factorului de grup perceptiv. Este cunoscut sub trei variante: colorate pentru copii, variantele A, B, C, D, E pentru elevi până la terminarea liceului și varianta pentru studenți și cadre de conducere. Într-un dreptunghi lipsește o porțiune, o figură. Dedesubtul dreptunghiului sânt o serie de 6 ori 9 figuri, asemănătoare ca mărime și formă, dar numai unul din acestea se potrivește, care prin întocuire cu

fața albă ar face figura inițială, așa cum a fost ea concepută.

În rezolvarea problemelor Raven pune pe subiect în situația de a găsi o soluție. Subiectul poate găsi 5 variante de răspunsuri, dar numai unul este corect:

- răspunsuri corecte;
- răspunsuri corecte, dar incomplete;
- răspunsuri bizare;
- răspunsuri greșite;
- răspunsuri prin repetare.

Prin Matricele Progresive Raven, psihologul poate aprecia coeficientul de inteligență (Q.I.).

Chestionarul de personalitate SCHMIFSCHEK face parte din grupa tehnicilor proiective tematice, cu 22 de planșe reprezentând imagini mai mult sau mai puțin structurate (baie, stradă, dormitor, sufragerie, nori, planșa albă etc) și 67 de figuri umane (bărbați, copii, femei) sau animale (câine etc.), confecționate din carton, cu care subiectului i se cere să întocmească un tablou și să realizeze o povestioară legată de acestea.

Proba psihologică permite examinatorului aprecieri referitoare la adaptarea socială a individului ca și la modul în care acesta se autoapreciază. Testul este util în diagnosticarea structurilor nevrotice de personalitate și, uneori, a psihozelor (uneori a dat rezultate satisfăcătoare pentru schizofreni și pacienți cu potențial suicidal).

Metode de control

1. Controlul preventiv – interogarea fiecărui student la începutul lecției practice.

2. Controlul curent – evaluarea psihodiagnosticului, tehnicilor sale.

3. Controlul final – însușirea observației, observației în cadrul examinării

Psihologice, anamnezei, planului de convorbire cu subiectul, simptomelor în diferite etape ale vieții.

Durata seminarului e de 6 ore.

Literatura

1. Stelian Rândașu. Curs de psihologie medicală. Cluj-Napoca, 1997.
2. Iamandescu Ioan Bradu. Manual de psihologie medicală. București, 1995.
3. N. Oprea, M. Revenco, N. Cosmovici, V. Paraschiv, V. Chirița. Psihologie generală și medicală. Chișinău, 1993.
4. V. Mihaescu. Curs de psihologie medicală. Iași, 1992.
5. G. Ionescu. Psihologie clinică. București, 1985.
6. A. Athanasiu. Elemente de psihologie medicală. București, 1983.
7. M. Roșca. Metode de psihodiagnostic. Edit. Științifică și enciclopedică, București, 1972.

CUPRINS

Introducere.....	3
Tema: Psihologia medicală – scopul, obiectivele, istoria.....	3
Psihologia medicală a vârstelor.....	4
Tema: Sănătatea, esența sănătății mentale. Boala și reacția psihologică. Problemele psihologice ale bolnavilor cu diferite afecțiuni.....	12
Tema: Relația medic-pacient.....	22
Tema: Aspecte psihologice ale suicidelor. Moartea și doliul – probleme ale psihologiei medicale. Corelații psihologice în cancer.....	34
Tema: Psihoterapia – scop, obiective, istoria acestei discipline.....	42
Tema: Psihodiagnosticul.....	54