

612.824/14
PG7

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA PUBLICĂ
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
Nicolae Testemițanu

PSIHOLOGIE MEDICALĂ

SUPPORT DE CURS

CHIȘINĂU
2013

612.821(025.8)
P92

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

INSTITUȚIA PUBLICĂ

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
Nicolae Testemițanu

**Catedra economie,
management și psihopedagogie în medicină**

PSIHOLOGIE MEDICALĂ

SUPORT DE CURS

716396

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”

Biblioteca Științifică Medicină

D2U

CHIȘINĂU

Centrul Editorial-Poligrafic Medicina
2013

Aprobat de Consiliul Metodic Central al IP USMF *Nicolae Testemițanu*,
proces-verbal nr. 1 din 14.09.2012

Autori:

Constantin Ețco – dr. hab. în medicină, prof. univ., șeful Catedrei
economie, management și psihologie în medicină
Mariana Cernițanu – dr. în psihologie, conf. universitar
Fornea Iuliana – dr. în psihologie, conf. universitar
Natalia Daniliuc – lector universitar
Margareta Cărăruș – lector universitar
Ludmila Goma – dr. în economie, conf. universitar

Referenți:

Carolina Perjan – dr. în psihologie, conf. univ., decan al Facultății de
Psihologie și Asistență Socială, UPS Ion Creangă
Victoria Gonța – dr. în psihologie, conf. univ., șefa Catedrei de
asistență socială, Universitatea Liberă Internațională
din Moldova
Cărăușu Ghenadie – dr. în medicină, conf. univ. Catedra psihiatriei,
narcologie și psihologie medicală, USMF
Nicolae Testemițanu

Suportul de curs *Psihologia medicală* este propus cu preponderență studenților de la
instituțiile medicale. Lucrarea dată are scopul de a oferi cunoștințe despre aspectele
relației medic-pacient. Prin posedarea unor abilități de comunicare eficientă, prin
cunoașterea particularităților psihologice ale pacientului, ale bolii și durerii lui, viitorii
medici vor achiziționa anumite competențe utile pentru activitatea lor profesională.

Machetare computerizată: *Vera Florea*

Redactor: *Stela Chimacovschi*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Psihologie medicală: Suport de curs / Constantin Ețco, Mariana Cernițanu,
Fornea Iuliana [et al.]; Inst. Publică Univ. de Medicină și Farmacie *Nicolae
Testemițanu*, Catedra econ., management și psihopedagogic în medicină. –
Chișinău: CEP Medicina, 2013. – 261 p.

250 ex.

ISBN 978-9975-113-97-7.

614.2:159.9(075.8)

P 97

CUPRINS

PREAMBUL	4
TEMA 1. CONCEPTELE FUNDAMENTALE ALE PSIHOLOGIEI ÎN MEDICINĂ (<i>I. Fornea</i>).....	5
TEMA 2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ. CÂMPUL DE PREOCUPĂRI AL PSIHOLOGIEI MEDICALE (<i>I. Fornea</i>).....	30
TEMA 3. ABORDAREA PERSONALITĂȚII ÎN PSIHOLOGIA MEDICALĂ (<i>M. Cernițanu, L. Goma</i>).....	43
TEMA 4. NORMALITATEA. ANORMALITATEA (<i>M. Cărăruș</i>).....	78
TEMA 5. ELEMENTE DE PSIHOLOGIE A SĂNĂTĂȚII (<i>I. Fornea, M. Cărăruș</i>).....	88
TEMA 6. STRESUL ȘI INFLUENȚA LUI ASUPRA OMULUI (<i>M. Cernițanu, I. Fornea</i>).....	100
TEMA 7. ASPECTELE PSIHOLOGICE ALE BOLII ȘI DURERII (<i>M. Cernițanu</i>).....	116
TEMA 8. TULBURĂRILE PSIHOSOMATICE ȘI CELE SOMATOPSIHICE (<i>M. Cernițanu</i>).....	134
TEMA 9. RELAȚIA MEDIC-PACIENT (<i>C. Ețco, N. Daniliuc</i>).....	154
TEMA 10. ACTUL TERAPEUTIC. STRATEGIILE DE OPTIMIZARE A ACTULUI TERAPEUTIC (<i>I. Fornea, M. Cărăruș</i>).....	176
TEMA 11. IATROGENIILE. EFECTELE ERORILOR MEDICALE (<i>N. Daniliuc</i>).....	197
TEMA 12. PERSONALITATEA MEDICULUI (<i>C. Ețco, M. Cernițanu</i>)	209
TEMA 13. PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE OMULUI BOLNAV (<i>M. Cernițanu</i>).....	228
TEMA 14. ELEMENTELE DE PSIHOPROFILAXIE ȘI PSIHOIGIENA A VIEȚII COTIDIENE (<i>M. Cernițanu</i>).....	244
TEMA 15. APLICAREA METODELOR PSIHOTERAPEUTICE ÎN MEDICINĂ (<i>M. Cernițanu, L. Goma</i>).....	261

PREAMBUL

Psihologia medicală este un domeniu de intersecție a două mari practici, care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și de boală. Psihologia medicală este cea mai subtilă parte a artei terapeutice, este domeniul care oferă prilej de imagine și analiză, dar și de autodezvoltare a oricărui specialist. În domeniul medical, psihologia se evidențiază printr-un tablou axiologic, cu ajutorul căruia medicii își pot evalua demersul terapeutic.

Psihologia medicală propune și explică noțiuni ale unor atitudini și comportamente patogene, la fel și complexul multifactorial care generează sindroame și boli, din punct de vedere psihologic, somatic și social și care limitează libertatea ființei umane de a se mișca, de a acționa și posibilitatea de a se bucura pe deplin de viață.

Psihologia medicală se afirmă drept un instrument de lucru de neînlocuit în activitatea oricărui medic, care este preocupat de bunăstarea pacienților și de reputația sa de specialist bun în domeniu.

Pentru a descrie subiectele psihologiei medicale, am apelat la lucrările specialiștilor recunoscuți în domeniu, precum sunt: David Daniel, Tudose Florin, Golu Mihai, Pirozynski Tadeusz, Scripcaru Gheorghe, Enăchescu Constantin, Iamandescu Ioan, Pesseschkian Nossrat, Менделевич В. Д. etc.

Dintre concepțele psihologiei medicale, desfășurate în prezentul suport de curs, am acordat o atenție sporită următoarelor noțiuni: concepțiile psihosomatice și somatopsihică în medicină; relația medic-pacient; particularitățile personalității medicului; psihologia personalității pacientului. La fel, un subiect actual în psihologia medicală este psihologia sănătății, cu măsurile de psihogienă și psihoprofilaxie a personalității, căruia în lucrarea dată i-am acordat atenția cuvenită.

Suportul de curs *Psihologia medicală* este destinat studenților, mediciilor de la IP USMF N. Testemițanu, pentru a facilita înțelegerea conceptelor ce țin de particularitățile psihologice ale medicului și cele ale pacientului, în scopul eficientizării relației terapeutice medic-pacient.

Autorii

TEMA 1. CONCEPTELE FUNDAMENTALE ALE PSIHOLOGIEI ÎN MEDICINĂ

Structura

1. Implicații generale ale psihologiei în medicină.
2. Comunicarea în medicină. Principiile comunicării medicale.
3. Aspectele psihologice ale afectivității în medicină.
4. Aspectele psihologice ale sferei volitive a personalității.
5. Psihologia conduitei și a activității.
6. Metodele de cercetare în psihologie.

Obiectivele operaționale

- Definirea și analiza conceptelor despre psihicul uman.
- Explicarea formelor (ipostazelor) psihicului.
- Analiza și explicarea structurii psihicului uman.
- Identificarea factorilor ce influențează comunicarea medic-pacient.
- Explicarea patternurilor comportamentale și corelarea lor cu evenimentele externe (stresorii).
- Analiza proceselor reglatoare, ce influențează eficiența actului terapeutic.
- Analiza psihologică a activității și a atributelor ei.
- Înțelegerea rolului și funcțiilor conduitei pentru psihologia medicală.

Cuvintele-cheie: psihologie, psihic, conștiință, subconștient, inconștient, activitate umană, afectivitate, voință, metode de cercetare.

1. Implicațiiile generale ale psihologiei în medicină

Psihologia este știința, care se ocupă cu descrierea și explicarea fenomenelor psihice și a comportamentului uman. Etimologic, cuvântul provine din l. greacă: „*psyhe*” – *suflet, suflare* și „*logos*” – *știință, cuvânt*.

Obiectul psihologiei este **psihicul**, care se prezintă ca:

- un sistem de orientare și reflectare, propriu animalelor superioare și oamenilor;
- produs al adaptării, activității și funcției sistemului nervos.

Activitatea psihicului rezidă în:

- viața psihică interioară;
- comportament;
- activitatea, conduită individului;
- personalitatea omului.

Formele vieții psihice (numite și ipostaze ale psihicului) sunt:

- conștiință;
- subconștientul;
- inconștientul.

Conștiința este forma de organizare a vieții psihice (nivelul superior de dezvoltare a psihicului). Este rezultatul condițiilor social-istorice de formare a omului în cadrul activității de muncă, care se află permanent în comunicare (cu ajutorul limbajului) cu alii oameni.

Omul este unicul dintre ființe, care este capabil să se autoanalizeze, autocontroleze și să se autoaprecieze.

Subconștientul este ansamblul stăriilor psihice, de care subiectul nu este conștient, dar care influențează comportamentul său. E o formăjune sau un nivel psihic ce cuprinde actele, care au fost cândva conștiente, dar care, în prezent se desfășoară în afara controlului conștient. Subconștientul constituie rezervorul în care se conservă amintirile, automatismele, deprinderile, montajele intelectuale sau perceptive stereotipizate, deci toate actele ce au trecut cîndva prin filtrul conștiinței s-au realizat cu efort, dar se află într-o stare latentă, de virtualitate psihică, putând însă să redevină oricând active, să păsească pragul conștiinței.

Inconștientul este rezervorul de fenomene, evenimente trăite și reacții psihice, care intervin în activitatea noastră, fără a ne da seama de prezența lor (reacțiile noastre instinctive, dorințele și sentimentele noastre refulate, complexele dobândite, conflictele nerezolvate etc.).

Behaviorismul, psihanaliza și psihologia umanistă sunt și orientări mari, curente științifice, care au influențat întreaga istorie a psihologiei, fiecare dintre ele propunând diverse modeluri explicative asupra vieții psihice. La dezvoltarea psihologiei ca știință și-au adus aportul considerabil și medicii-practicieni din diferite timpuri. La fel, menționăm un fapt extrem de important, desprins din practica medicală, și anume că msarii clinicieni au fost și mari psihologi, chiar dacă nu au avut la bază o pregătire de specialitate.

Acest adevăr de necontestat nu trebuie să ne ducă la ideea că un viitor medic se poate lipsi de cunoștințe psihologice, mai ales de cele legate de profesiunea lui și aceasta din două motive: nu toți vor putea ajunge mari clinicieni, iar posibilitățile de realizare profesională a unui medic neinstruit, din punct de vedere psihologic, ar fi limitate. Se poate considera că, în zilele noastre, când cea mai mică emoție are o expresie biochimică, iar psihologia poate vindeca o serie de boli în absența medicamentului, această omisiune ar constitui o gravă eroare.

Dacă vom încerca să definim global *știința medicală*, conturând numai cadrul general al preocupărilor ei, vom face același lucru și cu psihologia, a cărei dezvoltare impresionantă, în ultimele decenii, a avut loc simultan cu tentativele infructuoase de a se defini în mod deplin satisfăcător psihicul și domeniul lui de studiu.

Astăzi se consideră că *psihicul* reprezintă, conform definiției date de Paul Popescu-Neveanu, *un ansamblu de stări, însușiri, fenomene și procese subiective ce depind cu necesitate de mecanismele cerebrale și de interacțiunea cu lumea obiectivă, îndeplinind funcțiile de raportare la lume și la sine, prin orientare, reflecție, planificare mintală și acțiuni transformativ-creative*.

Conform aceluiași autor, *psihicul constituie o modalitate superioară a vieții în relație cu adaptarea (care la om este mijlocită instrumental și social) și se concretizează prin intervenția activă a acestuia în mediu. Obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele și însușirile psihice, integrând și problematica generică a personalității*.

Psihicul uman este definit ca:

1) o formă de adaptare specifică a individului uman la mediul social-cultural;

2) o formă specifică de cunoaștere de către individul uman a mediului înconjurător;

3) un fenomen condiționat și determinat sociocultural;

4) un fenomen condiționat de funcționarea normală a creierului.

a. Psihicul ca formă de adaptare specifică a individului uman la mediul sociocultural

Adaptarea se realizează conform următoarelor etape:

– *semnalizarea* (descoperirea de către organism a stimulilor biologici necesari, care asigură conservarea și perpetuarea speciei);

– *iritatilitatea* (reacția întregului organism la acțiunea stimулului, care este generalizată, internă și difuză);

– *excitatilitatea* (reacția imediată a organismului la acțiunea unui stimул, care este locală, specifică, reversibilă, realizându-se prin intermediul organelor de simt);

– *sensibilitatea* (diferențierea și selectarea stimулilor după calitate, intensitate, durată și tonalitate afectivă și trebuințe, cu ajutorul analizatorilor);

– *motricitatea* (deplasarea organismului în mediul înconjurător, asigurându-i acestuia cunoașterea mediului exterior).

b. Psihicul ca formă specifică de cunoaștere de către individul uman a mediului înconjurător.

Cunoașterea reprezintă o reproducere în plan intern a realității exterioare, adică asimilarea și prelucrarea informațiilor din mediul exterior. Cunoașterea este de două feluri:

a. senzoro-motorie;

b. rațională.

Cunoaștrea senzorio-motorie are următoarele caracteristici:

– are la bază organele de simt;

– este nemijlocită, adică relația dintre organism și mediu este directă;

– este materială, adică se referă la însușirile concrete ale obiectelor;

– este obiectivă, adică percepția realității este cum este ea;

– este reproductivă, adică organismul nu produce transformări în mediul înconjurător.

Cunoaștrea rațională are următoarele caracteristici:

– este ideală, adică cunoașterea realității se realizează cu ajutorul noțiunilor și raționamentelor;

– este activă, constând în implicarea subiectului în cunoașterea realității, asigurându-i acestuia adaptarea eficientă la mediul înconjurător;

– este subiectivă, adică cunoașterea realității este selectivă, în funcție de interesele și trebuințele subiectului, putând fi corectă sau deformată;

– este constructiv-creativă, constând în transformarea cunoștințelor asimilate de către subiect, prin combinarea și recombinarea achizițiilor cognitive anterioare (cunoștințe).

c. Psihicul este un fenomen condiționat și determinat sociocultural.

Socializarea constă în formarea conduitelor moral-civice la nivelul individului uman.

Educația, de altfel, constă în transmiterea și asimilarea cunoștințelor teoretice și practice, în formarea și dezvoltarea aptitudinilor, precum și a personalității individului uman.

Enculturarea constă în transmiterea generațională a culturii unui popor.

d. Psihicul este un fenomen condiționat de creier și arată, că socialul acționează asupra psihicului uman prin intermediul creierului.

Relația dintre psihic și creier se explică prin următoarele fenomene psihice:

- maturitatea și normalitatea psihică sunt condiționate de evoluția și funcționalitatea normală a creierului;

- unele procese psihice au o localizare corticală specifică, cum ar fi: limbajul este localizat la nivelul lobului frontal; afectivitatea este localizată în centrii hipotalamici; memoria este localizată în centrii parietali și senzațiile sunt localizate în diferite arii corticale, iar alte procese psihice au o localizare corticală difuză, nespecifică, pe toată scoarța cerebrală, cum ar fi: atenția, voința, gândirea etc.

Structura psihicului uman presupune:

- *procese psihice* – reflectarea dinamică a realității în diferite forme ale fenomenelor psihice (sensațiile, percepția, memoria, gândirea, imaginea, vorbirea, atenția, voința);

- *stări psihice* – nivelul relativ stabil al activităților psihice concretizat în momentul dat, care se exteriorizează printr-o activitate mai intensă sau mai slabă (optimism, entuziasm, jale, bucurie, încredere, mânie, tristețe, iritare etc.);

- *însușiri psihice* – formațiuni stabile care asigură un anumit nivel calitativ și cantitativ al activității și conduitei omului respectiv, manifestat prin: temperament, caracter, aptitudini.

Psihologia medicală se poate înscrie într-o zonă de interferență cu psihologia generală și mai ales cu aria psihologiei sociale.

P. Popescu-Nevezanu consideră psihologia medicală ca obiect de studiu al psihologiei bolnavului și al relațiilor sale cu ambianța, legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant, cu medicul) și cu familia. Același autor include o notă în plus în sfera

definiției psihologiei medicale, afirmând că ea studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și/sau psihică (posibil generatoare de boală), și mijloacele psihice de tratament.

În sfârșit, Săhleanu și Athanasiu adaugă în *sfera de preocupări a psihologiei medicale* și problematica psihologică a profesiunii medicale, separat de problematica relației interpersonale medic-pacient (pe care o considerăm ca fiind „un fir roșu” al acestei discipline), pe care autorii menționați o definesc ca „*drama existenței umane proiectată pe coordonatele bolii, ale suferinței, ale morții și ale interacțiunii filantropice*”.

2. Comunicarea în medicină. Principiile comunicării medicale

Unele dintre cele mai recente principii ale comunicării au fost formulate de reprezentanții școlii de la Palo Alto, care au ținut să le conștere o aură de rigurozitate, numindu-le axiome ale comunicării.

Axiomele comunicării

- Comunicarea este inevitabilă.
- Comunicarea se dezvoltă în planul conținutului și în cel al relației.
- Comunicarea este un proces continuu și nu poate fi abordat în termeni de cauză – efect sau stimul – reacție.
- Comunicarea are la bază vehicularea unei informații de tip digital și analogic.
- Comunicarea este un proces ireversibil.
- Comunicarea presupune raporturi de putere între participanți.
- Comunicarea implică necesitatea acomodării și ajustării comportamentelor.

Componentele comunicării în context medical

a) *Canalul*. Maniera de transmitere și stilul prezentării au un impact semnificativ. Cei ce vorbesc repede creează impresia de credibilitate.

Cu toate acestea, discursul rapid interferează cu procesarea sistematică a mesajului și astfel este mai eficient în cazul unui auditoriu cu opinii inițiale contrare celor ale comunicatorului.

Un discurs rostit cu entuziasm și convingere este percepție drept puternic. Discursurile eficiente presupun un contact vizual bun, impresia unei convingerii ferme în cele transmise.

Comunicările cu ezitări, calificative și justificări sunt considerate discursuri slabe și sunt ineficiente în convingerea persoanelor.

b) Sursa. Cele mai importante caracteristici implicate în *comunicarea eficientă* sunt: credibilitatea comunicatorului, experiența, atractivitatea, agreabilitatea, similaritatea.

- *Credibilitatea comunicatorului.* Cel mai important factor care influențează schimbarea atitudinii este, de departe, credibilitatea persoanei ce transmite mesajul. Atunci când comunicatorul are un anumit statut, prestanță (de ex., un profesor universitar), e mai probabil ca persoanele care ascultă mesajul să fie convinse.

- *Experiența.* Cei percepți drept persoane cu experiență în domeniu au mai multă influență asupra atitudinilor persoanelor, decât cei despre care se presupune a avea mai puțină experiență.

- *Atraktivitatea.* În general, comunicatorii cu un aspect plăcut transmit mai eficient mesajul decât persoanele cu un aspect neîngrijit.

- *Agreabilitatea.* Semnalele verbale și nonverbale, manierismele și stilul prezentării și al transmiterii mesajului exercită o influență pozitivă asupra auditoriului.

- *Similaritatea.* Cu cât comunicatorul este mai apropiat de auditoriu ca vârstă, sex și origine etnică, cu atât mai mare este impactul. Numeroase studii au arătat că originea și sistemul de valori ale comunicatorului au un efect mai mare asupra auditoriului, dacă acesta din urmă se poate identifica cu ele.

c) Mesajul. Variabilele legate de mesaj se referă la conținutul informației furnizate și la maniera în care aceasta este comunicată.

- *Încrederea.* Mesajele furnizate cu încredere sunt mai convingătoare. Expresii ca „evident”, „fără niciun dubiu” etc. sunt mai convingătoare decât expresii vagi ca, de ex., „se pare că”, „trebuie să verific”, „nu sunt sigur”.

- *Recurgerea la frică.* Impactul emoțional al unui mesaj este un factor important în schimbarea atitudinilor. Unul dintre cei mai studiați factori este *frica*. Campaniile publicitare ce generează un anumit nivel de teamă și anxietate, cum ar fi avertismentele legate de cancer și fumat, sunt într-o anumită măsură eficiente și produc efectul scontat. Cu toate acestea, inducerea unui nivel mult prea ridicat de frică este mai puțină eficientă, probabil pentru că emoțiile extreme interferează cu procesarea informației, iar auditoriul tinde să ignoreze mesajul.

- *Mesaje cu două tăișuri.* Auditoriul răspunde în mod diferit la mesajele clare și la cele cu două tăișuri. Mesajele clare au eficiență

maximă la subiecți neinformați în legătură cu domeniile în care comunicatorul își prezintă convingător argumentele. Totodată, mesajele cu două tăișuri sunt mai eficiente la: cei care inițial nu sunt de acord; cei bine informați asupra subiectului; un auditoriu ce va auzi pe viitor contraargumente. Prezentarea unor argumente favorabile puternice, împreună cu o versiune vagă a contraargumentelor se numește *inoculare*.

• **Ordinea prezentării mesajelor** are un efect moderat asupra gradului lor de eficiență. Când mesajul are relevanță personală, efectul primatului pare a fi mai puternic.

• **Umorul.** Umorul și discuțiile degajate au un efect pozitiv asupra auditoriului, atât timp cât sunt relevante pentru mesajul de bază.

• **Repetarea și concluziile.** Mesajele repeatate sunt mai eficiente decât cele transmise o singură dată. O afirmație recapitulativă clară asupra mesajului este, de asemenea, utilă.

Specificul comunicării dintre medic și pacient. Comunicarea terapeutică trebuie văzută ca o interacțiune dintre medic și pacient, în cursul căreia medicul se axează pe necesitatea pacientului de a promova un schimb eficient de informații cu medicul. Scopul comunicării medicale implică stabilirea relației terapeutice, înțelegerea perspectivei pacientului, explorarea gândurilor și emoțiilor acestuia și ghidarea lui în rezolvarea problemelor.

Componentele esențiale ale comunicării terapeutice sunt:

- confidențialitatea;
- respectul pentru intimitate;
- dezvăluirea de sine;
- atingerea;
- ascultarea activă;
- observarea activă.

Cu referință la relația medic-pacient, în literatura de specialitate este descris modelul LEARN, care exprimă algoritmizarea relației cu pacientul:

- *listen* (with sympathy and understanding to the patient's perception of problem) – *ascultă* cu bunăvoiță și empatie perceperea de către pacient a problemei sale (medicale);
- *explain* (your perception of the problem) – *explică* perceperea problemei (medicale) din punctul tău de vedere;

- **acknowledge** (and discuss the differences and similarities) – identifică și discută diferențele și asemănările de percepere a problemei de către pacient și medic;
- **recomend** (treatment) – recomandă tratamentul;
- **negotiate** (agreement) – negociază obținerea consumămantului față de schema terapeutică.

3. Aspectele psihologice ale afectivității în medicină

Afectivitatea este o componentă esențială și indispensabilă a sistemului psihic uman, la fel de necesară și logic determinată ca și oricare altă componentă cognitivă, motivațională, volativă etc. În această calitate, ea trebuie să posede atributele generale ale psihicului – de a fi o modalitate specifică de relaționare cu lumea și cu propriul Eu, de a avea o valoare informațional-reflectorie, respectiv, de a semnaliza și semnifica ceva, de a îndeplini un rol reglator specific, mai mult sau mai puțin evident. Prin urmare, *afectivitatea este acea componentă a vieții psihice, care reflectă, în forma unei trăiri subiective de un anumit semn, de o anumită intensitate și de o anumită durată, raportul dintre dinamica evenimentelor motivaționale sau a stărilor proprii de necesitate și dinamica evenimentelor din planul obiectiv extern.*

În organizarea sistemului psihic, afectivitatea ocupă o poziție de interfață între cogniție și motivație, cu care, de altfel, se completează cel mai strâns. Cogniția mediază și oferă semnalele de activare și declanșare a emoției, dar ea nu este o cauză a acesteia, ci doar o condiție necesară. Cauza rezidă în natura raportului dintre cele două planuri de referință ale personalității umane – intern și extern. Semnul și intensitatea trăirilor se modifică în funcție de percepția situației sau de reprezentarea ei mentală anticipată. Dacă într-un anumit context obiectiv, un băț va fi conștientizat în percepție ca șarpe, el va provoca o emoție de frică sau de spaimă; dacă, însă, într-un astfel de context, un șarpe va fi percepțut ca un băț, cogniția în sine nu va produce nicio emoție. Astfel, prin interpretarea personalizată, din perspectiva *eului*, a conținutului cogniției ia naștere fenomenul de *dislocare emoțională*.

Legătura afectivității cu motivația a fost în mod explicit formulată pentru prima dată de către Mc. Dougall (1924). În concepția lui, orice instict este resimțit ca o emoție. Afirmația este doar parțial adevărată, pentru că există unele trebuințe organice, ca, de exemplu, foamea și

setea, care nu se rezintă ca emoții, ci ca stări de disconfort fiziolitic general. Totodată, ideea legăturii dintre emoție și motiv nu trebuie redusă doar la cea de semnalizare – o emoție semnalizează o stare de motivație. Ea implică și recunoașterea posibilității ca emoția specifică, având un referent obiectual, să devină motiv declanșator al acțiunii. Astfel, emoțiile de frică, supărare, furie, gelozie, iubire, bucurie etc. pot fi motive, împingând subiectul să acioneze în concordanță cu semnul și intensitatea trăirii.

Fiind o entitate dinamico-energetică, emoția trece din ipostaza de „stare” în cea de „impuls”. Ca starc, ea influențează activitatea curentă (mintală sau externă); ca „impuls”, ea declanșază o acțiune nouă, potrivit semnului și intensității sale. Astfel, cele două expresii: „este furios” și „a acționat în stare de furie” sau „sub impulsul furiei” semnifică realități psihologice diferite. În primul caz, furia se înfățișează ca stare și influențează asupra desfășurării comportamentului general al subiectului; în cel de-al doilea caz, furia apare ca motiv, declanșând o acțiune concretă, specifică a subiectului în raport cu situația-stimul dată. Prin această convertibilitate motivațională, afectivitatea devine intim legată și implicată în acțiune, în comportament.

Psihologia clasică intreșpecționistă a stabilit o structură a sferei afective alcătuită din: *emoții, sentimente și pasiuni*.

Emoțiile sunt considerate stări afective, care apar în interiorul nostru brusc, sub formă de trăiri mai mult sau mai puțin violente, dar mai mult sau mai puțin pasagere (trecătoare). Frica, spaimă, angoasa răspund acestei definiții. W. James a introdus termenii de „emoții-șoc” și „emoții puternice”, pentru a sublinia caracterul de instantaneitate și de intensitate al fenomenului.

Sentimentele se asemănă cu emoțiile prin faptul că sunt stări afective de natură complexă, dar se deosebesc prin accea că sunt stabile, durabile și mai puțin intense. Putem spune că, emoția reflectă o legătură situațională temporară cu obiectul, pe când sentimentele reflectă o legătură durabilă, consolidată, care se menține și în absența contactului senzorial imediat cu acesta. Simpatia, iubirea, resentimentul, gelozia, orgoliul, rușinea sunt structuri afective complexe și stabile, care pot fi categorisite ca sentimente interpersonale, formate în raporturile noastre cu ceilalți: sentimente sociale, legate de diferite grupuri din care facem

parte, sentimente spirituale (ideale), asociate cu sistemele de valori (sentimente estetice și religioase).

Pasiunea se diferențiază atât de emoție, cât și de sentiment. De la emoție împrumută intensitatea, prin care transformă lumea în direcția impusă de ea, adesea făcându-ne „orbi” în fața realității. De la sentimente preia durata, relativ lungă. Pasiunea își află originea într-o puternică motivație intrinsecă, centrată pe un domeniu al cunoașterii și al vieții sociale.

Emoția mai este privită ca o structură de comportament, declanșată de un ansamblu de cauze directe și indirecte, interne și externe, care persistă un timp mai îndelungat după încetarea stimулului și, ca urmare, devine o forță motivațională puternică a comportamentului individual.

Comportamentul emoțional evoluează în trei faze succesive:

- răspunsul imediat, de durată scurtă corespunzând, în plan introspectiv, emoției propriu-zise;
- răspunsul secundar, de durată variabilă, cu excepția cazurilor patologice, de intensitate mai mică decât emoția, dar evaluat introspectiv diferit de emoția imediată;
- efectele persistente ale emoțiilor, consecințele răspunsului secundar, sunt habitudini emoționale stabile, care corespund sentimentelor. În această perspectivă, pasiunea nu este decât un efect persistent al emoțiilor, a căror intensitate particulară și ale căror consecințe asupra comportamentului justifică pe plan fenomenologic un studiu separat, dar al căror mecanism de formare, pornind de la emoția inițială, nu este specific.

Afectele sunt manifestări emoționale cu caracter exploziv, cu apariție bruscă, de scurtă durată, cu desfășurare unipolară, însoțite de expresii și gesturi ample și haotice. Așa cum am arătat, afectele apar pe continuumul emoțional atunci când intensitatea trăirii atinge și depășește pragul superior. Prin analogie cu senzația, putem spune că ele sunt modalități nespecifice, excepționale, de manifestare a unor emoții modale (polare) specifice. Ele pot apărea atât pe segmentul pozitiv, cât și pe cel negativ al continuumului emoțional. Pentru primul caz, pot fi indicate efectele de euforie, de râs, de bucurie, iar pentru cazul al doilea – afectul de furie, de groază, de panică, de plâns. Ele duc la îngustarea câmpului conștiinței, la slabirea capacitatii de discernământ și a autocontrolului.

4. Aspectele psihologice ale sferei volitive a personalității

Voința aparține acelor fenomene ale vieții psihice, care nu și-au precizat încă definitiv locul lor în problematica sistemică și în aria studiilor psihologice. Punctele de vedere exprimate diferă și uneori sunt situate la poli diferenți.

Voința este recunoscută ca entitate distinctă și ireductibilă, declarată drept componentă fundamentală a vieții psihice a omului (în special, în psihologia introspecționistă de factură voluntaristă); la polul opus i se neagă statutul de entitate individualizată, distinctă, fiind atribuită prosocialității fiziologice (psihologia behavioristă, J. B. Watson). Psihologia europeană conferă voinței un statut de entitate psihică distinctă, ea fiind abordată în individualitatea ei specifică.

Cel mai pregnant atribut ce se atașează la procesul volitiv al personalității este libertatea umană: omul trebuie să se dezvolte independent în spațiul existenței sale, ghidându-se, în special, la dorințele și interesele sale, la necesitățile și motivațiile personale. Absolutizarea acestor forțe a dus la conturarea conceptului de „liber arbitru”, potrivit căruia comportamentul uman este determinat exclusiv de voință și prin aceasta el devine independent de condițiile externe.

Voința este un proces reglator complex al personalității, care se implică în viața psihică ca un mecanism de filtrare și raționalizare (optimizare).

Pierre Janet (1859–1947), creatorul psihologiei acțiionale și a conduitelor, susține ideea că voința este o caracteristică a acțiunilor sociale complexe, care necesită un grad înalt de mobilizare și se execută cu dificultate. În acest context, voința raportează acțiunea la tendințele sociale și morale, reținând-o prin amânare și pregătind-o mintal prin intermediul limbajului intern.

În „Dicționarul de psihologie” (N. Sillamy), voința este definită ca aptitudine de actualizare și realizare a intențiilor proprii. Actul voluntar, precedat de o idee și determinat de ea, presupune o reflecție și o angajare. Conduitele care nu răspund de acest criteriu nu depind de voință.

În urma expunerii prezentate mai sus este evidentă complexitatea procesului volitiv al personalității și lipsa unității teoretice și metodologice în abordarea acestui fenomen psihic.

O poziție adecvată a voinței este atașarea acesteia la sistemul și mecanismele de reglare și autoreglare a personalității, al căror rol principal

se conturează în optimizarea comportamentelor orientate spre atingerea unui anumit obiectiv cu valoare adaptativă. La om, aceste mecanisme interne de autoreglare se structurează și se integrează la două *niveluri funcționale* calitativ diferite: nivelul involuntar și nivelul voluntar.

Nivelul involuntar se caracterizează prin absența intenționalității, a analizei prealabile a condițiilor, a comparării, selecției și deliberării. El asigură declanșarea automată a acțiunii de răspuns și centrarea ei directă pe obiectiv (*efectul adaptativ final*). Exemplul tipic al reglării involuntare îl constituie actele reflexe care stau la baza homeostaziei fiziológice a organismului, reflexele de orientare – explorare – ținere în cadrul activității perceptive, reflexele de apărare.

De nivelul involuntar se apropie actele comportamentale puternic automatizate, de genul deprinderilor și îndeosebi cel al obișnuințelor, a căror derulare nu mai reclamă un control conștient susținut și nici o concentrare specială.

Nivelul voluntar se subordonează funcției reglatoare a conștiinței (deci el obligatoriu implică atributul conștiinței), iar din punct de vedere instrumental, se conectează la subsistemul motivațional, favorizând și optimizând finalizarea motivului în scop.

Elementele sale definitorii sunt:

- *intenționalitatea* (acțiunea este intenționată);
- *analiza prealabilă a condițiilor, a raportului dintre scop și mijloc* (acțiunea este mediată de un model mintal);
- *deliberarea și decizia* (acțiunea este rezultatul unei evaluări a raportului dintre avantaje și dezavantaje, dintre câștiguri și pierderi);
- *efortul* (acțiunea implică un anumit grad de mobilizare energetică, relativ direct proporțională cu dificultatea obstacolului).

Obstacolul devine pilonul principal, în jurul căruia se structurează și se dezvoltă mecanismul reglării de tip voluntar și vine ca dimensiune psihică a omului. El are sens psihologic, relațional, individualizându-se pe fondul interacțiunii subiectului cu abilitățile și disponibilitățile lui, cu situațiile pe care este pus să le rezolve, în vederea satisfacerii unor stări proprii de motivație sau îndeplinirii unor obligații (profesionale, sociale).

Activitatea nu are o organizare uniformă și o desfășurare egală pe aceleași coordonate sau în aceleași direcții. Ea variază semnificativ atât în funcție de tabloul stărilor psihofiziologice interne ale persoanei, cât și

de caracteristicile situațiilor obiective – grad de complexitate, nivel de dificultate sau noutate etc.

Este important să precizăm că efortul voluntar și, respectiv, voința nu se identifică și nu decurg nemijlocit din forța fizică musculară sau forța sistemului nervos (tipul puternic), ci reprezintă expresia dezvoltării și consolidării mecanismelor conștiente în cursul ontogenezei prin confruntarea sistematică și directă cu greutăți și obstacole de diferite genuri.

Prin mobilizarea și canalizarea selectivă a energiilor necesare activității și prin direcționarea lor spre atingerea scopurilor propuse, voința devine o condiție subiectivă (psihică) esențială a succesului și a înaltelor performanțe în orice activitate. Dat fiind faptul că există un important consum de energie, actul voluntar duce, inevitabil, și la obosale (musculară sau neuropsihică), a cărui amplitudine depinde de intensitatea și durata efortului și de tipul de sistem nervos al persoanei.

Oricât ar fi de important și necesar în cadrul activității, efortul voluntar trebuie încadrat în limite rezonabile, pentru a preveni astfel acumularea în timp a efectelor oboselii zilnice, ce pot deveni dăunătoare stării de sănătate (surmenajul, astenia etc.).

5. Psihologia conduitei și a activității

Un început de răspuns mai nuanțat, referitor la obiectul psihologiei, îl găsim în concepția lui Pierre Janet, care a venit în psihologie din filozofie și medicină. Cercetând diferite boli mintale, Janet a evidențiat 2 aspecte fundamentale:

– studiul bolilor mintale ar putea constitui o cale de acces la cunoașterea și înțelegerea vieții mintale normale;

– studiul bolilor mintale nu se poate face pe baza introspecției.

„*Psihologia nu este altceva decât știința acțiunii umane*” – spunea P. Janet în 1889; știința conduitei sau, și mai exact, „studiul omului în raport cu universul și, mai ales, în raporturile sale cu ceilalți oameni” (idem, 1938). Savantul francez P. Janet introduce în psihologie conceptul de *conduită*, înțelegând prin aceasta atât totalitatea manifestărilor vizibile, orientate spre mediul uman extern, cât și totalitatea proceselor invizibile de organizare și reglare a ei.

Generalizând, putem spune că **conduita** este ansamblul actelor unui individ, de la cele mai simple (mișcări) la cele mai complexe (rațio-

nament), orientate spre un scop și încărcate de sens. În concepția lui P. Janet, conduită unifică și sincronizează într-un singur comportament și viața interioară subiectivă.

„*Psihologia conduitei*” ar trebui să satisfacă, după opinia lui P. Janet, 2 condiții fundamentale:

- să facă loc fenomenelor de conștiință, ca o conduită particulară, ca o complicare a actului care se supraadaugă acțiunilor elementare, condiție ce ar putea fi, la rigoare, suprimată la animale, dar care nu poate să nu fie recunoscută la oameni;

- să se preocupe de studiul conduitelor superioare: credințe, reflecții, raționamente, experiențe.

Prima condiție poate fi respectată prin cercetarea actelor sociale elementare și mai ales a sentimentelor, care sunt reglări de acțiuni, reacții ale individului la propriile sale acțiuni; cea de-a doua – prin studiul gândirii. Limbajul intervene în cele mai variate conduite ca intermediar între conduitele exterioare și gândire.

Psihologia care ar urma să studieze toate aceste probleme ar putea fi numită „*Psihologia conduitei*”. Conduitele nu sunt date, nu sunt înrente individului (cum consideră introspecționismul), dar nici imprimate din afară (cum susține behaviorismul), ele sunt învățate în urma relațiilor de interacțiune dintre organismul uman, specific programat și ambianța naturală și socială.

Conduita angajează întreaga personalitate a omului aflată în interdependență cu mediul social. Ea nu depinde numai de *stimulare*, ci și de *reglare*, evidențiind relațiile care există între acțiunea externă și condițiile interne prin care se refractă exteriorul. Altfel spus, efectele unei stimulări depind nu doar de natura constantă a organismului, ci și de starea lui internă schimbătoare.

Acțiunea externă determină actul psihic mijlocit, ea fiind filtrată tocmai prin însușirile, stările și activitatea psihică a omului.

La prima vedere, conceptul de conduită pare a fi mai puțin obiectiv decât cel de comportament, în realitate el este mai amplu, mai bogat și mai puțin reducționist. Comportamentul nu mai este privit în sine, ci ca semn exterior al unor structuri subiacente, relația dintre exterior și interior fiind bine marcată de savantul francez.

P. Janet propune o metodă nouă de studiere a conduitei, ce diferă într-o măsură oarecare de metodele obiective de laborator, și anume me-

toda clinică, care este un fel de „studiu de caz” individual dintr-o perspectivă dinamică, deoarece îmbină ascultarea relatărilor subiectului cu observarea aprofundată a acestuia într-un număr mare de ședințe. Concomitent cu P. Janet, metoda a fost folosită în SUA de L. Witmer, care a și impus termenul de „*psihologie clinică*”.

Prin activitatea și opera sa, P. Janet a deschis noi direcții de cercetare pe plan mondial. O contribuție deosebită, atât sub raport teoretic, cât și metodologic, la *fundamentarea conceptului de conduită* a adus-o Daniel Lagache. El considera că semnificația conduitei nu este niciodată univocă (ea reprezintă, de obicei, o armonie între discritele trebuiețe mai mult sau mai puțin compatibile) și nici în întregime conștientă (există motive conștiente, dar și motive inconștiente). Astfel definită, conduită stă la baza interpretării funcționale sau dinamice a conduitei și a tulburărilor ei.

Pentru a investiga conduitele, ar trebui să știm sub ce formă se manifestă ele, care sunt faptele pe care le oferă psihologului. Lagache consideră că acestea sunt următoarele:

1. conduită exterioară, spontană sau provocată, accesibilă observației;
2. experiență trăită, sugerată prin conduitele externe, mai ales prin limbaj;
3. modificările somatice obiective;
4. produsele activității subiectului.

În funcție de acestea, se recomandă 5 moduri de cercetare: *naturalistă; clinică; psihanalitică; microsociologică; experimentală*, iar ca instrument de tratare a faptelor recoltate – *cercetarea statistică*.

6. Metodele de cercetare în psihologie

În funcție de natura obiectului de studiu, orice știință elaborează propriile metode de cercetare. Metodele de cercetare sunt cele care sugerează căile cele mai bune pentru testarea ipotezelor teoretice (enunț explicit și testabil cu privire la condițiile în care un eveniment va surveni). Altfel spus: *metodele de cercetare sunt ansambluri de operații intelectuale prin care o disciplină științifică încearcă să descopere adevărul*. Orice metodă are caracter operațional, deoarece furnizează un set de reguli, etape, tehnici sau instrumente și organizează munca de cercetare, pentru a atinge cu siguranță scopul propus.

Principiul sistematizării ne obligă să nu uităm dependența multiplă a oricărui proces de alte subsisteme și de sistemul cel mai cuprindător – persoana, *eul ei*.

Cuvântul „metodă” vine de la grecescul „*methodos*”, care înseamnă „cale, drum spre ceva”. După A. Lalande, metoda este „*un program reglând dinainte o succesiune de operații și semnalând anumite greșeli de evitat în vederea atingerii unui rezultat determinat*”.

Ca program, metoda este un sistem, o structură de noțiuni și judecăți vizând o activitate. Metoda are deci o existență rațională și nu presupune neapărat acțiuni practice. Totuși metoda se deosebește de teorie prin aceea că are un caracter normativ, formulând unele indicații, reguli, dar ea e strâns legată de teorie. O teorie coerentă duce la o metodă precisă.

Există divergențe în legătură cu numărul de metode utilizate în psihologie. După unii autori, există doar două metode fundamentale: *observația și experimentul*. Alții, dimpotrivă, enumerează 11 metode (G. Allport, 1981), dintre care multe sunt similare. De aceea, vom adopta o poziție de compromis, descriind 6 metode de cercetare: **observația, experimentul, con vorbirea, chestionarea, metoda biografică și teste**. Metodele adiționale de cercetare în psihologie sunt: *studierea produselor activității, metoda genetică și comparativă; metodele statistice în psihologie* etc.

Metoda observației. Observația, ca metodă, constă în *urmărirea atentă și sistematică a unor reacții psihice, cu scopul de a sesiza aspectele lor esențiale*.

În psihologie există două tipuri de observații, în baza cărora urmărim:

- reacțiile psihice exterioare ale unei persoane (observația externă);
- propriile noastre procese psihice (observația internă sau autoobservarea).

Introspecția (autoobservarea) este tocmai această observare atentă a propriilor noastre trăiri, insesizabile din exterior. Ea are la bază o proprietate unică și caracteristică omului: dedublarea – însușirea de a trăi o stare și de a fi conștient de ea, în același timp. Veacuri de-a rândul ea a constituit principala sursă de considerații psihologice. Sec. XX a început însă printr-o virulentă critică adusă acestei metode. Cu toate deficiențele reale, practic nu s-a putut renunța niciodată la această metodă, deoarece

cunoașterea motivelor adevărate, a atitudinilor și aspirațiilor cuiva, fară a recurge la datele introspective este aproape imposibilă.

Când urmărим manifestările exterioare ale altor persoane, vorbim de *extrospecție*, de observarea externă. Suntem atenți la faptele, replicile, expresiile lor. Prezența unei persoane care observă poate schimba fundamental conduită celorlalți. Aproape nimic nu se poartă la fel când se știe singur și atunci când este urmărit de alții. Toate aceste aspecte fac evidentă necesitatea respectării anumitor condiții pentru a fi siguri de obținerea unor informații obiective, de valoare științifică.

Cerințele față de observare:

- să ne clarificăm din capul locului ce urmărим să constatăm, ce aspecte ale comportării, în ce situații și în care moment; în felul acesta evităm omisiunea unor fapte, reacții importante pentru ipoteza pe care ne-o schițăm în legătură cu persoana observată sau cu fenomenul în cauză;
- trebuie să ne asigurăm de posibilitatea unor observații, pentru a putea deosebi ceea ce este esențial, caracteristic de ceea ce este secundar; în acest sens, este important nu doar numărul de fapte, ci și varietatea lor, varietatea condițiilor în care observăm;
- pentru a putea interpreta corect, trebuie să notăm cât mai exact observațiile noastre, dar în aşa fel încât să se distingă net faptele de evenualele interpretări (necesarc, însă posibil să fie modificate);
- e bine ca persoana observată să nu-și dea seama de această situație, pentru a reacționa în mod firesc. Putem realiza acest lucru dacă facem parte dintr-un grup, în care se află subiectul ce ne preocupă și în momentele favorabile îl vom urmări prin priviri scurte. La realizarea observației vom folosi diversă aparată tehnice de înregistrare a datelor: cameră video, casetofon, săli speciale pentru observații etc.

La interpretarea observațiilor ținem cont de context, de situație, cât și de atitudinile, expresiile subiecților. Pentru clarificarea datelor nesigure este nevoie de o con vorbire cu persoanele studiate, con vorbirea constituind o metodă de cercetare psihologică.

Tipurile de observație:

- externă (extrospecția);
- internă (introspecția);
- liberă;
- standardizată;

- inclusă;
- laterală.

Experimentul este considerat cea mai importantă metodă de cercetare, în special în psihologia medicală și cea clinică, având posibilitatea de a ne furniza date precise și obiective.

Prin experiment înțelegem *provocarea deliberată a unui fenomen psihic, în condiții bine determinate, cu scopul de a găsi sau a verifica o ipoteză (studierea fenomenului)*. Aceasta este deosebirea esențială dintre experiment și observație, respectiv, de autoobservație. Valoarea experimentului derivă din faptul că modificăm una dintre condiții și urmărим ce transformări rezultă; mărimea acestora ne indică ponderea factorului influențat în producerea efectului.

În experiment există două categorii (de bază) de variabile:

- independente (asupra lor acționează numai experimentatorul);
- dependente (cele ce depind de variabilele independente).

Numărul variabilelor ce pot fi luate în considerație este foarte mare: există diverși factori ai mediului natural, mediul social (diferite persoane) și diferite variabile subiective. Experimentatorul modifică unele dintre ele după scopul urmărit, altele rămânând constante, ceea ce îi permite să inducă o serie de concluzii.

În conceperea și desfășurarea unui experiment distingem mai multe etape:

- *observarea inițială*, în care urmărим modul de manifestare a unui fenomen psihic și delimităm o problemă ce se cere soluționată;
- *lansarea unei ipoteze*, vizând soluționarea problemei conturate; totodată, concepem și modul de verificare a ipotezei (descrierea unui *montaj experimental*);
- *desfășurarea efectivă a experimentului*, în care observăm și înregistrăm rezultatele;
- *organizarea și prelucrarea statistică a datelor* (experimentul psihologic se efectuează de obicei cu mai multe persoane) ce ne permit să facem anumite concluzii, generalizându-le în funcție de structura și ampioarea populației. Deseori, concluziile duc la schimbarea ipotezei și la conceperea unui alt experiment.

Reușita experimentului depinde esențial de valoarea ipotezei și inginozitatea montajului experimental; aceasta implică uneori utilizarea mai multor grupuri de subiecți, pentru a putea disocia o anumită variabi-

lă (A. Cosmovici, 1980). În același timp, calitatea observațiilor este foarte importantă. În experiment există două observații: cea inițială și cea finală (efectuată în timpul desfășurării experimentului).

Cl. Bernard definește experimentul ca fiind „*o observație provocată*”. Precizia unor înregistrări a pus problema măsurării în psihologie, fiindcă o manifestare psihică nu e numai prezentă sau absentă, ci ea poate fi mai mult sau mai puțin intensă.

Se pot descrie 3 tipuri de experimente psihologice.

• **Experimentul de laborator** este realizat într-o încăpere amenajată, utilizându-se aparate sau materiale diferite. Avem posibilitatea de a elimina tot felul de factori perturbatori, însă subiectul se află în condiții artificiale și în fața unor sarcini neobișnuite, din această cauză e greu să putem extinde rezultatele obținute și asupra comportamentului în condițiile vieții obișnuite. Experimentul de laborator a fost introdus ca metodă specifică de cercetare în psihologie de către W. Wundt, în 1879. Experimentul de laborator este controlat de cercetător integral.

• **Experimentul în condiții standardizate** se desfășoară într-o ambiență obișnuită (un birou, o sală de clasă), dar subiectul e supus totuși unor probe cu care nu e familiarizat, premisele acestora sunt strict standardizate – aceleași pentru toți subiecții.

• **Experimentul natural sau de teren** se organizează după aceleași criterii și rigori ca și cel de laborator, dar se efectuează în cadrul natural de activitate a subiectului. A fost introdus pentru prima dată în cercetarea curentă de psihologul rus Lazurskii, la începutul sec. al XX-lea. El constă în urmărirea unei persoane sau a unui grup de persoane în condițiile vieții lor obișnuite, în care a survenit o modificare.

Experimentul psihologic întâmpină multiple obstacole. Dar cu perseverență și ingeniozitate se pot obține rezultate importante (Jean Piaget). Este important să îmbinăm experimentul cu alte metode (observare, con vorbirea, metoda biografică, testele proiective).

Metoda con vorbiri i. Pentru ca o con vorbire să se ridice la rangul de metodă științifică, ea trebuie să fie *premeditată* în vederea obținerii unor date cu privire la o persoană. Premeditată în sensul de a fi pregătită, gândită dinainte, cu scopul îndeplinirii unor condiții care să garanteze obținerea unor date valabile, importante pentru cercetarea ce o întreprindem.

Adesea pentru obținerea unor informații despre aspectele personalității care nu pot fi, nici nemijlocit observate, nici provocate experimental și nici obiectivate în produsele activității, recurgem la *interogația directă* a subiectului, prin metoda interviului sau a con vorbirii. Obiectul acestei metode îl poate constitui decelarea anumitor trăsături atitudinal-caracteriale globale de personalitate sau traectoria școlară, traectoria și statutul profesional, viața de familie, comportamentul relațional, dimensiunea proiectivă – dorințe, așteptări, aspirații, idealuri etc.

Metoda poate fi aplicată în formă *liberă* (spontană), începând cu 2–3 întrebări introductive stabilite dinainte, apoi întrebările urmând a fi găsite și formulate pe loc, în funcție de răspunsurile și atitudinea subiectului. Forma liberă pare mai naturală, subiectul considerându-se angajat într-o discuție amicală. Aceasta îl va determina să se cenzureze mai puțin și să dea răspunsuri mai sincere, mai puțin căutate și simulate. Dar pentru a fi aplicată cu naturalețe și, în același timp, cu rigoarea corespunzătoare, forma liberă reclamă din partea psihologului o deosebită abilitate și o bogată experiență în domeniu. *Orice crisperare, orice stângăcie în finită și în formularea întrebărilor devin stimuli inhibitori sau perturbatori, care fie că blochează tendința de destăinuire a subiectului, fie că-l obligă la răspunsuri formale, artificiale.*

Cea de-a doua formă a acestei metode este *structurată* (con vorbir ea standardizată). Cercetătorul își alcătuiește dinainte o schemă a interviului, în care menționează problema sau scopul urmărit și formulează principalele întrebări, prin care urmărește obținerea unei informații suficiente, veridice și relevante (nu este permis să modificăm întrebările în timpul conversației). O mare importanță pentru asigurarea sincerității răspunsurilor subiectului o are modul de înregistrare a informației, pe care-l folosește psihologul. Recomandabil ar fi ca acesta să fie discret, subiectul netrebuind să știe sau să vadă că ceea ce spune el este înregistrat.

Con vorbirile standardizate sunt utilizate dacă vrem să interogăm un număr mare de persoane, de obicei în cadrul unei anchete. Ele sunt preferate de sociologi. Con vorbirea cu o persoană este cea mai directă cale pentru a afla motivele, aspirațiile, trăirile afective și interesele. Este contraindicat ca psihologul să facă aprecieri și judecări de valoare de tipul: „este greșit”, „este adevarat”, „foarte rău”, „este inadmisibil” etc., pe marginea răspunsurilor date de subiect.

Metoda con vorbirii se consideră una dintre cele mai dificile, deoarece este nevoie de o colaborare din partea subiecților: nu e simplu să convingi o persoană, de obicei necunoscută, să colaboreze cu sinceritate în sondarea ființei sale. Există unele persoane cărora le place să-și povestească viața, necazurile, altele sunt foarte rezervate. Este necesar ca psihologul să le câștige încrederea; ele (persoanele) să-și dea seama că nu există niciun risc, fiind vorba de o cercetare în cadrul căreia vor fi subiecți anonimi. Uncori le putem trezi dorința de a contribui la succeseul unei investigații științifice. Intervine tactul cercetătorului de a se face placut, de a inspira încredere; de el depinde, în mare măsură, succesul con vorbirii.

Chestionarea se utilizează atunci, când vrem să cuprindem o populație mai largă, aceasta fiind de fapt con vorbirea realizată în scris. Mai exact, am putea defini **un chestionar** ca fiind un sistem de întrebări elaborat în aşa fel încât să obținem date cât mai exacte cu privire, la o persoană sau un grup social.

Există chestionare cu *răspuns deschis*, când subiectul are libertatea de a răspunde cum crede el de cuvîntă, și altele cu *răspuns închis*, în care i se dau mai multe răspunsuri posibile din care el îl alege pe cel considerat convenabil. Acest din urmă tip de chestionar are avantajul că se completează ușor de către subiect și poate fi „cuantificat” (prin acordarea unor puncte se pot stabili diferențe cantitative între persoanele ce completează chestionarul). Însă are și dezavantajul că poate conține răspunsuri la care subiectul nu s-ar fi gândit.

Ca și con vorbirea, chestionarul întâmpină două categorii de dificultăți: cele ce decurg din particularitățile introspecției și aceea de a câștiga încrederea subiectului pentru a răspunde în mod sincer și cu seriozitate. Acest din urmă dezavantaj sporește întrucât, neavând un contact direct cu subiectul în timpul răspunsului, n-avem niciun fel de indiciu pentru a putea aprecia sinceritatea și angajarea sa efectivă. De aceea, prima și cea mai importantă condiție a unui chestionar este de a fi alcătuit în aşa fel, încât să combată tendința de fațadă, ceea ce nu este deloc facil. Unul dintre mijloace este evitarea întrebărilor directe; se prezintă o afirmație și se apreciază dacă e corectă sau nu. Ca și la con vorbire, va trebui să evităm sugestionarea persoanei. Așadar, elaborarea unui chestionar se dovedește a fi un lucru complicat, cerând calificare și experiență.

Metoda biografică este denumită și **anamneză**, după termenul folosit în medicină, unde ea desemnează reconstituirea istoricului unei maladii. În psihologie, metoda biografică implică *analiza datelor privind trecutul unei persoane și a modului ei de existență*. Acest studiu al trecutului e foarte important, fiindcă în primii ani ai vieții, îndeosebi în familie, se pun bazele caracterului, cele ale personalității. Metoda biografică este destinată studiului personalității globale. Prin ea, cercetătorul își propune să înțeleagă și să explice tabloul actual al organizării psihocomportamentale în funcție de istoria anterioară a individului. Analiza biografică devine absolut necesară și indispensabilă în cercetarea psihologică, în care orice reacție concretă trebuie interpretată și prin raportarea la întregul personalității. Ca recomandare generală se poate formula exigența de orientare selectivă, urmărind evidențierea și înregistrarea nu a tuturor întâmplărilor pe care le-a traversat individul, ci doar a celor semnificative care, prin conținutul și impactul avut, au marcat structural cursul devenirii ulterioare a profilului de personalitate.

Informația primară, în cadrul metodei biografice, se poate recolta pe două căi: una *indirectă* și alta *directă*.

Calea indirectă constă în studiul documentelor (fișe școlare, fișe profesionale, caracterizări, recomandări, jurnale, date de familie etc.) și în discuții cu persoane, cu care subiectul se află în relații semnificative – rude, prieteni, colegi, șefi etc.

Calea directă constă în obținerea datelor care ne interesează de la însuși subiectul în cadrul unor convorbiri sau interviuri speciale. Calitatea și relevanța informației vor depinde atât de structura de personalitate a subiectului, cât și de capacitatea psihologului de a interoga o persoană.

În cazul investigației biografice putem diferenția două aspecte fundamentale: culegerea datelor și interpretarea lor (aspect esențial, dar cel mai dificil al metodei biografice).

Psihologul german H. Thomas a elaborat un model de analiză a materialului biografic, el evidențiind posibilitatea utilizării a 29 de categorii, prin care putem privi trecutul persoanei. Acestea au fost împărțite în patru grupe:

- *categorii formale* (monotonie – schimbare; armonie – agitație);
- *categorii cognitive* (închis – deschis; prietenie – dușmanie);
- *categorii existențiale* (probleme de motivație personală – probleme de creație);

- *categorii instrumentale* (procese de adaptare – mecanisme de apărare).

Întrucât se adresează personalității ca întreg, metoda biografică nu poate avea o schemă de tip algoritmic, ci numai una euristică, flexibilă, care să permită schimbarea unghiului de abordare, a seriei întrebărilor, a atitudinii. De aceea, eficiența ei depinde, în primul rând, de experiența și pricpele psihologului.

Metoda testelor. Testul este *o probă standardizată, vizând determinarea cât mai exactă a gradului de dezvoltare a unei insușiri psihice sau fizice*. Am adăugat și insușirile fizice, deoarece medicii sau antrenorii sportivi utilizează și ei teste vizând determinarea performanțelor de care sunt capabile unele persoane. Standardizarea constă în obligația de a aplica exact aceeași probă, în condiții psihologice similare, utilizând un censem identic pentru toți subiecții.

Termenul *test* a fost introdus de J. McKeen Cattell în 1890. Elaborarea metodei propriu-zise, în varianta sa modernă, se datorează psihologului francez Alfred Binet (1857-1911). Mai târziu, centrul mondial al testologiei devine SUA, acolo savanții au preluat și dezvoltat cercetările realizate până atunci.

Se deosebesc patru tipuri de teste:

- teste de inteligență și dezvoltare intelectuală;
- teste de aptitudini și capacitați;
- teste de personalitate (referindu-se la trăsăturile de caracter și cele temperamentale);
- teste de cunoștințe (utilizate de obicei în învățământ).

Printre testele de personalitate cele mai răspândite sunt testele *projective*, denumite astfel fiindcă au la bază, în special fenomenul de proiecție (ne identificăm cu o persoană și tindem să proiectăm asupra ei felul nostru de a fi, aşa cum facem la un spectacol când ne identificăm cu un personaj anumit).

Principalele caracteristici ale unui test sunt: *validitatea; fidelitatea; etalonarea; standardizarea*.

O importanță semnificativă o are așa-numitul *interviu posttest*, care permite o interpretare mai corectă și individualizată a datelor finale, ceea ce sporește semnificativ veridicitatea judecăților diagnostico-prognostice.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Identificați relația psihologiei cu medicina.
2. Definiți conceptul de *psihic uman*.
3. Numiți și explicați structura psihicului uman.
4. Explicați comportamentele de adaptare umană.
5. Explicați tangențele principale dintre concepțele de personalitate și activitate.
6. Explicați rolul voinței și al atenției în activitatea umană.
7. Care sunt procesele și activitățile reglatoare ce influențează eficiența actului terapeutic?
8. Argumentați importanța afectivității în comunicarea medicală.
9. Explicați aspectele psihologice ale afectivității.
10. Care sunt aspectele fundamentale ale psihologiei conduitei?
11. Explicați nivelurile funcționale ale activității umane.
12. Enumerați metodele de cercetare în psihologie.

Bibliografie

1. Albu G. *Comunicarea interpersonală: Aspecte formative și valențe psihologice*. Iași, Editura Institutului European, 2008.
2. Baylon Ch., Mignot X. *Comunicarea*. Iași, Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2000.
3. Cabin Ph., Dortier J. F. (coord.) *Comunicarea: Perspective actuale*. Iași, Editura „Polirom”, 2010.
4. Cristea Dm. *Tratat de psihologie socială*. Cluj-Napoca, Editura „ProTransilvania”, 2001.
5. Minulescu M. *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*. București, Editura „Garell Publishing Haus”, 1996.
6. Tudose Fl. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2007, 280 p.
7. Zlate M. *Introducere în psihologie*. Iași, Editura „Polirom”, 2000, 416 p.

TEMA 2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ. CÂMPUL DE PREOCUPĂRI AL PSIHOLOGIEI MEDICALE

Structura

1. Psihologia medicală. Reprezentări generale în delimitarea domeniului.
2. Câmpul de preocupări ale psihologiei medicale.
3. Relațiile psihologiei medicale cu alte discipline.

Obiectivele operaționale

- Delimitarea conceptelor principale ale temei.
- Analiza tangențelor și subiectelor comune ale psihologiei medicale și ale psihologiei clinice.
- Definirea obiectului de studiu și a sarcinilor de bază ale psihologiei medicale.
- Elucidarea relațiilor psihologiei medicale cu alte științe.
- Cunoașterea și explicarea metodelor de cercetare în psihologie.
- Explicarea modelelor conceptuale ale bolii.

Cuvintele-cheie: psihologie medicală; psihologie clinică; psihosomatică; psihiatric; psihopatologie; psihofarmacologie.

1. Psihologia medicală. Reprezentări generale în delimitarea domeniului

Apariția oficială a psihologiei medicale coincide cu marile succese obținute de medicina somatică în combaterea unor boli până atunci incomprensibile și devastatoare. Dintotdeauna a existat o opoziție între medicina centrată pe boala și medicina de concepție holistică, centrată pe omul bolnav, la care boala constituie expresia unui dezechilibru care afectează ansamblul întregii personalități.

Pentru a face posibilă și chiar necesară apariția psihologiei medicale și organizarea ei ca disciplină autonomă, s-au conjugat două elemente:

- progresul realizat în domeniul științelor psihologice și descoperirile din aceste domenii de studiu, care au adus în cercetare și practică metode științifice ce au condus la noi cunoștințe despre funcționarea psihismului uman;

- succesul medicinei „științifice” (medicina de organ), care a permis sesizarea limitelor metodei anatomo-clinice, astfel înțelegându-se mai bine locul ocupat de alți factori în declanșarea și menținerea unei boli. Astfel, specialiștii au putut să dezvăluie rolul patogenic al factorilor socioeconomi, de mediu și, în mod special, al factorilor psihologici, interrelaționali.

Psihologia medicală este un domeniu de interesență a două mari practici, care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și de boală. Evoluția rapidă a medicinii în ultimii 50 de ani nu a fost dublată, din păcate, de o dezvoltare la fel de importantă a psihologiei medicale și acest lucru a însemnat o pierdere în calitate a actului medical și nu rareori o îndepărțare sau o nepotrivită plasare a psihologului în echipa terapeutică. Momentul actual este cel al unei recuperări a unei dimensiuni fundamentale în practica medicală, și anume a dimensiunii psihologice, fără de care relația medic – pacient ar fi mereu incompletă, iar comunicarea ar fi distorsionată sau insuficientă.

„Dictionarul de Psihologie” (Doron R., Parot Fr.) definește psihologia medicală drept „...studiu psihologic (la care constituie toate subdisciplinele psihologiei) al întregului domeniu medical, în special al relației bolnav-medic (și de o maniera mai generală, al relației bolnav-personal de îngrijire), ca și al aspectelor psihice ale comportamentelor și proceselor morbide și ale metodelor terapeutice”. Printre nevoile fundamentale ale pacientului nu se află nici cea de savanți și cu atât mai puțin cea de roboți. Cel care suferă are nevoie de remedii, atunci când ele există, și întotdeauna de alinare, empatie și simpatie. Prima nevoie a oricărui suflet omenesc este aceea de a împărtăși cu cineva bucuria, dar mai ales suferința și teama. Iar dacă medicul nu este acest interlocutor, dacă niciun membru al echipei terapeutice nu are deprinsă arta și știința de a asculta pacientul, acesta va căuta cu siguranță alți parteneri-medici.

Psihologia medicală este cea mai subtilă parte a artei terapeutice, este cea care va da prilej de imagine și analiză, dar și de autodezvoltare oricărui specialist. Psihologia oferă medicului și psihologului un adevărat tablou axiologic, cu ajutorul căruia să-și poată evalua demersul terapeutic. Ea oferă și explicațiile, adeseori ignorate, ale unor atitudini și comportamente patogene, ba chiar și complexul multifactorial care generează nu o dată sindroame și boli, care limitează ființa umană în libertatea de a se mișca, de a acționa și de a se bucura.

Tot psihologia medicală este aceea care arată de ce medicina își păstrează limitele ei empirice, în cel mai bun sens al cuvântului, fiind obligată să abordeze caz cu caz sau, altfel spus, personalitate cu personalitate, pe cci aflați în suferință. Niciun pacient nu este un reper statistic, decât în momentul în care nu mai este în fața medicului sau a echipei terapeutice, fie pentru că a reușit să depășească boala, fie pentru că a fost depășit de aceasta. Psihologia medicală este o ramură a psihologiei generale, aplicată la studiul aspectelor psihosociale, care însoțesc actul medical în toate etapele sale, având scopul de a reda sănătatea persoanei și de a o reintegra în incidiul social și cel familial.

Obiectul psihologiei medicale, într-un sens mai specific, poate fi definit și ca studiul bolnavului în relație cu boala sa, precum și al funcției de îngrijire a personalului medical aplicate bolnavilor.

Obiectivele psihologiei medicale:

1) cercetarea psihologiei omului sănătos și a bolnavului (pacientului) față de agresiunea somatică sau psihică și efectele psihologice ale suferinței în diverse faze de evoluție a bolii;

2) cercetarea relației medic-pacient în scopul eficientizării ei;

3) asigurarea confortului fizic și psihic în condițiile de spital și de suferință;

4) oferirea soluțiilor tehnice de specialitate pentru prevenirea îmbolnăvirii și a consecințelor stării patogene;

5) cercetarea factorilor psihici și a mecanismelor producerii tulburărilor de somatizare.

Preocupări de psihologie medicală există încă din sec. al XVII-lea, când se punea accentul pe originea psihogenă a bolii. Spre sfârșitul sec. al XIX-lea au apărut lucrări de psihologie medicală, fiind scrise de psihiatri. Ca domeniu clinic aplicativ (practic), psihologia medicală își are originea în SUA; L. Witmer, care în 1890 a înființat o clinică de psihologic medicală în Pennsylvania, fiind considerat fondatorul psihologiei clinice. A inițiat metoda de examinare clinică a bolnavului, evaluarea psihometrică și unele metode recuperatorii. Witmer L. susține că bolile care ajung în clinică au la origine deficiențe de natură intelectual-cognitivă și pentru rezolvarea lor propunea metode de training.

În România, psihologia medicală s-a conturat spre anii '60 ai sec. al XX-lea. Primul curs de psihologie medicală a apărut în cadrul Facul-

tății de Psihologie a Universității din București, care a fost elaborat de *Gheorghe Ionescu*.

În Moldova, în anii '80 ai sec. trecut, primul curs de psihologie medicală a apărut în cadrul Catedrei de psihiatrie și a fost elaborat de savantul *V. Mihlin*.

Actualmente, psihologia medicală se dezvoltă prin aporturile științifice ale psihologilor și psihiatrilor, care activează în domeniu. Prin urmare, sunt binecunoscute lucrările psihiatrilor autohtoni (Oprea N., Nacu A., Revenco M., Cobâleanschi O. etc) despre psihoterapia tulburărilor mintale și de comportament; la fel și studierea problemei suicidului.

Funcțiile psihologiei medicale:

- participă la descoperirea etiologiei bolilor, insistând asupra elucidării cauzelor de natură psihogenă;
- intervine în asistența medicală la cunoașterea simptomelor diferitelor boli și a conduitei individului în boală;
- este implicată în susținerea terapeutică, venind cu mijloace specifice.

Postulatele psihologiei medicale

1) Individualitatea pacientului

Un postulat al psihologiei medicale este importanța individualității și a individualizării.

Dictonul „*Nu există boli, ci bolnavi*” ar trebui formulat mai corect, în modul următor: nu există boli în afara bolnavilor (cu particularitățile lor individuale) care suferă, purtându-le; hotărâtoare pentru succesul terapeutic este uneori combaterea bolii, alteori modificarea particularităților reactive individuale.

Din punctul de vedere al psihologiei medicale, aceste particularități reactive nu sunt numai somatice, ci sunt și ale persoanei. **Cum se constituie acest specific individual?** Ca în orice problemă biologică, trebuie să ținem cont de factorii ereditari/genetici și factorii din mediul ambiant. Prin mediu înțelegem:

- mediul fizic;
- mediul biotic (animale, plante, microorganisme: bacterii, virusi cu care interacționăm);
- mediul sociocultural.

Fiecare dintre factorii de mediu are o influență dinamică și dinamizatoare, în funcție de „labilitatea” perioadelor de dezvoltare, de evoluție

sau de involuție. Factorii de mediu intervin de cele mai multe ori, prin mijlocirea unei experiențe de viață. Se poate spune, în general, că importanța relativă a factorilor experiențiali (față de cei înnașcuți, congenitali, ereditari) în determinarea unei reacții somatici sau de comportament, este cu atât mai mare cu cât animalul este situat pe o treaptă mai evoluată a filogenezei. La om, factorul experiențial este esențial în formarea personalității.

Având puncte de interferență cu factorul ereditar și cu factorii de mediu, factorul boala constituie, în multe cazuri, unul dintre determinanții însemnatii ai personalității.

2) *Specificul relațiilor medic-pacient*

• Relațiile dintre medici și pacienți implică o varietate de impresii contrare, de la idealizarea romantică până la disperarea cinică.

• După modul în care fiecare participant își joacă rolul, bazat pe diferite expectații se pot crea premisele, fie pentru o relație satisfăcătoare și eficientă, fie pentru alta suspicioasă, cu frustrări și dezamăgire.

• Pacienții sunt, de regulă, toleranți față de limitele terapeutice ale medicinei într-un context, în care se simt respectați și ascultați în mod autentic de către medic/personalul medical.

• Medicii și întregul personal medical lucrează cu oameni bolnavi, și nu cu sindroame patologice, iar oamenii bolnavi aduc, în relația terapeutică medic-pacient, o influență complexă între factorii biologici, forțele psihologice și condițiile sociale.

2. Câmpul de preocupări al psihologiei medicale

G. Ionescu consideră că psihologia medicală este preocupată de câteva aspecte importante:

- studierea problemelelor teoretice și a celor practice ale medicinii legate de psihologie, precum și a problemelor psihologice ale oamenilor bolnavi, care fac parte din sarcinile diagnosticului, tratamentului și profilaxiei bolilor;
- însemnatatca să în instruirea și formarea medicilor, care trebuie să ajungă să înțeleagă bolnavul ca pe o persoană umană ce suferă de o boală și care are nevoie nu doar de sprijin strict medical, ci și de o susținere psihologică puternică;
- rolul analizei și cercetării științifice, *psihologia medicală* fiind privită ca „domeniul al psihologiei aplicate, atașat colaborării

"cu medicii în ceea ce privește diagnosticul, tratamentul, reabilitarea și prevenirea, cât și cercetarea unor domenii ca psihofarmacologia, psihosomatica și reacțiile emotionale la boală" (R. M. Goldenson, 1970).

Psihologia medicală se referă la atitudinea medicului față de bolnav și boala, atitudinea față de sistemele de îngrijire a sănătății atât ale individului bolnav, cât și ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic și atitudinea medicului față de propria profesie.

Despărțirea artificială a psihologiei clinice – văzută ca acționistă și legată de caz – de **psihologia medicală nu poate fi făcută**, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică.

Argumentele în favoarea utilizării termenului de *psihologie medicală*, după Ionescu G. (1995):

- prezintă un domeniu mai vast decât psihologia clinică, prin problematica psihologică a bolnavului;
- fără a renunța la caracterul aplicativ, psihologia medicală prezintă posibilități mari de esențializare și teoretizare a faptelor, datelor și observațiilor apărute din analiza clinică;
- păstrează, ca aspect fundamental, planul relațional interpersonal, depășește aria observației directe și individuale;
- păstrează, relații mai ample cu alte ramuri ale psihologiei, afirmându-se ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de psihologia clinică, care este axată ferm asupra pacientului.

Psihologia medicală are în centru corelarea modificărilor obiectiv-biologice, pe care le induce boala cu modificările subiective în situațiile de boală și cu modificările de ordin relațional.

Politzer susține că psihologia medicală este „*psihologia care pune în centrul ei drama persoanei umane, aflate în situația de boală*”. În vizuirea lui P. Popescu-Neceanu, psihologia medicală este „*știința, care studiază psihologia bolnavului și a relațiilor sale cu ambianța, legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar și cu familia; ea privește bolnavul nu numai din punctul de vedere al organismului dereglat, ci și din punctul de vedere al subiectivității sale, al naturii sale umane*”.

Psihologia medicală studiază, de asemenea, *coeficientul de psihogenie* al fiecărui bolnav, reflex al reacției sale față de agresiunea somatică/psihologică, precum și mijloacele psihologice de tratament.

Coefficientul de psihogenie se referă la particularitățile psihologice premorbide ale individului atât sub aspectul „rezistenței”, cât și cel al structurii reacției patologice.

În viziunea lui G. Ionescu, psihologia medicală vizează omul aflat sub incidența bolii, abordându-l într-o perspectivă dinamică și comprehensivă.

Psihologia medicală este o ramură a psihologiei, aplicată în domeniul sănătății. Aceasta se apropie foarte mult de alte tipurile de psihologie aplicată, cum ar fi: psihologia clinică, psihologia persoanei, psihologia dezvoltării, psihologia sănătății.

Psihologia medicală cercetează concepte legate de:

- implicarea factorilor psihocomportamentali în apariția și evoluția bolii;
- analiza modificărilor psihologice produse de îmbolnăvire;
- relația medic-pacient într-un context dinamic vast;
- etică, morală, implicațiile medico-legale;
- complianța terapeutică (aderență);
- psihologia medicului și a tuturor celor care participă la actul medical;
- metodele de cercetare, aspecte ce țin de dezvoltare și personalitate.

După edificarea conceptelor teoretice și a domeniului psihologiei medicale, recunoașterea oficială a acestei discipline a dus la numeroase modificări semantice de reformulare.

Într-un raport al *The British Psychological Society* se precizează că *psihologia medicală* se ocupă de studiul funcțiilor psihice elementare ale psihologiei sociale, ale psihologiei dezvoltării și diferențelor individuale, ale relațiilor psihologie-medicină. Huber (1992) extinde conceptul de la domeniile clasice (situația de boală, relația medic-pacient, psihologia profesiei medicale) către ariile recente (psihologia sănătății, psihologia comunitară).

În unele țări se vorbește despre *medicina psihosocială* (Altekruger, Bock, Rosler), ca domeniu ce abordează implicațiile relației medic-pacient și ale climatului psihologic în procesul de boală, vindecare, prevenție. În alte țări, conceptul de psihologie a sănătății, ca domeniu ce vizează conduite profilactice primare și secundare (igienă, prevenție, recuperare) a devenit tot mai răspândit.

Se mai vorbește și de *psihologia clinică* – „acea ramură a psihologiei generale ce abordează mecanismele psihologice implicate în starea de sănătate (promovarea și optimizarea sănătății și prevenirea patologiei) și de boală” (citat după D. David).

Atunci când ne referim la mecanismele psihologice ale patologiei somatice, domeniul psihologiei clinice este denumit *psihosomatică* sau *Clinical Health Psychology – medicină comportamentală* (în SUA). Dacă se abordează mecanismele patogenezei psihice, denumirea utilizată este cea de **psihopatologie**. Implicațiile transculturale, etice și planul prevenției sunt conținute în abordarea specifică de cercetare fundamentală și aplicată, dar și demersurile teoretice și practice ale acestei ramuri a psihologiei.

Psihologia clinică se axează pe:

- evaluarea, tratamentul și înțelegerea tulburărilor și problemelor psihologice;
- interacțiunea psihicului uman cu aspectele psihice, emoționale și asociale ale sănătății și suferinței.

Conform definiției date de *American Psychological Association (2000)*: „*psihologia clinică încearcă să utilizeze principiile psihologiei pentru a înțelege, a anticipa, a ameliora aspectele intelectuale, emoționale, biologice, sociale și cele comportamentale ale funcționării umane*”.

Rodnick (1985) consideră că „*psihologia clinică este aspectul științific și practic al psihologiei ce abordează analiza, tratamentul și prevenția dizabilităților psihologice ale omului, precum și creșterea adaptării și eficienței individuale*”.

Matarazzo (1987) afirma că „*psihologia clinică nu este neapărat o specialitate separată de psihologie, ci mai curând o aplicație particulară a psihologiei în domeniul problemelor emoționale și comportamentale*”.

În plan concret, *câmpul preocupărilor psihologiei clinice* cuprinde aspectele psihologice ale modificărilor și tulburărilor psihice; simptomele și sindroamele psihoclinice cu fondul lor psihodinamic – psihotraumatic (angoasă, depresie, somatizare), cognitiv, pulsional și motivational; raționamentul și analiza clinică (inclusiv anamneza, investigațiile), sensurile intervențiilor terapeutice, personalitatea în dinamica ei.

M. Uzan Doll (și alții) consideră că psihologia medicală are în atenția sa, îndeosebi cazurile de neadaptare, conflict, opozabilitate, nedez-

voltarea caracteristicilor structurale și etiologice ale acestora, căile de recuperare.

„Dicționarul de Psihologie” coordonat de U. Șchiopu definește psihologia medicală ca fiind „*un domeniu, care s-a dezvoltat prin practica medicală și care este destinat unor sarcini practice ale profesiunii medicale*”.

Psihologia medicală este diferită de psihologia clinică, deși are unele preocupări comune cu aceasta și este diferită de psihopatologie și psihiatrie.

Scopul psihologiei medicale este restituirea confortului psihic și a celui fizic al bolnavului, vindecarea, dar și sustragerea de la stresul provocat de boală, spital, suferință și rezonanțele psihice ale acestora.

„*Psihologia medicală este născută la confluența psihologiei cu medicina*” (G. Ionescu), dar depășește simpla „aplicare a cunoștințelor de psihologie la domeniul medical” (D. Lagache); ea abordează omul bolnav într-o viziune tridimensională complexă și integrativă, somato-psihosocială.

I. B. Iamandescu, în „Manualul de psihologie medicală”, prezintă câteva elemente ale *câmpului de preocupări al psihologiei medicale*:

- rolul factorilor psihologici în geneza și evoluția ulterioară a bolii, cu accentul pus pe elemente specifice de tipul stresului psihologic și al modelelor implicării stimulilor psihici (chiar fără stres) în patogeneză;

- relația interpersonală dintre medic și pacient, cu multe aspecte specifice: aspecte de ordin psihologic al formării viitorului medic;

- cunoașterea pacientului, a universului de preocupări și aspirații ale acestuia, precum și a mediului sociofamilial al bolnavului, care cuprinde:

- personalitatea premorbidă a bolnavului, care generează predispoziția spre contactarea facilă a unor îmbolnăviri, și personalitatea modificată temporar sau stabil de către boală;

- interacțiunile anterioare îmbolnăvirii, în plan psihocomportamental și relațiile de la nivelul microgrupului/macrogrupului, implicit obligațiile care decurg și cele care sunt atenuate de boală;

- cadrul relațiilor interpersonale contractate de pacient din momentul îmbolnăvirii (cu medicul, cu personalul medical, cu lumea spitalului, cu modul adesea tehnicist, alienant, depersonalizat de abordare a sa de către corpul medical);

- *modalitățile de reacție* a bolnavului la demersurile de diagnosticare, terapeutice și de ordin educațional întreprinse de medic;
- deprinderea unor modalități de acțiune asupra bolnavului, în plan psihic, cum ar fi:

- tehniciile de abordare psihologică diferențiată a bolnavului;
- cunoașterea frecvențelor deformări ale informației despre boală de către subiectivitatea pacientului;
- instituirea unor măsuri de psihoterapie simplă (de susținere) de la primele contacte cu bolnavul.

Deseori, s-a pus problema diferențelor existente între *psihologia medicală* și *psihologia clinică*, termeni care sunt folosiți de multe ori nediferențiat, fără argumente suficiente pentru o poziție sau alta. Astfel, G. Ionescu realizează o trecere în revistă a motivelor pentru care unii autori preferă să folosească primul sau al doilea termen. Concluzia la care ajunge autorul este aceea că nu există o delimitare foarte clară între conținutul psihologiei medicale și conținutul psihologiei clinice.

G. Ionescu consideră că psihologia clinică este situată la confluența psihologiei cu medicina, cu influențe din filosofie, psihopedagogie și sociologie.

Se consideră că *psihologia medicală* are o arie mai largă de cuprindere, o problematică mai amplă și o arie mai extinsă de preocupări, spre deosebire de *psihologia clinică*, preocupată mai ales de starea și situația pacientului asupra căruia intervine nemijlocit, ilustrându-și astfel caracterul pregnant aplicativ. În opinia lui G. Ionescu, între cele două ramuri ale psihologiei, care păstrează însă ample arii comune, există o serie de distincții:

- psihologia medicală are un domeniu mai vast decât psihologia clinică, prin faptul că surprinde o serie de elemente psihologice adiacente bolnavului: psihologia mediului terapeutic, psihologia personalului sanitar, psihologia relațiilor profesionale din instituțiile medicale, formarea psihologică și formarea etică a personalului medical;

- psihologia medicală are un caracter aplicativ, similar cu cel al psihologiei clinice, dar prezintă și o mare disponibilitate de esențializare și teoretizare a datelor, faptelor și observațiilor izvorâte din analiza clinică directă, concretă și imediată; relația dintre psihologia medicală și psihologia clinică este similară cu cea dintre psihopatologie și psihiatrie,

psihopatologia fiind cea care, distanțată de faptul individual, generalizează datele concrete ale cazului de care se ocupă psihiatria;

- psihologia medicală depășește aria observării imediate, directe și individuale, propriu-zis clinice, recurgând la observații mediate, indirecte, obținute prin tehnici, teste și metode de laborator, care conferă conținut explorării psihologice paraclinice;

- psihologia medicală păstrează relații ample cu alte ramuri ale psihologiei, cum ar fi: psihologia experimentală, psihofiziologia, psihodiagnoza, ea însăși fiind considerată ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de psihologia clinică, care este axată mai ferm asupra pacientului, păstrând relații mai strânse cu psihoterapia și cu orice domeniu clinic medical, a cărei problematică psihologică o abordează pre-dilect.

Cu toate aceste deosebiri, G. Ionescu precizează: „*deși clare în formulare, aceste distincții nu pot fi considerate actualmente esențiale, domeniul psihologiei clinice fiind în cea mai mare parte comun cu acela al psihologiei medicale și numai cercetări ulterioare le vor contura sferele, le vor îmbogăți conținutul și vor aduce delimitări fundamentale*”.

3. Relațiile psihologiei medicale cu alte discipline

Psihologia medicală pune în centrul preocupărilor sale omul aflat sub incidența bolii, abordându-l din perspectivă dinamică în istoria dezvoltării sale. Psihologia medicală se găsește la confluența dintre medici-nă și psihologie, originile sale regăsindu-se și în alte domenii, cum ar fi: filosofia, psihopatologia, psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică, cronobiologia, etologia, sociologia, psihologia experimentală și neurofiziologia. Cu fiecare dintre aceste domenii, psihologia medicală are legături biunivoce și face un schimb continuu de informații.

Psihologia holistică se referă la metodele de tratament din afara medicinei clasice: masajul terapeutic, homeopatia, medicina naturistă (după Random House. Webster's Electronic Dictionary and Thesaurus, College Edition, 1992).

Psihologia medicală are relații cu alte ramuri aplicative diferite ale psihologiei: *psihologia muncii și psihologia deficiențelor*. Psihologia medicală este legată de psihologia socială în cele mai diverse moduri:

de la relația sociologică medic-pacient la contactul medicilor cu alte profesioni conexe – farmaciști, biologi, chimici; de la modelul biopsihosocial al bolii la modelele terapeutice privind lumea medicamentului (psihologia reclamei), la calitatea vieții ca indicator modern de apreciere a intervenției terapeutice și a activității medicale; de la interrelațiile existente în interiorul instituțiilor de asistență la atitudinea mass-medie față de boală și suferință.

Psihologia medicală este legată de domeniul *psihologiei generale*, prin subiectele despre comunicare; particularitățile dezvoltării psihice; structurile personalității.

Psihologia medicală interferează și cu domeniul *psihologiei diferențiale*, care, folosind metodele psihometrice, testologia și psihodiagnoza, se încadrează în principiile generale de evaluare, ctilonare și diagnoză.

Relația psihologiei medicale cu *psihiatria* este incontestabil, fiind cea mai profundă relație dintre toate cele stabilite cu disciplinele medicale atât din punct de vedere istoric, cât și metodologic, și nu întâmplător, aproape toți cei care au fondat psihologia medicală au fost medici psihiatri. Psihiatria reprezintă, pentru psihologia medicală și clinică, *principalul domeniu din care își extrage informațiile*, dar și domeniul în care „tehniciile psihologice și datele obținute” sunt utilizate plenar.

Psihologia medicală se delimitizează de psihiatrie atât din punct de vedere teoretic, cât și practic, chiar dacă în unele situații câmpurile de acțiune pot interfera. Metodele psihologice de tratament al diferitelor boli, adică metodele psihoterapiei, sunt comune psihiatriei și psihologiei medicale.

Relațiile cu domeniul științei medicale și al celei biologice. Într-un mod care pentru unii poate fi considerat paradoxal, psihologia medicală are tangențe cu psihiatria biologică în cel puțin două domenii: *psihoneurofiziologia* (domeniu mereu în extensie în ultimii ani) și *psihofarmacologia*.

În psihofarmacologie, validarea noilor substanțe terapeutice, a eficacității acestora, precum și a cadrului optim nosologic, în care beneficiază de aportul substanțial al metodelor de evaluare psihologică.

Psihologia medicală face parte, în prezent, din pregătirea de bază a medicilor, aceasta mai ales din cauza creșterii frecvenței bolilor de stres

și a fenomenelor de decompensare funcțională. Chiar în bolile organice, componenta psihologică merită să fie cunoscută și tratată.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

2. Ce studiază psihologia medicală?
3. Definiți obiectivele psihologiei medicale.
4. Care sunt funcțiile de baza ale psihologiei medicale?
5. Definiți postulatele psihologicii medicale.
6. Identificați câmpul de preocupări al psihologiei medicale.
7. Identificați relațiile ei cu alte ramuri ale științei psihologice.
8. Explicați tangențele dintre psihologia medicală și cea clinică.
9. Definiți conceptul de *psihologie clinică*.
10. Numeți scopul și obiectivele psihologiei clinice.

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie medicală*. Iași, Editura „Polirom”, 2010, 462 p.
2. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
3. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București, 1997.
4. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2007.
5. Tudose F. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2000.
6. Oprea N., Revenco M. ș.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știința”, 1993.

TEMA 3. ABORDAREA PERSONALITĂȚII ÎN PSIHOLOGIA MEDICALĂ

Structura

1. Definirea personalității.
2. Biopsihotipologiile personalității.
3. Dezvoltarea personalității. Condițiile de dezvoltare a personalității.
4. Mecanismele de apărare ale personalității.
5. Tulburările de conștiință ale personalității.
6. Tulburările conștiinței de sine.

Obiectivele operaționale

- Familiarizarea cu semnificația conceptului de personalitate, a structurii și a proceselor personalității.
- Identificarea tipologiilor morfofiziologice (constituționale) ale personalității.
 - Explicarea tipologiilor clinice ale personalității.
 - Identificarea condițiilor de dezvoltare a personalității.
 - Precizarea și analiza mecanismelor de apărare ale personalității.
 - Analiza factorilor de vulnerabilitate și patogeneză a personalității.
 - Dobândirea cunoștințelor despre tulburările de conștiință.

Cuvintele-cheie: personalitate, tip, tipologii constituționale, dezvoltarea personalității, mecanisme de apărare ale personalității (*refuzarea, regresia, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, transformarea în contrariu, sublimarea, introiecția, proiecția, rein-toarcerea către sine*), conștiință, conștiința de sine, tulburări de conștiință ale personalității.

1. Definirea personalității

Termenul „personalitate”, derivat de la „persoană”, își are originea în limba latină clasică, unde cuvântul *persona* desemna inițial *masca* folosită de actori în teatrul antic. Mai târziu, acest cuvânt a dobândit înțelesuri multiple, funcționând în toate limbile moderne cu înțeles polisemantic, amintind de sensul original (mască), rolul jucat de un actor, funcția socială îndeplinită de un om, actorul însuși care joacă un rol,

precum și omul care îndeplinește o funcție socială, ceea ce conferă omului valoare.

În opinia lui Vasile Pavelcu, personalitatea este reprezentată de totalitatea calităților și înșurilor, orientarea, inclinațiile, interesele, trebuințele, aptitudinile etc. apărute pe baza biologică în relațiile cu mediul social, în corelațiile interne ale trebuințelor sale.

Noțiunea de **personalitate** se referă la organizarea interioară, unitară și individualizată a înșurilor psihologice, cognitive și atitudinale ale individului, reprezentând sinteza particularităților psihointividuale în baza căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne unul de altul.

Bogdan Tucicov descrie sub aspect structural – dinamic și acțional – următoarele **componente psihice interne ale personalității**:

- latura intelectuală (sistem de informație și prelucrare cognitivă, structuri cognitive și operații intelectuale ale insului etc.);
- latura dinamic-energetică (temperament, afectivitate, motivație);
- latura proiectivă (trebuințe, tendințe, dorințe, aspirații, scopuri, idealuri);
- latura instrumentală (deprinderi, priceperi, capacitate, aptitudini);
- latura relațională (trăsături de caracter și interpersonale);
- constituția fizică biotipologică a individului.

Personalitatea se consolidează și se dezvoltă prin relaționarea cu ceilalți, cu mediul social, dar ea se formează diferit, devenind unică și originală.

Abordarea problemei personalității din perspectiva ciclurilor vieții și a influenței modelelor sociale asupra capacităților de maturizare ale persoanei este utilă nu doar în înțelegerea modului, în care personalitatea se dezvoltă, ci și în înțelegerea patologiei și zonei de marginalitate psihopatologică, fie că este vorba de crize de dezvoltare, de tulburări de personalitate sau de psihoză reactive.

Printre factorii de vulnerabilitate se poate număra și tipul personalității; stadiile de dezvoltare a personalității și, îndeosebi, modalitățile inadecvate de trăire a unor experiențe de viață mai vechi sau mai noi, de adaptare la solicitările în permanentă schimbare din mediul social, cu raportare la modul în care personalitatea a reușit să-și rezolve crizele specifice fiecărei etape de dezvoltare, parcursă până la momentul analizei psihopatologiei reactive survenite.

Personalitatea se caracterizează prin câteva trăsături fundamentale:

- *stabilitate* – o modalitate de exteriorizare și de trăire interioară relativ neschimbată în timp;

- *integrare* – formarea unei unități și totalități psihice;

- *plasticitate* – reprezintă posibilitatea de reorganizare a personalității, pentru ca această să poată face față unor schimbări ale condițiilor de viață și să se adapteze la ele. Plasticitatea este în linii mari o funcție de vîrstă: valoarea ei scade pe măsura înaintării în vîrstă. La copii și la tineri, structurile se caracterizează printr-o plasticitate ridicată, consistența personalității lor este mai puțin pregnantă, iar la bătrâni, ele tind spre osificare, conservatorism. Din punct de vedere adaptativ, este la fel de importantă atât formarea unei consistențe de valoare ridicată, cât și dezvoltarea „potențialității pentru schimbare”.

C. Rogers susține că ideea reorganizării și modelării structurii personalității nu trebuie abandonată nici la vîrstele cele mai înaintate, psihoterapia prezentând un procedeu eficient de plasticizare, chiar și la subiecții aparent rigizi.

Personalitatea apare ca un ansamblu de structuri sau un ansamblu autoechilibrat. Schimbările care se produc în procesul interacțiunii cu condițiile concrete de mediu alcătuiesc dinamica actuală a personalității. Multe dintre structurile care alcătuiesc sistemul general al personalității nu sunt direct observabile sau măsurabile, ci se relevă prin eforturi teoretice, de abstractizare convențională, apărând astfel ca modele ipotetice.

Pentru a se forma și a se dezvolta o personalitate armonioasă nu este suficientă doar dobândirea sa naturală/genetică, socială, ci și corelarea interiorului cu exteriorul. La fel, capacitatea fiecărui individ de a menține un echilibru de sănătate între modul de gândire și corp.

Este important ca un om să trăiască în aşa fel încât să își crească potențialul vital, prin respectarea normelor igienice. Întreținerea și chiar ameliorarea echilibrului funcțiilor corporale, sunt procese importante care dezvoltă aptitudini, înălță deficiențele individuale și adăpostesc corpul de influențele nocive ale intoxicațiilor sau ale consecințelor vieții împotriva legilor fiziológice, dar și de impactul mediului, al relațiilor negative. Rezultatul artei de a trăi este, astfel, putința individului de a se bucura de viață în plenitudinea ei, de a-și asigura o existență în condiții de sănătate, fără suferință, neputință și infirmități.

2. Biopsihotipologiiile personalității

Pe baza caracteristicilor pregnante morfo-fiziologice, psihofiziologice, psihosociologice etc. comune, indivizii sunt grupați în clase omo-gene, care alcătuiesc **tipurile de personalitate**. Astăzi există un număr impunător de tipologii diferite, cunoașterea tipologiiilor personalității servește atât la caracterizarea oamenilor, cât și la prognozarea modului de a reacționa.

De asemenea, educația și autoeducația presupun stabilirea tipului de personalitate, chiar dacă cei mai mulți dintre noi (aproximativ 60%) aparținem unor tipuri intermediare sau mixte.

Tipologiile temperamentale – sangvinic, melancolic, coleric și flegmatic – descrise de Hipocrate, rezultă dintră predominanța uneia dintre „umorile” organismului uman: *sânge, bila neagră, bila galbenă, flegma*; amestecul acestor „umorii” (temperamental) în anumite proporții ar asigura starea de sănătate.

Tipologia medicală urmărește cunoașterea reactivității actuale a pacientului, a corelațiilor intra-individuale, a particularităților sale metabolice, punând accentul pe dinamica relațiilor cu mediul. Pentru Allport G. W., tipul este un punct de plecare, un instrument propedeutic, el definiște tipologia ca „*o jumătate de drum spre individualitate*”; tipurile („ideale”) sunt scheme de comprehensibilitate (după Spranger).

Constituția cuprinde aspectele permanente și esențiale ale personalității (habităs fizic și psihic), de fenotip și de genotip.

Care este utilitatea încadrării individului într-un cadru tipologic, utilitatea etichetării sale tipologice? Unele tipologii sunt necesare pentru cunoașterea individului. Tipologia medicală urmărește cunoașterea reactivității actuale a pacientului, a corelațiilor intra-individuale, a particularităților sale metabolice. Ea pune accent pe criteriile, care prezintă cel mai pregnant dinamica relațiilor sale schimbătoare cu mediul și preferă acele note, care sunt strâns contopite în structura funcțională a persoanei. Doar în unele cazuri, individul poate fi considerat un exemplar tipic, o concretizare perfectă a tipului, o personificare a esențelor relevante de tipologie.

Prin folosirea tipologiiilor, medicul urmărește mai multe *obiective* distințe.

• **Situarea individului în raport cu intervalul de normalitate.** Orice insușire trebuie judecată în cadrul variantei constituționale respective. De

aceea, standardul unic de referință trebuie înlocuit prin mai multe standarde-tip. Reacțiile la același excitant pot fi diferite, de la o grupă tipologică la alta, nu doar ca intensitate, ci și ca sens.

• **Rezumarea unei liste de trăsături printr-un cuvânt.** Unele tipologii au elaborat o serie de tipuri împreună cu nomenclatura lor; cu ajutorul lor asimilăm înșătișarea individului examinat cu unul dintre aceste tipuri. Pentru cel care cu ajutorul tipologiilor urmărește o descriere plastică tipologia este impusă chiar de caracteristicile particulare ale individului descris.

• **Schițarea unui tablou stilizat (sau chiar caricatural) al individului**, în care scoatem în evidență, prin sistematizare, un ansamblu de caractere pe care-l considerăm important pentru o anumită problemă teoretică sau practică, de orientare a acțiunii medicale. De ex.: finețea trăsăturilor, vioiciunea fiziologică și psihologică pot fi legate, deseori, de tonusul dominant al glandei tiroide. În sexologie sau în endocrinologie nu putem face abstracție de alcătuirea morfologică a individului, în timp ce tipul de activitate nervoasă superioară (după I. P. Pavlov) este un element ce nu poate fi neglijat într-o cercetare de psihiatric.

• **Deducerea** unor caracteristici-cheie observate efectiv (stigmate), a unor însușiri (îndeosebi a unor însușiri de reactivitate) cu care primele sunt strâns legate. Acel clasic, *Habitus Apoplecticus*, semnalează predispoziția la apoplexie. Legătura aceasta este, desigur, statistică, ea poate fi „adevărată în general și falsă în (unele) cazuri particulare”. Extrapolarea pe care o facem trebuie să fie prudentă, având mai mult caracterul unor orientări în adâncirea explorării individului.

Metoda tipologică reprezintă o cale de cunoaștere mijlocită a esențialului și a individualului. Intervenția practică necesită alcătuirea unei scheme aproximative despre individ, suficientă pentru scopurile noastre (și nu reconstituirea tuturor detaliilor, dintre care multe sunt ineficiente). „Tipurile” sunt scheme de referință, între care diverse detalii sunt îmbinate organic între ele; rezultă, fie o imagine aproape intuitivă, vie, reflectând îmbinarea de însușiri care este frecvent constată empiric, fie o schemă având înțeles cauzal, biologic sau fiziopatologic.

Frenologia, ca studiu al psihologiei individului bazat pe particularitățile craniene, ca și **fiziognomonia**, care se ocupă cu gnoseologia caracterului pornind de la trăsăturile somatice, în special ale feței, sunt „anticipări” ale biotipologiei.

Biotipologiile postulează corelații între habitusul fizic și trăsăturile importante ale vieții psihice, corelații intuite încă de medicina hippocratică și de astrologie.

În cadrul psihologiei, *tipul* este considerat o reprezentare generală, cu note particulare și concrete, care conține însușirile selecționate pe bază anumitor criterii (ce pot fi *somaticice (constituționale), psihofiziologice, psihosociale*). El reprezintă o schemă de referință, cu valoare orientativă, o categorie gnoseologică.

Tipologia reprezintă o modalitate de clasificare, după anumite criterii, a indivizilor umani în tipuri și descrierea acestor tipuri. Tipologia poate fi definită ca o *clasificare psihologică* (ansamblul însușirilor cu originea în factorii constituționali, fiziologici și ereditari) sau ca metodă ce are drept scop evidențierea felului în care un mod de funcționare psihică este dominat de o anumită proprietate esențială, de cele mai multe ori bipolară, celealte însușiri articulându-se cu această trăsătură. În același timp, încadrarea tipologică nu reprezintă o clasificare, individul putând să aparțină mai multor tipuri psihologice diferite.

După N. Mărgineanu, există:

- *tipologii psihologice* ce sunt bazate pe structura psihică a indivizilor;
- *tipologii morfofiziologice (biotipologii)* – sisteme de clasificare tipologice care pleacă de la constituția corporală a individului, postulând o corelație între anumite structuri morfologice și anumite structuri caracteriale.

În continuare oferim **clascificarea diverselor tipologii ale personalității**, ce sunt importante pentru activitatea medicală și pentru construirea unor relații terapeutice adecvate între medic și pacient, ținând cont de aspectele psihofiziologice, constituționale și clinice ale personalității pacientului.

I. Tipologiile morfofiziologice

1. **Tipologia lui Hipocrate** (bazată pe constituția corporală și corelația ei cu frecvența mai mare a unui anumit tip de afecțiune):

- *tipul fizic* – dezvoltare mai intensă a membrelor față de trunchi, cu predispoziție către tuberculoză;
- *tipul apopleptic* – predominanță toracelui și abdomenului față de membre, predispoziție pentru apoplexeie.

2. Tipologia lui Sheldon (ce se bazează pe dezvoltarea și rolul în economia organismului a derivatelor celor trei soiuri embrionare).

- **tipul endomorf** – dezvoltare corporală predominant internă, rotund, afabil, iubitor de comoditate, de spectacole și de tovărăsie, curios și tolerant, satisfăcut de sine însuși, atașat de familie și de trecut; se caracterizează prin dragoste de confort fizic, reacții încete, amator de ceremonii, uniformitate în cursa emoțională, trăsături netemperate, fire extravertită;

- **tipul mezomorf** – dezvoltare corporală echilibrată, sistem muscular și cardiovascular bine dezvoltat; puternic, plin de energie, uneori dur, curajos, combativ și chiar agresiv, amator de aventură și de excitații, cu tendințe dominatoare, trăind mai ales în prezent; voce nereținută, fără inhibiții, maturitate în prezentare;

- **tipul ectomorf** – sistemul nervos dezvoltat și sensibil; fizic, slab și fragil, cu mișcări dizarmonice, dar cu reacții fiziologice vii; sensibil la durere; iubitor de singurătate, nesigur de sine, introvertit, egoist, aşteptând fericirea de la viitor; activism în gândire; neexprimarea sentimentelor, voce reținută, evitarea zgromotului, prezentare infantilă.

3. Tipologia lui E. Kretschmer (bazată pe constituția corporală asociată cu constituția psihică și cu predispoziția psihopatologică). Această tipologiiile cuprind următoarele tipuri ale personalității:

- **tipul picnic** – constituție orizontală, scund, sistem osteo-muscular plăpând (cu membrele inferioare mai scurte), strat de grăsimi la suprafața trunchiului, trunchi în formă de butoi, cap rotund (frecvent cu cheile), față rotundă, cu ten fin, gât scurt; constituția sa psihică este de *tip ciclotim* (cu oscilații/cicluri între euforie și depresie, cu trei variante: *hipomaniac* (vesel, mobil), *sintonic* (realist, umorist, benign, în acord cu sine și cu ambianța) și *greoi* (dintre care se vor manifesta psihoticii maniaco-depresivi; manifestă adaptare pasivă, supunere, extraversie);

- **tipul leptosom** (cu varianta sa extremă, astenicul) – constituție verticală, trunchi cilindric, sistem osteomuscular firav, față ovală și uscătină, gât lung, corp subțire, torace lung și plat, adipozitate și musculatură reduse; are trei variante: *hiperestezic* (iritatibil, idealist, delicat, interiorizat); *intermediar* (rece, energetic, calm, aristocrat) și *anestezic* (rece, nervos, solitar, indolent, eronat, obtuz). Tipul leptosom este generator de tulburări de tipul schizofreniei, având în perioada premorbidă o adaptare deficitară și introversie;

- *tipul atletic* – o bună dezvoltare musculară, trunchi piramidal, cu baza mare în sus, corp înalt, cu capul adesea rotund, corp bine proporționat. Este liniștit în mișcări, mai degrabă greoi; imaginea redusă, dar perseverență considerabilă. La polul extrem, caracteristica vieții lui psihice este „viscozitatea psihică”, întreruptă de manifestări paroxistice, explozive. Predispoziția neuropatologică predispune către epilepsie, iar cea psihiatrică – către catatonie.

Cele trei tipuri descrise sunt considerate tipuri „normale”, la care se adaugă și tipurile displastice („anormale”, submorbide sau chiar morbide), caracterizate prin diverse malformații corporale.

II. Tipologiile psihologice

1. **Clasificarea personalităților accentuate** (după K. Leonhard), adică a celor personalități care manifestă tensiune în raport cu ceeaլăți și prezintă multiple dificultăți de adaptare. Personalitățile accentuate suportă cu dificultate boala, sunt rezervate în relațiile cu medicul și față de tratament și favorizează apariția unor stări morbiile.

- *Firea demonstrativă* – capacitate anormală de refuzare: poate veni istic (refuzarea ca mecanism de apărare în istic). Pacientul este exagerat în gesturi și vorbe, dornic să fie luat în seamă și să se afirme; manifestări teatrale lipsite de autenticitate, ușor de depistat în general; lăudăros sau autocompătimitor, cu accente patetice. Uneori este mitoman, lipsit de spirit autocritic, are tendințe de a manipula anamneza. Refuzarea se poate manifesta și în sectorul fizic: anestezii paradoxale, leșin istic, refugiu în boală, beneficiu secundar. Este recalcitrant în raport cu tratamentul (de ex., alcoolicii), impulsiv în decizii, cu tendințe de manipulare a celor dispusi să-l asculte. Predispus spre surmenaj și epuiere nervoasă.

- *Firea hiperexactă* – carență în capacitatea de refuzare: nehotărât în decizii, oscilant, ambivalent în acțiune și sentimente, inhibiție și autocontrol excesiv. Extrem demeticuos, cu sentimente intense de anxietate; de aici – predispoziție spre ipohondrie, nevroză obsesională etc. Apare tendință obsesivă de a se spăla, frică de îmbolnăvire. Rareori dezvoltă alcoolism.

- *Firea hiperperseverentă* – perseverență anormală a afectului; de aici, susceptibilitate sporită, spirit bănuitor, încăpățânat, ambițios, intens proiectiv în ceea ce privește sentimentele altora față de el. Anxietate, cu idei prevalente, chiar obsesive, cu treceri spre psihopatia paranoidă și

spre nevroza ipohondrică. Este bolnavul care are „idei” clare despre boala sa, pe care caută să și le impună, uneori caută beneficiile secundare (de ex., o pensie de invaliditate inexistentă).

- *Firea nestăpânită* – dominat de pulsiuni, gândire inertă, pedanterie, acte impulsive violente. Pacientul este irascibil, ostil medicului; incapacitatea de a respecta un regim organizat de viață sau alimentar (se conduce, în special, după principiul plăcerii). Predispoziție spre obezitate, alcoolism cronic și acte antisociale. Se încercă cu psihopatia epileptoidă (are adesea constituție atletică, ca la epileptoizi);

- *Personalitatea distimică* – psihopatie depresivă; tăcut, serios, pessimist, predispus spre depresie.

- *Labili afecțiivi* – oscilații între stări afective opuse, specifice dezvoltărilor ciclotimice; sunt predispuși și la nevroze ipohondrice; imprevizibili la tratament.

- *Firea exaltată* – oscilare între entuziasm și disperare, euforie și descurajare. Dezvoltă un tip special de ciclotimie, „un anxios-fericit”. În situația de boală (nu neapărat psihică), are o sensibilitate exagerată, fiind excesiv de îngrijorat în raport cu boala sa sau cu simptomele banale;

- *Firea anxioasă* – bazată pe o hiperirritabilitate a sistemului nervos vegetativ; tendințe ipohondrice, timiditate. Are nevoie de discuții liniștitoare cu medicul.

- *Firea emotivă* – reacții foarte sensibile și de profunzime în sferea sentimentelor spirituale. Este extrem de sensibil la suferințele celor din jur, mergând până la reacții nevrotice, depresie și clacare în fața evenimentelor.

- *Firea extravertită* – aderent la concret, la opinia colectivității; influențabil, sugestibil, răspunde în acord cu modul în care i se pune întrebarea. Este foarte docil la sfaturile medicului și la tratament.

- *Firea introvertită* – reacții și păreri proprii despre lume; este mai sensibil la reprezentările proprii decât la percepții. Evenimentele exterioare sunt filtrate prin propria gândire. Rezervat, izolat, preferând singurătatea.

Acste tipuri de personalități pot apărea frecvent în combinații, care trebuie sesizate de către personalul medical, pentru a-și adapta demersurile profesionale la specificul acestor personalități.

2. **Tipologia clinică** (după K. Schneider) vizează tipurile de personalitate bazate pe trăsături predominante ale acesteia. Se poate afirma că

„personalitățile psihopatiche”, fără a reprezenta tipuri de bolnavi psihici, dau conținut psihiatriei „extra muros” (din afara zidurilor spitalului).

Urmărind aceste trăsături de personalitate care nu ajung la intensitatea unor simptome, Schneider descrie:

- *tipul hipertimic* poate fi hipomaniacal (caracterizat printr-o încărcare afectivă pozitivă, prin hiperactivitate, realizând un tablou maniacal de mică amplitudine, compatibil cu existența în mediul social) sau poate fi depresiv, care este antipodul primului;

- *tipul neliniștit* cuprinde două variante: *senzitiv* – caracterizat prin hipersensibilitate și inadaptabilitate și *anancastic* – dominat de introspecție și obsesii;

- *tipul paranoic* este caracterizat prin orgoliu, vanitate, psihorigiditate și stringență logică;

- *tipul histeroid* este bazat pe egocentrism, superficialitatea efectelor, tendință spre fabulație și nevoia de supravalorizare și supraestimare;

- *tipul instabil* este ilustrat prin instabilitatea timică, ce are drept consecință o instabilitate socială;

- *tipul exploziv* este ilustrat prin reacții emoționale violent-agresive, de scurtă durată;

- *tipul apatic* corespunde tipului schizoid (descris de Kretschmer), bazat pe hiposensibilitate și insuficientă forță de rezonanță și vibrare afectivă;

- *tipul abulic* este inert, lipsit de inițiativă și sugestibil;

- *tipul astenic* este caracterizat prin fatigabilitate, lipsă de rezistență și perseverență;

- *tipul depresiv* este caracterizat prin rigiditate, seriozitate, pesimism, închidere în sine.

3. Dezvoltarea personalității. Condițiile de dezvoltare a personalității

Prin *dezvoltare*, în general, se înțelege un proces complex de trecere de la inferior la superior, de la simplu la complex, de la vechi la nou, printr-o succesiune de etape, de stadii, fiecare etapă reprezentând o unitate funcțională, cu un specific calitativ propriu. Trecerea de la o etapă la alta implică atât acumulări cantitative, cât și salturi calitative, acestea aflându-se într-o condiționare reciprocă.

Dezvoltarea personalității se manifestă prin incorporarea și constituirea de noi conduite și atitudini, care permit adaptarea activă la cerințele mediului natural și ale celui sociocultural. Dezvoltarea permite și facilitează constituirea unor relații diferențiate și subtile ale ființei umane cu mediul în care trăiește și se formează. Dezvoltarea are caracter ascendent, asemănător unei spirale, cu stagnări și reveniri aparente, cu reînnoiri continue. Ca proces ascendent, dezvoltarea este rezultatul acțiunii contradicțiilor ce se constituie mereu între capacitatele, pe care le are la un moment dat individul și cerințele din ce în ce mai complexe, pe care le relevă factorii materiali și socioculturali cu care acesta se confruntă în devenirea sa.

Dezvoltarea psihică este rezultatul interacțiunii factorilor externi și interni. Cei *externi* sunt constituuiți din totalitatea acțiunilor și influențelor ce influențează din exterior asupra formării și dezvoltării personalității umane. Aceștia sunt **mediul și educația**. Factorii *interni* sunt constituuiți din totalitatea condițiilor, care mijlocesc și favorizează dezvoltarea psihică și care pot fi de natură biologică, ereditară și psihosocială. Toate aceste influențe, exercitatate asupra personalității umane, pot fi grupate prin raportarea la trei noțiuni de bază: **ereditatea, mediul și educația**.

Factorul genetic este o premisă naturală a dezvoltării, cu acțiune probabilistică, oferind, fie o ereditate normală ce trebuie valorificată, fie o ereditate defectuoasă, care poate fi compensată în diferite grade. Comitet cu recunoașterea influenței mediului asupra omului, trebuie să admitem și inversul, faptul că și omul influențează și transformă mediul. Omul nu este un produs pasiv al mediului, el este un subiect activ, care, transformând mediul, se transformă și pe sine însuși.

Mediul devine sursă a dezvoltării psihice, prin faptul că oferă individului circumstanțe și condiții concrete de viață, obiecte, informații și modele de conduită, susceptibile să percepă și învăță; de asemenea, el oferă prilejuri de comunicare și schimburi afective între individ și cei care îl înconjoară. **Mediul poate acționa ca o barieră sau ca un factor, care favorizează, facilitează, avantajează dezvoltarea psihică**. Mediul însă nu influențează direct dezvoltarea psihică. Relaționarea construcției biologice ereditare a organismului infantil nou-născut cu datele de construcție, furnizate de mediu, se face printr-un operator special – **educația**. Ereditatea și mediul, într-o interacțiune și unitate perfectă, promovează neconitenit dezvoltarea omului, dar nu în mod spontan, ci într-o structură

cu funcție nouă, conștientă, un factor nou în formarea omului – educația. Din această perspectivă, putem afirma că educația controlează și organizează influențele mediului asupra individului, adaptându-le la particularitățile de vîrstă și la cele individuale ale acestuia.

Astfel, educația face legătură și mediază între potențialitatea de dezvoltare, propusă de ereditate și posibilitățile mediului. Educația armonizează interacțiunea creditate-mediu și creează un climat favorabil actualizării potențialului genetic, fapt pentru care putem spune că educația este o activitate umană specializată în dezvoltare.

Fără a nega importanța factorilor ereditari și de mediu, putem totuși afirma că educația, care include un sistem complex de acțiuni și influențe de natură formativă și informativă, are un rol major în dezvoltarea psihică și în formarea personalității umane. Mediul, asemenea educației, influențează individul între limitele stricte pe care le trasează creditatea. Cu toate acestea, parafrazându-l pe H. Pieron, am putea spune, despre copil, că în absența acțiunii factorului „educație” acesta ar rămâne un simplu candidat la umanitate.

Izvorul dezvoltării psihice îl constituie, după cum se știe, *contradicțiile interne care apar în urma solicitărilor externe*. Crearea mijloacelor necesare pentru rezolvarea acestor contradicții revine, în primul rând, educației. Pe de o parte, educația oferă conținuturile ce urmează să fie asimilate, pe de altă parte, ea se preocupă de modul în care acestea trebuie să fie asimilate, de formarea capacitaților omului de a nu se lăsa derutat de obstacole sau de influențe nefavorabile și de a fi receptiv la influențele pozitive ale mediului. Rolul educației rezultă și din intervenția acesteia în ameliorarea condițiilor de mediu, în crearea unui climat educațional favorabil, cu valențe educative puternice în formarea personalității umane.

Sintetizând cele expuse, putem afirma cu certitudine că dezvoltarea este rezultatul interacțiunii complexe ereditate – mediu – educație. Educația este o formă organizată, sistematică și continuă de formare a personalității umane, optimizând, în măsura posibilităților, relația ereditate-mediul. Educației îi revine rolul conducător în formarea și dezvoltarea personalității, deoarece organizează într-o manieră optimă influențele factorilor de mediu și, în același timp, depistează predispozițiile ereditare, le diferențiază și le grăbește intrarea în funcțiune suplimentându-le forță. Educația creează premisele interne favorabile acțiunii prielnice a

anumitor factori externi, formarea personalității fiind atât un efect al acțiunii educative, cât și premsa pentru derularea acesteia.

Capacitatea fiecărui individ constă în *menținerea unui echilibru de sănătate între viața spirituală și cea fizică*. Este important ca omul să trăiască în aşa fel, încât să își crească potențialul vital. Să-și poată menține și chiar ameliora echilibrul funcțiilor corporale, dezvoltând aptitudini, înlăturând deficiențele individuale și punând corpul la adăpost de influențele nocive ale consecințelor vieții, împotriva legilor fiziologice, ale mediului și ale relațiilor negative.

Cunoașterea corpului, a constituției proprii va fi completată cu o cunoaștere a aptitudinilor, a defectelor personale, a năzuințelor și a nevoilor proprii. Astfel se conturează un punct de sprijin al dezvoltării personalității; deficiențele native, individual stabilite și care se cer a fi înălțurate, abilitățile, calitățile ce urmează să fie dezvoltate prin educație și creștere armonioasă. Omul nu se dezvoltă la întâmplare, el știe de unde a plecat și unde va ajunge în procesul neîntrerupt de dezvoltare a personalității. Cunoșcându-și limitele și posibilitățile, individul nu-și va asuma sarcini ce îl depășesc. Pentru om este importantă nu doar autocunoașterea personalității, dar și acceptarea sinelui însuși, „de a te simți bine în pielea ta”.

David D. Burns încerca să demoleze prejudecata prețului costisitor al succesului, demonstrând, că persoanele obsedate de perfecțiune, neîmpăcate cu sine suferă în urma tulburărilor psihice, și mai devreme sau mai târziu eșuează. În mod paradoxal, fixarea unor scopuri excepționale, nerealizabile, pe parcursul unei vieți omenești nu duce pe termen lung la acțiuni încununate de succes, ci la eșec. Cei obsedați de perfecțiune au, în ansamblu, un randament scăzut, starea de sănătate tulburată, autocontrolul slăbit, sunt vulnerabili la agenți psihiči traumatizați, depresie și, de obicei, în societate sunt timizi.

A te dezvolta personal înseamnă a te dezvolta în mod intențional, gestionând situații problematice prin exercitarea deliberată a controlului conștient cu scopul îmbunătățirii rezultatelor. Aceasta presupune recunoașterea slăbiciunilor personale și depunerea efortului necesar pentru depășirea acestora. Dezvoltarea personală apare în momentul, în care are loc un proces semnificativ de învățare.

Dezvoltarea personală include:

- *autocunoașterea*: identificarea unor comportamente dăunătoare (amânare, evitare, agresivitate etc.) și schimbarea lor; identificarea emoțiilor perturbatoare și învățarea unor tehnici de control emoțional și de exprimare adekvată; identificarea atitudinilor disfuncționale și înlocuirea lor cu atitudini adaptative;
- *afirmarea de sine și îmbunătățirea imaginii personale*; comunicare assertivă, combaterea stilurilor non-assertive de comunicare; tehnici de comunicare verbală și non-verbală;
- *îmbunătățirea relațiilor interpersonale*: relațiile de cuplu, relații interfamiliale, relații profesionale, relații de prietenie și sociale;
- *rezolvarea problemelor*: învățarea demersului rezolutiv în luarea deciziilor, în diverse paliere ale vieții cotidiene: familial, profesional și social;
- *managementul stresului* la nivel individual și social, în relațiile profesionale, familiale și sociale; tehnici de relaxare și destindere;
- *identificarea momentelor – cheie din etapele dezvoltării*, evaluarea scenariului de viață și rescrierea acestuia în mod adaptativ și benefic; depășirea momentelor de criză;
- *creșterea eficienței personale*.

Dezvoltarea personală se instituie în momentul, în care are loc procesul de învățare semnificativă. Aceasta implică schimbare. Dezvoltarea personală este realizată prin acțiunea părții conșiente și raționale a persoanei asupra celorlalte aspecte interioare ale acesteia, a acțiunilor ei și a situațiilor în care se află. Schimbările determinate de învățarea semnificativă pot avea asupra unui individ unele rezultate revelatoare.

- Începe să se privească altfel.
- Se acceptă mai mult pe sine și sentimentele sale.
- Devine mai sigur pe sine și mai inclinat spre autonomie.
- Se transformă în persoana care vrea să fie.
- Devine mai flexibil, mai puțin rigid în concepții.
- Adoptă obiective realiste.
- Abordează obiective care până atunci îi păreau inaccesibile.
- Își schimbă comportamentele și convingerile limitative.
- Își acceptă, în mai mare măsură, pe ceilalți.
- Își schimbă convingerile și, într-o anumită măsură, unele caracteristici ale personalității.

Procesul formării și structurării personalității are un caracter dinamic și progresiv, sistemul astfel format mijlocind și condiționând toate relațiile individ – mediu – societate. Unitatea, coerența și echilibrul personalității se exprimă prin conștiință, structuri subconștiente și inconștiente. Conștiința morală este nucleul conștiinței, se formează prin educație și este latura responsabilă de viața socială a personalității.

Dezvoltarea personalității medicului, primordial, atinge două aspecte.

• Primul este *dezvoltarea personală*. Dezvoltarea personală implică schimbare. Uneori este vorba despre schimbarea altor persoane sau despre schimbarea mediului exterior, pentru a ne îmbunătăți sentimentele sau condițiile în care trăim. De cele mai multe ori, însă, este vorba, în primul rând, despre schimbările la nivelul propriului comportament, ale sentimentelor, ale abilităților, ale gândurilor sau ale proceselor inconștiente proprii; schimbări în strategiile, atitudinea și convingerile individului, cu impact puternic în modificarea sau influențarea identității lui.

• Al doilea aspect este *dezvoltarea lui profesională continuă*, care se manifestă prin achiziționarea permanentă de către persoană a competențelor profesionale, pentru a putea face față cerințelor profesiei, în măsură optimă.

Prin urmare, în funcție de interesele, aspirațiile, principiile de viață și valorile sale, persoana își va dezvolta acele calități personale și profesionale, pe care le consideră importante pentru a obține succesele spre care aspiră.

În contextul dezvoltării personalității, *educația permanentă* a persoanei se prezintă ca un catalizator al întregului proces de dezvoltare. Educația permanentă este o condiție de perfecționare a dezvoltării personale, sociale și profesionale pe durata întregii vieți a indivizilor cu scopul îmbunătățirii calității vieții atât a indivizilor, cât și colectivității lor. O etapă inițială a oricărei strategii, proiectată să împlinească aspirațiile educației permanente, este construirea unor legături între varietatea de elemente intereducaționale (structuri, curriculum, pregătirea profesorilor) și numărul considerabil de elemente extraeducaționale (configurații personale, sociale, istorice, culturale ale indivizilor și societăților în medii locale, naționale și globale).

Conceptul educației personale și profesionale permanente este, în mod funcțional, bazat pe ideea că învățarea permanentă poate fi dobân-

dită de către indivizi și societăți în moduri diferite și că aceste modalități alternative sunt în stare să ducă spre atingerea celui mai înalt și celui mai bun nivel al calității vieții de către toți".

Procesul de dezvoltare personală și profesională poate avea loc natural, fără niciun ajutor din afară, dar sunt momente în care *un coach*, *un consilier* sau *un psihoterapeut* este de mare ajutor în descătușarea potențialului uman personal și profesional.

4. Mecanismele de apărare ale personalității

Noțiunea de *mecanism de apărare* a fost lansată în psihologie de Z. Freud, în volumul *Metapsihologia* (1915) și dezvoltată de fiica sa, A. Freud, în cartea *Mecanismele de apărare ale eului* (1937). Într-o definiție simplificată, mecanismele de apărare sunt procedurile utilizate de *ego*, confruntat cu pulsunile libidinale ale *id-ului* de reprimare a informațiilor, care l-ar putea pune în pericol.

Mecanismele de apărare sunt procese psihice inconștiente, care viziază reducerea sau anularea efectelor neplăcute, ale pericoletelor reale sau imaginare, remaniind realitatea intern și/sau extern și ale căror manifestări pot fi conștiente sau inconștiente.

Apărările sunt operații de gândire, ce înlătură din conștiință componentele afectelor neplăcute: *anxietatea*, *depresia* și *furia*. Anxietatea se compune dintr-o senzație neplăcută, la care se adaugă gândul că ceva îngrozitor este pe cale să se producă. Afectul depresiv constă în senzația neplăcută și gândul că ceva îngrozitor deja s-a întâmplat. Furia include, de asemenea, o senzație neplăcută și gândul de distrugere a ceva sau a cuiva.

Ionescu ř., Jacquet M. M. și Lhote C., examinând finalitatea mecanismelor de adaptare și modul de acțiune adaptat în vederea atingerii respectivelor finalități, descriu următoarele funcții ale mecanismelor de apărare:

1. restaurarea homeostazicii psihice;
2. reducerea unui conflict intrapsihic;

3. diminuarea angoasei născute din conflictele interioare între exigențele instinctuale și legile morale și sociale;

4. stăpânirea, controlul și canalizarea pericoletelor interne și externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericoletelor sau factorilor de stres interni sau externi.

Prin urmare, în abordarea dinamic-psihanalitică, rolul *eului* este acela de a media între cerințele realității; nevoia de satisfacere a impulsurilor sexuale și agresive (numite mai târziu instinctul vieții și, respectiv, al morții), localizate la nivelul *id*-ului și valorile sociale și morale internalizate sub forma *supra-eului*.

Imediat după apariția trăirii anxioase, vor fi puse în acțiune **mecanismele de apărare/defensive**, cu ajutorul cărora *eul* încearcă să rezolve conflictele apărute între *id*, *supra-eu* și *eul realitate*, protejând persoana de aceste conflicte. Altfel spus, mecanismele de apărare sunt acele procese, care au drept scop protecția *eului* de dorințele și impulsiunile instinctuale. De regulă, acestea se declanșează inconștient și tend să acționeze în sensul distorsionării percepției realității, distorsiune care se soldează cu o diminuare a trăirii anxioase.

Mecanismele de apărare nu generează neapărat boală. Ele sunt mijloace inconștiente/preconștiente, cu ajutorul cărora o persoană face față dificultăților vieții, gestioneză bagajul pulsional, dar o gestionare necorespunzătoare poate eșua în simptom. Exemplele de mecanisme de apărare „sănătoase” sunt: *sublimarea, jocul, umorul, visul*.

În psihanaliză, cele 10 mecanisme de apărare clasice sunt: *refularea, regresia, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, transformarea în contrariu, sublimarea, introiecția, proiecția, reîntoarcerea către sine*.

Un prim mecanism de apărare ce începe să pună niște limite în spațiul psihic este **refularea**, care reprezintă un prototip al reacției defensive; operație prin care partea inconștientă a *eului* respinge reprezentări inacceptabile, inadmisibile legate de o pulsiune. Eficientă, normală, naturală, refularea este totodată și cel mai periculos mecanism de apărare, pentru că energia investită pentru menținerea conținuturilor refulate este atât de mare, încât poate distruge perioade întregi din viața unui om, prin cauzarea amnezicii, lăsându-l pradă fragmentării, imposibilității trăirii unei integrități psihice, afectându-i din interior toată existența.

Refularea este un mecanism de apărare a *eului*, primul mecanism studiat de Freud, care constă în uitarea anumitor conținuturi ale inconștientului. Prin refulare, *eul* scapă de gânduri, idei, amintiri, dorințe inacceptabile etc. Ceea ce este refusat se află în inconștient și este nevoie de tehnica psihanalizei pentru ca materialul refusat să fie identificat.

Pacientul încearcă să păstreze ceea ce este refuzat în inconștient. Această forță care întreține refuzul este numită *rezistență* în timpul analizei. Formele comune de rezistență includ: cearta cu terapeutul, refuzul asociațiilor libere, uitarea prezentării la o sesiune de analiză, folosirea mecanismelor de apărare, toate acestea pentru a păstra materialul refuzat în inconștient.

Regresia este procesul pulsional, prin care ne reîntoarcem *temporal* (întoarcerea subiectului la etape genetice depășite) sau *formal* (manifestarea unor moduri de expresie și comportament de nivel inferior din punctul de vedere al complexității, structurării și diferențierii). Regresia este reacția subiectului în fața unor pericole interne sau externe, care pot provoca angoasă sau mai bine spus pe care deja au provocat-o inconștient. Ea ignoră timpul, aduce la suprafață formele psihice primitive, ne poartă prin locuri de care am rămas fixați în mod inconștient, pe care nu le-am părăsit niciodată. Un exemplu de regresie este atunci când un copil școlar trecut printr-o traumă cauzată de decesul unui părinte, își dorește să revină la vârstă de dinaintea tragediei, are vise în care se vede exact la acea vârstă în care, încă nu se întâmplase nimic.

Regresia poate fi un mecanism valid de apărare, însă se poate asocia și cu efecte nocive. Regresia *eului* este o reacție aproape normală în fața bolii sau după o experiență traumatică însă există și riscul ca regresia să nu fie reversibilă și să nu aducă beneficii.

La general vorbind, cura psihanalitică este o invitație la regresie, pentru că doar desfăcând și asamblând elementele atemporale ale inconștientului, pacientul poate evoluă, se poate dezvolta. Procesul regresiv poate însă întârzi, dar poate devine și patologic în cazul unui *eu slab*, care nu mai poate metaboliza, psihiza ceea ce vine spre el, aşa cum se întâmplă în destructurările psihotice și în patologia psihosomatică, când lipsește elaborarea psihică a conflictelor.

Mecanismul „formațiune reacțională” presupune investitura energiei pulsionale în reprezentări contrarii. De exemplu, cineva își dorește să facă mizerie, însă, devine obsedat de curătenie și ordine. Formațiunea reacțională este formată din două procese: dezinvestirea unei reprezentări interzise și reinvestirea într-o reprezentare contrară. Formațiunea reacțională, ca mecanism de apărare, ajută la formarea trăsăturilor de caracter, însă poate duce la apariția nevrozei obsesionale.

Totuși, nu toate trăsăturile de caracter sunt formate în urma intrării în funcțiune a formațiunii reacționale. Trăsăturile formate prin acest mecanism de apărare se caracterizează prin rigiditate, reapariție și exprimare indirectă. Atunci când, formațiunea reacțională devine prea rigidă avem de-a face cu cazuri patologice de nevroză obsesională. Este cazul multor pacienți care, fiind obsedați de curătenie și de microbi se spală pe mâini până când ajung să-și provoace răni sau devin atât de pasionați de această activitate, încât orice alt lucru trece pe plan secund.

Formațiunea reacțională poate fi un mecanism de apărare util, însă, ea poate duce în același timp la dezadaptare, atunci când este dusă la extrem. Atât S. Freud, cât și A. Freud au considerat că mecanismul reacțional stă la baza formării caracterului în general și a unor trăsături de personalitate izolate. Cum în orice formațiune reacțională, tendința inconștientă ieșe la iveală, chiar dacă fragil putem afirma că *orice manifestare extremă ascunde cealaltă extremă și generează angoasa întâlnirii dintre cele două tendințe*.

Izolarea, specifică nevrozei obsesionale, separă pulsionea din contextul ei pe care îl păstrează în conștient. Obsesionalul rupe toate legăturile dintre asociațiile sale, izolând ideile de afecte, fragmentând unitatea, rupând legături, suprimând contactul cu sinele și cu ceilalți. Practic, semnificația emoțională a unor evenimente este ținută separat de reprezentările acestora, care nu sunt uitate, ci doar lipsite de afect, obsesionalul povestindu-le fără a putea spune dacă a simțit ceva sau nu. Dacă în istorie, afectul este în prim-plan, reprezentările fiind refulate, în nevroză obsesională este exact invers. Gândirea pur rațională, logică, rece, obiectivă trădează apărarea în fața unor afecte dureroase; tocmai de aceea se consideră că o nevroză obsesională ascunde o depresie, o *imposibilitate de a fi în doliu*. Izolarea nu anulează complet afectul, ci îl suprimă pentru moment, dar prin deplasare, acesta izbucnește la un timp ulterior, într-un mod ce pare irațional și imprevizibil, în situații aparent lipsite de însemnatate. Astfel este cazul omului care, nemanifestându-și durerea la moartea surorii sale, începe să plângă în hohote, câteva luni mai târziu, la decesul unui poet.

Tot un mecanism specific nevrozei obsesionale este **anularea retroactivă**, când subiectul încearcă să anuleze retroactiv gânduri, cuvinte, gesturi prin gânduri, cuvinte, comportamente cu semnificație opusă, de exemplu, pacientul din cazul lui Freud „*Omul cu şobolanii*”, plimbându-

sc pe stradă, lovește cu piciorul o piatră gândindu-se că trăsura prietenei lui va trece peste câteva ore pe acolo și ea s-ar putea accidenta, iar apoi, gândindu-se că gestul lui e absurd, o reașează, încercând să anuleze astfel primul gest. *Anularea retroactivă* este un act compulsional în doi timpi, în care primul este anulat de al doilea. Z. Freud vede în superstiții, în practicile magice, în ritualurile religioase, în obiceiurile populare o reminiscență a anulării retroactive. *Anularea* presupune dorința ștergerii complete a realității unui gând, cuvânt, gest, act și, cum acest lucru nu este posibil, obsesionalul devine compulsiv în încercarea continuă de a anula primul timp. Neputința unificării tendințelor pulsionale contrare generează nehotărârea și inhibiția obsesionalului, paralizîndu-l, devitalizându-i activitățile.

Anularea retroactivă este legată de ambivalență, de prezența a două mecanisme extreme și opuse. În cazul în care această ambivalență devine extrem de intensă, individul recurge la anularea retroactivă, pentru a se elibera de pulsioniile contradictorii. Un exemplu dat de Janet (1903–1976) este cazul unui pacient care, atunci când atingea involuntar mâna unei femei trebuia imediat să atingă mâna unui bărbat, pentru a putea șterge acea impresie. Prin mecanismul anulării retroactive, persoana neagă o parte a realității, iar pulsionea negată reușește totuși să se exprime, opunându-se pulsioniilor contrare.

Mecanismul de apărare al **transformării în contrariu** constă în înlocuirea unei pulsioni cu o altă pulsionă contrară. Acest mecanism de apărare a mai fost cunoscut și sub numele de *răsturnare în contrariu* sau *modificare în contrariu*.

În cadrul transformării în contrariu se poate modifica nu doar pulsionea, ci și obiectul pulsioniilor și astfel putem avea de-a face cu înlocuirea propriei persoane cu o altă persoană.

Freud explică mecanismul transformării în contrariu printr-un exemplu elovent. El e de părere că legănarea din primii ani de viață este asociată cu trăirile afective plăcute, însă există și cazul unor adulți care, nedorind să-și refuze această placere o transformă în contrariu. Transformarea în contrariu este până la urmă un mecanism de apărare, care are un rol pozitiv în păstrarea integrității fizice a persoanei, însă poate fi dus până la patologic și se poate asocia cu isteria. Transformarea în contrariu este echivalentă cu trecerea de la activitate la pasivitate și de la iubire la ură.

Transformarea în contrariu se referă la schimbarea scopului unei pulsiuni (transformările: activitate-pasivitate, masochism-sadism). Cum pulsiunea presupune satisfacerea tensiunii (scop) prin intermediul unui obiect, cele două procese nu pot fi separate, ci se presupun unul pe celălalt.

Sublimarea, ca mecanism de apărare, presupune transformarea scoperilor condamnabile din punct de vedere social sau inaceptabile din punct de vedere intern în unele acceptabile social. Așa cum este descrisă de psihanaliză, sublimarea constă în deplasarea unei energii instinctuale către un scop instinctual elevat. Un exemplu elocvent este sublimarea prin artă, știință, politică etc. a unor instințe, care în alte condiții rămân nesatisfăcute și declanșează comportamente dezadaptate. Practic, sublimarea permite integrarea socială a individului. Sublimarea acționează în sensul transformării pulsiunilor erotice în prietenie, tandrețe etc. sau poate fi privită ca o orientare a energiei sexuale spre activități intelectuale, artistice, sociale. Freud este de părere că la baza mecanismului sublimării se află energia sexuală. Un exemplu de sublimare din viața cotidiană este în cazul în care o persoană este atrasă sexual de o altă persoană și totuși, la fiecare întâlnire cu aceasta abordează intens teme intelectuale.

Sublimarea, ca mecanism de apărare, acționează în așa fel, încât individul se îndepărtează câte puțin de la obiectivul primar, însă evită sentimentele de vinovăție. Sublimarea acționează pozitiv prin faptul că ajută la canalizarea pulsiunilor și a efectelor prost adaptate în direcția comportamentelor acceptabile.

Pulsiunile sexuale și pulsiunile agresive sunt transformate astfel în comportamente acceptabile. Sublimarea duce la eliminarea conflictelor și tensiunilor. Totuși, în ciuda acestor efecte pozitive, Freud este de părere că sublimarea împiedică obținerea plăcerii sexuale. Sublimarea este mai aproape de patologie atunci când este dusă la extrem și atunci când energia sexuală este sublimată în mare parte; în felul acesta crește frustrarea și riscul unei îmbolnăviri.

Introiecția reprezintă un mecanism psihic de apărare, care constă în procesul de asimilare a *eului* unei alte persoane. Mecanismul introiecției poate fi pus în strânsă legătură cu mecanismul proiecției. Dacă proiecția presupune proiectarea în exterior, introiecția presupune proiecțarea în interior.

Vorbim despre introiecție în cazul în care o persoană asimilează ceva din exterior ca și cum i-ar aparține – îl adoptă și îl asumă. Acest mecanism de apărare are rolul de a asimila cât mai multe realități exterioare, pentru a putea face față frustrării. În literatura de specialitate există două semnificații ale noțiunii de introiecție: *compensarea unei realități frustrante și maturizarea individuală*. Mecanismul psihologic al introiecției este legat de aspectele pozitive din afara. Dacă în ceea ce privește proiecția, subiectul proiectează ceea ce nu-i place, în ceea ce privește introiecția, persoana în cauză asimilează lucrurile plăcute, de aceea introiecția este o etapă importantă în constituirea *eului*. Mecanismul introiecției este strâns legat cu cel al identificării. Introiecția devine patologică, când nu este selectivă și, când este dusă la extrem. De exemplu, atunci când un copil introiectează chiar toate interdicțiile unui părinte sever, fără a le discrimina, avem de-a face cu un caz patologic și cu o persoană neadaptată și incapabilă să facă față cerințelor vieții cotidiene. Pentru Ferenci, orice transfer, orice reactualizare a relațiilor cu obiectele parentale este o introiecție. Această afirmație justifică travaliul psihoterapeutic menit să dezvolte procesul introiecției și să ducă la identificări, socializare și autonomie.

Ce se întâmplă atunci când **proiecția** este marca personalității individului? Proiecția reprezintă principala defensă a personalității paranoide și constă în atribuirea propriilor intenții negative, tendințe, pulsiuni și dorințe ascunse celorlați. Astfel, cineva criticând pe altul își critică, de fapt, propriile slăbiciuni, neîndrăznind să-și recunoască asemenea trăsături. Materialul proiectat este un ecou al inconștientului propriu, agresiunile propriei fiind atribuite altuia. Astfel, un exemplu din viața de zi cu zi poate fi cazul când spunem că nu suportăm pe cineva pentru că e arrogant, putem la fel de bine, să proiectăm propria noastră trăsătură, pe care nu vrem să-o recunoaștem asupra altuia. Persoana dominată de acest mecanism de apărare devine bănuitoare, orgolioasă, sensibilă; apare, de asemenea, ca un colecționar al greșelilor celor din jur. Subiectul percepă la cei din jur ceea ce nu poate recunoaște în el însuși. Freud este cel care a introdus termenul de proiecție în vocabularul psihanalizei și l-a utilizat în legătură cu nevroza de angoasă. Utilizarea progresivă a proiecției, la Freud, privileiază rolul apărării. De fiecare dată, este vorba despre faptul că subiectul îi atribuie celiuilalt ceea ce refuză inconștient să-și asume, făcând aceasta pentru interesul propriei protecții psihice. Z.

Freud consideră proiecția o problemă a persoanei nevrotice, care se ascunde de un conflict emoțional și îl transformă în altceva decât în obiectul intenționat.

Înțoarcerea către propria persoană, ca mecanism de apărare, presupune direcționarea către sine a agresivității simțite pentru o altă persoană. Există persoane care preferă să-și afirme agresivitatea în raport cu propria persoană decât s-o resimtă față de altă persoană. Acest lucru duce la apariția evidentă a unor sentimente de vinovăție și la apariția unor nevoi de autopedeșire.

În viața cotidiană întâlnim frecvent astfel de persoane care se autotutilează și ajung chiar până la acte de sinucidere din cauza acestui mecanism de apărare. Acest mecanism de apărare a fost explicat prin prezența unor pulsiuni agresive extrem de bine dezvoltate, prin prezența unor pulsiuni sadice sau masochiste ori prin prezența pulsiunii puternice față de moarte. În general, persoanele care utilizează acest mecanism în mod frecvent refuză orice ajutor și persistă în menținerea stării de boală și de nefericire. Acest mecanism de apărare este unul dintre cele mai costisitoare mecanisme, deoarece înfrânarea agresivității se poate solda cu efecte nefaste atât asupra sănătății fizice, cât și asupra sănătății psihice a individului.

5. Tulburările de conștiință ale personalității

Conștiința este un atribut definitoriu al umanității, *cea mai evoluată formă de reflectare psihică a lumii obiective, caracterizată prin rationalitate și comprehensiunea propriei identități a individului*. Prin urmare, conștiința desemnează activitatea psihică rațională, însoțită permanent de percepția *eului* ca agent unic, indivizibil și inconfundabil al tuturor acelor sale psihice (Gorgos, 1987). Conștiința individuală reprezintă *reflectarea subiectivă a existenței fiecărui om, având note de unicitate și irepetabilitate*.

K. Jaspers consideră conștiința ca fiind „*viața psihică la un moment dat*”, fiecărui moment corespunzându-i o experiență trăită în corelație cu o anumită ordine sau claritate a conștiinței. Modelarea experiențelor trăite „aici și acum” se face în raport cu întreaga experiență existențială anterioară a subiectului. Conștiința este un domeniu fundamental de definiție al psihismului, conferindu-i acestuia specificitate umană și deosebindu-l decisiv și calitativ de orice altă manifestare cerebrală, prin faptul

că raportează experiențele individului la trecut și viitor, la sisteme axiologice și la identitate unică a subiectului, percepță ca atare.

În *psihiatrie*, termenul de **conștiință** are diferite interpretări, în funcție de fundamentarea teoretică prin care se abordează studiul ei.

Abordarea neuropsihologică înțelege prin conștiință procesul orientat, finalist de integrare a întregului sistem nervos care, pe fondul stării de veghe, prelucrează informațiile oferite de afcrenele senzitivo-senzoriale, realizând o reflectare subiectivă a realității obiective și putând oferi prin aceasta un răspuns comportamental adecvat. Se admite o structurare a conștiinței în trei niveluri:

- **conștiința elementară (propriu-zisă)**, care asigură starea de veghe, prezentă și la animale și ține de structurile subcorticale;
- **conștiința operational-logică**, prin care se realizează, cu ajutorul percepției și gândirii, o reflectare coerentă a realității;
- **conștiința axiologică**, care permite optarea pentru valori în funcție de criteriile induse de societate.

Conform acestei abordări, conștiinței i se atribuie mai multe *particularități*:

- substratul său material este creierul;
- nivelul maxim de dezvoltare a conștiinței la om a fost atins prin apariția limbajului;
- prezintă variații cantitative în timp, la același subiect, dar și variație ciclică (alternanță somn – veghe);
- presupune integritatea tuturor funcțiilor psihice: percepție, atenție, memorie, gândire, afectivitate.

Atunci când se urmărește evidențierea unor tulburări de conștiință, se analizează următorii parametri (Jaspers):

- *dezinteresul față de lumea exterioară* (bolnavul înțelege cu dificultate ce se întâmplă în jurul lui, atenția este labilă, acționează fără să țină seama de situația reală);
- *dezorientarea* (legată de dezinteres);
- *incoerența* (adică neinteligibilitatea conduitei);
- *tulburările capacitaților de fixare și conservare*.

Cercetările de neurofiziologie au stabilit contribuția definitorie a cortexului, a nucleilor bazali, a sistemului talamic difuz și a hipotalamusului în realizarea conștiinței.

Concepția organo-dinamistă a lui H. EY introduce noțiunea de „câmp al conștiinței”, alcătuit din ansamblul fenomenelor psihice ale existenței, la un moment dat: percepție, imagine, sentimente, pulsuni, activitate motorie, limbaj. **Conștiința** (luciditatea) este *echivalentul clarității câmpului conștiinței*. Secțiunea longitudinală (diacronică) a vieții psihice a individului, care trece prin totalitatea „clipelor” câmpului conștiinței, constituie „organizarea personalității”. Pentru H. Ey, disoluțiile câmpului de conștiință și cele ale organizării conștiinței explică întreaga patologie psihiatrică.

Astfel, *disoluțiile câmpului conștiinței* de intensitate mică determină mânie și melancolie, cele de intensitate medie – psihote delirante acute și stări oneiroide, iar *disoluțiile profunde* determină stări confuzionale și confuzionirice.

Disoluțiile structurii profunde a conștiinței, când sunt de intensitate mică determină dizarmonia, când sunt de intensitate medie – delirurile cronice și schizofrenia, cele mai grave disoluții determinând demențele.

C. Gorgos (1987) arată că, în funcție de accepțiile psihiatrice ale termenului, se poate realiza o sistematizare didactică a principalelor modalități de existență a conștiinței și a tulburărilor ei:

Tulburările câmpului de conștiință cuprind:

- *tulburările clarității și integrării câmpului conștiinței (tulburări cantitative)*: obtuzia, hebetudinea, torpoarea, obnubilarea, stuporul, somporul, suspendarea completă a conștiinței;
- *tulburările structurii câmpului conștiinței (tulburări calitative)*: îngustarea câmpului conștiinței, starea crepusculară, confuzia mintală (stările confuzionale): oneiroidia, amenția.

Tulburările conștiinței de sine cuprind:

- *tulburările conștiinței corporalității* (somatognozia);
- *tulburări de schemă corporală de tip neurologic*: sindromul Gerstmann, sindromul Anton-Babinski;
- *tulburări de schemă corporală de tip psihic*: cenestopatii, sindrom hipocondriac, sindrom Cotard;
- *desomatizare*: dismorfofobia;
- *tulburările conștiinței realității obiectuale*: derealizarea;
- *tulburările conștiinței propriei persoane*: personalitatea multiplă, depersonalizarea, automatism mintal;
- *tulburările somnului și visului*: insomnii, hipersomnii, vis.

Tulburările de conștiință pot fi apreciate sub aspect *neurofiziologic* (criteriu pe care se bazează modificările denumite *cantitative* ale conștiinței), cât și sub aspect *psihologic*, al adecvării individului la realitate (criteriu pe care se bazează tulburările *calitative* ale conștiinței).

1. Destructurările predominant-cantitative ale conștiinței – dezagregare a structurii conștiinței sub aspect neurofiziologic.

Starea de veghe este caracterizată prin aceea că funcțiile psihice se desfășoară cu:

- claritate (actele ideo-motorii sunt distincte și au orientare corectă);
- luciditate (orientare în realitate oportună și adecvată);
- controlul rațiunii (care impune respectarea unor norme și valori, în consens cu normele sociale).

Starea de vigilitate a creierului își găsește baza neurofiziologică în sistemul reticular activator ascendent (SRAA). Pe acest fond de vigilitate, pot fi distinse (sub aspectul intensității) mai multe grade de tulburare a conștiinței. Aceste tulburări nu se însoțesc de productivitate, asociindu-se, odată cu creșterea intensității lor, cu tulburările vegetative.

• *Starea de obtuzie* se manifestă, în plan senzorial, prin ridicarea pragurilor senzoriale, bradipsihic cu hipoprosexie, ceea ce duce la diminuarea mai mult sau mai puțin marcată a permeabilității și recepti, dificultăți asociative, pierderea mobilității și supleței ideative, lentoare în înțelegerea întrebărilor, individul neputind să-și precizeze și să-și formuleze ideile.

• *Starea de hebetudine* reprezintă o desprindere de realitate, pe care individul nu o mai poate cuprinde ca ansamblu, perplexitate și indiferență. Ea este considerată un prim pas spre *stupoare*, fiind, de regulă, trecătoare și asociată cu tulburări organice. Este considerată ca făcând parte din tabloul general al confuziei mintale.

• *Starea de torpoare* se manifestă prin bradikinezie, lentoarea proceselor ideative, hipobulie, reducerea marcată a participării afective, ușoarădezorientare temporal-spațială, cu stări de somnolență.

• *Starea de obnubilare* reprezintă o denivelare mai importantă a vigiliei, cu dificultăți mnezice mixte, creșterea pragurilor senzoriale, dificultăți în înțelegere și sinteză, care se desfășoară cu o greutate sporită. Clinic, se manifestă prin răspunsuri vagi, incomplete, uneori lipsite de sens, alteori cu caracter de perseverare.

- *Starea de stupore* reprezintă o tulburare severă a vigiliei, însoțită de inhibiție psihomotorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacționează decât la excitații foarte puternice, nu răspunde la întrebări și pare să nu înțeleasă contextul în care se află.

- *Starea de sopor* reprezintă o stare de somnolență patologică, în care contactul cu ambianța se face foarte dificil, fiind întrețiat de perioade de somn.

- *Suspendarea completă a conștiinței (starea comatoasă)* apare în criza epileptică, lipotimie, sincopă și comă.

2. Destructurările predominant calitative ale conștiinței – polarizarea și îngustarea întinderii sale sub aspect psihologic.

a) *Îngustarea câmpului conștiinței*, descrisă de P. Janet (1899), se caracterizează prin axarea conștiinței asupra unei idei, amintiri, acțiuni etc., de care subiectul nu se poate desprinde. Se referă mai ales la scădere numărului și clarității trăirilor aflate la un moment dat în câmpul conștiinței, fără voia individului. Conștiința este incapabilă să cuprindă întreaga experiență preluată, în afară de cea psihotraumatizantă. Se întâlnește în depresie, surmenaj, hipnoză.

b) *Confuzia mintală (stările confuzionale)* reprezintă expresia comună a unei suferințe cerebrale acute, ce determină un ansamblu de tulburări acute și globale ale psihismului, în care locul central îl ocupă modificările cu caracter tranzitor în planul conștiinței. Are loc o disoluție mai mult sau mai puțin rapidă și completă a conștiinței (torpoare, hibetudine, obnubilare, obtuzie – cel mai frecvent), lentoarea percepției și a proceselor de orientare, deficit al atenției și al memoriei, care realizează o sinteză mintală cu aspect fragmentar și incoherent. H. Ey spune că starea de confuzie este un „fond” de destrucțare a conștiinței, în care modalitatea de „a nu fi conștient” ajunge la un punct clinic maxim.

Circumstanțele etiologice ale confuziei mentale sunt: *intoxicații* (alcool, oxid de carbon, barbiturice, medicamente cu efect anticolinic, inclusiv neuroleptice, antidepresive, tranchilizante); *infecții, toxinfectii, dereglați metabolismice* (diabet, uremie, encefalopatii etc.); *sindromame menigiene; encefalite; accidente vasculare cerebrale; traumatisme cranio-cerebrale; tumori cerebrale; boli psihice* (psihoză maniaco-depresivă, reacții psihopatologice); *epilepsie*.

În ceea ce privește *aspectele clinice*, intrarea în starea de confuzie mintală se face, de obicei, brusc (ore, zile), într-un mod care sugerează

clar aspectul de ruptură dintre situația actuală și comportamentul anterior al bolnavului (pentru care relatăriile aparținătorilor sunt valoroase). La primul contact, pacientul este ezitant, pare perplex și distrat, necesită să fie îndrumat, pentru a se aşeza și trebuie să i se repete de mai multe ori o indicație, pentru a o înțelege. Înținta sa este neglijentă, traducând indiferență, privirea este fie inexpressivă, uimită, fie vagă și răvășită, mimica este săracită, posacă. Pe fond de pasivitate apar episoade de agitație, iar uneori un murmur neînțelus sau răspunsuri nemotivate date unui interlocutor imaginar, denotă existența *onirismului*. Dezorientarea temporal-spațială este uncori evidentă, bolnavul întrebă unde se găsește, ce se petrece cu el, neștiind unde și în ce moment se află. Întrebări de mai multe ori despre același lucru, dă răspunsuri diferite și, parțial, conștient de greșeli; îndrumat de examinator, caută să le corecteze, însă fără succes, incapabil să se orienteze în timp și spațiu, pacientul nu poate să evoce amintirile recente și nici să ordoneze logic imaginile ce apar în câmpul conștiinței, confundă persoanele, are recunoașteri false. La fel ca și în orientare, pacientul prezintă fluctuații bruste, având momente de luciditate, în care răspunde cu precizie la întrebări. Gândirea haotică, incisică-ce, vagă din confuzia mintală a fost comparată cu un nor (obnubilată).

Confuzia mintală apare în *circumstanțe etiologice* diserite:

- afecțiuni intracraaniene; traumatisme crano-cerebrale, epilepsie, afecțiuni meningeale, afecțiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale), accidente vasculare cerebrale;
- afecțiuni generale;
- alcoholism (beție acută, episoade subacute, delirium tremens);
- toxicomanii (barbiturice, amfetamine, heroină);
- intoxicații medicamentoase;
- intoxicații profesionale (arsenic, mercur, oxid de carbon etc.);
- intoxicații alimentare (ciuperci);
- encefalopatii metabolice (diabet, insuficiență hepatică, insuficiență respiratorie, insuficiență renală, hipoglicemie spontană);
- afecțiuni endocrine;
- stări de soc (postoperatorii, traumatische, cardiovasculare);
- boli sanguine (leucemii, anemii);

- alte cauze (electrocuteare, insolație, deficitul de somn, avitaminoze);
- în cursul evoluției bolilor psihice (psihoze postpartum, schizofrenie, manie, depresie, demență).

În cadrul confuziei mintale, se disting două tulburări calitative mai pregnante: **oneiroidie** și **amenția**.

Amenția reprezintă o tulburare de tip confuzional, de intensitate psihopatologică maximă a conștiinței, care constă în modificarea predominant calitativă a câmpului de conștiință, prezentă în toate psihozele. Tabloul este dominat de incoerență,dezorientare și agitație extremă, dezordonată, vorbirea subiectului devenind, deseori neinteligibilă. Evoluția este discontinuă, poate apărea inconstant în perioade stuporoase sau catatonice. Aici se mai asociază dezorientarea accentuată, iluziile, ideile delirante, oscilațiile afective, care evoluează pe fondul prăbușirii fizice.

Oneiroidie este o formă particulară de tulburare a conștiinței, amestec de real și vis, la care subiectul nu participă activ, comportându-se ca simplu spectator, în ciuda trăirii afective care poate fi intensă. Aceasta a fost descrisă de Meyer Gross. Există forme expansive, cu idei delirante de grandoare, fantastice și forme depresive, cu idei depresive și de autoacuzare. Oneiroidie nu este urmată de amnezie, deși nu se exclude posibilitatea manifestării unor dismnezii. Se întâlnește în stări infecțioase, intoxicații, manie (forma confuzivă), schizofrenie catatonică. Unii autori încadrează stările oneiroide în grupul psihozelor delirante acute.

c) **Starea crepusculară** reprezintă o tulburare a conștiinței, în care se produce o „obnubilare mai mult sau mai puțin accentuată, cu dezorientare și defect consecutiv pe planul ideației, întreținută de scurte faze de luciditate relativă” (P. Guiraud). Tabloul clinic al stării crepusculare apare ca o modificare a clarității câmpului conștiinței, în diferite grade, cu îngustarea sa concomitantă, rămânând astfel posibilă efectuarea unei activități automate, deci cu acțiuni motorii coordonate, dar neadecvate în raport cu ocupațiile anterioare ale bolnavului. În funcție de perioada acestei stări (câteva momente, zile) și de conținutul ei, pacientul va avea o amnezie totală, lacunară sau parțială (depinzând de modificarea stării de vigilanță). H. Ey descrie experiența crepusculară ca pe un „eveniment, prin care realitatea se pune între paranteze”, fiind legată, chiar la un astfel de nivel de destrucțare a conștiinței.

Circumstanțele etiologice ale stării crepusculare sunt reprezentate, în ordinea frecvenței, de: epilepsie (temporală), boala patologică, isterie, reacții acute psihogene, boli toxico-infecțioase, hipoglicemic. Subiectul trăiește o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea organizări delirante sau halucinații, ce se apropiu de onirism și care doar parțial atrenează subiectul. Starea afectivă poate fi profund tulburată prin exaltare sau angoasă, de aici rezultând o stare de agitație. Alteori, afectivitatea este neutră, actele și discursul pacientului părând normale la prima vedere, iar obnubilarea fiind puțin vizibilă. La un examen mai atent, se poate constata că automatismele nu sunt în concordanță cu personalitatea bolnavului, în continuitate logică cu perioada anterioară impactului psihotraumatizant, alteori comportamentul devine anormal: acte bizare, fugă, agitație, crime.

d) *Starea secundă* reprezintă o tulburare, care constă în îngustarea conștiinței de tip istic, permite subiectului integrarea într-o activitate aparent normală, dar în discrepanță evidentă cu personalitatea lui anterioară și are un caracter „critic”. Această stare este, după cum se vede, destul de greu să o diferențiem de starea crepusculară; totuși, ei îi este caracteristică amprenta de confuzie globală, în timp ce starea secundă este numai o tulburare parțială a stării de conștiință. După cum subliniază Michaux, activitatea subiectului în timpul stării secunde rămâne coordonată, dar pitorească și paradoxală, lipsită de periculozitate sau gravitate antisocială. Este urmată de amnezie lacunară și poate fi sistată prin sugestie și hipnoză (element de diagnostic diferențial cu starea confuzională). Majoritatea autorilor o înscriu în sfera unor tulburări de intensitate nevrotică.

În cadrul același tip de tulburări ar intra *somnambulismul și personalitatea multiplă*, introduse de clasificarea DSM III în rândul tulburărilor disociative ale nevrozei isticice (amnezia psihogenă, fuga psihogenă și personalitatea multiplă).

6. Tulburările conștiinței de sine

Conștiința de sine constituie reflectarea în conștiință individului a propriei existențe psihice și sociale. Se structurează în cadrul relațiilor sociale, individul cunoscându-se pe sine și delimitându-se de ceilalți prin comparare cu semenii săi. Individul devine, astfel, o conștiință personalizată, individualizată. *Personalitățile structurate dizarmonice* își

structurează o imagine deformată atât despre lume, cât și despre sine. *Delirurile cronice*, îndeosebi *schizofrenia* determină o distorsionare delirantă sau o bulversare a conștiinței de sine.

Tulburări ale conștiinței

a) *Tulburările conștiinței corporalității* (asomatognozia). Somatognozia reprezintă imaginea, pe care individul și-o formează despre propriul său corp, funcționând în spațiu ca obiect. Conștiința propriului corp se constituie progresiv din date oferite de percepție, realizând un cadru spațial pentru reprezentări, amintiri și emoții etc.

b) *Tulburările de schemă corporală de tip neurologic* se manifestă prin:

- *sindromul Gerstmann* se caracterizează prin agnozie digitală, agrafie, acalculie, nediferențiere stânga-dreapta; mecanismul psihopatologic esențial îl reprezintă incapacitatea subiectului de a lega spațial obiectele, care fac parte dintr-un tot întreg, ele s-ar datora unor leziuni disuze ale emisferei dominante;

- *sindromul Babinski* reprezintă o manifestare clinică amplă, grupată în jurul a trei elemente majore: *asomatognozie* – ignorarea sau ne-recunoașterea unuia sau a mai multor segmente ale corpului; *anosognozie* – ignorarea sau nerăcunoașterea propriei boli, chiar în condițiile în care sesizează o infirmitate; *anozodiaforie* – indiferență față de boala, însoțită uneori de o euforie paradoxală.

Apare în leziuni de diferite etiologii, la nivelul părților parieto-temporo-occipitale a lobului drept.

c) *Tulburările de schemă corporală de tip psihic*:

- *cenestopatiile* reprezintă tulburări particulare ale cenesteziei, alterări locale ale sensibilității comune; în absența unor modificări organice apar senzații corporale neplăcute; în descrierile bolnavilor, apar ca trăiri stranii, amintind de ideile delirante; cenestopatiile, considerate ca tulburări perceptive, se pot înscrie într-un continuum de gravitate, mergând de la simple iluzii până la halucinații; principalele caracteristici ale acestora ar fi: caracterul funcțional, anorganic, independent de orice leziune locală patogenă și existența lor autonomă; cenestopatiile nu apar izolate, ci asociate cu anxietate, depresie, tulburări obsesive;

- *autotopoagnozia* este un defect de percepție și integrare ce face imposibilă localizarea unui segment al corpului; este o agnozie de schemă

corporală, fiind asociată adesea cu pierderea orientării dreapta-stângă (sindromul Pick);

- *sindromul hipocondriac* se caracterizează prin existența ideii (cu caracter obsesiv prevalent sau delirant) de suferință din cauza unei boli somatice, care evoluează fatal, convingere lipsită de suport real sau care are un suport real insuficient; hipocondriacul trăiește anxios și dureros această convingere, întărită uneori prin factori iatrogeni, necesitând mereu intervenția medicilor și medicamente, în care nu are încredere, fiind convins de incurabilitatea bolii sale; prin caracterul puternic afectiv conferit de anxietate și depresie, sindromul hipocondriac se deosebește de sindromul Münchhausen, în care bolnavul încearcă să-și „fabrice” o îmbolnăvire falsă;

- *sindromul Cotard* constă dintr-o asociere caracteristică de idei delirante, mai mult sau mai puțin sistematizate; este întâlnit în melancolia delirantă (mai ales cea de involuție), în demențe (paralizia generală progresivă) și în unele stări confuzionale (mai ales cele de origine infecțioasă); cuprinde idei delirante de negație, având ca punct de plecare tulburările cenestezice și preocupările hipocondriace, idei delirante de imortalitate și de enormitate, la care se pot adăuga și cele de posesiune; bolnavul neagă existența sau funcționalitatea unor organe sau a corpului, precum și realitatea exterioară, considerându-se condamnat să fie nemuritor, pentru a suferi mereu; imortalitatea este însoțită de nedefinire în spațiu, de existența într-o lume gigant și atrage după sine delirul de enormitate, când se pierde controlul asupra limitelor corpului; tulburările de sensibilitate în sensul existenței analgiei, tentativele suicidare, automutilările, ideile delirante de posesiune sunt alte elemente constitutive ale sindromului Cotard.

d) *Tulburările de desomatizare:*

- *dismorfofobia* se apropie mai mult de depersonalizare. Ea exprimă sentimentul transformării, în sens negativ, al aspectului corpului sau doar a unor caracteristici ale acestuia (înălțime, greutate, raportul dintre segmente). Un interes special este acordat aspectului feței și al organelor genitale. Kopernik a descris tulburarea „*psihoză urâșirii*”; alți autori consideră că are un caracter normal și tranzitoriu la adolescenți (cu sentiment de inferioritate și stângăcie, depresie, izolare relațională, reacții comportamentale). Motivată numai parțial și în anumite circumstanțe, dismorfofobia adolescentului poate fi o manifestare a crizei de originali-

tate sau de individualitate, dar și expresia unei nevroze, a unei psihote sau a unei stări-limită. Debutul unor schizofrenii poate avea drept sindrom central dismorfofobia, exprimată ca un veritabil „delir” dismorfofobic sau de transformare, în care bolnavul se „dezidentifică”, fiind însotită de unele manifestări comportamentale: izolare, retragere, indiferență afectivă. Este trăită uneori cu anxietate maximă, ajungând chiar la stări de agitație.

În psihastenie, studiul atent al detaliilor corpului, precum și lipsa de identitate față de propriul corp duc la descoperirea unor „modificări”, care îl îngrijorează în mod deosebit pe subiect, deoarece ele se asociază și cu alte tulburări ale identității corporale (desomatizare). Attitudinea bolnavului față de dismorfofobie și încercarea corectării ei poate îmbrăca forme diverse, de la tratamentele dermatologice, de chirurgie estetică și protejare, până la sinucidere.

e) *Tulburările conștiinței realității obiectuale:*

• *derealizarea* reprezintă o tulburare a conștiinței realității obiectuale, care apare extrem de rar ca fenomen izolat, făcând, de regulă, parte din sindromul de depersonalizare. Termen introdus de Mayer-Gross și Mapother, pentru a defini sentimentul de stranieitate a lumii exterioare în absența oricărora tulburări perceptive. Pierzând „funcția realului” (P. J. Anet), subiectul se simte detașat, izolat de valoarea lumii, își pierde „familiaritatea”, devenind pentru acesta un spațiu străin. De la forma minimă, în care lucrurile pot să pară false, artificiale, stranii, iar persoanele modificate, urătite, îmbătrânite, lipsite de „aerul personal”, în forma sa extremă de realizare, subiectul capătă senzația unei retrageri complete din lumea reală, de „plutire fără înălțime peste un deșert necunoscut”. Derealizarea este percepță de către subiect ca o modificare a vieții sale psihice, prin senzațiile chinuitoare pe care le încearcă. Ea este însotită întotdeauna și de alte fenomene, legate mai ales de diversele grade de modificare a conștiinței. Este caracteristică în psihastenie, schizofrenie, depresii majore, intoxicații cu mescalină. După unii autori, ea apare în diverse grade în debutul oricărei psihote.

f) *Tulburările conștiinței propriei persoane:*

• *depersonalizarea* este o tulburare a conștiinței propriei persoane, propriului *eu*, subiectul având sentimentul pierderii identității somato-psihice personale. El trăiește dureros impresia că a devenit străin, diferit sau ireal, păstrând conștiința personalității sale anterioare. Curgerea

existențială se destramă, viața părând că se desfășoară în gol, într-un ritm încetinit. Pentru individ, propriul *eu* devine un spectacol dramatic. Afectivitatea este dominată de anxietate, care poate atinge apogeul într-un acces brutal de angoasă de depersonalizare. Tabloul clinic este completat frecvent cu derealizare, desomatizare, analiză introspectivă (subiectul alunecă în subiectiv, desprizându-se și îndepărându-sc de real). Se regăsește în psihastenie, în stări depresive (prin modificarea percepției timpului trăit), în melancolie (sub forma acuzelor hipocondriace, a ideilor de transformare și negație din sindromul Cotard), în cadrul reacțiilor afective, în neurastenie, nevroză obsesiv-fobică, la personalități dizarmonice schizoide și isterice, în stările peritraumatice și posttraumatische. În psihozele toxice, depersonalizarea se poate asocia cu sindromul halucinator sau cu iluziile senzoriale. În debutul pseudonevrotic al schizofreniei, aceasta se manifestă prin sentimentul înstrăinării propriului *eu*, prin perplexitate față de propriul corp sau sentimentul de fragmențare corporală, alături de preocupări hipocondriale. Din punct de vedere psihanalitic, depersonalizarea s-ar explica printr-o fixare într-un stadiu genital și regresiune narcisistă.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Definiți noțiunea de *personalitate*.
2. Numiți și explicați trăsăturile fundamentale ale personalității.
3. Care sunt componentele psihice interne ale personalității (după A. Tucicov-Bogdan)?
4. Numiți cele mai importante clasificări ale tipurilor de personalitate.
5. Descrieți tipurile personalităților accentuate (după K. Leonhard).
6. Explicați rolul studierii biopsihotipologilor în psihologia medicală.
7. Care sunt condițiile de dezvoltare personală?
8. Identificați particularitățile de dezvoltare a personalității mediciului.
9. Numiți și explicați mecanismele de apărare a personalității.
10. Definiți noțiunea de *conștiință*.
11. Numiți parametrii unor tulburări de conștiință (după Jaspers).
12. Care sunt criteriile de clasificare a tulburărilor de conștiință a personalității?

13. Numiți și explicați destructurările predominant *calitative* ale conștiinței.
14. Numiți și explicați destructurările predominant *cantitative* ale conștiinței.
15. Numiți și explicați cele mai semnificative tulburări ale conștiinței de sine.

Bibliografie

1. Băban A., Petrovai D., Lemeni G. *Consiliere și orientare. Ghidul profesorului*. București, Editura „Humanitas Educațional”, 2001.
2. Birch A. *Psihologia dezvoltării*. București, Editura Tehnică, 2002.
3. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
4. Golu Mihai, Dicu A. *Introducere în psihologie*. București, Editura științifică, 1972.
5. Hâljan G. *Personalitatea umană*. București, Editura științifică și enciclopedică, 1976.
6. Ionescu S., Jacquet M., Lhote C. *Mecanismele de apărare*. Iași, Editura „Polirom”, 2002.
7. Pirozynski T., Scripcaru G. *Psihopatologie relațională*. Iași, Editura „Junimea”, 1996.
8. Popa-Velea O., Diaconescu L., Necula Cioca I. *Psihologie medicală. Baze teoretice și aplicații practice pentru medici și psihologi*. București, Editura Universității „C. Davila”, 2006.
9. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
10. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
11. Oprea N., Revenco M. și alții. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știință”, 1993.

TEMA 4. NORMALITATEA. ANORMALITATEA

Structura

1. Conceptul de normalitate. Criteriile de normalitate.
2. Normalitatea ca proces. Limitele normalității.
3. Normalitatea ca sănătate.
4. Anormalitatea. Criteriile de definire a anormalității.

Obiectivele operaționale

- Identificarea și delimitarea conceptelor principale ale temei: *normă, normalitate, anormalitate*.
- Analiza conceptelor în relație cu sănătatea.
- Elucidarea criteriilor de normalitate și anormalitate.
- Înțelegerea conceptului de sănătate mintală.
- Evidențierea caracteristicilor principale ale sănătății mintale.
- Cunoașterea tipurilor de comportamente anormale.
- Recunoașterea „persoanelor în dificultate” și modalitățile de susținere psihosocială a acestora.

Cuvintele-cheie: normă, normalitate, model al normalității, adaptare, sănătate mintală, anormalitate, comportament anormal.

1. Conceptul de normalitate. Criteriile de normalitate

Normalitatea desemnează, în primul rând, un mod de a fi al omului implicând starea de echilibru. Cota de normalitate din fiecare individ se numește *sănătate*. Nimic nu ne leagă de existență mai unic și ultimativ decât sănătatea.

Sănătatea nu este o preferință, noi suntem solidari cu ea, o dorim, o adaptăm ca pe noi însine. Experiența vieții ne demonstrează că nu există o valoare mai mare. Sănătatea apare și se dezvoltă în dorința de a trăi, reprezentând una dintre marile garanții ale libertății și invers.

Normalul nu este concluzia unei judecăți de valoare sau de nonvaloare. El reprezintă un *criteriu de ordine* în gruparea fenomenelor psihice. Referindu-ne la dimensiunea psihologică a normalității, se poate considera că psihicul uman este sănătos, atunci când simte, judecă și hotărăște potrivit cu experiența, iar bolnav, atunci când se îndepărtează sau se înstrăinează de aceasta.

Normalitatea se definește și se apreciază în raport cu adaptarea, care reprezintă, în acest caz, un punct de referință. Boala este un accident al existenței. *Normalitatea și anormalitatea psihică* coexistă în persoană, definind organizarea bivalentă a personalității. A fi sănătos sau a fi bolnav reprezintă două situații ontologice egal posibile „de a fi” ale persoanei. Omul trebuie văzut și înțeles ca un sistem autoechilibrat, ce își găsește stabilitatea internă și adaptarea externă. Persoana umană este un sistem organizat dinamic; dinamica internă fiind cea mai prezentă, aceasta poate fi cunoscută prin efectele produse.

Așadar, *umanismul* este expresia procesului de gândire al epocii referitoare la atitudinea față de om. Există cicluri, etape istorice, care au ceva specific – sistemul de valori, modelul sociocultural, acesta normează faptul de a fi normal sau/și a fi anormal din punct de vedere patologic.

Normalitatea este o noțiune relativă, variabilă de la un mediu sociocultural la altul și în plus face o precizare interesantă că în medicină există tendința de a se asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care la drept vorbind nu există („Dicționar de psihologie Larousse”, N. Sillamy, 1995).

Norma este, în esență să, o convenție umană răspândită social. Ea derivă din aprecierea, din valorizarea comună a unor stări și fapte sociale. Sub raport axiologic, norma este o valoare (aceasta fiind, în fond, o apreciere despre „ceva”, realizată în colectiv) transformată în imperativ.

Conceptul de normalitate, în viziunea lui E. H., pare să clarifice problema psihiatriei, aceasta fiind, în special în domeniul medicinii, o specialitate diacritică, pentru care diferența normal/patologic reprezintă principalul obiect de lucru.

În viziunca lui M. Lăzărescu, problematica cuplului normalitate/anormalitate este apropiată de „generalitatea” normelor, a abordării statistice, a regulilor și legilor, pe când problematica „bolii” e legată de „concretul” cazului dat.

Criterii ale sănătății mintale/de normalitate (după A. Elliss și W. Dryden):

- 1) conștiința clară a *eului* personal;
- 2) capacitatea de orientare pe parcursul vieții;
- 3) nivelul înalt de toleranță la frustrare;
- 4) autoacceptarea;

- 5) flexibilitatea în gândire și acțiune;
- 6) realismul și gândirea antiutopică;
- 7) angajarea în activități creative;
- 8) asumarea responsabilității pentru tulburările sale emoționale;
- 9) angajarea moderată și prudentă în activități riscante;
- 10) conștiința clară a interesului social;
- 11) gândirea realistă;
- 12) acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare a acesteia;
- 13) îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

Criteriile de normalitate exprimă cel puțin 4 tipuri de apreciere: *norma valorică* (preia idealul în calitate de concept al normalității); *norma statistică* (utilizată în limbajul științific, anormal este considerat ceea ce se află în afara intervalului mediu); *norma individuală* (exprimă nivelul constant de funcționare al unui individ de-a lungul timpului); *norma tipologică* (termenul necesar descrierii unei situații în care o tipologie se încadrează în definiția normalului conform celor 3 criterii anterioare, dar reprezintă totuși anormalitate).

2. Normalitatea ca proces. Limitele normalității

Normalitatea, în calitate de concept de maximă generalitate, este utilizată mai frecvent în psihologic decât în medicină. Din punct de vedere sociodinamic, normalitatea prezintă un echilibru funcțional complex și dinamic, într-un ansamblu de interferențe și interdependențe active cu ambianța. Acest echilibru, la care se ajunge prin colaborarea armonioasă a diferitelor sisteme din organism, se realizează pe baza resurselor adaptative și a mecanismelor compensatoare ale organismului.

Pentru Canguilhem, omul normal este cel, care se adaptează la mediul său de viață. Nivelul de adaptare, în calitate de criteriu al normalității, se referă la maniera în care subiecții se adaptează la experiențele de viață. Normalitatea presupune o adaptare dinamică la condițiile în continuă schimbare ale mediului și implică variații de la o medie considerată normală.

Un comportament normal este o rezultantă finală a subsistemelor care interacționează între ele. Normalitatea operează cu aşa-numita **normă responsivă** sau **funcțională** (K. Kolle), care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional, pentru care există în sistemul social din care face parte.

Limitele normalității

- Ea este fixistă și deterministă.
- Nu se poate răspunde la întrebările: *Care este rolul funcțional pentru care o persoană există? În sistemele sociale din care face parte individul, în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal?*

Folosirea excesivă a tabuului normalității poate duce la o folosire abuzivă a acestei categorii atunci, când este vorba de o readaptare reeducativă sau segregativă, după normele social-ideale sau după ideologiiile momentului. Refuzul de a circumscrie normalul și patologicul ar putea conduce la transformarea câmpului practicii medicale și psihiatriche într-o zonă fără limite, transformând aceste concepte prea elastice într-o eventuală armă în favoarea unei instituții sau a unei puteri.

Normalitatea este, în mod obișnuit, folosită în studiile normative de tratament și se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale, conform repartiției gaussiene a curbei în formă de clopot. Această abordare concepe porțiunea mediană drept corespunzătoare normalului, iar ambele extremități, ca deviante. *Un fenomen cu cât este mai frecvent, cu atât poate fi considerat mai „normal”, iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal.*

Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv”, nu este suficient de operant pentru medicină. Fenomenele morbide pot fi înregistrate frecvent, chiar „endemice” (de ex., caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta, ele să poată fi considerate normale, urmând aceeași regulă a frecvențelor – unele fenomene absolut normale pot primi aspectul anormalității (de ex., persoanele care au grupa sanguină AB (IV), RH negativ).

Acceptarea normalității, ca fenomen natural (și nu este greu de admis acest lucru, atâta timp cât afirmăm „cu fermitate” că boala este un astfel de „fenomen”), are implicații metodologice și funcționale majore. Acceptarea normalului mediu, noțiune cu care operează întreaga medicină, este logică și constructivă, înlăturând în mare parte arbitrarul și „judecările de valoare”.

Introducerea modelului normalității medii duce la posibilitatea comparațiilor și, implicit, la stabilirea abaterilor cauzate de boală. Atât timp

cât nu există un model al normalului, nu se poate elabora un model aparent al bolii.

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuși semnificativ decât parțial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative. Dificultatea sporește atunci, când patologicul este reprezentat de un amalgam de abateri cantitative, care sumează, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

În vârful piramidei funcționale a corpului psihic domnește o activitate psihică normală, care are propriile sale legi – acelea ale adaptării la real (H. Ey). Evident că nu există o limită superioară a normalului.

În psihiatrie este totuși necesar să se evidențieze modalitățile unor atitudini, cele expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o cultură socială istorică dată, ce reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviante. Cu toate că această abordare a fost utilizată mai mult în biologie și psihologie, ea și-a căpătat, *prin extensia scalelor și testelor*, o utilizare tot mai importantă în psihiatrie.

Dacă analizăm norma ca valoare ideală, atunci normalitatea este percepță ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimă a gândirii, având drept rezultantă o funcționalitate optimă.

În vizionul lui Cloutier F., conceptul de *sănătate mintală* nu poate fi înțeles decât prin sistemul de valori al unei colectivități. Normalitatea ideală definește felul, în care individul și comunitatea consideră că persoana ar trebui să fie. Desigur, *normativitatea ideală* nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv, deoarece ea variază mult în funcție de contextul sociocultural istoric și geografic (etnic, comunitar, școlar, religios).

3. Normalitatea ca sănătate

Sănătatea, privind din perspectiva normalității, aceasta fiind una tradițională, cci mai mulți medici printre aceștia și psihiatri, echivalează normalitatea cu starea de sănătate, căreia i se atribuie caracterul unui fenomen universal. Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porțiunea majoritară dintr-o continuitate continuum, iar anormalitatea – să reprezinte mica porțiune rămasă.

Normalitatea, adică *sănătatea*, în cazul nostru cea mintală, pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă complexă a unei mulțimi de parametri ai

vieții organice și sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional și morfologic, în istoria sa vitală.

Manifestarea acestei stări de sănătate ar fi existența unei judecăți și a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existența unei discipline psihologice și sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi și al echilibrului *introversie – extroversie*.

Normalitatea în dinamică este o adaptare armonică în fiecare moment al existenței individului, în funcție de mediul său, de istoria sa și a colectivității sale ca o rezultantă a calității raportului personalitate/ mediu și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de „plutire” într-un câmp de forțe contradictorii.

Sănătatea presupune o perspectivă dinamică, prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare, complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diverse situații reactive și stresante (Lăzărescu M., 1995).

Normalitatea presupune o capacitate de comunicare și elaborare continuă a informației, care să asigure armonia la nivelul subsistemului individual, familial, social sau grupal. Homeostazia, realizată de fluxul *input-urilor* și *output-urilor* informative, care oscilează și interacționează dinamic și permanent, ar fi, în opinia lui Enăchescu C. (1987), chiar normalitatea sau sănătatea în opoziție cu boala, care este dezechilibrul ce produce dezordinea și dezorganizarea sistemului. Acest autor consideră că există tipologii ale normalității, modelele de comunicare individuale fiind influențate de factori constituționali temperamentalni, psihosocioculturale, etc.

J. Lacan se întreabă dacă diferența dintre inconștientul unui om sănătos și inconștientul unui bolnav este importantă, radicală. Sănătatea conține boala, așa cum conștientul conține inconștientul. O psihologie a inconștientului ce ar reduce întreaga activitate psihică la inconștient este la fel de inexactă ca o psihologie a conștiinței ce ar reduce întreaga activitate psihică doar la cea conștientă.

Normalitatea este capacitatea de a fi stăpân pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovătie; activitate, producție/inferioritate; identitate/confuzie de rol; creație/stagnare; integritatea ego-ului/disperare (E. Erikson).

Normalitatea este caracterizată prin tărie de caracter, capacitatea de a face față emoțiilor conflictuale capacitatea de a trăi plăcerea, fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi (M. Klein).

În viziunea lui K. Eissler, *normalitatea absolută* nu poate fi obținută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conștientă de gândurile și sentimentele sale.

Modelul normalității este reprezentat prin primatul unci conștiințe clare, „conținând” inconștientul și dând, în acest fel, posibilitatea dezvoltării activităților superioare, care garantează libertatea umană.

4. Anormalitatea. Criteriile de definire a anormalității

Anormalitatea este o îndepărțare de normă, al cărei sens pozitiv sau negativ rămâne indiferent în ceea ce privește definirea în sine a zonei de definiție. Sensul este important în perspectivă calitativă. Astfel, *antropologic*, în zona pozitivă se află persoanele excepționale, geniile, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului.

Invers, patologia, boala se referă la îndepărțarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcțional și de performanță, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare. Boala se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane, care șuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare. Trecrea subiectului spre patologie este însoțită de disfuncționalitatea acestuia în sistemul, în care este integrat (Lăzărescu M.).

Criteriile de definire a anormalității (după Purushtov):

- criteriul existenței la individ a unor stări de insecuritate, teamă, apatie, anxietate;
- criteriul explicării, printr-o patologie fizică, a comportamentului de neadaptare;
- criteriul contextului social (normele și valorile social-culturale existente la un moment dat) în care se produce comportamentul;
- criteriul diminuării randamentului și eficienței individului.

Anormalitatea este o abatere de la un model comportamental mediu, fiind statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăți determinate în timp și spațiu, care nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta; ieșe în esență o noțiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale, cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare.

Anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman (Delay J. și Pichot P.).

Domeniul anormalității se constituie ca o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. Reacția biologică sub formă de stres, ce este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaime sau pierderi, implică acest context. Modificările bio-psihice din etapele critice ale dezvoltării, cum ar fi cele din pubertate sau climacteriu, pot fi patologice, dacă se întâlnesc la alte vârste.

În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important din perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se resimte și se autoevaluează. Acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine”, are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie, starea de „bine subiectiv” poate fi concomitantă cu o stare de boală, așa cum se întâmplă în sindromul maniacal. Creșterea aparentă a exigenței normative față de individ este generată, într-o mare măsură, de posibilitățile societății contemporane. Prin multiplele ei canale de circulație a informației, oferă ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman.

Prezentarea anormalului și a comportamentului său care elucidează regulile obișnuite ale moralei, frecventă în literatură, a generat prejudecata că *anormalitatea* este o rușine și o pedeapsă, iar acest lucru a creat și opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeași semnificație. Căracterul ereditar al anormalității, ca și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăți, care au aceeași origine.

Coleman și Broen au stabilit o serie de termeni, care se referă la comportamentele anormale:

- boală psihică;
- comportament neadecvat;
- tulburări emoționale;
- tulburări comportamentale;
- tulburări psihice.

C. Enăchescu deosebește **4 tipuri de comportamente anormale**:

1) *comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuție* (pubertate, adolescență, climacteriu, andropauză), cu caracter pasager și reversibil;

2) *comportamentul de tip carential* (legat de stări de frustrare afectivă, carențe educaționale, disfuncții familiale și în modul de viață), ce creează dificultăți de adaptare;

3) *comportamentul de tip sociopatic*, constând din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurrent sau episodic;

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

În domeniul evaluării sănătății psihice a adultului sunt folosite o serie de criterii, care permit delimitarea de boală:

- capacitatea de autonomie, de independență psihocoșnățientă a subiectului;
- autorecepție și autoapreciere corecte și adekvate;
- percepția, reprezentarea și înțelegerea corectă, adekvată comunitar, a realității;
- capacitatea de creștere și dezvoltare armonioasă a individului, în sensul unei realizări de sine în raport cu un model ideal personal, articulat armonic și eficient cu perspectiva social-culturală;
- capacitatea de creație.

La antipodul normalității se află conceptul de „anormalitate”, regăsit în psihologie, sociologie, filosofie prin sintagme ce au suferit de-a lungul timpului diverse mutații semantice: „persoană anormală”, *persoana deviantă*, *persoana exclusă*, *persoana cu maladii cronice*, *infirm*, *persoana cu deficiențe*, *persoana cu incapacitate*, *persoana cu handicap*.

Sintagma „persoană în dificultate” este astăzi din ce în ce mai folosită față de termenul „handicapat”, care desemnează o persoană considerată „anormală”. Criteriul acestor deplasări de accent este generalizarea, prin faptul că sfera conceptului de „persoana în dificultate” include toate categoriile de persoane, care au acces la sistemele de protecție și asistență socială, incluzând categoria șomerilor, săracilor, pensionarilor, această sintagmă având totodată și conotații mai puțin depreciative.

Normalitatea și anormalitatea, surprinse ca poli ai unui continuum existențial, sunt determinate pe criterii statistice; majoritatea absolută coincide cu normalitatea, iar minoritățile extremelor gaussiene des-

criu anormalitatea. Așadar, în termeni statistici, coincidența cu normele, cu ceea ce este comun, reprezintă normalitatea.

Interpretarea anormalității ca abatere de la media statistică ține cont și de principiile logicii; dacă majoritatea unei populații este alcătuită din actori mai puțin cunoscuți, nu înseamnă că restul populației de actori celebri reprezintă anormalitatea.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Definiți conceptele de *normă* și *normalitate*.
2. Care sunt criteriile sănătății mintale?
3. Care sunt tipurile de evaluare a criteriilor de normalitate?
4. Explicați normalitatea ca *proces*.
5. Care sunt limitele normalității?
6. Explicați perspectiva normalității în dinamica ei.
7. Care sunt dificultățile, în raport cu detectarea unei norme, ale sănătății mintale?
8. Explicați semnificația procesului de adaptare pentru sănătatea umană.
9. Care sunt criteriile funcționale ale sănătății mintale?
10. Explicați conceptul de *anormalitate* și criteriile de definire a anormalității.

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie medicală*. Iași, Editura „Polirom”, 2010.
2. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București, 1997.
3. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2007.
4. Tudose F. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2000.
5. <http://www.slideshare.net/Azigird/curs-anormalitate-și-normalitate>.

TEMA 5. ELEMENTELE DE PSIHOLOGIE A SĂNĂTĂȚII

Structura

1. Psihologia sănătății. Delimitarea domeniului.
2. Dimensiunile sănătății și factorii ce influențează sănătatea.
3. Modele explicative clasice ale bolii și sănătății.
4. Sănătatea mintală. Caracteristicile principale ale sănătății mintale.

Obiectivele operaționale

- Delimitarea conceptelor de bază ale temei.
- Analiza și explicația factorilor ce influențează sănătatea.
- Înțelegerea psihologiei sănătății ca disciplină teoretică și aplicativă a psihologiei.
- Identificarea factorilor psihosociali și comportamentali de risc pentru sănătate.
- Diseminarea informațiilor relevante pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor.
- Promovarea cercetării științifice fundamentale și aplicative în domeniul psihologiei sănătății.

Cuvintele-cheie: psihologia sănătății, model biomedical, model psihosomatic, model biopsihosocial, model al concepțiilor despre sănătate.

1. Psihologia sănătății. Delimitarea domeniului

Psihologia sănătății constituie un domeniu de studiu extrem de vast, cu profunde implicații în practica psihologică din toate ariile vieții umane și sociale. Subiectul abordat își propune să ofere viitorilor medici o pregătire suplimentară și unele repere moderne din cadrul acestei discipline. Volumele intitulate „Psihologia sănătății – abordări aplicate” (2010) includ studii de specialitate semnate de autori români, cadre didactice universitare, practicieni din organizațiile sănătății, dar și de tineri aspiranți la o carieră în sănătate. Obiectivele acestor publicații au fost: creșterea capitalului informativ, necesitatea actualizării acestor cunoștințe pentru studenții de la medicină, evidențierea contribuțiilor savanților din domeniu în țară și de peste hotare, valorificând interesele științifice actuale și experiența practică în domeniul vizat.

Dacă treccem în revistă tematicile domeniului, putem dezvăluî următoarele aspecte:

- necesitatea studierii psihologiei sănătății, modele în psihologia sănătății, sistemele corpului (nervos, endocrin, cardiovascular, respirator, digestiv etc.);
- afecțiunile și consilierea psihologică (în bolile de inimă, diabet, congestii, leziuni cerebrale, artrită, HIV etc.), aplicații în subdomeniile de specialitate (psihococrinologie, psihoneuroimunologie, psihocardioologie etc.);
- promovarea comportamentului sănătos (de ex., menținerea unei diete sănătoase, controlul greutății, somnul, fumatul și alcoolismul, aspecte psihologice, sociale, strategii de tratament);
- modelele schimbării comportamentului, prevenirea accidentelor, comportamentul și diagnosticile severe, precum cancerul, stresul și factorii determinanți, boala, personalitatea și copingul, starea de bine, susținerea socială, familială, cuplul, echilibrul psihic;
- rolul psihologului în terapia bolnavilor, răspunsurile emoționale la bolile cronice (negarea, anxietatea, depresia);
- calitatea vieții, intervenția psihologică în boala cronică, educarea pacientului;
- programele de promovare a sănătății, aspecte metodologice (evaluare, măsurare a stării de sănătate și a nenumăratelor variabile psihocomportamentale);
- provocările cercetării și ale aplicațiilor psihologiei sănătății în anumite cadre existențiale (în familie, clinici, organizații etc.);
- utilizarea serviciilor de sănătate, intervențiile în cadrul spitalelor sau unităților specializate, analiza costurilor necesare derulării programelor de sănătate etc.;
- comunicarea psiholog-pacient, pacient-medic etc.

La aceste teme se adaugă și contribuțiile moderne: granițele normalității psihocomportamentale, studiile personalității sănătoase, personalitatea pozitivă, aspectele psihologice în patologiile cerebrale, fenomenele dezadaptative, fragilitatea psihică în afecțiunile psihosomatic, studiile cu privire la familie și dinamica partenerială, activități și relații terapeutice, standarde actuale ale exercitării practicii în domeniul psihologiei sănătății etc.

Psihologia sănătății este un domeniu interdisciplinar în cadrul științelor medicale. Marilou Bruchon-Schweitzer o definește ca fiind „*studiu factorilor și proceselor psihologice cu rol în apariția bolilor, putând să accelereze sau să încetinească evoluția lor*”.

2. Dimensiunile sănătății și factorii ce influențează sănătatea

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea ca o „*stare bună de psihic somatic și social al individului*” și arată că „*definirea celei mai bune stări de sănătate de care este capabilă persoana umană este un drept fundamental al omului*”. Se are în vedere recunoașterea faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența durerii. Este o stare de armonie, o stare de bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și cel al dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Herzlich consideră că există **trei dimensiuni ale sănătății**:

- 1) absența bolii;
- 2) constituția genetică bună;
- 3) starea de echilibru al organismului, dată de capacitatea de adaptare a individului la tot ceea ce ține de mediul său de viață.

Marc Lalonde consideră că există **patru factori ai sănătății**:

- **biologia umană**: moștenirea genetică; procesele de maturizare, îmbătrânire; tulburările cronice, degenerative, geriatricce;
- **mediul**: apa potabilă, medicamentele, poluarea atmosferei, salubrizarea, bolile transmisibile, schimbările sociale rapide;
- **stilul de viață**: hrana, activitățile fizice, sedentarismul, tabagismul, alcoolismul;
- **organizarea asistenței medicale**.

Primii trei factori constituie cauzele îmbolnăvirilor, iar cel de-al patrulea factor este axat pe resursele necesare pentru menținerea sănătății.

Biologic, sănătatea reprezintă starea unui organism neatins de boala, în care toate organele, aparatele și sistemele funcționează normal.

Psihologic, sănătatea reprezintă armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții, asimilate de individ.

Din punct de vedere **social**, sănătatea este acea stare a organismului, în care capacitățile individului sunt optime, pentru ca persoana să-și îndeplinească în mod adecvat rolurile sociale. Ea ar fi, conform lui

Parsons (apud. Gorgos, 1984), capacitatea optimă a unui individ de a îndeplini eficient rolurile și sarcinile, pentru care a fost socializat. Concepția despre sănătate este condiționată social. N. Willard afirma că „*societatea este cea care decide dacă un om este nebun sau genial*”.

Atât biologic, cât și social, sănătatea reprezintă nu atât un scop în sine, cât un mijloc pentru o existență plenară, o formă optimă pentru a duce o viață rodnică și creatoare.

Sănătatea reprezintă capacitatea de:

- a munci productiv;
- a iubi;
- a se preocupa de soarta celorlalți;
- a avea în proporție rezonabilă autonomie personală.

Patologul definește *sănătatea* ca o *stare de integritate* a organismului. *Clinicianul* definește *sănătatea* ca *lipsă de simptome*. Pentru o persoană bolnavă, sănătatea este o *stare de „bien-être”*.

Downie (1992) vorbește despre *sănătatea pozitivă*, care are 2 componente:

1) *starea bună fizică, psihică și socială*;

2) *fitness* – forma fizică optimă, cu ceci 4 S (engl.): *strength* – forță fizică; *stamina* – vigoare (rezistență fizică); *suppleness* – suplețe fizică; *skills* – îndemânare (abilitate) fizică.

După definiția OMS, *sănătatea mintală* este parte integrantă a sănătății în general. Conținutul conceptului de *sănătate mintală* este determinat de calitatea raporturilor personalitate – mediu.

Krapf (apud. Gorgos, 1984) arată că un individ reacționează în mod sănătos, dacă în cursul dezvoltării sale: a) se dovedește capabil să se adapteze în mod flexibil la situațiile conflictuale; b) este capabil să susțină frustrările și anxietatea consecutivă a acestora.

Starea de sănătate înseamnă mai mult decât absența bolii. Sănătatea trebuie apreciată în funcție de mediul și de istoria individului, ca o rezultantă a forțelor contrarii, fiind necesar să ținem seama nu doar de caracterul pozitiv și cel negativ, ci și de direcția acesteia în raport cu obiectivele de viitor.

A. H. Maslow (apud. Iamandescu) definește *sănătatea mintală* în termeni de „*personalitate autorealizată*”.

D. Lagache (apud. Gorgos, 1984) prezintă câteva caracteristici principale ale sănătății mintale:

- capacitatea de a produce, de a tolera tensiuni suficient de mari și de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ;
- capacitatea de a organiza un plan de viață, care să permită satisfacerea periodică și armonioasă a nevoilor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate;
- capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup;
- capacitatea de a-și adapta conduită la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi;
- capacitatea de identificare atât cu forțele conservatoare, cât și cu cele creative ale societății.

W. Boehm (apud. Gorgos, 1984) consideră că sănătatea mintală este o condiție de funcționalitate socială, impusă și acceptată de societate, în scopul realizării unei afirmații personale. Sănătatea mintală ocupă locul cel mai important în complexitatea finței umane, fiind fundamental și esențială condiției umane, echilibrul ei. Ceea ce mijloacește trecerea de la starea de sănătate la starea de boală este modul de viață și stilul de viață al individului.

Modul de viață definește *elementele obiective ale traiului*, condițiile materiale, economice și sociale ale vieții oamenilor. Aceste elemente ar fi:

- natura muncii și durata ei;
- educația, calificarea profesională și accesul subiectului la acestea;
- locuința (m^2 /persoană) și dotarea acestora (gradul de confort);
- condițiile de igienă și asistență sanitară (accesibilitatea lor);
- mijloacele de comunicare;
- informația și cultură;
- timpul liber (durată, folosire).

La aceste elemente foarte obiective se adaugă, în cadrul modului de viață, sistemul tradițiilor, al obiceiurilor, al moralei și al configurației profesionale a populației.

Modul de viață este produsul unei istorii, al unei culturi și tradițiilor. Orice societate are un mod de viață specific (de ex., societățile agrare, industriale etc.).

Stilul de viață este aspectul subiectiv al modului de viață, adică o strategie de viață, pentru care individul optează și care orientează toate

manifestările sale particulare. Stilul de viață are la bază anumite credințe, imagini și reprezentări ale individului despre lume și viață, pe baza cărora acesta alege, se comportă și face opțiuni, care-l vor conduce la succes sau la eșec.

Stilul de viață presupune decizii, acțiuni și condiții de viață, care afectează sănătatea persoanei. Există riscuri autoasumate de persoană printr-un anumit stil de viață: tabagism, abuz de droguri, alimentație excesivă sau subnutriție, șosare imprudentă, sedentarism, workaholism (dependență, obsedare de muncă).

Stilul de viață constă din combinațiile unor practici, din deprinderile comportamentale și condițiile de mediu, care reflectă modul de viață, influențat de antecedentele familiale, condițiile culturale și cele socioeconomice ale persoanei. Stilul de viață este tipul de comportament repetitiv, habitual, condiționat de nivelul de cultură, nivelul de trai, în cadrul impus de resursele economice ale societății.

Modificările stilului de viață implică schimbarea concomitentă a comportamentului personal și a condițiilor de viață. Opțiunile pe care persoana le face și în funcție de care își structurează stilul de viață sunt individuale, iar valorile, reprezentările, scopurile și aspirațiile pe baza cărora face anumite alegeri sunt determinante sociale.

Stilul de viață este determinat de doi factori:

- factorul *socioeconomic*;
- factorul *cultural-educativ*.

Efectele stilului de viață sunt: *directe* (de ex., fumatul generează cancer pulmonar, alcoolul generează ciroză); *mediate* (de potențare a celorlalți factori de risc).

Acești factori, prin evoluția lor istorică, își aduc aportul la crearea profilului psihologic al unei populații, la formarea personalității individelor și la structurarea relațiilor sociale. Orice mod de viață este producția unei istorii, reflectarea unei culturi și a unor tradiții specifice, fiecare societate având un mod specific de viață. Factorii ce contribuie la diferențierea tipurilor de societăți în baza modului de viață sunt *distribuția, cuantumul și utilizarea veniturilor* și a bunurilor materiale.

Sociologul Max Weber a definit **stilul de viață** în funcție de doi factori: *comportamentul în viață* (opțiunile avute în alegerea unui anumit stil de viață) și *șansele de viață* (probabilitatea realizării în practică a acestor opțiuni personale, ținând cont de condițiile structurale necesare

pentru susținerea unui anumit stil de viață). Stilul de viață poartă amprenta modului de viață al comunității și al grupului, în care persoana s-a născut și s-a format. Opțiunile, în funcție de care se structurează stilul de viață, sunt individuale, dar valorile, reprezentările, țelurile și aspirațiile, care impun aceste opțiuni sunt determinate social. Astfel, dacă *modul de viață* se referă la aspectele exterioare ale vieții, la condițiile economice și cele sociale, *stilul de viață* privește modul, în care omul și grupurile sociale valorizează aceste condiții, în funcție de anumite opțiuni valorico-normative.

Evaluarea stilurilor de viață și a modurilor de viață este importantă pentru stabilirea calității vieții pe care o pot asigura. Există, aşadar, stiluri de viață nefavorabile pentru sănătate, precum și stiluri de viață nefavorabile sănătății (abstinență tabagică, consum moderat de alcool, fitness, dietă echilibrată și variată, evitarea consumului de droguri, prudență în traficul rutier, prudență în viața sexuală, folosirea strategiilor adecvate de ajustare a stresului profesional).

3. Modele explicative clasice ale bolii și ale sănătății

După Bruchon-Schweitzer, secolul XX a promovat 3 modele.

I. Modelul biomedical. Consideră boala drept consecință a unor agenți patogeni externi (traumatici, biologici, toxici etc.) sau interni (dezechilibre biochimice). Modificările brutale, apărute în organism ca urmare a acțiunii acestor factori, ce declanșează activarea diverselor sisteme fiziologice și apariția unor stări psihice particulare (Dantzer), se înscriu în aria stresului. Studiul agenților stresori, reprezentați de situațiile de viață psihotraumatizante, și relația lor cu apariția ulterioară a bolilor s-au bucurat de interpretări relativ recente (Cohen și Edwards, 1989), care susțin existența unei corelații slabe între stres și boală. Aceste neconcordanțe sunt cauzate de ignorarea unor procese intermediare (percepție, cogniție, afective, comportamentale) puse în joc, conform particularităților fiecărui individ și care modelează (inclusiv diminuează) impactul stresorilor.

II. Modelul psihosomatic. Este restrâns, în această sistematizare, la tentativa de a se explica dezvoltarea unor boli organice (cardiovasculare, neoplazice, digestive, respiratorii, dermatologice, etc.) prin factorii psihici, care joacă un rol etiologic determinant; factorul psihic acționea-

ză alternativ sau sumativ, cu factorii etiologici specifici organului sau aparatului afectat de boala psihosomatică respectivă).

S-a încercat demonstrarea etiologiei psihosociale a unor boli (înclusiv cancer), analizându-se prin studii retrospective (subiecți bolnavi analizați prin reconstituirea unor corelații între stresul psihic, ca factor de risc, evenimente psihotraumatizante trecute și diferite etape ale bolii) sau prin studii prospective (cohorte de subiecți cu diagnosticul psihosocial stabilit la plecare și urmăriți ulterior, referitor la bolile contactate care sunt raportate la datele inițiale).

Se poate afirma că studiile perspective efectuate cel mai eficient au evidențiat mai degrabă veritabile stiluri de viață cu risc pentru boală decât o anumită „configurație psihică” specifică pentru contractarea unei anumite boli; de asemenea, acțiunea patogenă sau sanogenă a unor factori etiologici; se pot găsi punctele nodale ale acestor interferențe, cu rol predictiv pentru boli.

III. Modelul concepțiilor despre sănătate. Unii autori, printre care Hochbaum, Rosenstock și Kegels (1988), au dezvoltat un model psihologic al sănătății și bolii – denumit „*health belief model*” – *model bazat pe 4 elemente*:

- *susceptibilitatea percepță* (modul în care subiectul evaluează riscul de a dezvolta boala, definirea populațiilor cu risc și personalizarea riscului);
- *severitatea percepță* (cum evaluează individul severitatea și consecințele bolii, identificarea consecințelor bolii);
- *barierele percepțe* (cum evaluează subiectul influențele asupra comportamentelor sanogene promovate, identificarea și înlăturarea prin condiționarea obstacolelor);
- *beneficiile percepțe* (evaluarea consecințelor pozitive care apar odată cu adoptarea comportamentului, clarificarea acțiunilor și a beneficiilor).

Ulterior, modelului inițial i s-au adăugat alte două construcțe:

- *eficacitatea percepță* (gradul de reușită, evaluat de către individ în adoptarea comportamentului dezirabil, cu rol practic de ghidare și educare a individului);
- *stimuli promotori* (influențele externe ce promovează comportamentul dezirabil, care oferă informare, întăriri intermitente).

Modelul concepțiilor despre sănătate se poate aplica la o gamă largă de comportamente umane și grupe populationale, ce pot cuprinde **3 domenii majore: conduitele preventive; comportamentele de adoptare a rolului de pacient, intervențiile clinicianului.**

4. Sănătatea mintală. Caracteristicile principale ale sănătății mentale

După W. Boehm, **sănătatea mintală** este condiția de funcționalitate socială, impusă și acceptată de societate în scopul realizării personale. Normalitatea în dinamică este o adaptare armonică în fiecare moment al existenței individului, în funcție de mediul său, de istoria sa și a colectivității sale, ca o rezultantă a calității raportului personalitate/ mediu, și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de „plutire” într-un câmp de forțe contradictorii.

Adaptarea presupune, de regulă, un efort adaptativ care, de cele mai multe ori ia forma unor acțiuni mentale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Sunt destule situații, când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea și stoparea acestora. Uncori, blocarea la timpul cuvenit a unei simple reacții sau a unei operații complexe are o importanță fundamentală pentru însăși existența fizică a persoanei.

Este evident că indivizii – și nu medicii – sunt și trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ propria lor sănătate mai mult decât prin evitarea pasivă a bolilor.

Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecărui. În plus, ținând cont de aceasta, conceptul de adaptare oferă medicilor și cercetătorilor o sansă de a trece dincolo de psihopatologic.

Normalitatea trebuie să devină ca o sumă de ritmuri: biochimice, fiziologice, afective, relaționale, motivaționale, adaptate armonic solicitărilor din mediu și concordante cu răspunsurile majorității membrilor comunității (conform modelului speciei).

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrișă în perimetru, care definește normalitatea existenței individului, semnificând menținerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al

subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vîrstei, ale sexului), cât și în perspectiva externă (a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant concret).

În viziunea lui G. Cornuțiu (1998), un om sănătos psihic este acela care trăiește și manifestă o stare de confort psihic într-o coerență și globalitate, care nu este sesizată niciun moment și într-o continuitate, care presupune o dominantă a sentimentelor pozitive constructive și optimiste față de cele negative. Omul sănătos psihic este activ și simte plăcerea acestei activități, o căută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un sistem de valori ierarhizate și voluntare, pe care le promovează.

După M. Lăzărescu (1995), sănătatea presupune o *perspectivă dinamică*, prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vîrste, capacitatea sa de dezvoltare, maturizare, independentizare, precum și capacitatea de a depăși diverse situații reactive și stresante.

După D. Prelipceanu (2000), norma suportă o condiționare istorică, reprezentările și convențiile oamenilor despre ei însiși și despre viața în colectivitatea socială modificându-se (lent, dar sigur) în urma evoluției procesului de utilizare a uneltelor și a arsenalului instrumentelor de cultură.

Normele semnifică ritmurile și nivelurile de evoluție a societății umane indică „starea de sănătate” a acesteia.

Dificultățile, în raport cu dezideratul detectării unei norme a sănătății mintale, sunt:

- tripla ipostaziere și dimensionare contradictorie a ființei umane în corporalitate, psihic și socialitate;
- terapia disfuncțiilor de expresie corporală trebuie să fie guvernată de legile naturii prin procedee subsumate acestora, în timp ce disfuncțiile vieții psihice, îndeosebi cele ale relaționării sociale trebuie să fie depășite prin raportarea la normativitate și prin recuperarea indivizilor în suferință în interiorul normei;
- istoricul normelor.

Adaptarea este strâns legată cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor (bolilor). Adaptarea ne protejează prin:

- eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;

- perceperea controlului trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul lor problematic;
- păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile (Pearlin și Schooler).

Caracteristicile principale ale sănătății mintale (după Lagache D.) sunt:

- capacitatea de a produce și de a tolera tensiuni suficient de mari, de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ;
- capacitatea de a organiza un plan de viață care să permită satisfacerea periodică și armonioasă a majorității nevoilor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate;
- capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup;
- capacitatea de a-și adapta conduită la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi;
- capacitatea de identificare cu forțele conservatoare și cu cele creatoare ale societății.

Criteriile funcționale ale sănătății mintale (după L. Hinsie și J. R. Campbell, 1985)

1. Independență rezonabilă în relațiile cu ceilalți indivizi.
2. Autodirecționare.
3. Capacitatea de a avea o slujbă și de a lucra împreună cu ceilalți.
4. Capacitatea de a răspunde regulilor și autorității obișnuite.
5. Capacitatea de a depăși dificultăți curente.
6. Abilitatea de a avea relații de prietenie și iubire.
7. Capacitatea de a oferi și a primi afecțiune.
8. Toleranță la frustrare.
9. Simțul umorului.
10. Abilitatea de a se recrea, de a avea hobbyuri.
11. Capacitatea de a dezvolta sentimente altruiste.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea și boala nu este izolat și nici static. Conținutul *conceptului de sănătate mintală* este determinat de calitatea raportului personalitate-mediu. În condițiile vieții contemporane, relațiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează, exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt dependente și de factorii socioculturali, care intervin și mediază relațiile dintre om și natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu natura-lul. La fel este important faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieții so-

ciale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, precum și de echilibrul ecologic.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Definiți conceptul de *sănătate*.
2. Care sunt direcțiile actuale de cercetare în psihologia sănătății?
3. Explicați teoriile și concepțiile despre sănătate.
4. Care sunt modelele explicative clasice ale bolii și sănătății?
5. Definiți conceptul de *sănătate mintală*.
6. Numeți criteriile funcționale ale sănătății mintale.
7. Enumerați factorii care contribuie la dezvoltarea sănătății mintale.
8. Care sunt factorii ce condiționează menținerea stării de sănătate?
9. Explicați factorul „*suport social*” pentru menținerea sănătății persoanei.

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie medicală*. Iași, Editura „Polirom”, 1999.
2. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București, Editura „Infomedica”, 1997.
3. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2007.
4. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
5. Tudose F. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2000.
6. www.psihosanatatii@psychology.ro

TEMA 6. STRESUL ȘI INFLUENȚA LUI ASUPRA OMULUI

Structura

1. Stresul. Simptomele și cauzele stresului.
2. Relația sănătate-stres.
3. Mecanismele și strategiile de coping în stres.
4. Tehnicile de relaxare și exerciții antistres.

Obiectivele operaționale

- Definirea conceptului de stres.
- Identificarea valenței pozitive și negative a stresului.
- Analiza și explicația factorilor ce influențează sănătatea.
- Identificarea relației sănătate-stres.
- Cunoașterea principalelor strategii de coping a situației stresante.

Cuvintele-cheie: stres, eustres, distres, strategii de coping (depășire) în stres, exerciții antistres.

1. Stresul. Simptomele și cauzele stresului

Starea de stres definește un organism, care face un efort intensiv pentru a se adapta unor situații puțin obișnuite. Atunci, când menținerea echilibrului necesită eforturi compensatorii deosebite, când solicitările depășesc limitele resurselor adaptative, când integrarea organismului este amenințată, persoana intră în stare de stres.

După Landy, stresul reprezintă un dezechilibru intens, percepță subiectiv de către individ între cerințele organismului și cele ale mediului și posibilitățile de răspuns individuale. Stresul apare în momentul, în care acest echilibru al adaptării se perturbă. Această perturbare este reversibilă.

În funcție de natura agentului-stresor, stresul poate fi *psihic, fizic, chimic și biologic*. În funcție de numărul persoanelor afectate, stresul poate fi *individual sau colectiv*.

Orice tip de stres aparține pe fondul adaptării permanente a organismului la mediu, atunci când se poate produce undezechilibru marcant între solicitările mediului și posibilitățile de răspuns reale ale individului. Adaptarea presupune păstrarea integrității organismului, care este mereu amenințată de stresori de toate tipurile. În plus, adaptarea presupune realizarea unui echilibru dinamic cu mediul.

Simptomele stresului sunt (după Gh. Iosif, 1996; A.Tabachiu, 1997; Bogáthy, 2002): fizice și psihocomportamentale.

Fizice:

- creșterea frecvenței cardiace, a pulsului, având drept consecințe creșterea tensiunii arteriale (risc de cardiopatie ischemică, infarct de miocard);
- creșterea frecvenței respiratorii;
- tulburările de somn;
- tulburările de comportament alimentar;
- scăderea imunității organismului care determină o predispoziție la contractarea bolilor;
- disfuncțiile organice de diverse tipuri: boală de colon iritabil, ulcer de stres.

Psihocomportamentale:

- stările de anxietate;
- scăderea capacitatei de concentrare a atenției;
- scăderea capacitatei perceptive;
- scăderea puterii de decizie;
- scăderea intereselor;
- sentimentele de culpabilitate;
- intoleranța și hipersensibilitatea la critică;
- tulburările comportamentale (apatie, agresivitate etc.);
- tulburările psihice (depresie etc.).

Factorii stresanți nu produc direct nicio boală, însă sunt responsabili pentru agravarea anumitor stări precum alergiile, astmul, migrenele, sindromul colonului iritabil, eczemele, psoriazisul. De asemenea, contribuie la mărirea presiunii arteriale și favorizează apariția afecțiunilor cardiovasculare.

Cauzele stresului (după Gh. Iosif, 1996, Bogáthy, 2002)

1. Factorii de mediu:

- mediul fizic: agenți fizici, chimici (căldură, temperatură, vibrații, zgomot, iluminat, emanații de fum sau vapori etc.);
- mediul psihosocial (stres relațional): calitatea raporturilor cu superiorii și cu colegii (competiție, rivalitate), conflictele la locul de muncă.

2. Sarcina de muncă:

- suprasolicitarea de natură cantitativă sau calitativă (considerarea unei munci ca fiind prea grea) se asociază cu comportamentele disfuncționale;
- caracterul muncii: munca devine stresantă acolo unde activitatea este repetitivă, puțin stimulativă, rutinieră; plăcile și dezinteresul diminuază capacitatea de reacție a persoanelor;
- pericolul fizic: sursa de stres în profesiile cu risc înalt (minerit, poliție, pompieri, armată etc.);
- responsabilitățile la locul de muncă: responsabilitatea față de oameni este mai stresantă decât cea față de echipamentele de lucru.

3. Factorul uman:

- adevararea persoanei la locul de muncă: inadecvarata determină în timp apariția stăriilor de nemulțumire, frustrare, anxietate, depresie;
- ambiguitatea rolului: lipsa de claritate în ceea ce privește rolul individului la locul de muncă, perceperea ambiguă a sarcinilor profesionale, a obiectivelor și responsabilităților;
- echipa de a nu obține avansări în carieră, echipa de sănătăți;
- recompensarea inechitabilă a muncii;
- subutilizarea competenței;
- accesul scăzut la luarea deciziilor în grupul de muncă;
- posibilități scăzute de exercitare a autorității;
- lipsa de experiență profesională;
- nesiguranța la locul de muncă, legată de schimbările sociale și de progresul științific, odată cu apariția unor noi profesioni și dispariția altora;
- apropierea de vîrstă pensionării.

Sursele potențiale ale stresului constituie categoriile de variabile mari, care au fost incluse în mai multe categorii cauzale. Dintre acestea, prezentăm în continuare un model fundamental – **modelul Michigan** – elaborat de Institutul de Studii Sociale (Institute for Social Research) al Universității Michigan. În cadrul acestui model există patru categorii de variabile: caracteristicile organizaționale, stresorii psihici, reacțiile la stres și reacțiile la boala (Bogáthy, 2002).

Caracteristicile organizaționale (dimensiunea organizației, structura ierarhică și cerințele postului) favorizează acțiunea unor stresori, de exemplu, conflictul, ambiguitatea sau supraîncărcarea de rol.

- a. conflictul de rol ia naștere în momentul, în care expectanțele și solicitările la locul de muncă sunt incompatibile sau dificil de satisfăcut;
- b. ambiguitatea de rol apare la angajații, care nu au informații suficiente sau adecvate legate de rolul lor în organizație;
- c. supraîncărcarea rolului reflectă dificultatea sarcinilor sau numărul mare de acțiuni, pe care angajatul trebuie să le întreprindă.

Stresorii psihici generează reacții specifice situației stresante, care includ răspunsurile afective, psihologice sau cele comportamentale ale individului (insatisfacție în muncă, lipsă de motivație, absenteism, stări de frustrare etc.).

Dacă situația stresantă nu este rezolvată, energia de acțiune a stresorilor psihici duce la boală fizică sau psihică: ulcer gastric, boli cardiace, tensiune arterială, depresie etc. Acțiunea celor patru variabile este mode-rată de rezistența psihică a individului și de calitatea relațiilor interpersonale, pe care acesta le dezvoltă.

Încercând să sintetizeze evenimentele de viață care pot deveni stresogeni, Lăzărescu M. (2002) delimitază unele situații.

- **Psihotrauma** – eveniment secvențial care influențează intens persoana.
- **Schimbările existențiale semnificative** – schimbare care necesită un efort readaptativ (responsabilități, eforturi, noi rețele de comunicare).
- **Eșecul** – neîndeplinirea unui proiect în care subiectul este angajat (stagnare, interioritate).
- **Frustrarea** – nesatisfacerea unor dorințe, pulsiuni, nevoi sau pretenții legitime (circumstanțială, prelungită sau cronică).
- **Conflictul interpersonal trenant** – stare de tensiune și conflict constant cu persoane angrenate în structuri sociale bine definite (familie, colegi de muncă sau de locuință).
- **Epuizarea prin suprasolicitare** – program de muncă excesiv, în special dacă nu e urmat de satisfacții (poate fi provocată de un stil particular de viață).
- **Lipsa de perspectivă vitală** – situații nefavorabile din care subiectul nu poate evada.
- **Conflictul intrapsihic** – egodistonia condiționată, în special de sentimentele de vinovăție (poate fi conștient sau preconștient).

- **Crizele existențiale sau de conștiință** – perioadele critice se referă la personogenезă și ciclurile vieții, apar în perioadele de bilanț individual.

- **Obișnuințele patologice** – mai frecvente în copilărie, dar sunt posibile pe tot parcursul vieții.

Paul Frasse definește *stresul psihic* ca totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu-și găsesc soluția la moment. Mihai Golu definește stresul psihic ca stare de tensiune, încordare sau disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, stare de frustrare (reprimare) a unor trebuințe, dorințe sau aspirații.

Stresorii psihici sunt stimulii verbali (inclusiv cei care aparțin limbajului interior), care vehiculează pe căi nervoase la cortex. Aceștia se diferențiază total de celelalte categorii de agenți stresanți datorită semnificației lor, pentru individ ei au caracter potențial de a produce stres psihic. Acest caracter potențial este validat de semnificația cu care îl investește individul. Unul și același agent – stresorul psihic – în afară de faptul că nu produce stres psihic la toți indivizii, nu produce stres psihic de fiecare dată la același individ. Acest lucru este condiționat de dispozițiile de moment ale individului și de semnificația pe care o acordă în acel moment individul. Apariția și amploarea stresului psihic depind mult de caracterele genetice ale individului (caracter cognitive, voliționale, motivaționale și afective).

Vulnerabilitatea psihică la stres este constituțională sau dobândită. Vulnerabilitatea psihică este o trăsătură proprie doar anumitor persoane și se manifestă prin reacționare ușoară, prin stare de stres psihic la o gamă largă de stresori.

Situării generatoare de stres psihic:

- existența unor circumstanțe neobișnuite pentru individ, care îl surprind pe acesta nepregătit pentru a le face față;
- semnificația unui eveniment;
- angajarea individului într-o acțiune sau relație exagerată;
- particularitățile contextului social;
- modul subiectiv de a percepse solicitările mediului;
- subsolicitare/suprasolicitare;
- situațiile conflictuale existente în familie, la locul de muncă sau la nivel intelectual;
- criza de timp;

- izolarea;
- apariția unui obstacol fizic sau psihic în calea unui scop care, duce la frustrare;
- situații perturbatoare cauzate de agenți fizici (zgomote, vibrații, fluctuații de temperatură).

Agenții stresului psihic au următoarele caracteristici: caracter potențial stresant (generează stres psihic doar în anumite condiții), caracter de amenințare permanentă pentru individ și caracter negativ al consecințelor agenților-stresori.

Există două categorii de stresori: cei care acționează pe calea celui de-al doilea sistem de semnalizare (agenții psihogeni) și stimulii senzoriali externi, care devin agenți stresori psihici veritabili atunci, când bombardează repetat scoarța cerebrală și când au intensitate înaltă.

Parametrii de acțiune ai unui agent stresor sunt: *intensitatea, durata, repetabilitatea și nouitatea*. Asupra individului acționează grupuri de factori stresanți.

Clasificarea agenților-stresori:

- în funcție de numărul lor: *unici și multipli*;
- în funcție de asociere: *conglomerati și configurații*;
- în funcție de dominanță acțiunii: *principali și secundari*;
- în funcție de numărul indivizilor afectați: *cu semnificație strict individuală, colectivă și generală*;
- în funcție de natura lor: *fizici* (sonori, luminoși etc.), *chimici, biologici, psihologici*.

Cercetările științifice au demonstrat că oamenii care iubesc puterea sunt supuși „*stresului puterii*”. Ei sunt foarte încrezători în sine și tind să domine situația reală, însă nu sunt capabili să-i facă față. Domeniul lor de influență este mult mai mic decât domeniul intereselor și al pretențiilor. De aceea sunt predispuși spre boli vasculare și de stomac.

Dimpotrivă, în condițiile unui control prea slab asupra situației, omul este pasiv, slab din punct de vedere volitiv, laș, deseori se descurajează. Nu este în stare să înrăutățească situația nici măcar când ea se află în sfera influenței și intereselor lui și se simte foarte tensionat. De aici – depresii, senzația de neputință, frică și neliniște, scăderea imunității și, prin urmare, riscul crescut de cancer.

În mod evident, nu doar evenimentul ca atare, ci și atitudinea noastră față de el reprezintă o sursă de stres. Stresul ne afectează în primul

rând atunci când reacționăm la el incorrect, agitându-ne de la gândul: ce s-ar putea întâmpla dacă...? Adeseori funcționează lanțul cauzal următor: *dezechilibrul emoțional - stres - boala*.

Conceptul de *stres*, introdus de Selye Hans, indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determină o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea, care-i amenință integritatea. Roger Guillemin, pornind de la această definiție, formulează una dintre cele mai cunoscute definiții ale stresului: „*Starea tradusă printr-un sindrom specific corespunzând tuturor schimbărilor nespecifice induse astfel într-un sistem biologic*”.

Aproape orice stresor și aproape orice reacție la stres implică atât componente fiziole, cât și psihologice (emoționale). Stresul poate fi definit atât din perspectiva cauzei, cât și din cea a efectului. În linii mari, persoana devine stresată, în primul rând când solicitările mediului sunt mai mari decât capacitatea ei de a ține situația sub control.

Stresul poate fi definit și sub aspectul efectelor ca „reacția minții și a trupului la schimbare” sau „rezultatul dezechilibrului, atunci când percepția unei persoane sau actualele abilități și resurse sunt insuficiente, pentru a face față cerințelor unei situații date”, sau „teama indusă unui organism care încearcă să își păstreze normalitatea în fața potențialilor agenți ce îl pot afecta”.

Există două tipuri de reacție la stres:

- răspunsul *activ*, adică luptă;
- răspunsul *pasiv*, adică fuga sau tolerarea.

Cea mai largă definiție a agenților stresori este dată de Fraisse P. (1967) „*totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu își găsesc soluția*”. Agenții-stresori, capabili să declanșeze un stres psihic, sunt de natură variată, nefiind obligatorii numai stimulii psihici, din această cauză putându-se diferenția *două tipuri de agenți-stresori*:

- *cei ce sunt reprezentați prin cuvintele, ideile, procesele gândirii*: agenții din această categorie sunt caracterizați sub formă de situații psihico-traumatizante; în stresul psihic, principaliii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional-ideativ, recepționați de subiect ca indicatori ai unor situații amenințătoare „actuale” sau „în perspectivă” pentru indivizi agresionați;

– *cei senzoriali externi*: aceștia pot deveni agenți stresori în două cazuri: atunci când este atacată scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută sau în cazul când au o semnificație pentru subiect. Parametrii de acțiune ai agenților-stresori sunt reprezentați de durată, în funcție de atrbute precum „nouitatea” și „intensitatea”, cu care ei acționează.

Pentru Golu M. **stresul psihic** reprezintă o stare de tensiune, încordare și disconfort cauzată de afecte negative, de frustrare, de reprimare a unor trebuințe sau aspirații, de imposibilitatea rezolvării unor probleme.

2. Relația sănătate-stres

Stresul este o reacție psihologică la solicitările inerente ale agenților mediului, ce au potențialul de a face o persoană să se simtă tensionată și anxioasă, pentru că nu este în stare să facă față acestor solicitări. Stresul ia naștere atunci, când o persoana răspunde cererilor locului de muncă, familiei și altor surse externe ca și când acestea ar fi generate de nevoile sale interne, obligațiuni și autocritică. Stresul este atât aditiv, cât și cumulativ. Se adună în timp până la starea de criză, când apar simptomele. Acestea se pot manifesta psihic prin: iritabilitate, anxietate, scăderea atenției, frustrare și ură. Pot apărea și simptome fizice: tensiuni musculare, dureri de cap, dureri de spate, insomnii, hipertensiune arterială etc. Dacă nu sunt diminuate sau tratate la timp, simptomele pot duce la îmbolnăvire și chiar deces.

În viața de zi cu zi, s-a pus în mod tradițional accent pe aspectele negative, disfuncționale ale stresului. La locul de muncă, poate cea mai exhaustivă definiție a stresului negativ este: schimbarea în starea psihică, fizică, emoțională sau în comportamentul unei persoane ca urmare a presiunii constante exercitatice asupra sa, pentru a activa în moduri incompatibile cu abilitatea sa reală sau percepță, cu timpul și resursele avute la dispoziție. Cu alte cuvinte, stresul la locul de muncă poate fi definit ca cel mai dăunător răspuns fizic și psihic, ce ia naștere atunci, când cerințele profesiei (medicale) nu se potrivesc cu resursele, abilitățile sau nevoile angajatului (lucrătorului medical). Stresul la locul de muncă poate duce la compromiterea sănătății și chiar la îmbolnăvire.

Mai puțin pătrunse în vocabularul curent sunt următoarele două cuvinte, care desemnează două tipuri fundamentale de stres, reliefate de H. Selye în 1973: distresul și eustresul.

Distresul este termenul, care desemnează stările tensionale, care au un potențial nociv pentru organism. Toate caracteristicile stresului general sau psihic, amintite anterior, s-au referit la această accepțiune a stresului în literatură: distresul acoperă, în general, sfera noțiunii de stres.

Eustresul reprezintă tot o stare de stres, validată printr-o reacție de „eliberare de tensiune”, însotită de multe reacții fiziole. Diferența față de distres este însă fundamentală atât din punctul de vedere al agenților stresori (stimuli plăcuți ai ambianței sau trăiri psihice plăcute, „palpitante”, de la emoții până la sentimente etc.), cât și a consecințelor sale pentru organism care sunt, favorabile, deși în cazul unei reacții generate de eustres pot apărea tulburări grave la un cardiac sau în cazul unui acces de râs, se pot declanșa crize de astm la o mare parte din cei suferinzi de această afecțiune. În caz de eustres are loc de cele mai multe ori, creșterea secreției de adrenalină, ca „*factor sensibilizant al organismului la efectele tisulare ale hormonilor glucocorticoizi*” și, de asemenea, cresc „endorfinele cerebrale, ca neurohormoni-modelatori ai plăcerii”.

Pe termen lung, efectele fiziole ale eustresului nu au fost studiate sistematic, ci au fost doar observate clinic. De altfel, însuși Selye apreciază că „*eustresul nu durează niciodată în mod cronic*”.

Eustresul nu trebuie confundat cu orice emoție plăcută (de ex., contemplarea unei grădini înflorite, a unei expoziții de pictură, deși, unii subiecți extrem de receptivi ar putea „vibra” la aceste mesaje artistice în măsură să intre într-o stare de eustress); el este generat de stări psihice cu tonalitate afectivă pozitivă exprimată puternic și cu durată prelungită. Cele mai elocvente exemple sunt: revederea unei persoane dragi, aflarea veștii reușitei la un examen etc. Sentimentul de dragoste împărtășită constituie un eustres cu impact determinator atât asupra conduitei, cât și a creațivității (lucru pe care l-ar realiza și distresul generat de o dragoste neîmpărtășită).

În special, ne vom referi la comportamentele adaptative, ce trebuie să fie studiate de viitorii medici. Mathney, Aycock, Pugh, Curlette și Cannella (1986) au sugerat că **paternurile de adaptare** se pot diversifica într-o categorie de *stresori preventivi* și o categorie de *stresori combativi*. Categorie *stresori preventivi* include patru tipuri de paternuri:

- 1) evitarea stresorilor prin adaptarea vieții;
- 2) adaptarea nivelului cererii;

3) îndepărtarea stresului indus de *paternurile comportamentale*;

4) descoperirea resurselor adaptării.

Categoria *stresorilor combativi* include cinci tipuri de paternuri:

1) manifestarea stresului;

2) stăpânirea resurselor;

3) atacarea stresorilor;

4) tolerarea stresorilor;

5) scăderea iritabilității.

Comportamentele de adaptare pot avea *patru dimensiuni independente*:

- activ-pasiv (discutând direct acțiunea, tratând cont sau evitând stresorii);

- cognitiv-emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitiv sau ținând cont de sfera emoțională, catarsisul);

- controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor);

- acțiunea psihologică/acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).

Deși actualmente neglijată, constituția biologică poate explica, în multe cazuri, vulnerabilitatea la stres (mai crescută sau mai scăzută) a unor indivizi, inclusiv implicarea stresului în apariția unor boli psihosomatice. Pe terenul medical (organic), dar și psihologic, considerat ca predispozant sau nu pentru o „patologie organică”, acționează agenții stresori, care agresionează organismul prin reacția de stres pe care o produc.

Antecedentele psihologice reprezintă date „actuale”, de ordin psihologic, în momentul impactului agenților stresori fiind apreciate ca predictori asupra „eficacității” acestora în patogeneză.

Watson și Penebaker sistematizează **trăsăturile de personalitate** implicate în patogeneză sau în sanogeneză cu:

- *afectivitate negativă*: depresie, anxietate, nevrotism etc.;

- *afectivitate pozitivă*: optimism, umor, vitalitate, control intern, stimă de sine (autoapreciere, încredere în sine etc.).

În continuare descriem impactul pe care îl pot avea aceste sentimente în dezvoltarea sau inhibarea stărilor morbide ale personalității. Prin urmare:

- *depresia* însostește unele boli și este posibil să joace un rol etiologic în unele maladii (de ex., cancer);

- *anxietatea* asociată cu un stil perceptiv vigilant-evitant, are un rol favorizant pentru îmbolnăviri ulterioare doar când are valori extreme; Tallis (1990) consideră că „*îngrijorarea acționează ca un sistem de alarmă cu efecte benefice*”, ca constituind „un lucru negativ, numai dacă se instalează fără motiv sau durează prea mult”; în opinia lui I.B. Iamandescu, anxietatea excesivă, prezentă la o mare parte dintre bolnavi, ca urmare a anticipării unor pericole sau, mai ales, în condițiile eșecurilor terapeutice și a unei relații defectuoase cu medicul, are un rol negativ asupra comportamentului și constituie o sursă importantă a unui exces de hormoni de stres;

- *nevrotismul* are un sens mai larg decât anxietatea, pe care o include alături de ostilitate, izolare, impulsivitate, culpabilitate, vulnerabilitate etc., fiind considerat ca asociat frecvent cu boli somatice (Friedman și Booth-Kewley);

- *optimismul* acționează în două direcții: minimalizarea gravității evenimentelor și supraestimarea propriilor resurse de a le face față.

- *umorul* este o strategie de ajustare capabilă și ea de a reduce impactul evenimentelor stresante; optimismul și umorul ar avea o valoare predictivă pentru longevitate (M. Matlin);

- *vitalitatea* (robustea) reprezintă o aptitudine a individului de a se implica în activități diverse cu multă curiozitate, gust pentru risc, pentru schimbare și, de altfel, „gust pentru viață”.

3. Mecanismele și strategiile de coping în stres

Lazarus și Launier au identificat (sub numele de „coping”, în 1978) o serie de strategii de ajustare, elaborate de individ pentru a face tolerabilă tensiunea interioară (stresul psihic), indusă de o situație tensionată.

După modul în care individul își concentrează atenția asupra problemei apărute sau asupra propriei emoții generate de problema respectivă se disting 3 tipuri de ajustări sau *coping în stres* (după Suls și Fletcher).

1. **Coping (ajustare) centrat pe problemă (coping vigilant):** semnifică evaluarea în plan mintal (să nu se confundă aceste ajustări cu conduitele practice, acționale, de rezolvare a problemei) a unor posibilități avute de subiect la îndemână:

- de a evoca experiența anterioară;

- de a conta pe suportul social;
- de a solicita informații și de a căuta mijloace;
- de a elabora un plan de acțiune.

2. Coping centrat pe emoții (coping evitant): reprezintă o strategie pasivă, „de uitare”, evitând confruntarea cu gravitatea situației, constând în:

- negare;
- resemnare;
- fatalism;
- agresivitate.

3. Coping orientat spre reevaluarea problemei: constă în reducerea diferenței, percepute inițial de subiect, dintre gradul de amenințare și propriile resurse, fapt ce ajută la perceperea situației ca fiind mai tolerabilă.

Stresul psihic este, în ultimă instanță, o reacție a organismului, care se edifică în funcție de evaluarea cognitivă a situației și de strategiile de ajustare (*coping - „control efectiv”*). Din acest motiv, teoria lui H. Selye trebuie corectată în ceea ce privește impactul stresului psihic asupra sănătății, deoarece între cele două tipuri de coping din punctul de vedere al corelațiilor neuro-endocrine și imunitare există o diferențiere.

Evitarea (centrarea pe emoție) duce la diminuarea activității celulelor (deci a imunității, inclusiv, antitumorale) și la hiperfuncția axei hipotalamo-corticotrope, ceea ce accentuează inhibiția celulelor.

Un moment important în elucidarea complexă a modelelor explicative actuale ale psihologiei sănătății sunt **moderatorii psihosociali și suportul social**.

Suportul social este definit ca ansamblul relațiilor interpersonale ale unui individ, care îi asigură acestuia:

- o legătură afectivă pozitivă: *suport emotional* (simpatie, prietenie, dragoste, consolare, înțelegere, toleranță etc.);
- un ajutor practic: *suport material* (financiar, instrumental etc.);
- informații și evaluări referitoare la situația amenințătoare: *suport informational*.

Suportul social poate fi acordat de familie, colegi, prieteni, dar și de instituții, fie acestea organizații de stat, particulare, teologice, etc. sau având diverse forme de protecție socială (aziluri, case de copii etc.).

precum și de societățile filantropice (dar și spitalele și personalul medical-sanitar, instituțiile de învățământ de diferit nivel etc.).

Important este rolul de filtru, pe care îl joacă suportul social în calea stresorilor, iar unele experimente întreprinse în clinicile oncologice au demonstrat diminuarea riscului de mortalitate la bolnavii care au fost supuși unui program de ajutor în acest domeniu de susținere în plan psihologic.

Am considerat important să detaliem informația privind cele 3 filtre ale impactului agenților stresanți asupra individului, după Rahe și Arthur (1978, cit. de M. Bruchon-Schweitzer), menite să atenuze impactul negativ al stresorilor:

a) perceperea agentului stresor și evaluarea semnificației sale în raport cu:

– experiențele similare anterioare, precum și o serie de date ale personalității: locul de control, autoeficacitatea, trăsăturile patogene și cele imunogene de personalitate;

– suportul social și credința într-un ideal (inclusiv cea religioasă);

b) mecanismele de apărare inconștientă (negarea, represia, sublimarea etc.);

c) eforturile conștiente referitoare la:

– planificarea acțiunii și solicitarea informațiilor noi;

– tehniciile de relaxare ± medicamente ± distracții ± exerciții fizice.

4. Tehnicile de relaxare și exercițiile antistres

În continuare descriem câteva tehnici de relaxare și exerciții antistres, utilitatea cărora poate fi apreciată în măsură diferită de cei care le vor aplica.

1. Tehnica „răspunsul relaxant”

Această tehnică are un efect puternic pentru a reduce stresul și a ține sub control situații de genul „*luptă sau fugi*”. Efectele directe includ relaxarea profundă, bătăile în normă ale inimii, respirația adâncă, consumul de oxigen și rezistența crescută a pielii.

Acest lucru se poate realiza altfel:

– așază-te confortabil;

– închide ochii;

– relaxează-ți mușchii picioarelor, iar apoi cei ai întregului corp;

– axează-ți atenția pe respirație;

– respiră adânc și apoi expiră. Numără-ți respirațiile și spunc numărul respirației pe măsură ce expiri (acest lucru îți ține mintea ocupată, apoi încearcă să eviți să fii distraș).

Relaxare timp de 10–20 minute

Îmaginează-ți că stai în picioare, sub o cascadă de apă pură, furni-cătoare. Respiră adânc și regulat, absorbind din vaporii de apă ionii ne-gativi, dătători de sănătate.

Încearcă să simți energia aurie curgându-ți prin creștetul capului, în jos, pe șira spinării, prin brațe și prin picioare, îmbibând fiecare celulă. Acum simți cum întregul corp se umple de energie pură, vibrantă.

Vizualizează ziua care te așteaptă. Îmaginează-ți că obții ceva ce îți dorești foarte mult. Afirmă că ai o putere nelimitată și că dispui de ener-gia de a acționa. Transpune-te într-o stare de entuziasm față de activită-țile zilei și față de foloasele pe care le vei avea.

În timp ce apa curge peste tine, simți cum orice tensiune, îngrijora-re și anxietate, pe care le-ai putea avea, se scurge odată cu ea, se spală, lăsându-te relaxat, plin de energie și gata să îți începi ziua cu entuziasm și încredere.

2. Baia de sunete (exercițiu meloterapeutic)

Alege un disc cu muzica preferată de relaxare. Așază-te într-o pozi-ție confortabilă și pornește muzica. Respiră adânc de câteva ori și eli-mină toată tensiunea. Lasă muzica să curgă prin tine și peste tine, spălând tot zgometul inutil și sunetele stridente, care te-au hărțuit toată ziua. Lasă muzica să te despovăreze de orice poluare sonică. Plonjează în muzică. Observă în ce fel intră în rezonanță cu diferite zone ale corpu-lui. Imaginează-ți diferite celule din corpul tău cum danseză și se miș-că în ritmul hrănitărelor vibrații ale sunetelor. Lasă muzica să te ener-gizeze și să te relaxeze. Mai respiră de câteva ori, lent, adânc la înche-ierea muzicii și dă frâu liber întregii tensiuni acumulate.

3. Echilibrarea emisferelor cerebrale

Respiră adânc, relaxant și închide ochii. Privește în stânga (conti-nuând să ții ochii închiși) și închipuie-ți litera A. Apoi privește în dreapta și închipuie-ți *cifra 1*. Privește în stânga și închipuie-ți litera B și apoi în dreapta și vezi *cifra 2*. Continuă tot aşa până când ajungi la *li-tera Z* pe stânga și numărul corespunzător pe dreapta. *Apoi inversează procesul*. Privește spre stânga și imaginează-ți *cifra 1*, apoi spre dreapta și vizualizează *litera A*. Străbate întregul alfabet. Ai putea observa că

una dintre părți funcționează mai lent. Exersarea ajută la echilibrarea acelei emisfere. După câteva zile procesul se va desfășura dintr-o dată de la sine, derulându-se înainte și înapoi cu intensitate mare.

4. Tehnica de relaxare în 6 pași

Zece minute sunt suficiente pentru a căpăta o stare de spirit pozitiv!

• Stai drept cu spatele rezemat de spătarul scaunului, cu picioarele întinse și cu mâinile lângă corp. Închide ochii, pentru a te relaxa mai bine.

• Inspiră profund pe nas cât numeri până la 5, apoi ține-ți respirația tot atât și, în final, expiră continuând să numeri. Pentru o respirație regulată este suficient să numeri până la 15.

• Ridică picioarele de pe podea cu vârfurile întinse și ține-le în aer 10 secunde. Apoi revino în poziția inițială și relaxează-te. Încordează partea superioară a picioarelor, mențin cât numeri până la 5 și apoi relaxează-te.

• Acum este timpul să-ți încordezi abdomenul. După 5 secunde în care ai menținut poziția de încordare, relaxează-te. Stai corect pe scaun. Îndreaptă spatele și trage umerii spre spate, ține mâinile pe șolduri și încordează-le. Trage de umeri și scoate pieptul cât mai mult în față.

• Încordează-ți partea superioară a spatelui ca și cum ai vrea să-ți unești omoplați.

• Ridică-ți umerii și ține-i sus câteva secunde. Revino în poziția de relaxare și lasă-ți capul ușor pe spate având, fie ochii închiși, fie privirea într-un punct fix pe tavan. Repetă de 4 ori și tensiunea din jurul gâtului va dispărea.

Exercițiile de relaxare ajută să conștientizezi tensiunea care se instalează, fie în jurul gâtului, fie la nivelul spatelui. Exercițiile de relaxare cresc tonusul psihic, stimulează echilibrul interior, ajută la găsirea soluției mult mai bune și mai eficiente pentru problemele de zi cu zi, destresează și detensionează, reechilibrează activitatea cardiacă și sunt o calc excelentă pentru a preveni starea de spirit depresiv. Ideal ar fi să-ți faci timp 15–20 de minute pe zi, în care să fii doar tu cu tine, fără să faci nimic, fără să te gândești la nimic, doar contemplându-ți gândurile ce curg de la sine, ca să-ți regăsești **echilibrul interior**.

Întrebări și exerciții pentru autocvaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Definiți *stresul* și *mecanismele de acțiune a stresului*.
2. Numiți factorii care condiționează stresul.
3. Explicați relația *sănătate-stres*.
4. Definiți elementele stării de stres și valența lor: *distresul* și *eustresul*.
5. Explicați comportamentele de adaptare în caz de stres.
6. Care sunt strategiile cognitive și comportamentale de ajustare (coping)?
7. Explicați mecanismul strategiilor de coping în stres.
8. Care este scopul practicării tehniciilor de relaxare?

Bibliografie

1. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
2. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
3. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. București, Editura didactică și pedagogică, 1998.
4. Oprea N., Revenco M. ș.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știința”, 1993.

TEMA 7. ASPECTELE PSIHOLOGICE ALE BOLII ȘI DURERII

Structura

1. Particularitățile și componentele bolii.
2. Modelele de explicare a bolii.
3. Clasificarea internațională a bolilor (ICD-10; DSM-IV).
4. Durerea și percepția durerii.

Obiectivele operaționale

- Familiarizarea cu semnificația psihologică a conceptelor de bază ale temei: *anormalitate, patologie, boală, durere*.
- Precizarea criteriilor de clasificare a bolilor.
- Analiza factorilor și agenților patogeni de declanșare a bolii și a durerii.
- Dobândirea cunoștințelor despre semnificația durerii.

Cuvintele-cheie: patologie, boală, durere, mecanisme psihologice implicate în sănătate și boală, model de explicare a bolii, clasificarea internațională a bolilor; ICD-10; DSM-IV.

1. Particularitățile și componentele bolii

Starea de anormalitate este opusul stării de normalitate. Este o stare de dezechilibru, care poate avea loc în plan: individual, social, comportamental etc. Anormalitatea reprezintă, prin urmare, orice formă de abatere de la normă. Dacă starea de normalitate echivalează cu cea de sănătate mintală, starea de anormalitate reprezintă condiția apariției bolii psihice.

Anormalitatea este un concept larg, care include toate tipurile de abatere de la normă și din acest motiv nu putem reduce acest termen, exclusiv, la conceptul de boală. Este, însă, terenul favorizant pe care apare și se dezvoltă boala ca un fapt ontologic accidental.

Patologia, boala presupune abaterea de la normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcțional și de performanță, spre dizarmonie, dezorganizare sau destructurare. Boala reprezintă o formă de manifestare a stării de anormalitate. Din punct de vedere psihologic, boala este percepță ca o stare negativă. *Conștiința sănătății* se exprimă prin sentimentul de siguranță, iar *conștiința bolii* – prin cel de suferință și de slă-

biciune, de anxietate cu privire la complicațiile posibile sau chiar de amenințare a vieții.

Pentru Cl. Herzlich, boala reprezintă un tablou complex și specific de suferințe, care se poate manifesta prin:

a) *boala distructivă*, caracterizată prin: inactivitate, abandonul rolului familial și profesional, dificultăți financiare, excluderea din cadrul grupului social prin desocializarea bolnavului, sentimentele de izolare, inutilitate și angoasă;

b) *boala eliberatoare*, caracterizată prin: abandonul responsabilităților, sentimentul de repaus, impresia bolnavului că nu mai depinde de nimene, impresia eliberării de obligațiuni și cerințe sociale;

c) *boala profesiune*, caracterizată prin: obținerea avantajelor; adaptarea individului la boala și trăirea limitelor impuse de aceasta în scopul obținerii unor avantaje personale; acceptarea bolii ca sursă de beneficii și, în primul rând, ca mijloc de trai.

Boala este definită în Constituția WHO/OMS (Organizația Mondială a Sănătății), ca o serie de modificări biologice și/sau psihocomportamentale, care generează o stare de distres și/sau dizabilitate sau un risc crescut spre distres și/sau dizabilitate.

În funcție de perspectiva din care este privită, boala este definită ca:

- formă particulară de existență a materiei vii;
- abatere de la normă;
- consecință a unor agenți patogeni sau traumatici;
- semne, simptome, disfuncții;
- manifestare a eșecului în adaptare.

Boala presupune:

- trăire subiectivă neplăcută, o suferință umană (illness);
- o serie de tulburări somatice, fizice specifice (de ex., palpațiile la bolnavi cardiaci, sputa mucopurulentă în bronșite, etc); nespecifice (insomnii, astenie, anxietate, etc);
- consecințe socio-profesionale;
- limitarea capacitații de muncă;
- limitarea sau pierderea rolurilor sociale, a drepturilor și a obligațiilor sociale;
- schimbări relaționale la persoanele interne.

Cele mai importante particularități ale bolii sunt: simptomele clinice, existența anumitor agenți sau factori etiologici (cauzali), reacțiile de răspuns al organismului la acțiunea agenților etiologici.

1) **Sимптомы клинические.** Ficcare boala presupune anumite modalități de manifestare, un anumit tablou clinic, numit și *simptomatologia pacientului*. Simptomele (din gr. *symptoma* – ceea ce se produce, apare) sunt acelă manifestări ale bolii, care apar, în primul rând, în sfera de percepție a bolnavului și sunt simțite de acesta la nivel subiectiv. Ele pot fi cunoscute de clinician doar indirect, prin intermediul declarațiilor pacientului (de exemplu, starea de frică). Mai multe semne și simptome ce apar împreună alcătuesc un *sindrom*.

2) **Existența anumitor agenți sau factori etiologici (cauzali).** În clasificarea acestor agenți sau factori etiologici sunt importante două criterii:

- natura lor;
- funcția lor.

După natura lor, ei se clasifică în: (a) *agenți exogeni* și (b) *agenți endogeni*. La rândul lor, agenții exogeni pot fi fizici (mecanici, termici, electrici, prin energie radiantă etc.), chimici (acizi, baze, săruri), biologici (microbi, virusi, paraziți, ciuperci, diferite macromolecule organice etc.) și psihosociali (stresul, un stil de viață nesănătos etc.). Agenții endogeni, cum ar fi factorii genetici, pot fi considerați primari, producând diverse tipuri de anomalii ereditare. În ultima instanță, ei sunt însă agenți exogeni, care au acționat, fie asupra aparatului genetic al strămoșilor noștri, fie asupra aparatului nostru genetic în cursul existenței noastre.

După funcția lor, agenții etiologici se împart în: (a) *factori declanșatori*; (b) *factori determinanți*; (c) *factori favorizați*; (d) *factori predispozanți/de risc*; (e) *factori de meninere*.

• Factorii declanșatori produc, în mod direct, simptomatologia; ei sunt factorii indisolubili ai declanșării tabloului clinic, dar adesea nu sunt și suficienți. Unul dintre factorii declanșatori, cei mai importanți în psihopatologie, este discrepanța cognitivă dintre motivația pacientului (scopuri, motive, dorințe, expectanțe etc.).

• Factorii determinanți au aceleași caracteristici ca și cei declanșatori: produc în mod direct simptomatologia, dar sunt legați specific de un anumit tablou clinic (cum ar fi bacilul Koch pentru tuberculoză), în timp ce factorii declanșatori nu sunt specific legați de un tablou clinic

(de ex.: stresorii, ca factori declanșatori, pot genera tulburări depresive sau anxioase). În psihopatologie, până acum au fost identificați puțini factori determinanți, mai ales de natură psihosocială.

• *Factorii favorizați* joacă, în psihopatologie, rolul pe care catalizatorii îl joacă în reacțiile chimice. O serie de reacții chimice se pot desfășura și fără catalizatori, dar prezența acestora eficientizează întregul proces. Similar, factorii favorizați eficientizează acțiunea factorilor declanșatori și a celor determinanți în apariția tabloului clinic.

• *Factorii predispozitați* sunt factorii care au un caracter general, aparțin pacientului, au fost prezenti încă dinainte de instalarea tabloului clinic și care, prin interacțiunea cu factorii declanșatori, determinanți și/sau favorizați, duc la apariția tabloului clinic.

• *Factorii de menținere* au rolul de a susține simptomatologia. Acest rol îl pot avea și factorii declanșatori, determinanți, favorizați sau predispozitați, care au declanșat tabloul clinic, dar și de alți factori care au apărut după generarea tabloului clinic.

Toți acești factori etiologici descriși interacționează, pentru a genera un anumit tablou clinic, dar aceasta nu înseamnă că de fiecare dată când apare un anumit tablou clinic, trebuie să fie prezenti factori din fiecare categorie menționată (de exemplu, în anumite situații, factorii favorizați pot să nu fie prezenti, iar în psihopatologie este adesea dificil să se identifice factorii determinanți).

3) *Reacțiile de răspuns al organismului la acțiunea agenților etiologici.* Aceste reacții pot să fie specifice sau nespecifice, fiecare dintre ele, la rândul lor, mai pot fi locale sau cu caracter general. De asemenea, ele se pot manifesta la nivel biologic (de exemplu, modificarea tensiunii arteriale) sau la nivel psihologic (de exemplu, deficiențe la nivelul memoriei implicate).

Cercetând modul în care apar aceste reacții, ca răspuns al organismului la acțiunea unor factori etiologici, a apărut o întreagă știință – **patogenia** (din gr. *pathos* – suferință și *gennan* – a genera). Tratamentele care vizează modificarea acestor reacții și, prin aceasta, ameliorarea tabloului clinic al pacientului se numesc *tratamente patogenetice*. Tratamentele etiologice și cele patogenetice (etiopato-genetice) sunt un deziderat în tratamentul medical și psihologic, deoarece ele vizează cauzele distale (cele etiologice) și proximale (cele patogenetice) ale tabloului clinic.

Stadiile bolii și formele acesteia

Boala este definită ca fiind acea schimbare a stării de sănătate resimțită de individ ca ceva dezagreabil și pentru îndepărarea căreia el caută remedii. Persoana bolnavă trece prin anumite etape ale procesului morbid, care presupun prezența stărilor premorbide, etapa bolii propriu-zise și a eventualelor stări post-procesuale.

Stările premorbide sunt reprezentate prin: dispoziții anormale constituționale, congenitale sau ereditare; stări subclinice minore, neresimțite de bolnav; un fond psihosomatic fragil, sensibil, propice dezvoltării unor boli.

Boala propriu-zisă se caracterizează prin: starea de dezechilibru fiziolitic și psihic; existența unor leziuni organice; alterarea stării generale; epuizare fizică și psihică; incapacitatea de a mai fi activ; senzația de rău, de straniu; existența unor semne obiective și subiective.

Stările defectuale postprocesuale reprezintă totalitatea modificărilor personalității, care apar și rămân definitiv fixate după trecerea sau încheierea procesului morbid și care se caracterizează prin următoarele infirmități manifestate la nivel diferit: infirmități fizice; defecțiuni afective, obsesive, fobice; deficit intelectual; deficiențe senzoriale; deficiențe motorii; accentuări de caracter etc.

În ceea ce privește evoluția bolii, se remarcă existența mai multor stadii; evaluarea acestora fiind neomogenă la diferiți autori. Astfel, E. A. Suchman distinge *cinci stadii ale evoluției unei boli*:

- a) stadiul apariției simptomelor, care reprezintă trecerea de la sănătate la boală;
- b) asumarea rolului de bolnav de către persoana suferindă;
- c) stadiul de contact cu asistența medicală, reprezentat prin: validarea bolii, confirmarea diagnosticului clinic; explorarea funcțională a simptomatologiei bolnavului; evaluarea prognostică a evoluției afecțiunii;
- d) stadiul de dependență a bolnavului de medic și de mijloacele terapeutice;
- e) stadiul de recuperare.

Analizând în detaliu procesul de apariție și derulare a procesului morbid, U. A. Igur remarcă existența a *11 stadii de evoluție a bolii*:

- 1) experiența simptomelor;
- 2) autotratamentul;
- 3) comunicarea „stării de sănătate” alterate anturajului;

- 4) instalarea clinică a simptomelor;
- 5) asumarea rolului de risc;
- 6) exprimarea ajutorului din exterior;
- 7) asumarea unui ipotetic tratament empiric;
- 8) selecția modelelor terapeutice și a medicului;
- 9) implementarea tratamentului corespunzător;
- 10) evaluarea efectelor tratamentului;
- 11) însănătoșirea și recuperarea sănătății individului (apud. C. Enăchescu, *Tratat de igienă mintală*).

2. Modelele de explicare a bolii

Cele mai recente descoperiri medicale au generat unele schimbări în ceea ce privește concepția despre cauzalitate în medicină. De-a lungul istoriei, medicina occidentală s-a confruntat cu două poziții importante ideologice, legate de acest aspect. Prima dintre aceste poziții consideră boala drept un agent agresor extern, care abătându-se asupra individului sănătos, îi produce îmbolnăvirea. Cea de-a doua concepție privă boala ca fiind o reacție a organismului față de perturbarea echilibrului intern în funcționarea organelor și aparatelor, care alcătuiesc organismul în integritatea sa.

În secolul al XIX-lea, L. Pasteur, prin descoperirea existenței microbilor, părea că aduce un argument definitiv în favoarea concepției care explică boala prin agresiunea unui factor extern. Dar faptele clinice concrete, cum ar fi, diferențele în reacțiile indivizilor supuși aceluiași tip de contaminare sau, mai recent, descoperirea unor boli complexe, precum bolile endocrine sau bolile autoimune, au obligat medicii să adopte modele explicative noi.

Astfel, s-a trecut de la concepția, care presupunea o cauzalitate liniară, simplă la o concepție, în care sunt implicați numeroși factori – la concepția multifactorială, care ține cont de o pluralitate de factori ce interacționează: *factori genetici, de mediu și factori psihologici*. Prin aceasta, organismul bolnav este implicat în apariția, desfășurarea și vindecarea bolii.

În ce măsură personalitatea unui pacient este angajată în alegerea unui anumit tip de răspuns patogenic este o întrebare, la care psihologia medicală încearcă să răspundă de mai multe decenii. Prin studiile de psihologie medicală, completate cu argumentele studiilor venite din

domeniul medicinii psihosomatische, s-a demonstrat că ființa umană are posibilitatea de a exprima, prin boală, anumite tendințe profunde, tendințe care exprimă, fie o conflictualitate internă, fie agresivitatea față de anturaj, fie regresivitatea persoanei în cauză.

Sub influența descoperirilor lui Virchow și Pasteur, medicina sf. sec. al XIX-lea și începutul sec. al XX-lea a fost dominată de un determinism strict biologic.

Engel G., subliniind cauza multifactorială a bolii, în care elementele specifice (biologice) se înlanțuie cu cele nespecifice (psihologice și sociale), conturează modelul biopsihosocial al bolii, considerat mult mai pertinent.

I. Modelul biomedical. Acesta este un model reducționist (ia în considerație doar factorii biologici), ce are următoarele caracteristici esențiale:

- este un model cauzal de tip liniar (bacil-boală);
- încorporează dualismul cartezian (departajează somaticul de psihic);
- pune accentul pe starea de boală;
- ignoră prevenția maladiilor;
- se focalizează pe organul bolnav, făcând abstracție de persoană;
- medicul este responsabil de tratarea bolii.

II. Modelul biopsihosocial. Acest model s-a dezvoltat ca reacție la cel biomedical și are următoarele caracteristici:

- boala are o cauzalitate multifactorială;
- psihicul nu poate fi separat de somatic și invers;
- subliniază atât sănătatea, cât și boala;
- pune accent nu doar pe tratament, ci și pe prevenție;
- suferința organului induce suferința persoanei;
- responsabil de prevenția bolilor, tratament și recuperare nu este doar personalul medical, ci și societatea, și persoana în cauză.

Din perspectiva modelului biopsihosocial, *relația medic-pacient este o componentă importantă a acestuia*. Orice medic trebuie nu doar să aibă cunoștințe practice despre starea medicală a pacientului, dar și să se familiarizeze cu psihologia individuală a pacientului.

Modelul biopsihosocial derivă din teoria generală a următoarelor sisteme:

- **biologic**: pune accentul pe substratul anatomic, structural, molecular al bolii și pe impactul său asupra funcționării biologice a pacientului;

- **psihologic**: pune accentul pe impactul motivației și a personalității privind trăirea bolii și reacția la boala.

social: pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiare asupra exprimării bolii și a evoluției ei.

Engel G. consideră că fiecare sistem poate afecta și poate fi afectat de oricare dintre celelalte. Noua morbiditate a sec. al XX-XXI-lea solicită o paradigmă complexă de explicare, o abordare și o tratare a bolilor, direcționate îndeosebi asupra prevenției lor prin intermediul identificării și modificării factorilor de risc.

Datele actuale dovedesc că modelul tradițional, biomedical de explicare și abordare a bolilor cronice este restrictiv și unilateral, neluând în considerație variabilele nonbiologice. Noua paradigmă – cea *biopsihosocială* – încorporează atât achizițiile medicinei biologice, cât și variabilele psihocomportamentale, sociale, culturale și ecologice, ca factori importanți în etiologia și evoluția bolilor (Matarazzo, 1980).

În cadrul modelelor psihologice, boala nu mai este legată de leziune, de un substrat anatomic sau nervos, ci de o dinamică specială a forțelor psihologice (o anumită psihodinamică).

Conturarea modelului psihosomatic este asociat cu numele lui Freud, P. Janet, Charcot etc. Modelul introduce, ca element central, conceptul de *anxietate* și, legat de acesta - conceptul de *apărare împotriva anxietății*. Din interacțiunea *anxietate - mijloace de apărare contra anxietății* apar manifestări funcționale, fenomenul fiind bine demonstrat de către Freud în cadrul tratării nevrozelor și mai ales al isteriei. În concepția psihanalitică, omul este dominat de influențele psihologice inconștiente, de instinctele și dorințele, care sunt apte de a determina atât comportamentul normal, cât și cel patologic.

Modelul psihosomatic simplificat apare după formula: *stres-emotie reacție vegetativă cu modificări funcționale-leziune organică*. Stresul determină reacția psihică, care prin intermediul sistemului nervos vegetativ acționează asupra fiziolgiei diferitor organe și care datorită duratei, intensității și frecvenței poate duce la fenomenul de *organizare*.

În modelul psihosomatic, omul sănătos sau bolnav reprezintă o unitate psihosomatică, apărarea organismului și presupune contribuția ambilor factori, în timp ce leziunea apare doar în faza tardivă a evoluției, reprezentând rezultatul eșecului atât al apărărilor psihologice, cât și al celor fiziologice ale organismului.

Un alt element al modelului psihanalitic este importanța vîții timpurii (prima copilărie) asupra viitoarelor comportamente psihologice (a căror paternuri se structurează în această perioadă a vîții). Deși, numeroase concepe freudiene sunt depășite, fiind modelul freudian rămâne în perspectivă istorică primul fiind model sistematic de nuanță psihobiologică, în care explicația bolii are la bază factorii *psihologici, biologici și cei culturali*.

Modelul umanist are drept caracteristică faptul că în centrul atenției este *omul*, cu accent asupra naturii sale sociale. Elementele esențiale ale modelului umanist sunt entitățile de valoare, importanța persoanei autorealizate (Coleman și Broen). Boala este provocată astfel de capacitatea factorului morbigenetic de a bloca valoarca și realizarea persoanei.

Modelul interpersonal este modelul care privește boala și sănătatea în contextul social și care ridică la rangul de principiu sanogen sau patogenetic conceptul *comunicării* și al *relațiilor interpersonale*. Pentru Sullivan relațiile dintre indivizi sunt obligatorii și în cadrul acestor relații „nevoile complementare” se satisfac sau se agravează. Comportamentele anormale, inclusiv boala psihică sunt tulburări ale comunicării, situații în care comunicarea devine, fie falsă, fie insuficientă sau lipsește cu desăvârșire. Acest lucru este mai pronunțat, în special, dacă el are loc în perioada copilăriei timpurii și se datorează carențelor educative și relațiilor intrafamiliale neautentice (educație rigidă, moralism exagerat, lipsa unor figuri de identificare).

Mecanismele psihologice implicate în sănătate și boală sunt descrise în trei mari paradigmă (teorii, abordări) psihologice de sanogeneză și patogeneză:

- abordarea dinamic-psihanalitică;
- abordarea umanist-existențial-experiențială;
- abordarea cognitiv-comportamentală.

1) *Abordarea dinamic-psihanalitică* vizează, preponderent, impactul inconștiencului asupra tabloului clinic. Asumptiile fundamentale ale acestei paradigmă sunt:

- psihicul are o structură nivelară formata din *id* (inconștient), *ego* (*eu*, conștient) și *superego* (*supraeul*, normele morale și sociale);
- conținutul refuzat al *id-ului* (de ex., pulsurile sexuale și agresive), care este guvernăt de principiul plăcerii, tinde să se exprime plenar la nivelul *eului* conștient);
- conștientizarea, la nivelul *eu-lui* (care este guvernăt de principiul realității), a acestui conținut refuzat generează trăiri emoționale negative;
- *eul*, sub presiunea principiului realității și a *supraeului*, apelează la mecanisme de apărare/defensive, pentru a bloca conștientizarea trăirilor emoționale negative;
- dacă se blochează conștientizarea trăirii emoționale negative, emoția se exprimă, la nivel fiziologic, printr-o stare de activare, congruentă cu cea refuzată;
- orice simptom apare din cauza unui conflict actual, care se reduce, de fapt, la un conflict bazal din prima copilarie;
- eliminarea simptomatologiei se face prin eliminarea conflictului actual. Acest lucru se realizează prin rezolvarea conflictului bazal, prin intermediul nevrozei de transfer (conflictul terapeutic).

2) *Abordarea umanist-existențial-experiențială* pornește de la premissa, conform căreia patologia psihică blochează „forțele pozitive”, care stau la baza personalității noastre. Pentru a debloca aceste forțe pozitive, care programează direct starea de sănătate, este nevoie de asigurarea unui context psihoterapeutic caracterizat prin empatie, acceptarea necondiționată a pacientului și congruență, la care se pot adăuga anumite proceduri terapeutice.

Empatia se referă la faptul că terapeutul înțelege cele comunicate de pacient, ca și cum ar fi în locul lui, odată înțelese cele comunicate de pacient, ele trebuie recomunicate acestuia într-o formă empatică. În mod normal, cele comunicate de pacient în cursul terapiei cuprind referiri despre situații de viață sau experiențe interne ale subiectului și despre reacțiile sale comportamentale și emoționale în situațiile respective.

Acceptarea necondiționată presupune acceptarea pacientului ca om, fără ca aceasta să însemne ca suntem de acord cu ceea ce face sau gândește. Îl acceptăm ca persoană, care are nevoie de ajutor, nu pentru a fi de acord cu el. Acest lucru este foarte important în terapie. Pacientul, văzând că este acceptat necondiționat, începe să se accepte și el

necondiționat, să fie mai tolerant cu el însuși, cu simptomele sale. La pacient, astfel, se reduce gradul de vinovăție, cu implicații pozitive asupra continuării tratamentului și ameliorării simptomatologiei.

Congruența presupune conștientizarea de către terapeut a trăirilor emoționale vizavi de pacient atât a celor pozitive, cât și a celor negative, iar apoi comunicarea lor către pacient.

3) *Paradigma cognitiv-comportamentală* este fundamentată de câteva principii:

- Problemele psihice sunt răspunsuri dezadaptive învățate, susținute de cogniții disfuncționale (*cogniții* înseamnă cunoștințele, pe care noi le posedăm și cu care operăm la momentul actual; (exemplu de cogniție disfuncțională: „*se pot vindeca doar cei care au bani mai mulți*”.

- Factorii generatori ai gândirii disfuncționale sunt influențele generice și cele de mediu.

- Modalitatea optimă de a reduce distresul și comportamentul dezadaptiv este modificarea cognițiilor disfuncționale.

- Cognițiile disfuncționale care generază psihopatologia pot fi identificate și schimbate; modificarea acestora implică efort și perseverență din partea subiectului.

Pornind de la aceste principii, în abordările comportamentale s-a dezvoltat un model terapeutic, numit modelul **ABCDE**, care presupune:

A. *evenimentul activator* (stimuli interni și externi): situații obiective, gânduri, emoții, evenimente, amintiri etc;

B. *convingerile persoanei*, acestea se interpun între evenimentul activator și consecințele comportamentale, biologice, fizioleice sau subiectiv-afective;

C. *consecințele procesării cognitive* a elementului activator, și anume: răspunsuri comportamentale, biologice și fizioleice;

D. *restructurarea cognițiilor disfuncționale și iraționale*.

E. *asimilarea unor noi cogniții eficiente*, funcționale și raționale în locul celor disfuncționale.

3. Clasificarea internațională a bolilor: (ISD-10 și DSM-IV)

La ora actuală, se folosesc două mari clasificări ale bolilor (trăirilor) psihice: **ICD-10**, publicată de Organizația Mondială a Sănătății și **DSM-IV**, publicată de Asociația Americană de Psihiatric. Indicativul „IV” se referă la a IV-a ediție a manualului DSM. Ambele manuale au

drept scop realizarea unor criterii și clasificări, care să faciliteze consensul în diagnostic.

Clasificarea internațională a bolilor ISD-10 este un sistem de clasificare propus de OMS, bolile psihice fiind cuprinse în secțiunea I – secțiunea a VI-a (numerotarea secțiunilor se face prin litere). Scopul realizării acestei clasificări internaționale este de a unifica diagnosticele psihiatriche evitând confuziile create de termeni sinonime aparținând unor clasificări diferite (precum „școala franceză” sau „școala germană”).

Clasificarea internațională a bolilor psihice DSM-IV. Acest sistem de clasificare este propus de Asociația Psihiatrică Americană (APA). Unul dintre meritele acestui sistem de clasificare constă în faptul că propune ca formularea diagnosticului să se realizeze pe 5 axe. Această variantă a fost pentru prima oară descrisă în ediția a III-a a DSM, menținându-se și în edițiile ulterioare.

Prezentarea multiaxială a diagnosticului constă în:

1) *axa 1* – diagnosticul bolii psihice fără a include tulburările de personalitate sau retardarea mintală;

2) *axa 2* tulburările de personalitate și retardările mintale;

3) *axa 3* – diagnosticele bolilor somatici asociate;

4) *axa 4* – nivelul de stresori (se acordă un punctaj pe o scară ordinală de la 1 la 5; (punctajul crește proporțional cu nivelul de stresori), pe baza evaluării următoarelor tipuri de probleme:

- legate de grupul de suport primar;
- legate de mediul social;
- educaționale;
- profesionale (ocupaționale);
- legate de condițiile de trai;
- economice;
- determinante de accesul la serviciile de sănătate;
- legate de încălcări ale legii;
- alte probleme psihosociale și de mediu.

5) *axa 5* – scorul GAF (*Global Assessment of Functioning*) reprezentă o cuantificare a modului, în care simptomele tulburării psihice afectează nivelul global de funcționare al pacientului.

Scorul GAF se exprimă în intervale de 10 puncte, între cele două extremități:

a) GAF = 100 – 91 lipsa oricărora simptome, funcționare normală;

b) GAF = 10 : 1 – pericol crescut și persistent de a cauza lezări și sau altora, incapacitate persistentă de menținere a unei igiene personale minime.

4. Durerea și perceperea durerii

Durerea este un fenomen psihofiziologic complex, care se conținează în cursul dezvoltării ontogenetice, la început sub formă de dureri elementare, fizice, apoi sub formă complexă afectiv-emoțională de dureri psihice. Durerea este o formă particulară a sensibilității, determinată de factori agresivi, numiți *algogeni* sau *dolorigeni*. În prima instanță, durerea reprezintă un apel imperativ pentru protecție, în cea de-a doua, reflectă suferința. În geneza fenomenului complex al durerii se disting două etape:

- *etapa perceptivă*;
- *etapa psihică*.

La etapa inițială, pe fondul reacțiilor instinctuale, înăscute, de apărare împotriva stimulilor nocivi tactili, termici, chimici, experiența elementară individuală se îmbogațește treptat, conturându-se schema somatognozică. Prin învățare și adaptare la mediu, durerea primitivă se transformă astfel, în durere elementară, somatică, fizică. La nivel cortical, manifestările psihice, determinate de acțiunea factorilor algogeni, se vor concretiza la apariția senzației dureroase.

În funcție de personalitate și comportament, durerea va prelua o coloratură psihemoțională specifică, fapt ce transformă durerea elementară, somatică în durere complexă, psihică. În acest fel, informațiile pornite de la periferie și ajunse în diferite zone ale creierului permit integrarea superioară a senzației dureroase, înglobând-o în procesul cognitiv general.

Durerea poate fi descrisă în baza celor trei componente:

– *fiziologică*: mod de transmitere, receptori implicați, proceze biochimice.

– *comportamentală*: comportamente ce exprimă și însoțesc durerea;

– *subiectivă*: gânduri, sentimente, reprezentări legate de durere.

Durerea are 3 semnificații distincte:

– *biologică*;

– *semiologică*;

– *patogenetică*.

Semnificația biologică constă în îndeplinirea rolului de sistem de alarmă al organismului, pemîțându-i acestuia să ia cele mai adecvate măsuri de protecție și îndepărțare a sistemului algogen. Rezultă că dureea joacă un rol *de semnal, de apel*, având o finalitate protectoare, prin reacții de evitare a agresiunii cauzale sau impunând imobilitatea segmentului lezat, pentru a favoriza vindecarea. Privită prin optica medicală, durerea este „un rău necesar”.

Semnificația semiologică se realizează cu ajutorul fenomenului de percepție dureroasă, adică a capacitatii de precizare a locului și a extinderii suprafeței de acțiune a excitantului algogen. O anumită localizare topografică a durerii, prin puncte dureroase, indică organul suferind și se realizează cu ajutorul durerii proiectate, raportate.

Semnificația patogenetică. Sensibilitatea dureroasă generează un șir de manifestări individuale, care se constituie într-un act comportamental complex care, în funcție de intensitatea și durata excitantului nociceptiv, poate precipita starea de sănătate. Acest lucru este explicabil prin transformarea durerii într-un factor de suprasolicitare neuro-endocrinometabolică, care ajunge până la epuiere și provoacă tulburări umorale și leziuni tisulare.

Prin caracterul neadecvat sau exagerat, durerea se poate transforma în suferință, adică „*boala în boală*”, ceea ce complică mult situația pacientului.

Substratul morfofuncțional al durerii. De la excitație nociceptivă la senzație și percepție, sensibilitatea dureroasă parurge următoarele trei trepte:

- suprafața nociceptivă;
- căile extra- și intranevraxiale ale durerii,
- structurile nervoase centrale de integrare a informațiilor nociceptive.

Toate componentele afectiv-emoționale, ce dau „culoare” durerii psihice, se realizează la nivelul scoarței emisferelor cerebrale.

Insensibilitatea la durere se asociază, adeseori, cu insensibilitatea la temperatură și cu grade diferite de handicap mintal.

Durerea nu este numai o simplă senzație (cum ar fi atingerea sau frigul), ci poartă o conotație afectivă și produce o reacție vegetativă și comportamentală specifică (la animal *de luptă* sau *fugă*). Prin aceasta, este o percepție cu o reacție psihică sistematizată.

Cele mai uzuale criterii și tipuri de clasificare a durerii sunt:

- **după durată: acută și cronică;**
- **după localizare: fiziologică și sufletească.**

Durerea acută este definită ca o durere de scurtă durată sau cu sur să care poate fi identificată. Durerea acută este mecanismul prin care organismul atenționează asupra afecțiunii țesuturilor sau a unci boli. Este rapidă, tăioasă, fiind localizată la început într-o arie bine delimitată, după care difuzează. Acest tip de durere răspunde, de obicei, foarte bine la medicație.

Durerea cronică este tipul de durere cu durată mai mare de 6 luni, asociată, de obicei, cu un anumit tip de rănire sau de boală. Această durere este, fie constantă, fie intermitentă și nu ajută organismul la prevenirea afecțiunii. Medicația trebuie administrată de un personal calificat.

În funcție de sursă și de nociceptori (neuroni care detectează durere), durerea fiziologică poate fi grupată în: durere cutanată, durere somatică și durere viscerală.

• *Durerea cutanată* este cauzată de rănirea țesuturilor superficiale ale pielii. Terminațiile nervoase ale nociceptorilor se termină aproape sub dermă și datorită unei mari concentrări de terminații nervoase produc o durere bine localizată, bine definită și de scurtă durată. Astfel de dureri se întâlnesc la tăieri accidentale, la arsuri de grad mic sau ulcerății.

• *Durerea somatică* își are originea în ligamente, tendoane, oase, vase sanguine. Este detectată prin intermediul nociceptorilor somatici. Datorită numărului mic de receptori din aceste zone, durerea produsă este „surdă”, puțin localizată și de durată mai mare decât durerea cutanată; se întâlnesc, de obicei, în caz de luxații sau fracturi osoase.

• *Durerea viscerală* este durerea cauzată de organele interne. Nociceptorii viscerali sunt localizați în interiorul organelor interne sau al cavitațiilor. Lipsa nociceptorilor din această zonă determină ca durerea resimțită să fie mai intensă și de o durată mai mare, comparativ cu cea somatică. Durerea viscerală este greu de localizat, iar eventualele răni ale diferitelor organe determină radierca durerii, adică localizarea în altă parte față de sursă. *Ischemia cardiacă* este un alt tip durere viscerală. Senzația de durere este localizată la nivelul părții superioare a pieptului, cu localizare limitată sau ca durere, la nivelul umărului stâng, a brațului stâng, sau chiar a degetelor mâinii stângi. Acest lucru se poate explica prin faptul că receptorii viscerali excitează neuronii măduvei spinării, care

primesc semnale și de la țesuturile cutanate. Creierul asociază aceste excitări ale neuronilor respectivi cu semnalele transmise de piele sau de mușchi.

Durerea sufletească este asociată cu o stare de tensiune, neliniște, disconfort, angoasă. Starea dată de spirit este cauzată de anumite probleme, dezamăgiri și conflicte de ordin intern, pe care persoana nu le poate soluționa la moment, fapt ce-i provoacă deprimare și tensiune psihologică, definită ca durere sufletească.

Durerea reprezintă simptomul, care îl aduce cel mai frecvent pe bolnav la medic. Între 70% și 80% din bolnavii internați descriu durerea ca elementul important al anamnezei, care a determinat adresarea la medic și/sau spitalizarea. Durerea, fiind o senzație neplăcută, raportată la un segment corporal, cu o reacție somatică și psihică specifică, reprezintă percepția unei leziuni existente, posibile sau imaginate. Fiind o percepție, deci o interpretare psihică, durerea se raportează la experiența anterioară a individului. O senzație cunoscută, înțeleasă poate să nu fie descrisă ca durere de un individ și ca durere de un altul, care o resimte pentru prima oară, nu îi cunoaște semnificația și căruia îi inspiră teamă.

În analiza durerii trebuie precizate următoarele caracteristici generale:

- durerea este o experiență subiectivă strict individuală; în evaluarea durerii, medicul se bazează primordial pe descrierile furnizate de persoana, care a suferit sau suferă durerea;
- durerea are întotdeauna o componentă afectivă, de regulă, negativă, de suferință, disconfort, teamă, iar uneori și de satisfacție;
- durerea nu este o senzație pură, deoarece are o descriere, care evocă alte senzații, cum ar fi: apăsare, presiune, înțepătură, arsură;
- durerea poartă informația unei leziuni posibile, probabile sau produse; durerea informează, astfel, despre intensitatea unui stimул și, teoretic, este proporțională, în mărime, cu intensitatea stimulului care o produce; pot exista dureri sau leziuni imaginare;
- pentru a percepe durerea, o persoană trebuie să fie conștientă și atentă; dacă o altă senzație sau acțiune îi distrage atenția, perceperea durerii este diminuată; dacă atenția pacientului este fixată doar asupra ei, durerea se intensifică; astfel, observațiile din timpul războiului au arătat că soldații în acțiune nu percep sau percep limitat durerile provocate de

răni; similar, sportivii în acțiune s-a observat o percepere limitată a durerii, chiar a unei fracturi;

– factorii psihici, sociali și cei culturali influențează atât perceptia, cât și raportarea durerii. Uncle culturi sau civilizații valorizează stoicismul și suportarea durerii prin expresia ei publică. O durere legată de un eveniment dorit (de ex., naștere) este mai ușor suportată decât una necunoscută, care produce anxietate.

Combaterea durerii fizioleice se poate efectua prin:

1) împiedicarea formării influxului nervos, în terminațiile senzitive: anestezice locale, miorelaxante, vasodilatatoare, antiinflamatoare;

2) împiedicarea transmiterii influxului nervos prin fibrele senzitive – cazul anestezicelor locale;

3) împiedicarea percepției durerii la nivelul centrilor de integrare: anestezice generale, analgezice antipiretice, analgezice morfino-mimetică.

Combaterea durerii este realizată prin diferite mecanisme de reducere a capacitatii senzoriale nervoase, care poate fi făcută la nivel central sau periferic. Analgezicele (gr. *an* – „fără” + *algesis* „durere”) reprezintă o grupă de medicamente, care calmează temporar durerea. Substanțele analgetice pot fi grupate în *droguri* și *anestezice locale*. La unele dintre ele, această diferențiere nu se poate face clar.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Definiți concepțele de *anormalitate și boală*.
2. Numiți particularitățile și componentele bolii.
3. Numiți și explicați paradigmile psihologice de sanogeneză și patogeneză.
4. Care sunt agenții etiologici ai stării de boală?
5. Explicați criteriile de clasificare internațională a bolilor *ISD-10*.
6. Explicați criteriile de clasificare internațională a bolilor psihice *DSM-IV*.
7. Explicați durerea și percepția durerii de către pacient.
8. Numiți caracteristicile generale ale durerii.
9. Care sunt principalele tipuri de durere?
10. Explicați semnificația durerii.
11. Care sunt metodele de combatere a durerii?

Bibliografie

1. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
2. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
3. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
4. Tudose F. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2000.
5. Pirozynski T., Scripcaru G. *Psihopatologie relațională*. Iași, Editura „Junimea”, 1996.
6. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. București, Editura didactică și pedagogică, 1998.
7. Oprea N., Revenco M. §.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știința”, 1993.

TEMA 8. TULBURĂRILE PSIHOSSOMATICE ȘI CELE SOMATOPSIHICE

Structura

1. Domeniul medicinii psihosomatice.
2. Conceptul de tulburare psihosomatică (somatoformă).
3. Rolul factorilor psihici în etiologia bolilor psihosomatice.
4. Acuzele bolnavului psihosomatic.
5. Clasificarea tulburărilor psihosomatice.
6. Metodele de tratament al tulburărilor psihosomatice.
7. Tulburarea somatopsihică. Particularitățile psihologice ale pacientului somatic.

Obiectivele operaționale

- Definirea arealului de preocupare a medicinei psihosomatice (comportamentale).
 - Precizarea conceptelor ce caracterizează etiologia și tabloul clinic al tulburărilor psihosomatice.
 - Analiza influenței factorilor morbigenetici și sanogenetici asupra tulburărilor psihosomatice.
 - Familiarizarea cu clasificarea tulburărilor psihosomatice.
 - Familiarizarea cu principalele metode de tratament al tulburărilor psihosomatice.
 - Definirea tulburării somatopsihice prin comparație cu tulburarea psihosomatică.
 - Evidențierea principalelor caracteristici ale bolnavului somatopsihic și analiza măsurilor de psihoigienă.

Cuvintele-cheie: medicină comportamentală, tulburare psihosomatică (somatoformă), tulburare somatopsihică, factori sanogenetici, factori morbigenetici.

1. Domeniul medicinii psihosomatice

Domeniul psihosomaticii se referă, în același timp, la corp și la spirit în legătură cu tulburările viscrale organice sau funcționale provocate de factori de natură psihoafectivă. Conceptul a apărut în prima jumătate a secolului al XX-lea, având scopul de a reduce diferența dintre maladiile determinate de fizic (somatic) și cele determinate de psihic.

Termenul de *psihosomatic* a fost elaborat de către J. L. Halliday (1943) și derivă din cuvintele grecești *psyche* (suflet, minte) și *soma* (corp).

În literatura de specialitate se evidențiază următoarele caracteristici ale medicinii psihosomatice:

- răspunde exigențelor unei viziuni de tip umanitar, fiind concepută ca o medicină a omului privit sub toate laturile existenței sale;
- presupune un mod nou de a concepe medicina, în vederea înțelegерii unitare a bolnavului, pornind de la aprofundarea relațiilor dintre biochimie, fiziologie, fiziopatologie, pe de o parte și sociologie, antropologie, psihopatologie, psihologie, pe de altă parte;
- se situează pe o poziție clinică, continuând și promovând tradițiile medicinei hipocratice.

Medicina psihosomatică caută să înțeleagă manifestările afective ale omului și rolul lor în producerea numeroaselor tulburări funcționale sau organice. Domeniul psihosomatic este constituit din toate bolile somatice care conțin componente psihologice (T. B. Karusu, 1980).

Orientarea psihosomatică în medicină a cunoscut o anumită evoluție. Astfel, în civilizația greacă, Hipocrate a descris influențele moraliștilor asupra fizicului și a enunțat unitatea corpului uman, în care sufletul este parte integrantă. Hipocrate consideră că pentru a vindeca corpul uman este necesar să cunoaștem întregul. În civilizația greacă târzie și la începutul celei romane, prin teoria sa, numită *hormonală*, Galen a postulat ideea că boala este determinată de perturbările fluidelor corpului. Acești doi medici ai Antichității (Hipocrate și Galen) sunt considerați primii teoreticieni ai psihosomaticii (Kaplan, 1980).

Concepția psihosomatică modernă a fost dezvoltată de specialiști ca Heyer, Kretschmer, Jaspers, Alexander, care au pus bazele teoretice și experimentale ale acestei teorii, în prima jumătate a secolului al XX-lea, „promovând modul de abordare unitară a persoanei, căutând să reducă în centrul preocupărilor medicale, în primul rând, bolnavul, care în subiectivitatea sa suportă și influențează, iar uneori dezvoltă și autoîntreține fenomenologia chimică a bolii” (G. Ionescu, 1975).

În prezent, domeniul cercetării psihosomatice este mult mai larg și termenul este pe cale de a fi înlocuit cu cel de **medicina comportamentală**, un domeniu interdisciplinar care atrage specialiști din psihologie, sociologie și medicină. Aceasta caută să afle cum se combină variabilele sociale, cele psihologice și cele biologice, pentru a determina boala

și cum poate fi modificat comportamentul și mediul ambiental, pentru a menține sănătatea.

Principalele obiective ale medicinii psihosomatice sunt:

- studierea etiologiei bolilor cu manifestare somatică, în care un rol important îl au factorii psihologici;
- cunoașterea tipurilor de factori psihosociali care duc la declanșarea, la evoluția suferințelor, precum și a celor care determină menținerea stării de sănătate a individului;
- identificarea mecanismelor de producere a tulburărilor psihosomatice;
- abordarea bolii în perspectiva unei cauzalități multifactoriale și adoptarea tratamentului corespunzător ierarhizării și interrelației dintre factorii etiopatogenetici;
- abordarea bolnavului atât sub aspectul biografiei acestuia, cât și al inserției sale în mediul social (familial, profesional);
- pregătirea medicilor privind specificul diagnosticării și tratamentului persoanelor care *somatizează* (exprimă domeniul psihic conflictual prin planul somatic);
- cercetarea și stabilirea celor mai potrivite tehnici de tratament a persoanelor care somatizează stresul;
- realizarea unei legături între diversele specialități clinice;
- accentuarea tendinței profilactice a demersului terapeutic privind reducerea factorilor de risc (M. Manea, T. Manea).

În afara simptomelor somatice sau psihice, produse de boala propriu-zisă, se manifestă modificări psihice generate de conștiința persoanei că „*are o afecțiune*”. În fiecare boală se manifestă elemente de psihopatogenie, ele fiind rezultatul reacției subiectului față de agresiunea somatică sau psihică. Caracteristicile acestora sunt determinate de următorii factori: *natura bolii; intensitatea (gravitatea) bolii; momentul evolutiv (perioada copilăriei, adulță, profesională); personalitatea premorbidă; experiența patologică a bolnavului*.

Factorii existenți în mediul extern influențează starea de echilibru psihobiologic al organismului, favorizând o stare de echilibru sau de normalitate sau provocând o stare de dezechilibru, de anomalie sau boală, prin intermediul a două categorii de factori:

a) *factorii sanogenetici*, reprezentând totalitatea elementelor care influențează în mod pozitiv starea de normalitate, de sănătate, contribuind la echilibrul psihobiologic intern al individului;

b) *factorii morbigenetici*, reprezentând totalitatea influențelor negative din mediul extern, care contribuie la tulburarea stării de echilibru psihobiologic al individului sau chiar la dezorganizarea structurală a acestuia, participând în felul acesta la înlocuirea stării de normalitate sau de sănătate cu cea de anomalitate sau de boală.

Rezultatele acțiunii factorilor morbigenetici pot fi simple, ușoare, manifestate prin tulburări pasagere ale stării de normalitate, sau, dimpotrivă, pot fi deosebit de severe, condiționând tulburări organice sau funcționale de diferite forme, grade de intensitate și durată a evoluției clinice. Acestea pot fi: boli somatice sau *psihice*.

Suferințele psihosomatische sunt rezultatul unor interacțiuni complexe, reciproce între somatic și psihic, constituind o „patologie” cu o configurație psihic raportată la conflictele de viață (de ordin fizic sau psihic), trăite de persoana bolnavului, interiorizate de acesta și „exprimate” clinic prin suferințe somatice.

2. Conceptul de tulburare psihosomatică (somatoformă)

Tulburarea psihosomatică nu are o definiție precisă. Pentru a înțelege mai bine diversitatea cauzelor și a manifestărilor acestor fel de tulburări, prezentăm câteva abordări teoretice ale tulburărilor psihosomatische:

O boală se consideră ca fiind psihosomatică în cazul în care printre cauzele producerii ei există un factor psihologic (D. Widlocher, 1979). R. Doron și F. Parot (1999) menționează că tulburarea psihosomatică reprezintă ansamblul tulburărilor exprimate prin simptome fizice, care evocă o maladie somatică, fără să fie găsită vreo anomalie organică sau să fie evocat vreun mecanism fiziopatologic și pentru care există o presupuștie puternică a unei origini psihologice.

Termenul de *tulburare psihosomatică*, utilizat în manualele de diagnostic, este relativ nou. Preocupări și referiri privind descrierea și stabilirea criteriilor de diagnostic al acestei tulburări pot fi găsite în **DSM-III (1981)**, **DSM-III-R (1987)**, **ICD-10 (1992)** și **DSM-IV (1994)**. Aceste manuale descriu un grup de tulburări caracterizate de simptome fizice ce nu pot fi pe deplin explicate de o condiție neurologică sau medicală generализată (organică).

Principalele caracteristici ale tulburărilor psihosomatische sunt:

– prezența simptomelor somatice multiple, adesea produse în diferite organe sau sisteme organice, care nu sunt explicate complet de investigațiile medicale, de efectele directe ale unei substanțe sau de o tulburare mintală;

- simptomele determină o deteriorare semnificativă în domeniul social, în cel profesional și în cel familial al persoanei;
- modificările apărute sunt ample și de durată;
- simptomele au o desfășurare cronică;
- pentru persoana respectivă, disconfortul sau durerea sunt reale;
- simptomele nu sunt intenționate (sub control voluntar) sau simulate;
- etiologia sau mecanismele de producere sunt diferite de la un tip de tulburare la altul;

– simptomele se întâlnesc în frecvență în populație sau în unitățile medicale generale;

– diagnosticarea acestor tulburări este dificilă (criteriile pentru determinarea și diferențierea tulburărilor psihosomaticice); prin urmare mediciilor le este dificil să le aplique în practică (M. Manea, T. Manea).

Tulburările psihosomatische nu trebuie catalogate ca bolile somatice sau bolile psihice. Persoanele afectate de tulburări psihosomaticice, deși sunt personalități nevrotice, dău impresia generală, cel puțin la exterior, de indivizi normali.

Tulburarea psihosomatică, în sens larg, este o afecțiune somatică determinată de factorii psihotraumatizanți, de regulă emoțional-afectivi. Într-un sens mai restrâns, prin tulburare psihosomatică înțelegem simptomele, în care influența factorilor psihici este net delimitată din punct de vedere clinic (C. Enăchescu).

Aspectele psihice care pot genera boli organice sunt:

- aspirațiile nercalizate;
- decepțiunile;
- nemulțumirile;
- contrarietățile;
- situațiile conflictuale;
- sentimentele de culpabilitate;
- complexele de inferioritate și de superioritate;
- dificultățile profesionale;

- conflictele rezulate;
- frustrările.

Manualul *DSM-IV* (1994) subliniază că *trăsătura comună a tulburărilor psihosomatice* este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune aparținând medicincei interne, dar care nu poate fi pe deplin explicată de o situație aparținând medicinei generale, de efectele directe ale unei substanțe sau de altă tulburare mintală (cum ar fi atacurile de panică). În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar.

În grupul tulburărilor psihosomatice, *DSM-IV* înscrie următoarele categorii:

- *tulburarea de somatizare* este o tulburare polisimptomatică care evoluează mai mulți ani și se caracterizează printr-o combinație de dureri și simptome gastrointestinale, sexuale și pseudoneurologice;
- *tulburarea somatoformă nediferențiată* se caracterizează printr-o suferință fizică inexplicabilă, care durează cel puțin 6 luni și se situează sub limita diagnosticului de tulburare de somatizare;
- *tulburările de conversie* implică simptome inexplicabile sau deficite, care afectează motricitatea voluntară sau funcția senzorială, sugerând o situație neurologică sau alte situații de medicină generală;
- *tulburările somatoforme de tip algic* sunt caracterizate prin dureri care focalizează predominant atenția clinică; în plus, factorii psihologici sunt apreciați ca având un rol important în instalarea tulburării, severității, agravării sau menținerii ei;
- *hipocondria* este preocuparea privind teama de a avea o boală gravă, bazată pe semnificația hiperbolizată a oricăror simptome sau a funcțiilor corporale;
- *tulburarea dismórfosofobică* este preocuparea exagerată pentru un defect corporal imaginar sau exagerarea unuia existent.

Epidemiologia tulburărilor psihosomatice. Simptomele fizice, în absența unei legături organice identificabile, sunt frecvente în practica medicală (Von Korff și colab., 1988; Kroenke și Magelsdorff, 1989; Mayou, 1991). În practica generală s-a constatat că unul dintre cei cinci pacienți prezintă simptome fizice însotite de tulburări emotionale minore (Mayou, 1976, 1991).

În populație, proporția bolilor diferă de îngrijirea primară, de cea secundară și cea terțiară. În diferite populații sunt diferențe ale ratei

somatizării, determinate de unii factori, cum sunt: schimbările sociale, influențele socioculturale etc. (M. Manea, T. Manea).

3. Rolul factorilor psihici în etiologia bolilor psihosomatische

Literatura de specialitate evidențiază o multitudine de factori, care pot duce la procesul de somatizare: *factori genetici, caracterul stresului, factori psihofiziologici, natura conflictelor emoționale, anumite trăsături ale personalității, vulnerabilitatea psihică și organică, diverse boli fizice sau psihice, specificul cultural, nivelul de educație, vârstă, sexul, relațiile medic-pacient etc.* Cercetarea factorilor genetici sugerează că tulburările de somatizare tind să înregistreze o incidență relativă de 10–20% în familie, în special în primele grade de rudenie la fe-mei.

S-a constatat că existența unui părinte biologic sau adoptiv, cu tulburare de somatizare crește riscul apariției urmășilor. La fel, s-a constatat că pacienții cu tulburări de somatizare nu au posibilitatea să se exprime liber pe plan emoțional. Persoanele care somatizează, descriu simptomele somatice, fără să se refere la cele de natură psihologică. Această cale a descrierii simptomelor somatizării este principala trăsătură ce caracterizează factorii genetici.

În accepția lui F. Alexander, acțiunea unui factor stresant se exprimă printr-un răspuns specific la nivelul unui organ predeterminat. Alerta și tensiunea prelungită, determinate de situația stresantă, favorizează apariția manifestărilor fiziopatologice și, ulterior, a fenomenelor clinice din partea organelor interne. Astfel, în urma reprimării stresului, persoanele, în funcție de setul genetic, pot prezenta o stimulare excesivă a sistemului parasimpatic, al cărui răsunet în plan clinic este apariția astmului, a colitei ulceroase sau a altelor disfuncții somatice.

Alte persoane, însă, aflate în situații stresante nu reprimă, ci încorporează stresul, aceasta determină o suprastimulare a sistemului simpatetic, cu stare de tensiune psihică persistentă, care se exprimă clinic prin apariția artritei reumatoide, a migrenei sau a hipertensiunii arteriale. Toate aceste variante relationale ale conflictului și implicațiile sale au fost denumite de F. Alexander „*constelații ale conflictului*”.

De fapt, pe lângă o „*constelație dinamică specifică*”, pentru fiecare boală psihosomatică s-a postulat și o „*situatie de debut*” specifică, ilustrată prin evenimentele de viață precipitante, susceptibile să reactiveze conflictul nuclear.

Astfel, în apariția unei boli psihosomatische ar fi implicați trei factori, și anume: *conflictul specific, situația de debut specifică (factorii precipitanți)* și *factorul „X” (constitutional)*. Sub aspect operațional, în accepția lui F. Alexander, boala psihosomatică apare la o persoană care prezintă: *o anumită vulnerabilitate a unui organ sau sistem; o constelație dinamică specifică; evenimente precipitante care mobilizează conflictul central*.

Simptomele inițiale ale tulburării de somatizare sunt prezente din perioada adolescenței. Schimbările hormonale ale pubertății, deformările sau defectele fizice imaginate, anxietatea și supărarea, oboseala, scădereea postei de mâncare, durerile musculare sunt simptome înregistrate în mod frecvent. Într-un studiu au fost cuprinși și copii, (care nu sunt pacienți ai psihiatrici), proporțiile celor cu acuze somatiche a fost între) 3 și 5%. În termenii diferențelor de gen există proporția de 5:1 – femei/bărbați.

Alți factori ai procesului de somatizare operează în relațiile medic-pacient prin: pregătirea generală și de specialitate a medicului; tendința, preferința medicului de a oferi un anumit diagnostic; inducerea de către medic a suferinței prin cristalizarea, întărirea, sugestionarea suferinței etc. Unii dintre medici subestimează importanța tulburărilor emoționale, presupunând că este natural ca pacienții care au boli somatiche să fie afectați psihic, situație în care li se recomandă tratamente ca psihoterapie sau psihofarmacoterapie (G. M. Rodin, 1984).

În somatizare poate fi vorba de simptome pseudoneurologice (slăbiciune musculară sau paralizie, afonie, diplopie etc.), simptome gastro-intestinale (dureri abdominale, grețuri, vârsături), simptome psihosexuale (dureri în timpul actului sexual), dureri mai mult sau mai puțin intense (dureri dorsale, urinare), simptome cardiovasculare (palpitații, dureri toracice).

Somatizările sunt cuprinse, în general, în cadrul tulburărilor funcționale, care acoperă un areal foarte vast de disconfort cu predominanță fizică, disconfort a cărui organicitate nu poate fi stabilită și care se înscrie într-un context general de insatisfacție, de dificultăți existențiale sau de stres pronunțat, prelungit.

În general, *somatizarea este definită ca tendință de a trăi și de a exprima o suferință somatică ca răspuns la stres sau la un traumatism psychic*. Se manifestă ca disconfort somatic, inexplicabil, printr-o tulburare

sau leziune fizică, care nu este un efect secundar al consumului de substanțe (medicamente, alcool sau droguri).

Tulburarea de somatizare este postsimptomatică, are un caracter evolutiv (se extinde o perioadă de mai mulți ani) și este caracterizată de o combinare de dureri, simptome gastrointestinale, cardiorespiratorii, pseudoneurologice etc.

Principalele mecanisme implicate în producerea tulburărilor psihosomatice sunt: *mecanismele condiționării, cele cognitive, psihologice de apărare, vulnerabilitatea organică și psihică*.

4. Acuzele bolnavului psihosomatic

Din perspectivă individuală, pacienții care somatizează par să adopte rolul bolnavului, care îi permite distanțarea de așteptările sale stresante sau imposibile („câștig primar”); bolnavului i se oferă atenție, îngrijire și uneori chiar recompense materiale („câștig secundar”).

Bolnavii psihosomatici se manifestă prin numeroase vizite la medici, până ce diagnosticul este descoperit. Cel mai important motiv este durerea „*din creștet până în tălpi*”, în special la nivelul cefei, al umerilor, al omoplașilor, al zonei lombare, al șoldurilor, dar și la nivelul genunchilor, al gleznelor, al tălpilor, al feței și al mâinilor. În general acesta este descrisă ca senzații de arsură, tensiune, junghi sau senzație de umflătură. Deși este permanentă, durerea poate avea intensități și localizări variabile în funcție de momentul zilei sau de efortul depus. Totodată, examenul medical muscular, articular sau radiologic este în totdeauna normal sau cu o simptomatologie nesemnificativă. În cazul pacienților afectați mai sever, durerea poate cuprinde tot corpul, perturbând activitățile profesionale și cele casnice.

O altă neplăcere întâlnită în mod obișnuit este oboseala cronică, foarte mulți pacienți acuzând un somn neliniștit, oboseală matinală, dificultăți de adormire, treziri frecvente. De multe ori spun că sunt mai obosiți dimineața decât seara, înainte de culcare. La aproximativ jumătate dintre pacienți apar senzații de amorteli sau furnicături la nivelul extremităților, mai frecvent la cele superioare. Sunt frecvente alterări ale dispoziției și depresia. La mai bine de o treime dintre bolnavi apar: constipație, diaree, balonări, crampe, în cadrul unui sindrom al colonului iritabil. Mai pot apărea durerea pelviană și dismenoreea.

La pacienții cu tulburare de somatizare frecvent coexistă depresie (peste 60% din cazuri), tulburări anxioase, ca de exemplu, tulburarea de panică sau obsesiv-compulsivă (peste 50%), tulburări de personalitate – peste 60% (E. Walker, 1988; K. Kroenke și colab., 1997) sau tulburare datorată abuzului de substanță (J.W. Pennebaker, 1989). De fapt, riscul pentru o tulburare psihică, la pacientul din îngrijirea primară, crește linear cu numărul acuzelor fizice (K. Kroenke și colab., 1997).

Din cauza unor dificultăți, ca pregătirea insuficientă a medicilor în abordarea psihologică a pacientului psihosomatic, psihoterapia este adesea *ca formă de tratament în medicina generală* (C.M. Rodin, 1984).

Uneori medicul nu este suficient pregătit pentru a-i aduce pacientului dovezi convingătoare asupra eficacității intervențiilor sale; în plus, rezistența pacientului face dificilă comunicarea dintre medic și pacient.

Stabilirea unui diagnostic greșit, în cazul tulburărilor psihosomatiče, este determinat de factorii ce țin de pacient, de medic și de relația medic-pacient.

Particularitățile relației medic-pacient psihosomatic presupun:

- rezistență, împotrivirea, opoziția pacienților să verbalizeze dis-tresul lor psihologic medicilor sau să-l comunice prin acuze fizice;
- pacientul ignoră responsabilitatea pentru boala sa, evidențiază simptomele organului bolnav, prezentându-se medicului pentru diagnostic și vindecare; pacientul își satisface nevoia infantilă de a fi îngrijit în mod pasiv;
- preocuparea principală a pacientului este tulburarea fizică, și nu boala cu semnificația și cauzele ei;
- negarea legăturii dintre situațiile stresante și boala somatică, precum și a faptului că la apariția bolii pacientul se află sub influența străului;
- noncomplianța pacientului față de tratament.

Dificultatea stabilirii unei relații eficiente între medic și pacient este determinată și de percepția diferită a bolii de către medic și pacient: medicul apreciază boală prin prisma factorilor fiziopatologici, iar pacientul – prin cea a factorilor psihologici, sociali, ambientali. Calitatea relației medic-pacient condiționează evoluția afecțiunii somatice, constituind un element important al terapiei farmacologice.

În bolile psihosomatische, relația medic-pacient prezintă două aspecte, în funcție de faza acută sau cea cronică a afecțiunii.

În faza acută, terapeutul adoptă față de pacient o atitudine suportivă, având ca preocupare principală diagnosticul. În acest sens, el explorează:

- structura personalității pacientului și istoria vieții sale;
- situațiile stresante din viața pacientului;
- contribuția pacientului la apariția bolii;
- reacția psihică a pacientului față de boala.

În faza cronică a bolii, preocuparea esențială a terapeutului este stabilirea unei relații de lucru cu pacientul, realizarea alianței terapeutice.

Un alt factor prezent în relațiile medic-pacient este tendința medicului de a lua decizia unui diagnostic somatic. Termenul *cristalizare* poate fi folosit pentru a califica o interacțiune specifică între medic și pacient. În această relație, medicul induce pacientului să gândească că are o suferință fizică. În final, când pacienții „cristalizează” ideea unei boli organice, ei tind să devină mai puțin toleranți evaluării psihologice și se opun să considere o origine psihologică pentru simptomele lor neexplicate. Uneori, medicul examinează pacientul în afara evaluărilor psihologice și sociale. Acestea pot explica faptul, de ce mulți pacienți sunt respinși de la spitalizare în lipsa diagnosticului și a tratamentului propriu-zis.

Consultul psihiatric al pacienților din clinicele de boli somatice este un procedeu vechi, care a precedat apariția medicinii psihosomaticce. Inițial, psihiatrul nu era implicat în asistența pacienților somatici pentru care era consultat, el oferă recomandările terapeutice medicului-specialist ce avea ca sarcină să asiste pacientul. Ulterior, psihiatri și psihologii clinici au început să devină membri activi în organizarea asistenței pacienților somatici.

5. Clasificarea tulburărilor psihosomaticce

De obicei, pacienții cu somatizare au multe simptome în multe sisteme organice, ce au o perioadă de incubare de durată diferită. Simptomele prezентate pot fi recunoscute doar la unii pacienții, dar sunt imposibil de evidențiat obiectiv (prin examen medical) la pacienții cu somatizare (H. I. Kaplan, B. J. Sandock, 1998). Mai jos sunt prezентate cele mai frecvente tulburări specifice de natură psihosomatică, în raport cu diversele sisteme organice.

Sistemul cardiovascular: boala arterială coronariană, hipertensiune arterială, sincopa vazomotorie, aritmia cardiacă.

Sistemul respirator: astmul bronșic; febra fânului; sindromul de hiperventilație; tuberculoza.

Sistemul gastrointestinal: ulcerul peptic, colitele ulceroase, obezitatea; anorexia nervoasă, bolile neurologice (tumori ale creierului, boli degenerative ale creierului – Parkinson).

Sistemul muscular-scheletic: artritele reumatoide, durerile de spate; fibromialgia, durerile de cap, migrenele (vascular), tensiunile (contractii) musculare).

Sistemul endocrin: hipotiroidismul; diabetul zaharat; tulburările endocrine la femei (tulburare disforică premenstruală, distres menopauză), infertilitatea.

Tulburările imunologice: bolile infecțioase, tulburările alergice, transplantarea de organ, tulburările autoimune, tulburările mintale.

Cancerul: tipuri diverse.

Afectiuni dermatologice: pruritul generalizat, pruritul localizat,

Părțile corpului cele mai frecvent afectate de tulburări psihosomatice sunt sistemele *gastrointestinal și respirator*.

În *DSM-IV*, tulburările psihosomatice sunt clasificate drept „*factori psihologici care afectează condiția medicală*” (*Psychological Factors Affecting Physical Conditions*). În manualul dat se folosește expresia *factori psihologici care afectează condiția medicală* în locul termenului de *psihosomatică*. În mod general, există convingerea că factorii psihologici influențează dezvoltarea tuturor bolilor: reacție, progresie, amânamea însănătoșirii.

Factorii psihologici nefavorabili afectează condiția medicală generală prin una dintre următoarele căi:

- influențează cursul condiției medicale demonstrată de asocierea strânsă, temporară între ei și dezvoltarea sau negarea însănătoșirii;
- interferează cu tratamentul condiției medicale generale;
- constituie riscuri în plus privind sănătatea individului;
- răspunsurile psihologice, în relație cu stresul, precipită simptomele condiției medicale generale;
- simptomele psihologice afectează condiția medicală, de exemplu: simptomele depresive întârzie însănătoșirea unei intervenții chirurgicale; anxietatea exacerbă astmul;

- trăsăturile de personalitate afectează condiția medicală, de exemplu: refuzul patologic al nevoii pentru operație, la un pacient cu cancer; ostilitate, contribuția comportamentului tensionat la boala cardiovasculară;
- comportamentul de sănătate maladaptativ afectează condiția medicală, de exemplu: lipsa de exerciții fizice, insatisfacție sexuală, mâncatul excesiv;
- răspunsul fiziologic, în relație cu stresul, afectează condiția medicală, de exemplu: stresul exacerbă ulcerul, hipertensiunea, aritmia, durerea de cap tensionată;

Alți factori nespecificați, de asemenea, afectează condiția medicală: factorii interpersonali, culturali și religioși.

ICD-10 include o categorie similară pentru condițiile psihosomatice: factorii psihologici și comportamentali asociați cu boli.

Diagnosticul tulburărilor psihosomatische. Tulburările psihosomatische provoacă serioase probleme pentru diagnostic. Complexitatea mecanismelor, implicate în producerea simptomului clinic, duce la o mare varietate de caracteristici, ce nu pot fi întotdeauna posibil de atribuit. Pentru înțelegerea somatizării și clasificarea rațională a simptomului, medicul trebuie să fie conștient de amplitudinea factorilor psihologici și clinici.

Factorii psihologici și biologici, existenți în etiologia bolii, se modifică semnificativ, comparativ cu faza de debut; este dificil de diferențiat factorii cauzali sau cei predispoziționali în apariția sau în influențarea evoluției bolii (G. Ionescu, 1995).

De secole, medicii au recunoscut somatizarea pacienților. Aceste simptome au fost caracterizate ca fiind psihogene, psihosomatische, conservative, somatizate, tulburare somatoformă, isterie. Frecvent aceste etichete sunt acompaniate cu absența legăturilor fiziologice, cu explicație patologică sau constatări obiective de laborator. Pacientul este, în consecință, etichetat cu un diagnostic, care nu are cauză, nu are confirmat mecanismul fiziopatologic și nici concluziile de laborator nu măsoară acest progres (Croft și colab., 1994).

Etapele procesului de investigație sunt:

- evaluarea pentru condiții medicale organice;
- evaluarea pentru condiții psihiatriche, asociate cu acuze somatiche (tulburări depresive, anxietate, abuzul/dependența de substanțe);
- urmărirea adoptării unui diagnostic pozitiv al somatizării.

O evaluare profesională a condiției medicale este primul pas în tratarea pacientului care poate avea o tulburare psihosomatică. Conduita profesională a evaluării îndeplinește de regulă, următoarele proceduri:

- realizarea unei investigații medicale complete a simptomelor;
- anamneza pacientului (conflictele, aspecte sociale, personalitatea, informații despre stresori posibili);
- examenul fizic și analiza rezultatelor de laborator. Strategia include evidențierea informației despre stresori în viața pacienților și cunoașterea intereselor, a valorilor și a nevoilor pacientului.

Prezența somatizării nu exclude existența unei condiții medicale organice. Pacienții, aflați în condiții medicale cronice de epuizare, debilitate, adesca, au trăsături similare acelora asociate cu tulburările somatoforme.

În acest context, opinia altui medic poate fi de ajutor în confirmarea diagnosticului somatizării, iar aceasta trebuie relaționată cu patologia organică existentă. Deși stabilirea diagnosticului poate necesita mai mult decât o singură vizită, acest proces sistematic, solicitant va preveni multe alte vizite, telefoane și argumente frustrante. Medicii trebuie să fie răbdători, perseverenți, necritic și să fixeze limite privind solicitările și cererile pacienților. Inițial, va fi necesară programarea: vizite planificate săptămânal cu pacienții-problemă. Acestea vor fi scurte (aproximativ 10 minute) și focalizate. Este necesară recunoașterea naturii solicitării, a motivației pentru care pacientul consultă medicul și necesită un răspuns bine argumentat.

Odată ce procesul de somatizare este identificat, managementul tulburărilor diferite este bazat pe principii similare de tratament.

6. Metode de tratament al tulburărilor psihosomatische

Una dintre metodele de tratament al tulburărilor psihosomatische este **psihoterapia**, care nu vindecă boala psihosomatică, dar poate contribui în mod esențial la prognosticul favorabil. În forma acută a bolii, psihoterapia constituie o abordare terapeutică secundară, complementară. Se consideră că în faza acută a unei boli somatice terapia farmacologică este forma primară a tratamentului, în timp ce psihoterapia, ca variantă suportivă de tratament, constituie abordarea secundară. În situațiile în care afecțiunea somatică evoluază spre cronicizare, terapia medicală își reduce importanța, iar psihoterapia își poate asuma rolul primordial în

luarea măsurilor terapeutice; în situațiile în care boala nu răspunde la tratamentul medical, se impune evaluarea psihosomatică cu recomandarea terapiei combinate.

Prin combinarea farmacologiei cu psihoterapia se poate obține o adaptare adecvată a pacientului la condițiile existenței, creșterea disponibilităților afective și de colaborare a pacientului și un rezultat clinic satisfăcător.

Dintre **metodele de psihoterapie**, în tratamentul psihosomatic, în prezent se utilizează *psihoeducația, tehnici de relaxare, managementul stresului și terapia suportivă*, mai ales *cognitiv-comportamentală și psihoterapia psihodinamică*. S-a constatat că psihoterapia este eficace în astmul bronșic, în ulcerul duodenal și migrena și mai puțin eficace în hipertensiunea arterială și colita ulcerativă.

Herbert Benson este promotorul *tehnicii de relaxare*, ca strategie terapeutică și preventivă în psihosomatică, care ulterior a fost combinată cu tehniciile de biofeedback, în care diferite variabile biologice, ca tensiunea arterială sau tensiunea musculară, sunt înregistrate, afișate și arătate pacientului, ca metodă de control al tensiunii arteriale și al altor afecțiuni. Relaxarea a fost descrisă pentru prima oară ca meditație transcedentală budistă.

Relaxarea este de mai multe tipuri: de *eliberare, profundă și controlată*. Se începe cu relaxarea musculară profundă *Jacobson*, care poate fi înregistrată pe suport audio și pe care pacientul o poate asculta și acasă, recomandând-u-i-se să practice zilnic acest exercițiu. Relaxarea de eliberare, precum și relaxarea profundă, au drept scop reducerea tensiunii musculare. Relaxarea controlată combină relaxarea cu exercițiile de respirație profundă, utilizând un cuvânt sau o imagine, pentru a declanșa sentimentul imediat al relaxării musculare. Acest cuvânt sau imagine trebuie să fie asociat cu relaxarea din gândirea pacientului. Se alege un cuvânt sau o imagine, care sunt utilizate în cursul exercițiului de relaxare în mod repetat, până când acel cuvânt sau acea imagine declanșă automat relaxarea. Cuvântul poate fi pur și simplu „relaxează-te”, frecvent folosit pe casetele cu exerciții de relaxare sau poate fi, de exemplu, o imagine în gândire a unei plaje, a unei flori sau orice altceva.

Imageria ghidată este o altă tehnică folosită în terapia psihosomatică. Este un proces cu două componente: prima componentă implică relaxarea, profundă prin tehnici de relaxare și antrenament respirator. În

faza de relaxare, pacientul închide ochii și se concentrează pe respirația rară sau pe tensiunea din mușchi, de multe ori pe un fond de muzică liniștită sau sunete din natură, de exemplu, valurile mării sau ciripitul păsărilor, care induc relaxarea. Odată ce pacientul se relaxează, începe exercițiul de imagerie, cu imagini relaxante, care odihnesc mintea și corpul. Pacientul poate utiliza rememorarea acestei imagini, a unei situații sau a unui scenariu pentru a diminua anxietatea, cum ar fi: în cursul nașterii, al intervențiilor chirurgicale sau al evenimentelor stresante. Pacientul se poate imagina ca parcurgând fiecare pas al anxietății, pe care apoi îl depășește.

În ultimii ani au apărut noi tehnici terapeutice utile în psihosomatică, ca *terapia cognitiv-comportamentală*. *Tehnica biofeedbackului* este derivată din terapia cognitiv-comportamentală, ca combină relaxarea, vizualizarea și tehniciile cognitive. Pe corp se plasează senzori, care măsoară tensiunea musculară, undele cerebrale, frecvența cardiacă, temperatura corpului și traduc informațiile prin înregistrare audio sau video. Pe masură ce pacientul vede informația de pe monitor, începe să-și dea seama de modul în care gândurile, frica și imaginile mintale îi influențează reacțiile fizice. Monitorizând relația dintre minte și corp, pentru a manipula frecvența cardiacă, temperatura corporală, undele EEG, alte funcții ale corpului și pentru a reduce stresul, poate fi folosită deliberat imaginea mintală.

Terapia prin sunet include terapia prin muzică, sunetele din natură, și este, de asemenea, utilă în terapia afecțiunilor psihosomatische. Diferite sunete declanșează emoții și reacții diferite. În 1896, medicii americani au descoperit că muzica poate îmbunătăți procesul gândirii și fluxul sanguin, dar terapia prin muzică a început în 1940, când a fost utilizată ca tratament de reabilitare pentru soldați. Între 1950 și 1960, terapia prin sunet s-a dezvoltat în Europa, Alfred Tomatis și Guy Bernard, medicii ORL din Franța promovau terapia prin sunet auzit în căști, fiind astăzi folosită pe larg în activitatea de învățare, pentru a trata diverse afecțiuni, de la dificultăți academice până la anxietate atât la adult, cât și la copil. Se susține că terapia prin sunet este benefică în tratamentul stresului, al anxietății, al hipertensiunii arteriale, al depresiei și al autismului.

Altă metodă terapeutică, folosită în terapia psihosomatică modernă, este *consilierea directivă*, bazată pe explicațiile furnizate pacientului.

7. Tulburarea somatopsihică. Particularitățile psihologice ale pacientului somatic

Tulburarea somatopsihică vizează impactul provocat de o boală somatică asupra psihicului pacientului. În funcție de particularitățile de manifestare și decurgere a bolii, acest impact va fi mai evident sau, respectiv, mai puțin evident.

Schema de acțiune a tulburării somatopsihice presupune: boala somatică, acuzele somatice ale pacientului, acuzele psihice ale pacientului, acțiunile medicului pentru diminuarea acuzelor. Eficiența tratamentului depinde de luarea în considerație a tuturor acuzelor pacientului.

Orice contact al medicului cu un bolnav este și un contact psihologic nevăzut, care nu trebuie neglijat în nicio situație. Orice boală este ca o suferință, o „situație-limită” în sensul descris de K. Jaspers. Dar, concomitant, orice bolnav, ca om aflat în suferință, devine el însuși o „persoană-limită”. Din acest motiv, boala trebuie înțeleasă ca o „limită ontologică”, ca o închidere a modului de desfășurare normală a vieții individului. Acest aspect este percepțut, în planul conștiinței, ca un accident pe care orice bolnav îl asociază pericolului vital. Reacția unui individ bolnav este o formă complexă de manifestare a mecanismelor de apărare a propriului său eu. În sensul acesta trebuie înțelese și interpretate trăirile subiective ale bolnavului somatic în cursul evoluției maladiei sale.

Succesul terapeutic nu se datorează numai înlăturării cauzelor bolii și restaurării funcțiilor alterate prin boală, ci în egală măsură și restabilirii psihice a pacientului, a stării sale de spirit, a moralului său.

P. Le Gendre menționează că „*un medic care înțelege bine psihologia fiecărui bolnav este și un bun psiholog*”. În nicio situație de boală, indiferent de natura gravitației sale, nu trebuie neglijată latura psihologică.

Atitudinea bolnavului somatic față de suferință sa este diferențiată. Ea este legată de tipul de reacție, de nivelul de inteligență și cultură, de educația generală a acestuia. Unii indivizi trec cu ușurință peste suferințele lor. Alții caută să disimuleze afecțiunile de care suferă. Cei mai mulți, însă manifestă o participare subiectivă de diferite forme și intensități în raport cu boala de care suferă.

Imaginea bolii, cu caracter subiectiv, este incontestabil rezultatul unor traume afective ale bolnavului. Aceasta se încarcă emoțional-afectiv preluând și prelucrând senzațiile sale organice subiective, informațiile din mediu și alți factori, care fac să crească starea de tensiune psihică a

bolnavului. Acesta devine tot mai preocupat de boala sa, care, în cunoștiința sa, preia un aspect din ce în ce mai exagerat.

Imaginea bolii este însorită de un sentiment de neliniște, de insecuritate, legat de pericolul care amenință sănătatea, integritatea și, în final, viața bolnavului respectiv. Toate acestea creează, pe lângă boala reală existentă, o a doua suferință, psihică, de tip reactiv, legată de trăirea subiectivă de către pacient a propriei sale boli. Sunt situații în care intervenția unui psihiatru este absolut necesară pentru tratarea acestor stări subiective secundare, de tip reactiv, în special la bolnavii cu suferințe somatiche grave sau afecțiuni incurabile.

Toate acestea au atras, în mod deosebit, atenția specialiștilor, care au de înfruntat dificultăți sporite în cazul îngrijirii și tratării unor pacienți somatici, cu reacții secundare de tip nevrotic. Un domeniu deosebit de important în această privință îl reprezintă studiul psihologiei bolnavului (P. Le Gendre, M. Balint, A. Păunescu-Podeanu).

Psihoigiena bolnavilor somatici. În cazul bolnavilor cu suferințe somatici, indiferent de natura acestora, se impun măsuri de psihoigienă. În cazurile afecțiunilor medicale sau chirurgicale grave, cu pronostic sever, chiar se insistă la luarea acestor măsuri de psihoigienă.

Măsurile de psihoigienă vizează păstrarea echilibrului emoțional-afectiv al bolnavilor, crearea unei ambiante comode, liniștite și securizante, încurajare și antrenare pentru a se evita anxietatea, neliniștea, instalarea depresiei, izolarea bolnavului și închiderea în sine, ceea ce ar crește riscul suicidului.

Este un tip de acțiune de igienă mintală extrem de delicată și dificilă, care cere un tact deosebit, multă răbdare și dăruire de sine din partea medicului sau a psihologului. Se vor evita discuțiile inutile, explicațiile științifice, pe care bolnavul nu le poate înțelege, dar care pot induce interpretări eronate din partea acestuia, agravându-i starea de tensiune anxioasă. Vor fi evitate investigațiile inutile, manevrele medicale lipsite de importanță, aglomerația din jurul bolnavului, discuțiile separate cu familia acestuia.

Un rol important în aceste cazuri îl are familia bolnavului. Ea trebuie „pregătită” de către medic în scopul susținerii morale a bolnavului, căruia trebuie să i se acorde toată atenția și căldura afectivă necesară. Bolnavul trebuie să aibă sentimentul siguranței permanente. Familia nu trebuie să „preia” tensiunea emoțional-afectivă negativă a bolnavului

legată de imaginea subiectivă a bolii, ci trebuie să adopte o atitudine tonică, de încurajare a acestuia. Rolul esențial revine însă, medicului-curanț, personalului de îngrijire medicală și ambianței spitalicești. Toate trebuie să întrunească condițiile unui confort psihologic-moral adevarat păstrării stării de echilibru psihic și moral al bolnavului. Atenție, ocrotire, încurajare, optimism și un spirit de demnitate – iată ceea ce trebuie să afișeze personalul de îngrijire medicală și spitalul față de bolnav.

Un rol important revine psihologului specialist în problemele de psihologie medicală, investit cu acțiunea de psihoterapie a bolnavilor somatici. Aceasta este o etapă importantă în acțiunea de igienă mintală. Măsurile de igienă mintală sunt eficiente și în domeniul bolilor somatice, având rolul de a proteja bolnavul, ajutându-l să depășească impasul în care se află datorită afecțiunii sale.

Educația sanitată referitor la sănătatea mintală trebuie să înceapă din copilărie și să se desfășoare pe parcursul întregii vieți. Ea trebuie să imprime individului câteva principii fundamentale, care să devină reguli obligatorii de viață. Principiile de educație ale persoanei, în vederea păstrării și promovării unei sănătăți mentale optime, au un caracter psihopedagogic și moral, ele vizând formarea personalității și a unui model de viață pozitive pentru individ.

Întrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor

1. Definiți *arealul de preocupare a medicinii psihosomatische*.
2. Numiți obiectivele medicinii psihosomatische.
3. Definiți conceptul de *tulburare psihosomatică* (somatoformă).
4. Numiți principalele caracteristici ale tulburărilor psihosomatische.
5. Care sunt particularitățile bolnavului psihosomatic?
6. Numiți *teoriile etiologice ale tulburărilor psihosomatische*.
7. Care sunt particularitățile relației medic-pacient psihosomatic?
8. Care sunt metodele de tratament ale tulburărilor psihosomatische?
9. Definiți *tulburarea somatopsihică*.
10. Enumerați problemele psihologice ale bolnavului somatic.
11. Descrieți măsurile de psihogienă a bolnavilor somatici.

Bibliografie

1. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
2. David D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
3. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. București, Editura didactică și pedagogică, 1998.
4. Iamandescu I. *Psihologie medicală*. Vol. 1. București, Editura „Infomedica”, 2005.
5. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
6. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
7. Pirozynski T. Scripcaru G. *Psihopatologie relațională*. Iași, Editura „Junimea”, 1996.
8. Oprea N., Revenco M. ș.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, „Știința”, 1993.

TEMA 9. RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Structura

1. Relațiile interpersonale. Aspectele generale.
2. Caracteristicile generale ale relației medic-pacient.
3. Etapele întâlnirii medic-pacient.
4. Aspectele comunicării medicului cu pacientul.
5. Cauzele comunicării deficiente dintre medic și pacient.
6. Comunicarea în situații speciale. Comunicarea prognosticului infișat (nefavorabil).

Obiectivele operaționale

- Definirea conceptului de *relații interpersonale*.
- Caracterizarea specificului relației medic-pacient.
- Descrierea etapelor întâlnirii medic-pacient.
- Conștientizarea importanței comunicării constructive în cadrul relației medic-pacient.
- Dobândirea cunoștințelor despre procesele de transfer și contra-transfer în cadrul relației medic-pacient.

Cuvintele-cheie: relații interpersonale, relația medic-pacient, comunicare, comunicare deficientă, tehnici adecvate/inadecvate de comunicare.

1. Relațiile interpersonale. Aspectele generale

Omul, prin esența sa, este o ființă socială, este produsul factorilor sociali. Relațiile sociale sunt multiple și acționează în diverse aspecte: relații de simpatie, rudenie, vecinătate, economice, etc. Printre acestea un loc deosebit îl ocupă relațiile interpersonale, ce reprezintă un domeniu aparte al relațiilor sociale. Relațiile interpersonale, sunt relații sociale prin faptul că sunt stabilite între persoane, fiind determinate în cea mai mare măsură de necesitățile umane. Suportul psihologic, dragoste, stima, statusul, sentimentul de securitate, prestigiul sunt principalele necesități individuale, care pot fi satisfăcute în relațiile dintre oameni (persoane). Dinamica acestor necesități regleză relațiile dintre persoane. Relațiile interpersonale sunt importante din punct de vedere al individului (psihologic), precum și al funcționării societății (sociologic). Normalitatea psihologică și dezvoltarea umană se realizează în contextul rela-

țiilor interpersonale. Acestea, la rândul său, pot fi un mediu patogen (pot condiționa inhibiții, dependență, manipulare, exploatare, agresivitate etc.) sau un mediu suportiv (cu rol de stimulare, suport psihologic, deschidere, motivare etc.). O condiție necesară și obligatorie pentru dezvoltarea personală o constituie mediul interpersonal plăcut, bazat pe acceptare reciprocă, stimă, sinceritate și feedback pozitiv.

Caracteristicile (parametrii) definitorii ale relațiilor interpersonale sunt: *legăturile psihologice (subiective), conșiente și directe dintre persoane*.

Caracterul psihologic (subiectiv) al legăturii este dat de faptul că presupune existența a două surse psihice, ambele înzestrate cu funcții, însușiri, stări și trăiri psihice diferite: emițătorul și receptorul este omul, cu psihologia sa proprie. În relația medic-pacient, caracterul psihologic și direct al relației este evident, iar cel conștient trebuie de realizat astfel încât pacientul să fie convins de ceea ce-i spune medicul și să-i urmeze indicațiile.

Caracterul conștient evidențiază următorul aspect: pentru a stabili astfel de relații, este necesar ca, indivizii să-și dea seama de existența lor, dar și a altora, precum și de nevoile și însușirile lor, de natura și scopul raporturilor ce se stabilesc între ei.

Caracterul direct al relațiilor interpersonale este oferit de necesitatea prezenței „față în față” a partenerilor pentru realizarea unei legături perceptive între ei.

Relațiile interpersonale cuprind, pe de o parte, unele așteptări (attitudini de receptivitate) și aporturi (attitudini de inițiativă), iar pe de altă parte, grade diferite de intensitate a interacțiunilor.

2. Caracteristicile generale ale relației medic-pacient

Relația medic-pacient constituie una dintre aspectele fundamentale, cu care se ocupă psihologia medicală. Personalitatea bolnavului este importantă, dar tot atât de importantă este și personalitatea medicului care se ocupă de bolnav.

Pentru psihologia medicală, studiul relației medic-pacient este înșăși rațiunea ei de a exista. Succesul actului medical depinde în cel mai înalt grad de buna funcționare și organizare a locului în care se acordă asistență, de conștiința profesională și de prestigiu medicului.

Întâlnirea dintre medic și pacient este o *relație interpersonală duală*, având drept protagonisti pacientul, care solicită ajutor calificat și medicul, care este capabil să ofere acest ajutor. Foarte rar contactul medic-pacient este căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman; deseori contactul este impus de situația de boală, ca o condiție a unui diagnostic și a prescrierii unui tratament.

Relația dintre medic și pacient poate fi considerată ca o *relație socială* între doi membri ai, unor grupe sociale distinctive prin competențele, orientările, prestigiul lor: un grup ai căror membri cer îngrijire și menținerea sănătății, iar altul – ai căror membri oferă ajutor și îngrijire. Bolnavul se prezintă la medic cu o mulțime de valori, atitudini, credințe și reprezentări, specifice grupei din care face parte. Medicul, însă, aparține unei grupe profesionale precise și determinante din punct de vedere social. Comportamentul lui este stabilit prin norme specifice: un anumit statut (poziție ocupată în societate), un anumit rol social (mod de comportare asociat statutului) și o anumită imagine asupra bolii.

Legătura stabilită între medic și pacient poate fi privită și ca o *relație psihologică*: pune față în față, pe de o parte, persoane cu psihologii diferite, iar pe de alta – experiența profesională a medicului, cu suferința bolnavului. În același timp, legătura stabilită mai poate fi privită și ca o *relație culturală*, care presupune de multe ori confruntarea diferențelor viziuni, opinii, valori, atitudini, comportamente etc.

O caracteristică importantă a relației medic-pacient este faptul că această interacțiune se realizează într-un mediu instituționalizat: cabinet medical, policlinică, spital. Chiar și în condițiile desfășurării vizitelor la domiciliul pacientului, relația păstrează caracteristica normalor instituției. În această relație, medicul ocupă locul principal, el fiind – menționează M. Balint (1966) – un suport psihologic pentru bolnav; între medic și pacient trebuie să existe o ambianță de încredere deplină, fără de care terapia este imposibilă. Prin personalitatea sa puternică, medicul asigură pacientului protecție, siguranță și sprijin în actul medical. Dacă medicii manifestă față de pacient o atitudine apropiată, de compasiune, oferindu-i explicațiile cu răbdare, atunci succesul terapiei este mai mare. Aceasta era și atitudinea vechilor clinicieni care, deși nu dispuneau de multe tratamente medicamentoase, aveau succes terapeutice grație psihoterapiei și relațiilor interpersonale armonioase cu pacientul. În acest context, M. Balint diferențiază două tipuri de înțelegere a pacientului de

către medic: *înțelegere intelectuală* (are caracter obiectiv; fără implicarea aspectelor emoționale) și *înțelegere emoțională* (de coparticipare simpatetică; înțelegerea și trăirea de către medic a suferinței pacientului).

Modele de relații terapeutice între medic și pacient. Există un număr de modele potențiale ale relației terapeutice. Deseori, nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conștienți că în realitate se aleg unul pe altul. Modelele, de cele mai multe ori, derivă din personalitățile, expectațiile și nevoile ambilor parteneri ai acestei relații și pot fi descrise după:

- modelul activ-pasiv;
- modelul profesor-student (părinte/copil; sfătuire/cooperare);
- modelul participării mutuale (reciproce);
- modelul prietenesc (sociofamiliar).

Modelul activ/pasiv exprimă completa pasivitate a pacientului și preluarea de către medic a tratamentului. Pacientul nu își asumă virtual nicio responsabilitate pentru propria îngrijire și nu participă la tratament. Acest model se manifestă, în special, atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delir.

Modelul profesor/student exprimă dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control. Rolul pacientului este, în mod esențial, unul de dependență și așteptare. Acest model specific este observat în timpul vindecării după o operație (de ex., în chirurgie). Rudică T. și Costea D. (1996) consideră că este cel mai frecvent model al relației medic-pacient. În toate afecțiunile în care pacientul își poate manifesta voința și spiritul critic, medicul îi cere această cooperare. După definirea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă – într-o manieră mai mult sau mai puțin autoritară – și apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate deci să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază și înțelege ceea ce i se spune (dar se constată că el greșește adesea în aprecierile pe care le face).

Modelul participării mutuale implică egalitate între medic și pacient. Ambii participanți au nevoie și depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relație medic-pacient, bazată pe un model de participare mutuală și activă, este cel mai evident în tratamentul unor boli cronice, de exemplu, diabetul în care cunoștințele pacientului și acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este, de asemenea, eficient

Întâlnirea dintre medic și pacient este o *relație interpersonală duală*, având drept protagonisti pacientul, care solicită ajutor calificat și medicul, care este capabil să ofere acest ajutor. Foarte rar contactul medic-pacient este căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman; deseori contactul este impus de situația de boală, ca o condiție a unui diagnostic și a prescrierii unui tratament.

Relația dintre medic și pacient poate fi considerată ca o *relație socială* între doi membri ai, unor grupe sociale distinctive prin competențele, orientările, prestigiul lor: un grup ai căror membri cer îngrijire și menținerea sănătății, iar altul – ai căror membri oferă ajutor și îngrijire. Bolnavul se prezintă la medic cu o mulțime de valori, atitudini, credințe și reprezentări, specifice grupei din care face parte. Medicul, însă, aparține unei grupe profesionale precise și determinate din punct de vedere social. Comportamentul lui este stabilit prin norme specifice: un anumit statut (poziție ocupată în societate), un anumit rol social (mod de comportare asociat statutului) și o anumită imagine asupra bolii.

Legătura stabilită între medic și pacient poate fi privită și ca o *relație psihologică*: pune față în față, pe de o parte, persoane cu psihologii diferite, iar pe de alta – experiența profesională a medicului, cu suferința bolnavului. În același timp, legătura stabilită mai poate fi privită și ca o *relație culturală*, care presupune de multe ori confruntarea diferitelor viziuni, opinii, valori, atitudini, comportamente etc.

O caracteristică importantă a relației medic-pacient este faptul că această interacțiune se realizează într-un mediu instituționalizat: cabinet medical, policlinică, spital. Chiar și în condițiile desfășurării vizitelor la domiciliul pacientului, relația păstrează caracteristica normalor instituției. În această relație, medicul ocupă locul principal, el fiind – menționează M. Balint (1966) – un suport psihologic pentru bolnav; între medic și pacient trebuie să existe o ambianță de încredere deplină, fără de care terapia este imposibilă. Prin personalitatea sa puternică, medicul asigură pacientului protecție, siguranță și sprijin în actul medical. Dacă medicii manifestă față de pacient o atitudine apropiată, de compasiune, oferindu-i explicațiile cu răbdare, atunci succesul terapiei este mai mare. Aceasta era și atitudinea vechilor clinicieni care, deși nu dispuneau de multe tratamente medicamentoase, aveau succese terapeutice grație psihoterapiei și relațiilor interpersonale armonioase cu pacientul. În acest context, M. Balint diferențiază două tipuri de înțelegere a pacientului de

către medic: *înțelegere intelectuală* (are caracter obiectiv; fără implicarea aspectelor emoționale) și *înțelegere emotională* (de coparticipare simpatetică; înțelegerea și trăirea de către medic a suferinței pacientului).

Modele de relații terapeutice între medic și pacient. Există un număr de modele potențiale ale relației terapeutice. Deseori, nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conștienți că în realitate se aleg unul pe altul. Modelele, de cele mai multe ori, derivă din personalitățile, expectațiile și nevoile ambilor parteneri ai acestei relații și pot fi descrise după:

- modelul activ-pasiv;
- modelul profesor-student (părinte/copil; sfătuire/cooperare);
- modelul participării mutuale (reciproce);
- modelul prietenesc (sociosfamilial).

Modelul activ/pasiv exprimă completa pasivitate a pacientului și preluarea de către medic a tratamentului. Pacientul nu își asumă virtual nicio responsabilitate pentru propria îngrijire și nu participă la tratament. Acest model se manifestă, în special, atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delir.

Modelul profesor/student exprimă dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control. Rolul pacientului este, în mod esențial, unul de dependență și așteptare. Acest model specific este observat în timpul vindecării după o operație (de ex., în chirurgie). Rudică T. și Costea D. (1996) consideră că este cel mai frecvent model al relației medic-pacient. În toate afecțiunile în care pacientul își poate manifesta voința și spiritul critic, medicul îi cere această cooperare. După definirea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă – într-o manieră mai mult sau mai puțin autoritară – și apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate deci să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază și înțelege ceea ce i se spune (dar se constată că el greșește adesea în aprecierile pe care le face).

Modelul participării mutuale implică egalitate între medic și pacient. Ambii participanți au nevoie și depind de aportul celuilalt. Nevoia de o relație medic-pacient, bazată pe un model de participare mutuală și activă, este cel mai evident în tratamentul unor boli cronice, de exemplu, diabetul în care cunoștințele pacientului și acceptarea tratamentului sunt puncte critice pentru succesul tratamentului. Este, de asemenea, eficient

în situații mai delicate, ca pneumonia. Această participare presupune un model psihologic mai complex și mai evoluat: pacientul poate aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar medicul trebuie să evalueze cât mai corect necesitățile momentane sau cele constante ale pacientului.

Modelul prietenesc este considerat un model disfuncțional. Adesea reprezintă o problemă psihologică primară și de profunzime, care are o nevoie emoțională în a schimba îngrijirea pentru pacient într-o relație de împărtășire mutuală a informațiilor personale și a dragostei. Acest model, adesea, implică o perpetuare nedeterminată a relației și o stergere a granițelor dintre profesionalism și intimitate, mai degrabă decât un sfârșit adecvat.

Există un număr de modele potențiale. Desigur, nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conștienți că în realitate se aleg unul pe altul. Modelele, de cele mai multe ori, derivă din personalitățile, expectațiile și nevoile ambilor. În cazul în care așteptările și nevoile sunt trecute sub tacere și sunt destul de diferite, se ajunge la o comunicare distructivă, la dezamăgire. Dudley și Walker (2003) oferă un model, prin care subiectivitatea terapeutului poate fi transformată în interpretări, care să promoveze conexiunea medic-pacient și dialogul terapeutic. Aprofundarea procesului terapeutic permite apariția unor experiențe obiectuale noi, care determină, la rândul lor, transformări în organizarea de sine a pacientului.

Există o experiență nouă și neidentificată a „sinelui în pacient”, care aparține terapeutului.

Autoreflecția terapeutului, privind fenomenologia și înțeleserurile acestei experiențe unice personale, apare în timpul întâlnirilor cu istoria pacientului. Terapeutul reflectează asupra aspectelor din această experiență, care ar trebui să rămână private, pentru că sunt mai relevante pentru vulnerabilitățile sale, decât pentru rezonanța emoțională cu experiențele pacientului. Acum, având o conștiință de sine mărită, medicul postulează ce poate ilumina această experiență a sinelui din lumea pacientului, luând în considerație fenomenul transferențial activat.

Medicul formulează o interpretare, care este, în mod empathic, concepută, pentru a puncta constelația experiențelor clientului în acel moment unic al procesului terapeutic. Valoarea terapeutică a interpretării depinde de felul în care pacientul o trăiește – similară, bogată emoțional și integratoare.

Legătura medic-pacient este, în mare măsură, o relație de comunicare verbală. Pentru a obține detalii ce conțin informația necesară și obligatorie, pentru stabilirea unui diagnostic, medicul trebuie să țină seama de câteva aspecte:

- deseori, pacientul deține puține cunoștințe necesare pentru a descrie acuzele în termeni precisi, concreți și clari;
- în funcție de nivelul cultural depinde și înțelesul cuvintelor;
- ar fi bine ca medicul să depășească punctul său de vedere, ca „expertul” și să încerce să privească situația și din punctul de vedere al pacientului;
- medicul trebuie să evite situațiile care ar putea sugera pacientului anumite stări morbide, simptome etc.

Pentru majoritatea bolnavilor, dialogul propriu-zis cu medicul are o mare valoare de susținere, speranță, convorbirea în sine fiind elemente esențiale.

Comunicarea medic-pacient nu se rezumă numai la probleme de limbaj. Medicul este cel, care pe lângă faptul că înțelege boala, mai trebuie să înțeleagă și bolnavul, ceea ce ar facilita apariția unei relații de cunoaștere și comprehensiune.

Prezentarea bolnavului la medic, în afara situațiilor când este adus de către alte persoane, se face în urma dorinței personale, după ce, fie că a acceptat ideea de boală, fie că a considerat-o probabilă, pacientul simte nevoiea unui ajutor din partea medicului, care prin statutul său social este desemnat să i-l acorde.

Multitudinea fațetelor relației medic-pacient face ca legătura interumană din cadrul medicinei să fie una specială și complexă.

Această relație (medic-pacient) este, din start, o relație de inegalitate, pentru că are ca punct de plecare cererea unui om în suferință adresată altui om, bazându-se pe simplul fapt că acesta din urmă știe cum să-l ajute, să-l vindece sau cum să-i ușureze suferința. Inegalitatea apare atât din situația de a adresa o cerere, care este o situație pasivă în sine, cât și din suferința celui bolnav, care îi generează acestuia un handicap emoțional. Așadar, acest tip de relație conferă o putere reală echipei medica-le (medici, asistente, infirmiere etc.) asupra fizicului și psihicului omului aflat în stare de boală.

Relațiile terapeutice exprimă unele atitudini transferențiale. Atitudinea pacientului față de medic este susceptibilă, poate și o repetare a

atitudinii pe care el sau ea au avut-o față de alte autorități. Această atitudine poate varia de la o atitudine generală, în care medicul se aşteaptă la cel mai autentic interes din partea pacientului, la o supraidealizare și chiar cu o fantezie erotizantă, până la una de neîncredere, așteptându-se ca medicul să fie disprețitor și abuziv.

Intervenind încurajarea mutuală din partea medicului, pe de o parte, și speranța pacientului în medicul-curant, pe de altă parte, distanța care separă cele două elemente terapeutice se micșorează pe parcursul derulării actului terapeutic. Inițial, inegalitatea îmbracă forme atenuate, prin apropierea de modelele arhicunoscute ale umanității, reprezentate de relațiile de inegalitate, prin care au trecut aproape toți oamenii pe parcursul întregii vieți – relația părinte-copil, profesor-elev etc.

Conflictele de rol care pot interveni între medic și pacient, sunt rezultatul rezistenței unor bolnavi față de autoritatea medicului sau al ambivelenței afective a pacientului față de medicul său. Dificultăți de relaționare pot apărea și din partea unor tipuri anumiți de pacienți (persoane cu anumite funcții publice, psihopați etc.), precum și din partea medicilor deveniți pacienți.

Există pacienți care neagă (refuză) statutul de inegalitate, la care este supus și își reia unele modalități comportamentale negativiste, prin care se opune actului terapeutic. Apar exigențe și pretenții exagerate față de medic, legate de misiunea pe care acesta ar avea-o de a vindeca bolnavul, de a-i recupera sănătatea. Apar atitudini, ce se concretizează prin pretențiile pacienților de a fi suprainvestigați – uneori cu investigații costisitoare și repetate. Pe lângă acestea, există și consumul timpului medicului pentru acuze inexistente sau exagerate, relatări colaterale (secundare, lipsite de importanță) problemelor medicale etc.

Este necesar să ținem seama că relația medic-pacient este axată pe îngrijirea bolnavului, este dominată de afectivitatea pacientului și de cea a doctorului. Medicul, pe lângă faptul că detine cunoștințe „tehnologice”, care îi permit să vindece și/sau să întrețină un anumit sector corporal, el mai participă și afectiv la tot ce presupune actul terapeutic. Anume această participare, implicare afectivă asigură, întreține și face posibilă alianța terapeutică eficientă. Capacitatea de empatizare a medicului este necesară în toate situațiile terapeutice, cu care se confruntă. Empatia, la acest nivel, presupune simpatie și/sau intuiție a emoțiilor pacientului, pe de o parte, și o identificare cu trăirea lui, o rezonare mai

mult sau mai puțin sincronă cu stările biologice și psihologice, prin care trece persoana suferindă, la un moment dat (concret), pe de altă parte.

Transferul este definit ca un set de aşteptări, convingeri și răspunsuri emoționale, pe care pacientul le aduce în relația medic-pacient; ele nu sunt determinate în mod necesar de faptul cine este medicul sau cum acționează el de fapt, ci mai degrabă pe experiențele continue pe care pacientul le-a avut de-a lungul vieții cu alte personalități, autorități importante. Transferul poate fi pozitiv sau negativ. El este considerat pozitiv, atunci când pacientul are încredere în medic, îl stimulează și îl apreciază, deci favorizează complianța terapeutică.

Cheia ascendentului afectiv al medicului în fața bolnavului o constituie tipul de transfer, pe care pacientul îl proiectează asupra persoanei care-l îngrijește. Această relație de transfer este o relație general valabilă în toate situațiile terapeutice: fie că ne referim la medicina internă, la stomatologie, fie – la psihiatrie. În orice tip de intervenție medicală se stabilește o relație transferențială semnificativă.

Deseori, transferul este pozitiv, adică persoana medicului corespunde cu aşteptările pacientului. Drept rezultat, sentimentele de simpatie și încredere sunt atribuite atât medicului, cât și actului medical în general. Pacienții, frecvent consideră medicul un magician, un salvator; idealizare condiționată de un transfer intens ce poate, foarte ușor, să se transforme într-o formă opusă, generând deziluzii și nemulțumire. Transferul devine negativ în momentul, în care pacientul regăsește în persoana medicului viziunile (imaginile) considerate indezirabile (neplăcute, nedorite) pentru el, și care îi generează acestuia o atitudine de antipatie, suspiciune sau rezerve. În cazul în care aceste proiecții dau naștere unei atmosfere de tensiune sau conflict, relația medic-pacient capătă o conotație antiterapeutică.

În funcție de modul în care medicul se implică afectiv în relația psihologică cu bolnavul se dezvoltă **contratransferul**, înțeles ca proiecția afectivă a doctorului față de cel pe care îl tratează. Deoarece pacientul aduce atitudini transferențiale în relația medic-pacient, doctorii însăși dezvoltă reacții contratransferențiale față de pacienții lor. Deseori, contratransferul este pozitiv, exprimând interesul și altruismul profesionistului față de omul în suferință. În cazul în care contratransferul este negativ, aceasta poate fi interpretat ca atitudini care semnalează o respingere, îndepărțare sau chiar agresivitate inconștientă. Contratransferul

poate lua forma sentimentelor negative, care descorează dezbină relația medic-pacient. Contratransferul nu influențează complianța terapeutică, dar uneori devine expresia rezistențelor psihoterapeutului față de unele trăsături caracteriale ale pacientului.

Este bine ca examinarea medicală să se realizeze într-o atmosferă cât mai apropiată de cea psihoterapeutică, prezența medicului asigurând climatul de siguranță, prielnic catharsisului.

„Intrarea în rol”, condiționată de dreptul la asistență medicală, se face în virtutea unor așteptări, dar și propunerii din partea bolnavului, pe care Balint le-a sistematizat sub forma unor „soferte ale bolnavului”:

a) bolnavul așteaptă ca medicul să-i confirme propriile explicații asupra simptomelor pe care le prezintă (categorie de bolnavi, fie instruiți corespunzător unei culturi medicale primite în baza bunului simț, fie cu o experiență anterioară a bolilor, care au impresia de „cunoșători”, fie cu deviații ale personalității, de regulă, obsesivii care îi obligă să-și analizeze în amănunt cele mai mici simptome, încercând să le acorde o explicație pe baza unor noțiuni adesea simpliste, ajungând la „sofisme” în diagnostic;

b) bolnavul așteaptă de la medic risipirea misterului asupra unor tulburări cărora el nu le găsește explicația; din această categorie, de obicei, fac parte persoanele echilibrate, dar și cele care nu-și „fac timp pentru boală”, însă, în fața evidenței că „ceva nu este în regulă”, sunt nevoie să apeleze la medic;

c) bolnavul simte o adevărată plăcere când își etalează „suferința”, descriind cu lux de amănunte simptome minore, lipsite de gravitate și importanță. Este cazul indivizilor cu personalitate istică sau ipohondrică, care uneori exagerate, demonstrează un comportament de „evadare în boală”.

Este necesar să specificăm faptul că nu toți pacienții care vin la medic au nevoie să fie vindecați. Unii vin să găsească o detensionare, alții pentru a găsi o confirmare medicală a unei situații penibile, alții se refugiază în boală, pentru a motiva diferite deficiențe funcționale.

3. Etapele întâlnirii medic-pacient

Întâlnirea dintre medic și pacient este o întâlnire dintre două personalități diferite, care stau pe poziții diferite. Bolnavul poate veni cu diferite prejudecăți la medic, dar și medicul poate avea propriile aspirații,

dorind ca pacientul să corespundă acestora. În primul rând, aceste aşteptări ale medicului ţin de temperamentul său. Dacă medicul este autoritar, el îşi doreşte un pacient docil, dacă este foarte ocupat, îşi doreşte un caz mai simplu etc.

Bolnavul vine la medic cu speranţă că va fi înțeles, că suferința lui va fi diminuată, că lucrătorul medical va fi competent, că va avea parte de solicitudine suficientă din partea personalului medical.

Întâlnirea medic-pacient se desfăşoară în mai multe etape.

Perioada de acomodare, care începe odată cu prima interacţiune cu pacientul și care poate fi diferită. Pacientul își pune speranțele în medic, iar acesta ar fi bine să manifeste înțelegere, compasiune, delicatețe, competență și mult profesionalism. În perioada de acomodare are loc observarea reciprocă între *medic și pacient*. În linii generale, observarea reprezintă urmărirea intenționată, sistematică a diferitor manifestări comportamentale ale individului în contextul situațional. Conținutul observației unei persoane, preponderent, se referă la: simptomatologia stabilă (trăsături bioconstituționale, înălțimea, greutatea) și trăsături ale fizionomiei (aspectul capului, al feței); simptomatologia labilă, comportamentele flexibile, mobile (verbal, motoriu, mnezik, inteligență); varietatea comportamentelor; expresiile afective, atitudinile.

Con vorbirea sau discuția desfășurată între medic și pacient presupune: relație directă (față în față), sinceritatea deplină a celui investigat, încurajarea pacientului pentru a manifesta un comportament de autoanaliză, evaluare; abilitatea medicului de a motiva pacientul, precum și prezența unor calități deosebite ale medicului (sociabilitate, empatie, flexibilitate, creativitate etc). Pacientul trebuie să fie încurajat să vorbească, să se exprime liber, medicul fiind persoana ce stimulează și susține monologul acestuia.

Această etapă se desfăşoară în două perioade de timp:

– *prima* este cea mai importantă și constă în a asculta atent ce comunică și cum se exprimă pacientul; astfel se observă libertatea modului de expunere a expresiilor verbale folosite de pacient;

– *a doua* este cea în care se abordează și alte aspecte, subiecte. Pentru ca discuția să fie eficientă, este necesar să fie respectate câteva condiții: pacientul și medicul trebuie să se așzeze unul față de altul în unghi de 45° și la o distanță de 1m (distanță critică), medicul, privind pacientul din profil, va putea să observe mai bine expresivitatea acestuia.

În bolile cronice, comunicarea dintre medic și pacient capătă o importanță mai mare: medicul, pe lângă tratarea bolii, ajută bolnavul și la rezolvarea problemelor create de aceasta. Pentru multe maladii cronice, comunicarea este unica formă de tratament, sfatul, suportul psihologic și informarea fiind esențiale în procesul de adaptare la un nou stil de viață, care din cauza bolii este limitat. În cadrul relației de comunicare medic-pacient, medicul trebuie să poată recunoaște și interpreta corect mesajele verbale și cele nonverbale exprimate de către pacient. Totodată, medicul trebuie să cunoască și să utilizeze cele mai adecvate modalități verbale și nonverbale de comunicare pentru a transmite informații pacientului, ținând cont de: gravitatea bolii, urgența, tipologia pacientului etc.

Examenul fizic constituie, pentru unii dintre pacienți, o stare generală de siguranță; el stă la baza diagnosticului sistematic și permite medicului să evidențieze simptomele. În cazul examenului fizic se va evita diagnosticul primit și nu se vor face comentarii despre semnele fizice. Examenul fizic este esențial pentru stabilirea unui diagnostic, proces care are efect securizat atât pentru medic, cât și pentru pacient. Atitudinea medicului față de boala poate fi modificată datorită examenului fizic.

Examenul fizic realizează, în primul rând, o apropiere de intimitatea pacientului, fiind vorba de o apropiere corporală, care pentru anumiți bolnavi este foarte greu de acceptat. Totuși, un examen fizic corect și amănunțit are pentru pacient și un efect securizant, în timp ce pentru alții reprezintă o „intrusie”, în spațiul intim al persoanei. În cazul examenului fizic, medicul trebuie să țină cont de aceste fenomene și în continuare, apropierea corporală față de bolnav să fie făcută cu mult tact și mare grijă și să se dea explicațiile necesare, ceea ce va face ca anxietatea din procesul examinării fizice să scadă foarte mult.

Stabilirea diagnosticului este o etapă importantă în relația medic-pacient, activitate ce solicită efort intelectual din partea medicului, pentru analiza, compararea informațiilor oferite de către pacient, familie, însoțitori și, desigur, de analizele de laborator efectuate. Presupune un proces de gândire și un mod particular de raționament (deductiv), în care experiența profesională se dovedește a fi foarte importantă. Erorile care se pot produce la momentul stabilirii diagnosticului au la bază trei cauze:

- boala (simptome neclare, incomplet și incorect relatate etc.);

- medicul (incompetență, îngâmfare, ignoranță, supunere față de diagnosticul superiorului ierarhic etc.);

bolnavul (subiectivitate, omiterea unor simptome, impresionabilitate, nivel de cultură scăzut etc.).

Indicarea tratamentului este una dintre cele mai importante etape ale întâlnirii medic-pacient. Indicarea tratamentului este o reprezentare medicală de o mare valoare simbolică, efectuată în baza a două principii:

1) *principiul naturii vindecătoare*: boala este considerată o deregulare a naturalului, iar organismul reacționează pozitiv, revenind la normal, la starea inițială.

2) *influența forțelor spiritului*: un neajuns al medicinii moderne este neglijarea laturii, a aspectului psihologic al relației medic-pacient.

Prescrierea medicală trebuie să fie detaliată, realizată cu multă grijă și fără ambiguități. Pentru a fi acceptată cu încredere de către pacient, ar trebui scrisă cu calm, fără ezitare și cu explicațiile de rigoare. Este bine ca pacientul să fie informat despre reacțiile adverse (secundare), care pot apărea după sau în timpul administrării preparatelor, însă fără a-i le induce (sugera).

Reluarea autonomiei. Dacă boala antrenează o regresie emoțională, atunci *însănătoșirea* implică o *reluare a autonomiei*. Pe măsură ce are loc ameliorarea simptomatologici, pacientul tinde să redevină independent. Aceste procese unorii pot avea aspect de ostilitate sau ingratitudine.

Dubla mișcare – de regresie și apoi de recăpătare a autonomiei – corespunde terapeutic celor două faze de tratament și de reeducare funcțională:

– *stările acute*: în care medicul este activ, iar bolnavul pasiv;

– *convalescența*: în care medicul are rolul unui ghid sau consilier.

Pacientul decide singur să urmeze sau nu regimul prescris. El se va simți și se va considera pe deplin sănătos, atunci când își va regăsi echilibrul, care o să-i permită să fie independent față de lucrătorul medical.

Medicul trebuie să evite impunerea idealului său personal de sănătate pacientului, să-l facă pe acesta „după chipul și asemănarea sa”. Calitatea actului medical se reflectă în satisfacția pacientului și constă din realizarea unui echilibru dintre ceea ce el aşteaptă de la actul medical și

ceea ce primește. Satisfacția se datorează perceprii de către pacient a cerințelor lui și de măsura în care acestea au fost îndeplinite.

4. Aspectele comunicării medicului cu pacientul

Relația medic-pacient constituie una dintre aspectele fundamentele, cu care se ocupă psihologia medicală. Hipocrate cerca medicilor vocație, studii, timp, loc prielnic, dragoste de muncă, dar considera că succesul terapeutic depinde, în primul rând, de **cuvânt** și apoi de plantă sau cușit. Deși medicul este mai mult criticat decât onorat, medicina rămâne totuși cea mai frumoasă profesie. Un vechi proverb indian spune: „*Dacă nu poți deveni rege, fă-te medic*”.

Comunicarea medic-pacient este o comunicare directă, față în față, imediată și neformalizată. Între cei doi subiecți ai transferului de informație are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare dintre aceștia către obiectivele relativ precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, a remedialor pentru înlăturarea acestora și, desigur, modalitățile practice de acțiune.

Fereastra de comunicare **DONA** reprezintă un concept al modului, în care se derulează relația de comunicare între doi parteneri față în față. Unul este doctorul, pe care l-am numit *DO*, iar celălalt este pacientul, pe care îl vom numi *NA-e* sau *NA-dia*, pentru a reuși o formulă mnemotehnică a zonelor ferestrei.

Zona D. Deschisă. Interacțiune. Zona D reprezintă comportamentul cunoscut de sine și de ceilalți. Aceasta arată în ce măsură două sau mai multe persoane pot oferi și primi informații în mod liber; pot lucra împreună, se pot bucura de experiențe comune. Cu cât este mai mare acest „pătrat”, cu atât contactul persoanei respective cu realitatea este mai bun și cu atât persoana este mai pregătită să-și ajute prietenii și pe sine însăși.

Zona O. Oarbă. Vulnerabilitate. Zona O reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți. Cea mai simplă ilustrare a acestui „pătrat” sunt ticurile nervoase sau verbale, de care persoana respectivă nu este conștientă, dar care sunt evidente pentru ceilalți. De exemplu, tendința de a vorbi mult, în cadrul unui grup, poate fi evidentă pentru toată lumea, cu excepția celui care o face.

Zona N. Necunoscută. Dezvăluire. Zona N este zona activității necunoscute, unde comportamentul nu este cunoscut nici de individ, nici

de ceilalți. Atât individul, cât și ceilalți cu care acesta intră în contact descoperă din când în când noi comportamente, care existau dintotdeauna. Un individ poate fi surprins, de faptul că prezice conducerea grupului într-un moment critic.

Zona A. Ascunsă. Intimitate. Zona A reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns față de ceilalți.

Acest pătrat se mai numește și *agendă ascunsă* sau *model de comunicare*, numit *fereastră lui Johari*.

Calitățile terapeutice esențiale reprezintă conexiuni importante între arta și știința medicală: îmbunătățirea abilității de comunicare a interviewatorului pentru a obține date exacte și relevante referitoare la evenimentele medicale din trecutul pacientului, istoricul. În opinia lui Carl Rogers, calitățile terapeutice esențiale sunt: respectul (abordarea pozitivă necondiționată), originalitatea și empatia.

În interacțiunea medic-pacient se stabilește o „rețea” dinamică, pentru că ambeii participă la stabilirea diagnozei și a tratamentului. În elaborarea anamnezei, dar și pe parcursul con vorbirii se presupune existența unor grade diferite de intimitate. Există un „cod” al regulilor, care trebuie respectat atât de către medic, cât și de pacient.

Reguli pentru medici

1. Ascultați cu răbdare pacientul.
2. Găsiți întotdeauna explicații foarte clare.
3. Acordați sfaturi de medicină preventivă.
4. Fi-ți onești.
5. Păstrați informațiile despre pacient în strictă confidențialitate.
6. Respectați dorințele pacientului.
7. Evitați să criticați bolnavul în public.
8. Manifestați sprijin afectiv (emoțional).
9. Priviți pacientul în ochi în timpul con vorbirii.
10. Respectați intimitatea pacientului.
11. Excludeți raporturile intime (sexuale) cu bolnavul.
12. Nu folosiți jurăminte și promisiuni în compania pacientului.
13. Abțineți-vă de la manifestarea supărărilor, a stresului sau a anxietății în fața acestuia.
14. Nu pretindeți pacienților ajutor material.
15. Stabiliti diagnoze corecte și clare.
16. Prezentați-vă în fața pacientului în lumina cea mai favorabilă.

Cu toate că regulile de conduită ale medicului pentru intercomunicare (între medic și pacient) includ aspecte generale privind desfășurarea anamnesei, ele încurajează atât intimitatea (de ex.: „fii onest” și „corect”, „stabilește contact vizual” etc.), cât și protejarea ei prin păstrarea confidențialității, respectarea problemelor personale.

Reguli pentru pacient

1. Întrebă medicul dacă este ceva neclar.
2. Oferă-i informațiile necesare.
3. Respectă cu multă grijă indicațiile medicului.
4. Fii onest în această relație.
5. Asigură-ți igiena corporală, pentru examinarea medicală.
6. Nu consuma în mod inutil timpul medicului.
7. Nu pretinde lucruri nerezonabile din bugetul de timp limitat al medicului.
8. Fii „deschis” față de medic.
9. Respectă intimitatea medicului.
10. Expune problemele o singură dată.
11. În timpul convorbirii, privește medicul în ochi.

Aceste reguli general orientative pentru pacient au, de asemenea, scopul de a-l ajuta să se concentreze asupra problematicii specifice, solicitând intervenția medicului pentru promovarea și protejarea, în același timp, a intimității în acest sistem de comunicare medic-pacient.

Tehnicile și aptitudinile de comunicare terapeutică sunt esențiale în managementul eficient al pacientului. Conștientizarea, înțelegerea de către medic a propriilor emoții și reacții îl va ajuta să comunice eficient cu ceilalți.

Hays și Larson (1963) au propus o listă de tehnici adecvate și o listă de tehnici inadecvate de comunicare în medicină.

Tehnici adecvate de comunicare în medicină:

- 1) *acceptarea*: indicând recepționarea mesajului;
- 2) *fraze deschise de inițiere a comunicării*: permitând pacientului să preia inițiativa în discutarea subiectului;
- 3) *validarea consensuală*: căutarea înțelegerei reciproce și a acordului asupra înțelesului cuvintelor;
- 4) *încurajarea comparațiilor*: solicitarea scoaterii în evidență a asemănărilor și a deosebirilor;

- 5) *încurajarea descrierii perceptiilor*: solicitarea ca pacientul să își verbalizeze perceptiile;
- 6) *încurajarea exprimării*: solicitarea ca pacientul să își evalueze experiențele și trăirile;
- 7) *explorarea*: sondarea mai detaliată a unei teme sau idei;
- 8) *centrarea*: axarea pe o temă unică;
- 9) *formularea unui plan de acțiune*: solicitarea ca pacientul să ia în considerație tipuri de comportament, care au o anumită probabilitate de a fi adecvate în situații ulterioare;
- 10) *linile generale*: încurajarea pentru a continua comunicarea;
- 11) *furnizarea de informații*: punerea la dispoziție a tuturor datelor de care are nevoie pacientul;
- 12) *recunoașterea*: indicarea conștientizării mesajelor;
- 13) *observațiile*: verbalizarea perceptiilor;
- 14) *deschiderea de sine*: punerea sa la dispoziția pacientului;
- 15) *plasarea evenimentelor în ordine cronologică*: clarificarea relației cronologice dintre evenimente;
- 16) *prezentarea realității*: luarea în considerație a elementelor realității;
- 17) *reflectarea*: redirecționarea spre pacient a acțiunilor, a gândurilor și a emoțiilor acestuia;
- 18) *reformularea*: repetarea ideii principale;
- 19) *căutarea informațiilor*: clarificarea clementelor fără înțeles sau a celor vagi;
- 20) *tăcerea*: absența comunicării verbale, ceea ce oferă pacientului timp să formuleze în cuvinte gândurile sau emoțiile sale, să se adune sau să continue conversația;
- 21) *sugerarea colaborării*: oferta de a împărți cu pacientul efortul și travaliul în beneficiul acestuia;
- 22) *sumarizarea*: organizarea și trecerea în revistă a evenimentelor anterioare;
- 23) *traducerea în emoții*: căutarea echivalentelor verbale ale emoțiilor pe care pacientul le exprimă doar indirect;
- 24) *verbalizarea elementelor implicate*: verbalizarea clară a aluziilor sau a elementelor sugerate de bolnav;
- 25) *verbalizarea dubiilor*: exprimarea nesiguranței asupra perspectivelor pacientului.

Tehnici inadecvate de comunicare în medicină

- 1) *sfătuirea*: a-i spune pacientului ce să facă;
- 2) *acordul*: menționarea faptului că este de acord cu pacientul;
- 3) *desconsiderarea emoțiilor exprimate*: interpretarea eronată a gra-dului de disconfort al pacientului;
- 4) *provocarea*: solicitarea de dovezi de la pacient;
- 5) *apărarea*: încercarea de a proteja pe cineva sau ceva de atacuri verbale;
- 6) *dezacordul*: exprimarea de idei opuse celor ale pacientului;
- 7) *dezaprobarea*: sancționarea comportamentelor sau a ideilor acestuia;
- 8) *aprobarea*: susținerea oricărora comportamente sau idei ale pa-cientului;
- 9) *indicarea existenței unei surse extreme*: propriile gânduri, emo-ții și comportamente sunt atribuite celorlalți sau influențelor externe;
- 10) *interpretarea*: solicitarea ca elementele inconștiente să fie con-știentizate; formularea de către client a înțelesului experiențelor sale;
- 11) *schimbarea subiectului*: introducerea unei teme fără legătură cu cele dezbatute anterior;
- 12) *comentarii stereotipice*: clișee fără sens sau comentarii banale;
- 13) *sondarea*: chestionarea cu insistență a pacientului;
- 14) *recomfortarea*: indicarea că nu există motive de anxietate sau alte trăiri de discomfort;
- 15) *respingerea*: refuzul de a lua în considerație ideile sau compor-tamentele pacientului sau demonstrarea disprețului față de acestea;
- 16) *solicitarea unei explicații*: solicitarea ca pacientului să ofere explicații, motive pentru unele gânduri, emoții, comportamente, eveni-minte;
- 17) *negarea*: refuzul de a admite existența unei probleme.

Actualmente, în Republica Moldova, relația medic-pacient este gestionată prin legea Nr. 263 din 27.10.2005 *cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*.

5. Cauzele comunicării deficiente dintre medic și pacient

În literatura de specialitate sunt descrise o serie de cauze care condi-ționază comunicarea insuficientă dintre medic și pacient, acestea sunt:

- *atitudinea profesională inadecvată*;

- *stilurile inadecvate de chestionare;*
- *incertitudinea diagnosticului și a evoluției bolii;*
- *neîncrederea pacientului;*
- *perspectivile medicului și ale pacientului asupra bolii;*
- *dificultățile de înțelegere și de memorare ale pacientului.*

Atitudinea profesională inadecvată. Se constată diferențe de atitudini între medici, privind volumul de informații oferit pacienților. Există specialiști care au tendința de a accentua statutul lor profesional, distanță profesională dintre ei și pacienți și de a efectua un control sever asupra consultației. Ei oferă pacienților un minim de informații; celor care totuși solicită, li se prezintă informații limitate, iar celor care nu pretind, nu li se oferă nimic. Acești medici privesc sarcina lor ca pe una de linștire, de înlăturare a anxietății și sunt rezervați în furnizarea informațiilor, pe motiv că ar putea condiționa îngrijorarea pacienților.

Alți medici consideră că informarea pacientului este o componentă a rolului lor, indiferent dacă informațiile au fost sau nu solicitate de acesta. Ei realizează că, relația medic-pacient presupune reciprocitate și recunoașterea rolului important pe care-l are pacientul în desfășurarea adecvată a actului medical.

Stilurile inadecvate de chestionare. În timpul unei consultații, medicii adoptă un anumit stil particular de desfășurare a chestionării.

Cea mai răspândită și comună abordare este cea birocratică, care se caracterizează prin-un sondaj eficient prin limitarea sensibilității pacientului, atitudinea sa fiind aceeași pentru toți interlocutorii. Pacienții urmăresc indicațiile, răspund în mod direct la întrebări, fără a manifesta tendință de a extinde dialogul. Alți medici manifestă un stil orientat spre persoană, în care empatia și conștientizarea sentimentelor pacienților fac obiectul comunicării pe parcursul consultației.

Incercătudinea diagnosticului și a evoluției bolii. Deoarece etiologia bolilor cronice nu este suficient cunoscută, nici pacienților nu li se pot oferi date cu certitudine, din moment ce evoluția bolii este posibil să manifeste mari variații. În astfel de situații, un motiv pentru care nu este furnizată informația ar fi lipsa sau incertitudinea acesteia. De regulă, incertitudinea informațiilor este rar comunicată pacienților. Chiar și în cazul în care medicii sunt siguri de evoluția unei boli sau de rezultatul unui tratament, ei uneori nu comunică informații referitoare la acestea.

Menținerea incertitudinii este una dintre căile, prin care medicii încercă să mențină controlul atât asupra pacientului, cât și asupra tratamentului. Necomunicarea informațiilor pacientului, pe de o parte, poate masca propria incertitudine a lucrătorului medical, iar pe de altă parte, menține încrederea pacientului în eficacitatea tratamentului și limitează rolul acestuia în decizia medicală.

Neîncrederea pacientului. Comunicare deficentă în relația medic-pacient este frecvent pusă pe seama barierelor create de diferențele de clasă socială sau de statutul dintre aceștia. Aceste diferențe au efect atât asupra informației pe care pacienții o transmit medicului, cât și asupra abilității medicului de a obține informația adecvată de la pacient. Studiul lui Cartwright și O'Brien (1976) arată că, în medie, consultațiile cu pacienții din clasa de mijloc au fost mai lungi decât aceleia cu pacienții din clasa muncitoare. Cei din clasa de mijloc au pus mai multe întrebări și au discutat mai multe probleme cu medicul. Autorii studiului ajung la concluzia că medicii sunt mai satisfăcuți de consultațiile, care nu durează mai mult de cinci minute și în care acesta pune o singură întrebare.

Perspectivele medicului și ale pacientului asupra bolii. Între medic și pacient pot apărea dificultăți de comunicare din cauza viziunilor diferite asupra bolii și asupra consultației. Altfel, perspectiva medicului acordă importanță raționamentului științific și datelor psihoclinice în diagnosticarea bolii, iar perspectiva pacientului accentuează importanța experienței subiective a bolii, semnificația duratei acesteia și dezvoltă idei și modele cu privire la boala și tratament. Ideile și modelele pacienților caută răspunsuri la întrebări de genul: *De ce m-am îmbolnăvit? De ce mi s-a întâmplat tocmai mie?* etc. Dacă medicii vor fi puțin receptivi la aceste modele, pacienții nu vor beneficia de informația de care au nevoie, pentru a rezolva problemele de sănătate și cele emoționale asociate bolii.

Literatura de specialitate evidențiază o serie de factori, care condiționează comunicarea deficitară în relația medic-pacient: lipsa de timp, refuzul medicului de a se implica afectiv; tendința de a considera situația pacientului un simplu caz medical; evitarea sau omiterea explicațiilor privind prognosticul bolii.

În cadrul relației medic-pacient, cei doi nu se află pe poziții similare. Bolnavul este persoana mai dezavantajată, aflându-se sub influența suferinței fizice și psihice; el suportă reacția psihologică determinată de

situatie (frică), resimte boala ca pe o situatie de nesiguranță, insecuritate. În această situație, medicul este percepțut ca o ființă puternică, uneori cu puteri magice, plin de energie și cu multiple posibilități, pentru a-i oseri bolnavului atenție și ajutor.

În relația medic-pacient, medicul ocupă locul principal, el fiind un suport psihologic pentru cel bolnav; între aceștia este necesar să existe o ambianță de încredere deplină, fără de care terapia este imposibilă. Relația dintre medic și pacient trebuie să se bazeze pe sinceritate și simpatie. Personalitatea puternică a medicului asigură protecție, siguranță și sprijin în actul medical.

6. Comunicarea în situații speciale. Comunicarea prognosticului infaust (nefavorabil)

O problemă majoră în practica fiecărui medic este cea a comunicării unor diagnostice neplăcute sau grave ale bolilor cu evoluție fatală sau cu pronostic rezervat. Diverse motive etice, morale, profesionale obligă medicul să ofere pacientului său informații relevante asupra bolii de care suferă, asupra prognosticului, în ultimă instanță, chiar asupra șanselor de supraviețuire. Orice medic este perfect conștient de faptul că informația oferită privind starea de sănătate are o importanță mare pentru pacient, care frecvent apare ca un verdict judecătoresc. Impactul pe care-l poate avea această informație asupra vieții pacientului este aproape imposibil de intuit, de anticipat. Anunțarea unei vești neplăcute presupune mult tact, delicatețe și profesionalism, ca orice alt act medical, însă puțini medici realizează cu succes această misiune, sarcină. Pentru a evita efectul distructiv al veștii neplăcute, medicul trebuie să conștientizeze implicațiile emoționale în raport cu interlocutorul (pacientul).

Anunțarea unei vești proaste devine o adeverată provocare profesională pentru orice lucrător medical, indiferent de specialitatea pe care o are. Ofierirea informațiilor corecte pacienților, despre diagnostic sau în legătură cu prognosticul, este atitudinea deonto-logică corectă, chiar și în situații extreme. Acordarea posibilității de a alege, de a decide ceea ce-l privește și sporește pacientului senzația de control asupra situației, aspect ce îl determină să facă față stresului generat de o boală terminală.

Frecvent, practica medicală presupune un diagnostic sever. Diagnosticul este acel mesaj, informație la care pacientul trebuie să aibă acces, pentru a cunoaște toate alternativele de tratament: privarea de dreptul la informație constituie o încălcare, un delict.

În ceea ce privește anunțarea veștilor neplăcute rудelor, familiei, aceasta constituie o altă problemă, situație deontologică. În aceste situații este necesar să se țină cont sau să fie cerută părerea, acordul pacientului, dat fiind faptul că informația privind sănătatea lui este strict confidențială.

Particularitățile comunicării diagnosticului

<i>Comunicarea adecvată</i>	<i>Comunicarea inadecvată</i>
<ul style="list-style-type: none"> • I se comunică vestea personal și în nici într-un caz prin telefon • Comunicarea veștii neplăcute se efectuează în cadrul unei consultații planificate și confidențiale • Se oferă suficient timp pentru a avea discuții ample, în termeni de specialitate, dar în același timp și accesibili pacientului; precum și pentru a-i răspunde la eventualele întrebări, care pot apărea pe parcursul discuției • Se utilizează un limbaj simplu, direct, dar suficient de explicit. Se țin sub control toate elementele limbajului nonverbal (mimică, gestică, poziția corpului etc.) și paraverbal (tonalitatea vocii, accentele etc.) • Pe lângă sprijinul medical, este nevoie și de un suport emoțional implicit. În așa fel se suportă mai ușor momentele lungi de tăcere, șocul, lacrimile, furia etc. • Asigurați pacientul că și în continuare sunteți disponibil să-l ajutați cu tot ce vă stă în putere • Frecvent se repetă sau se fac anumite concluzionări cu referire la informațiile medicale, însă și de acțiunile care reies din acestea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitarea, amânarea discuției sau ocolirea pacientului • Este inadmisibil ca vestea neplăcută să se anunțe într-un spațiu impropriu dialogului medical (pe coridor, sală de operație, cabinele în care se află și alte persoane etc.) • Este de neacceptat atitudinea grăbită sau cea de obiectivitate distanță • Este inadmisibil de a întrerupe dialogul cu pacientul, chiar dacă acesta aduce acuze lipsite de obiectivitate. Medicul evită implicarea sa în ceartă și nu răspunde cu furie la furia manifestată de pacient • Se evită folosirea enunțului: <i>Nu se mai poate face nimic</i> – în totdeauna se poate face ceva pentru a ușura suferința unui om • Se exclude empatia de circumstanță (<i>Știu ce simți</i>) • Se exclude, se evită folosirea cuvintelor dure, cu mare impact emoțional (moarte iminentă, pronostic infișat etc.), având drept argument: „exprimarea adevărului științific” • Este inaceptabilă ideea de a omite, ascunde sau de a nu informa pacientul despre starea sănătății lui

Comunicarea unei vești neplăcute solicită din partea medicului o capacitate de dăruire și empatie deosebită. Practicând o medicină științifică, dar și de suflet și conștiință, posibilitățile de colaborare cu pacien-

tu cresc, în special atunci când acesta simte că medicul îl înțelege și se implică în suferința lui.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Ce presupune o relație interpersonală?
2. Prin ce se deosebește relația interpersonală de relația specifică medic-pacient?
3. Enumerați principalele reguli pentru medici în relația cu pacientul.
4. Enumerați principalele reguli pentru pacienți în relația cu medicul.
5. Explicați relația medic-pacient din punctul de vedere al modelului biopsihosocial.
6. Care dintre etapele întâlnirii medic-pacient (în viziunea Dvs.) este cea mai importantă? Argumentați.
7. Ce aspecte ale comunicării influențează pozitiv și care influențează negativ relația medic-pacient?
8. Enumerați cauzele comunicării deficiente dintre medic și pacient.
9. Cine este responsabil pentru crearea unui climat psihologic constructiv în relația medic-pacient? Argumentați.
10. Ce presupune comunicarea în situații speciale?

Bibliografie

1. Athanasiu A. *Tratat de psihologie medicală*. București, Editura „Oscar Print”, 1998.
2. Cosman D. *Psihologie medicală*. București, Editura „Polirom”, 2010.
3. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București, Editura „INFO Medica”, 1999.
4. Manea M., Manea T. *Psihologie medicală*. București, 2004.
5. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
6. Oprea N., Revenco M. și alții. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, „Știința”, 1993.

TEMA 10. ACTUL TERAPEUTIC. STRATEGIILE DE OPTIMIZARE A ACTULUI TERAPEUTIC

Structura

1. Actul terapeutic. Caracterizarea generală.
2. Psihologia folosirii medicamentului. Efectul placebo.
3. Complianța terapeutică. Posibilitățile de optimizare.
4. Evaluarea complianței terapeutice. Alianța terapeutică.
5. Comunicarea și confidențialitatea în actul terapeutic.

Obiectivele operaționale

- Analiza actului terapeutic și a particularităților lui.
- Identificarea și analiza influenței efectului *placebo* asupra pacienților.
 - Identificarea factorilor ce influențează noncomplianța și non-aderența la tratament.
 - Evidențierea beneficiilor procesului terapeutic asupra perso-nalității pacientului.
 - Elucidarea contextului de alianță terapeutică.
 - Cunoașterea caracteristicilor relației medic-pacient într-o interacțiune pozitivă.
 - Explicarea termenului *eficiență terapeutică*.

Cuvintele-cheie: act terapeutic, complianță terapeutică, non-complianță terapeutică, efectul *placebo*, congruența terapeutului, alianță terapeutică; confidențialitate.

1. Actul terapeutic. Caracterizarea generală

Parafrazându-l pe Moliere, putem spune că medicii au făcut psihologie încă din cele mai vechi timpuri, deoarece e cunoscut faptul că și cel mai simplu act medical presupune o relație interpersonală, un contact uman de tip special între cel care suferă și cel care ajută, scopul final fiind alinarea unei suferințe umane. Aceasta înseamnă că milenii în șir psihologia a constat, pentru medici, dintr-o practică empirică.

Dintre disciplinele medicale, psihologia medicală se apropie mai mult de psihiatrie, dar și de diferite ramuri ale medicinii somatice, pe care le servește prinț-o mai bună cunoaștere a psihicului uman. Totuși *psihiatria* este o disciplină medicală, care vizează *actul terapeutic*, pe

când psihologia medicală, deși oferă drept tratament psihoterapie, interzice metodele terapeutice specifice medicinii.

Medicina studiază bolile și consecințele lor, în timp ce psihologia medicală vizează doar înțelegerea psihicului uman în condiții de boală. Întrebarea care se pune astăzi este dacă se poate delimita aria de referință a psihologiei medicale.

Psihologia medicală are, ca și *medicina*, un caracter aplicativ, prin cele 2 atribute esențiale: participarea la punerea diagnosticului și participarea prin mijloace proprii la actul terapeutic.

Psihologia și etica medicală, în viziunea cercetătorilor Gh. Scriepcaru și T. Ciornea, sunt unicele discipline în măsură să dea conștiință profesională deplină asupra rolului medicului în societate: „*psihologia medicală umplând în epoca modernă hiatusul dintre om și tehnică, prin formarea unui medic capabil de emoție, inedit și curios*”.

Progresul tehnic este astfel corijat prin studiul dimensiunii psihologice a bolii, iar hiperspecializarea medicală – prin evitarea atitudinii impersonale și neafective a medicului, aceasta într-o epocă în care progresul tehnic „*a făcut din noi zei înainte de a merită să fim oameni*” și evitând ca relația medic-pacient să devină o simplă „*relație de roboți*”.

Psihologia medicală este acea parte a psihologiei, care se aplică tuturor problemelor medicale, deoarece medicina are nevoie de o bază psihologică, activitatea medicului, mai ales într-o societate urbanizată și industrializată trebuind să se bazeze pe temeinice cunoștințe psihologice privind bolnavul și **consecințele actului medical**. Din acest motiv, nu putem fi de acord cu psihologii ca G. Ionescu, care consideră că s-ar limita psihologia medicală „*la studiul variatelor aspecte ale reacției insului la boala, la relația medic-pacient și tratamentele psihologice*”.

Unii psihologi consideră că nivelul atins astăzi de cercetările moderne de psihologie medicală și de studiu al comportamentului uman a „deplasat” mult mai departe posibilitatea de implicare a psihologiei medicale în medicina somatică și cea psihică. Simpla limitare la relația medic-pacient a psihologiei medicale ar dovedi că nu am învățat nimic din evoluția psihologiei din ultimele decenii.

Necesitatea psihologiei medicale s-a impus în secolul XX datorită unor evoluții ale civilizației noastre, care s-au reflectat și în aria medicinii (hipertehnicizarea medicinei, scăderea importanței medicului de familie, îndepărarea medicului de personalitatea umană ca efect al

ultraspecializării medicinii). Dezvoltarea noilor științe adiacente medicinii și noile cerințe ridicate de societatea actuală au făcut ca în domeniul dat să se resimtă **nevoia psihologizării actului medical**, în toate specialitățile, pentru a scoate medicina din viziunea mecanicistă a modelului medical și a o aduce în contextul actual al medicinei moderne, adică al medicinii psihosomatice.

În medicina autohtonă, lupta pentru reformă nu se referă numai la fonduri, aparate, salarizare mai mare. Aceasta înseamnă și o reformă structurală a viziunii asupra bolii și a instituției sanitare, prin introducerea unei ideologii noi (deja veche în Occident), privind bazele psihosomatice ale medicinii. Fără acest salt calitativ, reforma nu are nicio sansă.

În viziunea lui Gh. Scripcaru, *psihologia medicală* vine pentru a umple hiatusul dintre tehnică și om: „*Nu trebuie pierdut în plan uman ceea ce se câștigă în plan tehnic*”.

Fără conotația umană, **actul medical** este doar un act tehnic, de contact rece, iar medicul devine un funcționar lipsit de conștiinciozitate. Este evident că medicina psihosomatică și psihologia medicală aduc împreună, în acest domeniu, o mare contribuție.

Rene Leriche definește *boala* prin trei aspecte: o anumită *stare a organismului*, o anumită interpretare a medicului, o anumită *conștiință a bolnavului*. Orice boală, indiferent de natura sa somatică, psihică sau psihosomatică, este însoțită de o anumită stare de spirit a bolnavului respectiv, denumită cu alte cuvinte *psihologia bolnavului*.

Boala ca „*situatie de impas existențial*” antrenază o serie de restricții, care modifică modul de viață al individului (I. B. Iamandeșcu, 1997): restrângerea sau modificarea unor activități motrice sau fizio- gice (alimentare, sexuale etc.); limitarea sau suprimarea unor activități intelectuale sau profesionale, care pe lângă obținerea de mijloace exis- tențiale asigurau satisfacție; dereglarea raporturilor familiale; dependen- ţă față de alții etc.

Din punct de vedere medical, suntem obligați să ținem seama de această stare de spirit, deoarece de „moralul” bolnavului, de starea lui psihică, legată de evoluția bolii, depind în mare măsură *succesul terapeudic*, acceptarea cu calm a procedurilor terapeutice și stabilirea unor relații pozitive, de comunicare/collaborare, între medic și bolnav, în sco- pul vindecării suferinței.

În sensul acesta, trebuie eliminați *factorii anxiogeni* și încercarea de a **tranchiliza bolnavul** prin următoarele **mijloace terapeutice**:

- oferirea sprijinului psihologic și medico-social pacienților;
- consolidarea adekvantă a procesului terapeutic și ridicarea încrederei în medic;
- inducerea curajului și a puterii de a învinge boala;
- oferirea speranței în sprijinul persoanei bolnave;
- spulberarea îndoielilor și diminuarea gândurilor pesimiste;
- confirmarea optimismului prin rezultate terapeutice pozitive;
- demonstrarea altruismului, a empatiei și a toleranței în relația terapeutică;
- susținerea emoțională a pacientului etc.

În ceea ce privește normalitatea și corelația ei cu comunicarea în actul terapeutic, putem menționa că schimbul de informație este caracteristic organismului uman la toate nivelurile sale de organizare; toate procesele de reglare au nevoie de informație. Ființa umană nu poate fi concepută în afara informației și a comunicației (Restian A., 1997). Pamfil E. afirmă că dialogul, adică informația, reprezintă condiția liminală a conștiinței și a psihicului uman. Normalitatea presupune o capacitate de comunicare și elaborare continuă a informației, care să asigure armonia la nivelul subsistemului individual, familial, social sau grupal. Enătescu V. (1987) consideră că există tipologii ale normalității, modelele de comunicare individuale fiind influențate de factorii constituționali, temperamentali, psihosocioculturali etc.

Principalul scop al actului terapeutic este atingerea unei stări de bine, deci a unei „stări de integritate” și o diminuare sau tratare a simptomelor bolii sau a bolii în genere. Deci, sănătatea are aici un rol central, ea fiind și „capacitatea de autoactualizare” a pacientului (după Maslow A.), „capacitatea de a face față exigențelor și situațiilor cotidiene, inclusiv proprietelor noastre emoții” (după Goldenson), „capacitatea de adaptare flexibilă față de conflictele proprii” (Kraph) sau „facultatea de a cunoaște și a acționa cu autonomie” (Pellicer).

În fond este necesar să analizăm raportul „sănătate/boală” și să vedem ce presupune **sănătatea la nivelul grupului social, în cadrul relațiilor terapeutice**:

- predominanța relațiilor de cooperare, colaborare și (dacă este cazul) competiție, în defavoarea celor conflictuale;

- rezolvarea conflictelor prin mijloace pașnice;
- echilibrul între toleranță și coercitivitate (*coercițio* din l. lat. înseamnă *constrângere*) în controlul membrilor grupului);
- menținerea coeziunii grupului prin atașamentul membrilor săi la valori și scopuri comune în relațiile terapeutice;
- solicitarea de către individ a exercitării rolurilor concordante cu personalitatea sa în cadrul actului terapeutic;
- acordarea justă a recompensei și a sancțiunii pacienților (ce au susținut sau au neglijat tratamentul);
- asigurarea securității emotionale a pacienților (uneori a medicului);
- aderarea pacienților la valori superioare și receptivitatea față de nou;
- evitarea apariției tensiunilor cu efect dezorganizant.

*Astfel, trebuie să se ajungă la o stare de bine psihică, somatică și socială a persoanei, deci la o stare de echilibru, ce se subscrive termenul de *normalitate*.*

În continuare ne vom referi la **specificul actului medical în mediul spitalicesc**. Spre deosebire de asistență medicală ambulatorie, relația interpersonală medic-pacient dobândește, în cadrul asistenței spitalicești, o serie de caractere noi, dintre care le vom enumera pe cele mai importante, unele reînsind și din cele expuse anterior.

1. **Atribuțiile medicului.** În spital, medicul este șeful unui grup profesional, fiind dotat cu atribuții organizatorice. În virtutea acestui fapt, deși rareori se prevalează de această calitate, medicul este în măsură să reglementeze o serie de aspecte privind modul de viață al bolnavilor în salon, învoiri pentru a fi vizitați sau pentru a pleca acasă etc. La nivelul relației terapeutice cu pacientul, acest fapt accentuează gradul de domniație a medicului.

2. **Raporturile dintre medic și pacient apar adesea mediate.** Medierea este înfăptuită, în primul rând, de către personalul sanitar (extern – stagiar – asistentă) dar poate fi efectuată și instrumental, prin rezultatele analizelor sau prin consulturi de specialitate. Această mediere倾ă să slăbească contactul medic-bolnav.

3. **Urmărirea bolnavului este mai riguroasă, zilnică.** Indiferent de gradul de mediere a raportului medic-bolnav internat, această trăsătură apare ca o posibilitate suplimentară de apropiere între cei doi poli ai relației terapeutice.

4. Raporturile între medic și bolnav au loc, în general, în prezența celorlalți bolnavi. Această circumstanță poate stânjeni comunicarea între medic și pacient, dar ea poate fi exploatațăabil de către medic în acțiunea lui persuasivă asupra bolnavului anagajat într-o psihoterapie dirijată cu tact și la care pot fi antrenați și ceilalți bolnavi.

5. Discuțiile cu studenții sau stagiarii la patul bolnavului, de asemenea, pot avea un rol pozitiv, atunci când ele țin cont și de prezența bolnavului, dar adesea sporesc anxietatea acestuia, obligând medicul să se revanșeze ulterior printr-o atitudine mai atentă și mai afectuoasă față de bolnav, fapt pe care nu-l respectă totdeauna.

6. Relațiile bolnavilor cu mediul extern. Medicul acordă atenție, prin atribuțiile sale organizatorice, problemelor legate de comunicarea bolnavului cu alți membri ai familiei (reglând oficial, dar și „informal”, aceste relații). Prin aceasta se poate evita contactul cu unele persoane, pe care medicul le consideră a fi nocive moralului bolnavului internat, bazat pe anamneză și pe datele furnizate de o serie de conversații cu bolnavul. În situații de forță majoră, de exemplu, infarct miocardic, sunt interzise chiar vizitele celor apropiati.

Relațiile interpersonale sunt considerate cheia dezvoltării individului. Terapia oferă o relație astfel structurată, încât va permite actualizarea resurselor, facilitarea dezvoltării și a maturizării.

Rogers consideră că, pentru a-și atinge obiectivele, relația terapeutică trebuie să se conformeze unor principii. Astfel, el descrie următoarele **sase etape necesare pentru schimbarea personalității**:

a) două persoane intră într-o relație semnificativă pentru fiecare dintre ele;

b) clientul se află într-o stare de incongruență, adică este vulnerabil și anxios; el trăiește sentimentul că nu corespunde imaginii pe care o are despre sine;

c) terapeutul furnizează clientului o relație congruentă și integrată; adică, terapeutul este el însuși congruent, cel puțin în relația cu clientul;

d) medicul acordă pacientului o atenție pozitivă necondiționată și acceptă toate experiențele acestuia, întrucât ele alcătuiesc persoana pe care o are în față sa;

e) terapeutul retrăiește universul interior al clientului într-o manieră empatică și încearcă să returneze către acesta experiențele astfel receptate;

În clientul are disponibilitatea de a accepta, cel puțin în principiu, mesajul terapeutului în legătură cu atitudinea pozitivă necondiționată a acestuia față de el și cu felul cum înțelege situația sa.

Etapele 3, 4 și 5 evidențiază principalele caracteristici terapeutice ale relației dintre terapeut și client, descrise de **terapia rogersiană**, ca fiind condițiile congruenței, ale atenției necondiționate și empatiei, ale imaginii pozitive.

Relația terapeutică este înțeleasă ca o alianță activă, în care medicul nu are alt obiectiv decât de a stabili o relație care să satisfacă cerințele menționate. În cazul în care clienții pot accepta oferta unei relații empatice, necondiționate și congruente, atunci aceasta va preciza și clărișca comportamentul lor, precum și răspunsurile consecutive ale terapeutului. Rogers sugerează că **eficiența terapeutică** nu constă în construirea unei relații terapeutice eficiente, ci în efortul continuu al medicului de a menține această relație.

Prin **congruența terapeutului**, Rogers înțelegea „*ansamblul sentimentelor și atitudinilor, care curg în el pe moment*” (1979, apud. Dartevelle, citat de I. Ciorbea, 2010, p. 116). Acest lucru se referă la acordul intern, care este necesar să se realizeze între dimensiunile profunde ale personalității sale, și la acordul extern, referitor la modul în care își exprimă personalitatea sa clientul. De asemenea, „*aceasta mai înseamnă că terapeutul trebuie să fie pregătit să exprime atitudinile, pozitive sau negative, care îi vin cu persistență la suprafața sinelui și care, oricum, sunt percepute de către client*” (Rogers, 1961, op. cit.).

Congruența terapeutului nu este expresia interpretării unui rol; medicul, pur și simplu, exprimă deschis sentimentele pe care le trăiește în momentul interacțiunii sale cu pacientul. El conștientizează aceste sentimente și are capacitatea de a le comunica acestuia într-o manieră adecvată. Dacă, de exemplu, terapeutul, în timp ce discută cu clientul său, se plăcătoșește, aceasta nu înseamnă că el îi va vorbi imediat despre acest lucru; dar în cazul în care clientul continuă să-l plăcătoșească, terapeutul își va exprima acest sentiment cu speranța că vor vorbi deschis și constructiv despre el. Totuși, **terapeutul** nu trebuie să ofenseze sau să judece pacientul, motivându-și comportamentul prin invocarea spontaneității și a emoțiilor de moment. Terapeutul se poate comporta liber și natural doar într-o relație bine definită. Această idee ne permite să discutăm

despre limitele pe care le presupune o bună relație terapeutică. Câteva dintre aceste limite sunt:

– *limitarea responsabilității*: medicul nu rezolvă problemele pacientului; terapia creează un cadru, care permite la ambii să participe la rezolvarea problemelor de sănătate a pacientului;

– *monitorizarea timpului*: pacientul nu poate cere timp mai mult, invocând, de exemplu, faptul că a ajuns cu întârziere la terapeut;

– *limitarea afecțiunii*: trebuie bine definite cererile suplimentare de afecțiune ale unor pacienți, dorința de a depinde de medic, dorința de a continua relația socială în afara orelor de terapie etc.

Definirea clară a limitelor influențează pozitiv și comportamentul lucrătorului medical. Acesta devine mai relaxat, mai liber și mai eficient. Când relația nu este bine definită, este posibil ca persoana ajutată să ceară prea mult de la medic. În cazul în care relația terapeutică este bine definită, medicul poate abandona atitudinea sa defensivă, poate fi mai atent la nevoile și sentimentele pacientului și poate juca rolul de facilitator, stabilizator, cu ajutorul căruia pacientul își poate reorganiza eul.

Atenția pozitivă necondiționată se manifestă prin exprimarea continuă a unui sentiment pozitiv, fără rezerve și fără evaluări. Ea înseamnă să nu faci judecăți de valoare (Rogers, 1974). Medicul nu trebuie să accepte anumite sentimente ale clientului și să respingă altele, ci trebuie să-l valorizeze într-o manieră totală, necondiționată.

Ulterior, accentul pus de Rogers pe relația terapeutică și în contextul nostru ca un aspect important și primordial al schimbării, a fost formulat prin **3 condiții ale terapeutului**:

- empatia;
- considerația pozitivă necondiționată;
- congruența terapeutică.

ACESTE ELEMENTE SUNT CONSIDERATE NECESARE și SUFICIENTE PENTRU CA SĂ SE PRODUCĂ SCHIMBAREA TERAPEUTICĂ.

2. Psihologia medicamentului. Efectul placebo

În literatura de specialitate, termenul de **psihologie a medicamentului** a fost introdus recent (Iamandescu I. B., 1997). El se referă la aspectele psihologice, ce apar în momentul în care subiectul se află în relație cu medicamentul.

Încă de la începutul medicinii au existat medicamente active și placebo; prescrierea medicamentului dintotdeauna a ocupat un loc fundamental în relația terapeutică medic-bolnav. Farmacopeea modernă datează de la mijlocul secolului al XIX-lea, iar industria farmaceutică este produsul secolului al XX-lea.

Dezvoltarea acestia este uriașă, iar conotațiile economico-sociale ale medicamentului în lumea contemporană, în special în cea occidentală, sunt enorme. Dincolo de *funcția sa terapeutică*, **medicamentul** a devenit un obiect social și economic considerabil, de care trebuie să ținem cont în mare măsură, în mod egal pe plan psihologic și psihopatologic. Adesea, medicamentul a devenit simbolul nivelului de viață dintr-o țară.

După definiția dicționarului *Larousse*, **medicamentul** este o substanță, administrată ca remediu pentru combaterea unei tulburări sau leziuni și în final, pentru obținerea vindecării. Definiției materialiste a medicamentului trebuie să i se adauge și imaginea medicamentului, o schemă imaginată dobândită prin trimiterea la un anumit număr de parametri psihologici, psihodinamici, sociologici.

La om, medicamentul are o acțiune binară (medicamenteasă și psihologică), eficacitatea sau ineficacitatea substanței chimice fiind clar legată și de ideea că această eficacitate există. Orice medicament, în același timp, acționează activ de două ori asupra creierului.

Imaginea externă și reclama medicamentului. Imaginele externe ale medicamentului sunt legate în societatea contemporană de necesitatea industriei farmaceutice de a recurge la mijloace publicitare pentru promovarea și difuzarea produselor sale tot mai sofisticate. Tintele acestei publicitați sunt, pe de o parte, potențialii consumatori, iar pe de altă parte, medicii și este evident că se vor folosi canale diferite prin care să ajungă la destinatar.

Imaginiile interne ale medicamentului. Imaginea internă este o reprezentare inconștientă cu o tesiune afectivă puternică, care apare pe parcursul dezvoltării individului prin mecanisme de introiecție și rejecție. Imaginea medicamentului este strâns legată de imaginea medicului, de locul pe care îl are acesta în ierarhia reprezentărilor pacientului.

Sub aspect psihologic, momentul prescrierii medicamentului, momentul acțiunii farmaceutice a medicamentului, momentul bilanțului sau generalizarea efectelor. În cadrul acestei relații terapeutice distingem trei etape: a) momentul prescrierii medicamentului, momentul acțiunii farmacologice a medicamentului, c) momentul bilanțului.

1. Momentul prescrierii medicamentului. La această etapă, factorul psihologic principal se referă la *efectul placebo*. Placebo reprezintă o formă medicamentoasă identificată cu cea a unui medicament, care nu are substanță activă, adică este compusă dintr-o substanță amorfă chimică.

Efectul placebo este explicat prin expectanțele subiecților vizavi de efectul scontat al medicamentului prescris. Altfel spus, efectele medicamentului de tip placebo sunt congruente și determinate de expectanțele subiecților referitoare la efectul placebo.

În limbajul medical, prin placebo se înțelege un medicament inofensiv, dar cu efect psihologic datorită sugestiei și imaginatiei bolnavului. Efectul placebo, pentru aceeași substanță, este diferit de la un bolnav la altul și actualul înțeles al termenului ar fi efectul psihologic al unui drog. Deci, *între medicamentul placebo și efectul placebo există o deosebire*.

Efectul placebo se aplică oricărui medicament activ și constă din diferența dintre efectul determinat de natura fizico-chimică a medicamentului, estimată prin experimentele clinice și cele de laborator și efectul concret, pe care îl determină la un anumit bolnav.

Medicamentul placebo poate avea acțiune farmaceutică, dar aceasta se datorază doar sugestiei pacientului (prin „*amăgire și iluzie*”, în viziunea lui Păunescu-Podeanu). Medicamentul placebo apare ca un pseudomedicament, un mijloc terapeutic simulat, inactiv prin el însuși, dar cu încărcătură psihologică, în speranța vindecării. S-ar putea înțelege ca un tip de terapie sugestivă, încarnată într-o practică materială. Se pare că timp de milenii, terapia trecutului a fost mai mult o placebo-terapie.

2. Momentul acțiunii farmacologice a medicamentului. În afara efectului benefic pe plan somatic și psihologic, medicamentele exercită și o serie de efecte adverse (de ex.: reacții alergice, anxietate, amețeli etc.). Aceste efecte adverse devin stimuli cu valoare psihologică încărcată, care pot interfera ulterior, ca urmare a prelucrării lor cognitive, cu o bună derulare a tratamentului medicamentos.

3. Momentul bilanțului sau generalizarea efectelor. Aici analiza psihologică se referă la analiza costurilor-beneficii ale tratamentului medicamentos și la decizia continuării sau renunțării la tratamentul ținătă. În cazul în care tratamentul a fost reușit, analiza psihologică se referă și la dezvoltarea încrederii pentru eventualele administrări. În aspect

medico-psihologic, un aspect particular ce poate fi conturat este *dependența de medicamente*. Această dependență poate implica atât o dependență fizică, cât și una psihică.

Cuvântul „placebo” reprezintă forma la viitor a verbului latin *placere* - plăcere și poate fi tradus strict după sens, prin: „voi plăcea” sau „voi fi plăcut” (agreabil); el a fost adoptat de către medicină la sfârșitul secolului al XVIII-lea (în *Hoper's Medical Dictionary*, fiind definit ca medicament prescris pentru a plăcea bolnavului și, mai puțin, pentru a-i fi util). Cuvântul placebo are sensul de *agreabil, plăcut* – în sens de promisiuncă și deci poate defini aşteptarea unui bolnav, când i se dă un medicament, la acțiunea utilă, plăcută a acestuia (Iamandescu I. B. și Necula I., 2002).

Încercând o delimitare semantică a noțiunilor din domeniul **fatorilor psihologici care însotesc actul terapeutic**, G. Ionescu (1985) propune următoarea definiție operațională: „*Efectul placebo cuprinde ansamblul manifestărilor clinice, care apar la un bolnav sau persoana sănătoasă căreia i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic*”.

Caracterele generale ale efectului placebo:

- substanța administrată este inertă farmacodinamic;
- efectul este simptomatic;
- durata efectului este, de regulă, scurtă;
- instalarea efectului este mai rapidă decât a unei substanțe farmacodinamice active;
- acțiune este nespecifică.

Rolul efectului placebo în realizarea compliantei terapeutice.

Fiecare persoană își percep starea de sănătate sau boala în mod diferit, perceperea simptomatologiei fiind, într-o măsură mai mică sau mai mare, influențată de sugestie și autosugestie. Orice efect terapeutic are la bază și puterea sugestiei care, în terapie, este încapsulată în materialul mijlocului terapeutic (comprimat, capsulă, injecție) și își exercită acțiunea prin efectul placebo.

Efectul placebo, în viziunea lui Sivadon, depinde de trei factori:

- *atitudinea pacientului față de medicină*;
- *încrederea pacientului în medic*;
- *reputația tratamentului* (marcă, preț, ambalaj, poziția pe piață farmaceutică etc.).

Acste mecanisme, în cea mai mare parte, acționează inconștient. *Relația dintre pacient și medic este foarte importantă în determinarea rezultatelor tratamentului și, prin inducerea unui efect placebo benefic, în menținerea unei compliantă de lungă durată.* Acest posibil efect placebo este întărit de încrederea în medic, de gradul de empatie al acestuia, de atitudinea pe care o are față de pacient, dar și de atitudinea pozitivă privind efectul medicamentului prescris. Dacă între cei doi există un *raport pozitiv*, cel mai adesea va exista un entuziasm pozitiv pentru tratament. Atitudinea pozitivă, prietenoasă, interesul, simpatia, prestigiul medicului în fața pacientului sunt considerate ca având un rol similar medicației placebo. De asemenea, un factor deosebit de important în obținerea efectului scontat este comunicarea explicită a medicului privind modul de acțiune a medicamentului, folosind un limbaj adecvat înțelegerei pacientului.

Vechimea bolii, precum și istoria ei terapeutică influențează, la rândul lor, efectul placebo – o boală mai recentă, cu evoluție mai scurtă este mai sensibilă la acesta. La fiecare administrare, efectul placebo al unei medicații, cunoaște o diminuare. Există anumite forme, care sunt preferate de alții. Plasturii, picăturile nazale, soluțiile buvabile par a fi considerate mai puțin nocive sau, cel mult, determină o indiferență care nu declanșează lanțul noncompliantei.

Comprimatul clasic este ocolit de către majoritatea celor care sunt „îndrăgostiți de natură” și sunt adeptii fitoterapiei. În schimb, el este preferat de cei cu tendințe spre farmaco-dependență. Comprimatul trebuie să devină un simbol al intervenției terapeutice netraumatizante, fără efecte adverse.

De la obediță la constrângere terapeutică. „*Toate societățile își construiesc ierarhii – unii oameni au putere și autoritate asupra celorlalți*”, susține Eysenck. Pe recunoașterea acestei puteri și autorități a medicului în societatea contemporană se bazează și gradul de conformitate și obediță al sfaturilor medicale. Autoritatea medicală este considerată benefică de majoritatea populației, medicului fiindu-i astfel conferită funcția de îndrumător și vindecător. Există și cazuri în care funcțiile medicului sunt confundate cu capacitatea sa de îndrumător, autoritatea sa științifică fiind confundată cu dorința de putere, iar bresla medicală fiind considerată ca o adevărată putere statală – puterea medicală.

Szmukler și Applebaum au conceptualizat o ierarhie a „*presunilor terapeutice*” (2001), în cadrul căreia doar nivelurile superioare (amenințările și utilizarea forței) sunt recunoscute, în mod unanim, ca fiind coercitive. Cu toate acestea, și nivelurile inferioare ale acestei ierarhii ridică uneori același dileme etice ca și nivelurile superioare.

3. Complianța terapeutică. Posibilitățile de optimizare

Adevărată natură a medicamentului se dezvăluie cu greu percepției omului aflat în momentele de suferință cauzate de boală. Alunecând între concepții diametral opuse, care-i acordă, fie calități de remediu, fie suspiciunea de a avea efect negativ, concepția actuală despre eficacitatea și oportunitatea folosirii medicamentelor, în terapii de lungă sau scurtă durată, este ambiguă. Aceasta depinde de o multitudine de factori (mediul de proveniență a pacientului, structura de personalitate, forma de prezentare a medicamentului etc.). Eficiența actului medical depinde, în ultimă instanță, de gradul de complianță, de corectitudinea cu care pacienții urmează indicațiile medicale.

Termenul **complianță** provine din cuvântul engl. „*compliance*”, care înseamnă *acord, încuviințare, bunăvoie*. Complianța presupune o schimbare voluntară de comportament, precedată de cererea direcțională din partea cuiva. Conceptul de complianță a fost criticat, afirmându-se despre acesta că ar devaloriza autonomia și demnitatea pacientului, încurajând totodată puterea și atitudinea autoritară a medicului. De fapt, acest concept provine din psihologia socială și are o strânsă legătură cu conceptul de *conformitate*.

Conformitatea rezultă din aşteptările reale sau imaginare, comunicate sau necomunicate, ale fiecărui individ care aparține unui grup. În contrast, complianța apare atunci când oamenii își direcționează comportamentul, în urma unor cereri adresate lor în mod direct. Atât conformitatea, cât și complianța sunt create de normele sociale, generate de un grup. Oamenii se conformează pentru că ei doresc să fie supuși și să se alinieze la regulile funcționării sociale, impuse de grupul din care fac parte (familie, comunitate, instituție etc.). În prezent, medicii preferă să folosească termenul de *aderență* în locul celui de *complianță*.

Complianța este definită ca o acțiune ce concordă cu o cerere sau cu o recomandare, este tendința de a se supune ușor. Reprezintă o noțință referitoare la *adeziunea bolnavului la mijloacele terapeutice necesare*.

re pentru ameliorarea stării de sănătate, în care pot fi incluse terapiile biologice, regimurile alimentare, modificarea stilului de viață, precum și acceptarea supravegherii medicale și a controlului periodic.

Complianța terapeutică se referă la un raport explicit între comportamentul bolnavului și instrucțiunile clinice. Acest raport poate determina trei situații posibile:

1) hipercomplianță – care poate ajunge până la adăugarea unor mijloace terapeutice neindicatice;

2) complianță normală – care se înscrie în cadrul prescripțiilor terapeutice;

3) hipocomplianță – care poate ajunge până la noncomplianță și refuzarea prescripțiilor terapeutice.

Factorii de care depinde complianța terapeutică sunt:

- *natura prescripțiilor terapeutice*: complexitatea acestora, consecințele lor și eșecul anterior al unor astfel de prescripții;
- *prestigiul medicului*: particularitățile relaționale cu bolnavul etc.;
- *bolnavul*: nivelul de înțelegere, tipul de personalitate a acestuia;
- *boala*: severitatea, evoluția acută sau cronică a acesteia etc.;
- *anturajul*: experiența și atitudinile anturajului față de tratament.

Comportamentul noncompliant este considerat nepotrivit, contrarie crezurilor profesionale, normelor și așteptărilor privind rolurile corespunzătoare pacienților și profesioniștilor. Numeroși factori sunt incriminați în „noncomplianță”. Dintre aceștia vom menționa ca principale grupe: factorii legați de trăirea bolii și de înțelegerea sa intelectuală de către bolnav; factorii legați de relația medic-bolnav; factorii legați de tipul tratamentului; factorii legați de anturajul bolnavului.

Dintre factorii legați de boală menționăm: diagnosticul, gravitatea, morbiditatea, evoluția, durata, iar dintre cei legați de tratament: existența unor produse cu acțiune prelungită, durata tratamentului, numărul de medicamente, frecvența crizelor și dimensiunea dozelor, prezența efectelor nedorite. În funcție de natura, severitatea și durata bolii, complianța terapeutică variază într-un mod relativ previzibil.

Aderența terapeutică implică colaborarea voluntară a pacientului, respectiv acțiunile acestuia în consens cu planul terapeutic stabilit în urma tranzacției profesionale dintre medic și pacient, în care fiecare dintre ei a înțeles punctul de vedere al celuilalt.

Conceptul de *aderență* este preferat de profesioniștii din domeniul sănătății pentru că acest termen înălță conotația de obediенă pasivă la ordinele medicului, conotație preluată din categoria conceptelor psihologiei sociale.

În medicina actuală, pacientul nu trebuie să fie pasiv, conform integrării în alianța terapeutică, el își acceptă planul de investigații și tratament în mod activ, într-o relație contractuală de parteneriat cu medicul. Trebuie menționat faptul că în literatura de specialitate, cei doi termeni (*compliance* și *aderență*) sunt folosiți în mod neschimbător. În contextul clinic, fiecare interacțiune este legată de două seturi opuse și la fel de convingătoare de credințe referitoare la sănătate - credințele pacientului și cele ale clinicianului.

Credințele pacientului referitoare la sănătate pot fi sau nu congruente cu cele ale medicului. Intenția este de a se forma o *alianță terapeutică*, pentru a ajuta pacientul să facă o alegere adecvată. Pentru medici, aceasta semnifică o modificare a valorilor plecând de la principiul „*Medicul știe cel mai bine*”, pentru a se ajunge la *parteneriat*. Pentru pacient, această modificare semnifică implicarea activă în procesul de vindecare a bolii, prin asumarea responsabilităților.

Pentru a realiza o puncte între scopurile pacienților și cele ale medicilor, a fost propus un alt termen, și anume **concordanță**, termen care subliniază *colaborarea mai intensă dintre medic și pacient*. Concordanța descrie modelul prin care pacienții și profesioniștii din domeniul medicinii realizează schimburi de opinii asupra tratamentului și ajung la un acord comun asupra necesității (sau lipsei de necesitate) unui anumit tratament.

Se consideră că în cadrul **alianței terapeutice**, prescrierea medicației și a regimului de viață implică patru sarcini importante (Elwyn, Edwards și Britten, 2003, cit. de Cosman D., 2010, p. 260):

- încurajarea exprimării opiniei pacientului în privința necesității de a urma tratamentul medicamentos;
- explorarea acestor opinii împreună cu pacientul;
- informarea pacientului despre avantajele și dezavantajele de a lua sau de a nu lua medicația (de ex., terapia cu citostatice în cazul cancerului);
- implicarea pacientului în deciziile terapeutice.

S-a observat că **planurile terapeutice** investesc mai mult control în pacient – *controlul intern*, decât în serviciile de sănătate – *control extern* și sunt mai eficiente în ceea ce privește complianța pe termen lung. Se pare că elementul-cheie în obținerea acestei eficacități ar fi maniera de comunicare cu pacientul.

Așa cum am subliniat pe parcurs, **actul medical** se referă la aspectele curative și profilactice în cazul bolilor. Unii dintre factorii importanți implicați în boală și sănătate sunt cei psihologici. Ca urmare, *psihologia poate optimiza actul medical la toate etapele lui*.

Un subiect aparte îl reprezintă *relația medic-bolnav*. Accasta este o *relație terapeutică*, care poate fi benefică și optimizată prin aplicarea cunoștințelor din *psihologia relațiilor interpersonale*.

4. Evaluarea complianței terapeutice. Alianța terapeutică

Conceptul de angajament și principiile acestuia se aplică pe *modelul interacțiunilor medic-pacient*, în scopul evaluării complianței terapeutice. Hall și colaboratorii săi (2001) au dezvoltat *un instrument de evaluare a angajamentului* prin intermediul unei grile cu șase dimensiuni:

- prezentarea la consulturile programate;
- interacțiunea pacient-medic;
- comunicarea;
- deschiderea;
- aderența la medicație.

Este mai ușor și mai util să concepem angajamentul într-o astfel de manieră multidimensională, decât ca pe un concept de tipul „*totul sau nimic*”, prin folosirea binomului *compliantă-noncompliantă*. Angajamentul poate fi privit ca un spectru de comportamente, iar numărul componentelor exprimate de o persoană se poate modifica în timp.

Alianța terapeutică este vehiculul, prin care se mobilizează angajamentul. Importanța alianței terapeutice, precum și impactul pe care aceasta îl are asupra evoluției clinice au fost descrise în detaliu, în literatura psihanalitică. De-a lungul timpului, au fost propuse diverse modele de conceptualizare a acestei asocieri, majoritatea având la bază ideea parteneriatului *clinician-pacient*, în care deciziile se iau prin negociere și colaborare (Charles et al., Tarrier și Barrowclough, 2003).

Caracteristicile relației medic-pacient într-o interacțiune pozitivă
(după D. Mateo).

- altruismul;
- toleranța;
- căldura susținătoare;
- atitudinea pozitivă și binevoitoare;
- absența tensiunii;
- comunicare constructivă;
- comportament adecvat;
- echilibrare și stabilitate emoțională;
- expresivitatea nonverbală pozitivă.

Alte elemente relevante ale relației medic-pacient, în opinia noastră, ar fi:

- stilul de comunicare (predominant *assertiv*);
- participarea pacientului la procesul decizional;
- gradul în care medicul răspunde la preocupările pacientului și permite dialogul constructiv;
- colaborarea și cooperarea;
- înțelegerea reciprocă;
- gradul în care fiecare dintre părți ia în considerație punctul de vedere al celeilalte părți;
- empatia și respectul;
- corectitudinea și onestitatea.
- timpul pus la dispoziție pentru consultație.

Modelul reprezentării cognitive a bolii descrie maniera, în care persoanele organizează informațiile în legătură cu ceea ce li se întâmplă, atunci când prezintă simptome de natură somatică sau psihologică, precum și maniera în care reacționază la ele. Reprezentarea cognitivă sugerează că, atunci când individul experimentează concret anumite simptome, el atașează la acestea o semnificație personală, care se organizează în jurul a cinci teme esențiale. Conținutul gândurilor poate fi diferit, în funcție de fiecare individ, dar clinicienii pot dobândi o înțelegere asupra manierei, în care pacientul percep problema prin explorarea acestor teme.

Deși motivele **nonaderenței la medicație** sunt multiple, incluzând efectele adverse ale medicației și impactul afecțiunii asupra funcționării

generale și sociale a individului, lipsa de motivație este factorul cel mai important.

Studiile legate de **complianță terapeutică** demonstrează că aproximativ jumătate dintre pacienții cu afecțiuni cronice, cum ar fi, diabetul zaharat și hipertensiunea arterială, manifestă **noncomplianță** la regimul de viață impus.

Tot în domeniul **noncomplianței** se situează și acei bolnavi, care au o adeziune slabă la tratament, cu încercări repetate de intrerupere a terapiei și apoi de reluare sau de remaniere a indicațiilor medicale. Este, mai ales, cazul pacienților care, pe lângă afecțiunea de bază (*somatică sau psihică*), asociază și dependența de alcool și droguri.

În literatura de specialitate sunt identificate o serie de **factori asociați cu noncomplianța/nonaderența** la tratament.

Factorii ce țin de pacient cuprind:

- factorii de natură cognitivă (capacitatea de memorizare a individului, de înțelegere a diagnosticului, a indicațiilor date);
- mecanismele de apărare (frecvența utilizării raționalizării, negării, sublimării etc.);
- tipul mecanismelor de coping utilizate (centrare pe problemă sau pe emoție);
- modalitățile de conceptualizare a bolii (repräsentarea bolii, a cauzelor, evoluției și consecințelor acesteia);
- factorii de natură socială (suportul social, mediul familial dizarmonic, dificultățile materiale etc.);
- vîrstă pacientului (complianță scăzută la copii și vîrstnici);
- asumarea rolului de bolnav, care să activeze motivația pentru însănătoșire.

Factori demografici legați de afecțiune și tratament:

- singurătatea și izolare socială;
- comorbiditatea cu tulburările legate de utilizarea de substanțe;
- evoluția de lungă durată a bolii;
- antecedentele de nonaderență la medicație;
- afectarea cognitivă;
- lipsa conștientizării bolii;
- trăirea subiectivă a efectelor secundare ale medicației;
- planurile terapeutice complicate.

Factorii individuali și de interrelaționare cuprind:

- un nivel ridicat de expresie emoțională în familie;
- lipsa conștientizării bolii;
- locul de control intern (tendența de a crede că evenimentele sunt întotdeauna sub controlul persoanei);
- alianță terapeutică scăzută;
- expectanțe și atitudini negative legate de tratament;
- temea de efectele secundare ale medicației înaintea folosirii acesteia;
- credințe negative generale legate de medicația indicată.

5. Comunicarea și confidențialitatea în actul terapeutic

Confidențialitatea este un concept vechi în medicină, care se regăsește chiar în Jurământul lui Hipocrate: „*Ceea ce văd sau aud în cursul tratamentului sau chiar în afara tratamentului legat de viața oamenilor, ceea ce cu niciun chip nu trebuie răspândit, voi păstra pentru mine considerând aceste lucruri rușinoase pentru a fi răspândite*”.

Principiul etic al respectului față de persoane dictă că dreptul la intimitate, care ar fi violat dacă am comunica altora informații personale. Astfel, confidențialitatea facilitează deschiderea la comunicare și o relație terapeutică bazată pe încredere între medic și pacient, sporind astfel eficiența terapeutică.

Pentru a păstra confidențialitatea, în practica medicală modernă, fiecare medic trebuie să-și dezvolte deliberat obișnuința de a păstra discreția. Confidențialitatea nu înseamnă doar păstrarea unui secret mare ocazional, ci indică mai degrabă un model zilnic de respect pentru pacienți și poveștile lor.

Păstrarea confidențialității informațiilor medicale respectă autonomia și intimitatea pacienților, incurajându-i să urmeze tratamentul, să discute problemele deschis și împiedică discriminarea. Medicii trebuie să evite „capcanele” neprevăzute privind confidențialitatea, de exemplu, discuțiile despre pacienți în drum spre serviciu, spre casă, la o cafea, ceai etc. Menținerea confidențialității, însă, nu este o regulă absolută. Legea poate cere medicilor să treacă peste confidențialitate în scopul protejării terțelor părți, de exemplu, medicii trebuie să raporteze oficialităților guvernamentale persoanele cu anumite boli infecțioase, cum ar

fi tuberculoza și sifilisul, victimele împușcate și cele ale violenței și abuzurilor familiale.

Discutarea problemelor etice complexe cu alți membri ai echipei de îngrijire a sănătății, cu colegii sau cu comitetul de etică al spitalului clarifică, deseori problemele etice și sugerează căile pentru a îmbunătăți comunicarea și pentru a face față emoțiilor puternice. Atunci când se luptă cu probleme etice, medicii pot avea nevoie să își reevaluateze convingerile fundamentale, să tolereze nesiguranța și să-și mențină integritatea, respectând în același timp opiniile celorlalți.

În toate țările, practica medicală este controlată la nivel înalt, prin legi și regulamente statale înscrise în codurile juridice (penal, civil, de procedură penală) constituind norme de jurisprudență, dar și suplimentar prin coduri de comportament (norme deontologice), care nu sunt impuse de legea statului, dar sunt autoacceptate. Acestea au fost inițiate cu mii de ani în urmă (Codul Hammurabi, Jurământul lui Hippocrate - anii 400 î.Hr.), sunt îmbogățite continuu (declarații etc.), s-au reflectat și se reflectă în sistemele juridice ale vremii (dacă inițial comportamentele respective au fost considerate malpractice, astăzi ele sunt acceptate juridic ca ilegale, de exemplu, inducerea avortului ilegal, încălcarea confidențialității etc.).

În general, normele deontologice stabilesc un minim de morală specifică cu privire la exercitarea unei profesiuni. În măsura în care unele norme deontologice au o semnificație deosebită și încălcarea lor periclităză valori apărate prin drept, ele sunt sancționate de Stat devenind și norme juridice.

Dreptul medical, constituit deja în multe țări, reprezintă o particularizare a noțiunilor generale de drept la profesiunea medicală, acesta putându-se realiza prin sistematizarea tuturor normelor cuprinse în codurile de deontologie, legile sanitare, precum și în legile din diferite ramuri de drept (constituțional, penal, civil etc.).

Profesiunea medicală este o activitate socială, medicul neputând fi exonerat de responsabilități sociale și juridice. Actul medical are efecte umane, sociale și juridice inevitabile, din care decurg obligații și drepturi.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor

1. Precizați factorii asociați cu noncomplianța și nonaderența la tratament.
2. Explicați normalitatea și comunicarea în actul terapeutic.
3. Care sunt caracteristicile esențiale ale relației teraputice?
4. Definiți complianța terapeutică, hipercomplianța și hipocomplianța.
5. Explicați comportamentul noncompliant.
6. Definiți aderența sau concordanța terapeutică.
7. Explicați strategia de evaluare a compliantei.
8. Explicați valoarea profesională a confidențialității.
9. Cum poate fi facilitată eficiența terapeutică (eficiența actului terapeutic)?

Bibliografie

1. Athanasiu A. *Elemente de psihologie medicală*. București, Ediția Medicală, 1983.
2. Ciorbea Iu. *Personalitatea psihoterapeutului și procesul terapeutic*. Iași, Editura „Polirom”, 2010, 411 p.
3. Cucu I. *Psihologie medicală*. București, Editura „Litera”, 1980.
4. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
5. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București, Editura „Infomedica”, 1997.
6. Hâncu V. *Con vorbirea non-directivă, tehnica, mecanismele și valențele sale terapeutice*. În revista „Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap”. București, Editura „INRESPH”, 1995.
7. Popa-Velea O. *Științele comportamentului uman. Aplicații în medicină*. București, Editura „Trei”, 2010.

TEMA 11. IATROGENILE. EFECTELE ERORILOR MEDICALE

Structura

1. Definirea conceptului *iatrogenie*.
2. Frecvența iatrogeniei. Cauzele iatrogeniei.
3. Tipuri de iatrogenii.
4. Prevenirea producerii iatrogeniilor.
5. Culpa medicală. Malpraxisul.

Obiectivele operaționale

- Definirea conceptului *iatrogenie*.
- Enumerarea și descrierea tipurilor de iatrogenie.
- Conștientizarea impactului negativ pe care îl are iatrogenia.
- Dezvoltarea abilității de a previni producerea efectului iatrogen în activitatea profesională.

Cuvintele-cheie: iatrogenie medicamentoasă, iatrogenie psihică, iatrogenie de intervenție și explorare, prevenirea iatrogeniei, culpă medicală, malpraxis.

1. Definirea conceptului *iatrogenie*

Termenul *iatrogenie* derivă din limba greacă, fiind alcătuit din cuvintele *iatros* (medic) și *genesis* (geneză, creare), iar *suferință iatrogenă* poate fi definită ca orice situație patologică provocată, indusă, creată, generată printr-un act medical de către membrii corpului medical. Profesiunea medicală se circumscrie, din perspectivă etică și sub raport calitativ, principiului: *Primum non nocere* – „În primul rând, să nu dă unezi”.

În literatura de specialitate sunt utilizati, cu înțelesuri relativ appropriate, termenii **iatrogen** și **iatrogenie**. *Iatrogen* – se afirmă despre o maladie, accident morbid, ce au fost condiționate de tehniciile de diagnostic, de tratamentul medicamentos. *Iatrogenie* – se referă la tulburările morbide, la bolile cauzate de medicamente, tratamente medicale și chirurgicale, de atitudini medicale neadaptate sau prost controlate.

Acești termeni se referă la efectele nocive produse pacientului de acțiunile medicale realizate în scopul ameliorării stării sale de sănătate. O boală iatrogenă apare atunci, când efectele colaterale ale unei proceduri de diagnostic sau terapeutice generează o patologie independentă

de afecțiunea de bază. Semnificativ este faptul că actul medical în cauză urmărește obținerea stării de bine a pacientului, dar efectul obținut fi poate negativ, însă în egală măsură neașteptat, neprevăzut, nedorit – acest aspect făcând diferența dintre suferința iatrogenă și alte aspecte ale practicii medicale cu consecințe negative asupra pacientului (culpa medicală, neglijența etc.).

Definirea iatrogeniei poate fi folosită într-un sens larg, incluzând orice neplăcere, de care are parte persoana din momentul în care devine pacientul unui medic. Astfel, boala iatrogenă, ca stare patologică producă sau agravată de către medic, poate fi determinată de diagnosticul greșit sau incomplet, de comportamentul interpersonal inadecvat al mediciilor și al personalului sanitar, definit de expresiile sau afirmațiile imprudente față de bolnav, atitudinile, acțiunile, sugestiile, de tratamentele incorecte aplicate (medicamenteoase sau chirurgicale), de condițiile spitalizării, care pot induce – reactiv sau psihogen – suferințe bolnavului.

Iatrogenia reprezintă „*ansamblul consecințelor negative asupra bolnavului ca urmare a efectelor nedorite, necunoscute sau neprevăzute ale actului medical*” (S. Rândășu, 1996).

2. Frecvența iatrogeniei. Cauzele iatrogeniei

În general, nu există o evidență sigură a erorilor produse în sistemul medical.

În practica medicală, evenimentele nefavorabile (erorile, rezultatele adverse) în care pacienții sunt nedreptății de tratamentul medical sunt frecvente (L. L. Leape, 1994). Riscul iatrogen pentru pacienți cu boli acute este înalt, studiile raportează rate de 4–17% (D. H. Mills, 1995; C. A. Vincent, 1997). Un studiu observațional, realizat în SUA, stabilește că 45% din pacienți au suferit cel puțin o eroare de management medical și 17% au suferit evenimente ce au dus la o spitalizare pe termen lung sau la probleme mai serioase (L. B. Andrews, C. Stocking, T. Krizek, L. Gottlieb, C. Krizek, T. Varghish, și colab., 1997).

Evenimentele nefavorabile sunt incidente, care apar în mod neintenționat în timpul tratamentului medical: stările de inconștiență în timpul anesteziei, moartea în timpul operațiilor, eșecurile terapeutice în cazuri de meningite etc., fiind tragicе atât pentru pacienți, cât și pentru echipa medicală. Acestea pot duce la complicații sau la litigii. Frecvent, investigațiile se centrează asupra acțiunilor medicului și mai rar se examină

nează contextul în care se produc aceste evenimente. Mediul de activitate include multe componente ce au importanță particulară, acestea sunt caracteristicile pacienților, ale echipei de muncă, contextul economic și de organizare. Investigațiile ce iau în discuție doar acțiunile sau omisiunile medicului sunt incomplete și greșite.

L. L. Leape (1994) menționează că trebuie acordată mai multă atenție studiului factorilor psihologici, al mecanismelor și cauzelor erorilor particulare, subliniind faptul că probabilitatea la eroare este puternic influențată de contextul și condițiile de muncă.

Analizele critice ale incidentului și ale organizării cazurilor individuale au ilustrat complexitatea legăturii dintre evenimentele ce pot conduce la un rezultat advers. Cauzele pot fi unii factori de interrelație, ca problemele de comunicare, de supraveghere și sarcină de muncă excesivă.

Cercetarea psihologică arată că susceptibilitatea la eroare este puternic afectată de condițiile adverse de muncă, de supraveghere și comunicare nepotrivită. Deciziile și acțiunile umane joacă un rol important în majoritatea accidentelor. În opinia lui J. L. Reason (1995), ele duc la două tipuri de insuccese: active și latente.

1) *Insuccesele active* sunt acțiunile nesigure sau omisiunile comise, care pot avea consecințe adverse imediate: anestezisti, chirurgi, infirmiere etc. Termenul *insuccese active* cuprinde:

- acțiune greșită sau insucces, de ex.: la folosirea greșită a seringii;
- insuccese cognitive, cum ar fi: scăderea memoriei și omisiuni prin ignoranță sau neînțelegerea situației;
- deviere de la siguranța practicilor, procedurilor sau standardelor operatorii.

Erorile sunt produse, în special, din neglijență, neatenție, dar și din cauza unui management ineficient.

2) *Insuccesele latente* își au originea în deciziile greșite, adesea luate de oameni incompetenți. În medicină, insuccesele latente țin, în primul rând, de responsabilitatea managementului în perioada, când s-au adoptat decizii privind unitatea medicală. Insuccesele latente sunt provocate de condițiile nefavorabile de muncă și activitate.

Acste condiții includ:

- sarcini de muncă încărcate;
- cunoaștere sau experiență insuficientă;
- supraveghere inadecvată;

- o situație stresantă;
- scopuri incompatibile (conflict între posibilitățile financiare și nevoile medicale);
- sisteme de comunicare inadecvate;
- menținerea necorespunzătoare a echipamentului și a clădirilor.

Aceștia sunt factori care influențează performanța medicală și pot condiționa erorile, iar în final afectează pacientul.

Erorile principale, generatoare de boli iatogene sunt:

- tehnici de diagnostic, insuficient verificate;
- tratamentul medicamentos nepotrivit (necorespunzător);
- intervențiile chirurgicale nereușite;
- condițiile de spitalizare inadecvate, spitalizarea prelungită;
- atitudinea incorectă a medicului;
- intervențiile psihoterapeutice efectuate necorespunzător etc.

Alte cauze determinante de **comportamentul medicului** sunt:

- solicitarea exagerată a analizelor de laborator;
- relațiile tensionate între medic și pacient în perioada stabilirii diagnosticului, a tratamentului, dar și pe parcursul terapiei;
- exprimarea academică, sofisticată a unor medici în transmiterea informațiilor;
- informarea parțială;
- oferirea necontrolată a unor informații, care pot genera reacții de ampoloare crescută la unei pacienți predispuși să interpreteze și să amplifice teama de boală;
- folosirea instrumentelor incorect sterilizate;
- prescrierea unor medicamente care au reacții adverse, secundare;
- administrarea în exces a medicamentelor pentru simptome banale, exagerate etc.

Un alt factor determinant al iatrogeniei îl constituie *pacientul și personalitatea lui*. Orice boală (somatică, psihică, psihosomatică) cuprinde tulburări obiective și suferințe subiective. Persoana percepă trecerea de la starea de sănătate la cea de boală ca pe o schimbare nedorită, neplăcută, ca pe un pericol.

Persoanele aflate în suferință reacționează diferit: întâlnim atitudini de apărare, de compensare, de refugiu. Pentru anumite persoane și în anumite situații ale vieții, atitudinea față de propria sănătate poate lua

caracter exagerat: concentrarea atenției asupra propriului corp; interpretarea subiectivă a stării sale; tendința să descopere dizerite simptome care pot condiționa suferințe personale.

Nivelul educațional scăzut al pacienților este una dintre cauzele frecvente ale iatrogeniilor. Acesta determină dificultăți de înțelegere, de reținere a informațiilor primite de la personalul medical. Studiul personalității bolnavilor cu suferințe iatrogene pune în evidență unele trăsături specifice, care explică receptivitatea acestora către iatrogenizare (C. Enăchescu, 2000). Acestea sunt:

- egocentrism pronunțat, cu tendința de a analiza permanent propriul corp și starea de sănătate;
- temperament senzitiv-emoțional, impresionabil, labil, ușor influențabil, cu dificultăți de adaptare;
- sugestibilitate (crede și acceptă cu ușurință părerea și sfaturile altora cu privire la starea de sănătate și de boală);
- nesiguranță de sine, instabilitate interioară; imaturitate emoțională; tendință de a utiliza „boala” ca argument pentru a fi protejat de ceilalți, de a fi tratat medical, de „a se refugia în boală”, mai mult sau mai puțin conștient.

Pentru înțelegerea genezei și suferinței iatrogene este importantă tipologia bolnavilor (elaborată de Păunescu-Podeanu, 1969). Există „bolnavi difficili”, care reprezintă cazuri complicate, greu de abordat, rezistente la tratament. În funcție de particularitățile de personalitate manifestate de ei, s-a realizat următoarea clasificare tipologică:

- *bolnavul dificil-frust, incidental, la limita noțiunii*: manifestă tulburări vagi, imprecise, fără acuitate; este un tip de pacient care, după ce află că nu suferă în mod obiectiv de ceva anume, se calmează și își continuă activitățile sale obișnuite;
- *bolnavul dificil, formă severă, majoră, ireductibilă*: consideră boala ca fiind gravă, renunță la preocupările sale normale, preocupat acum de starea sănătății sale, nemulțumit de modul în care este tratat; asemenea pacienți acuză și consideră vinovați medicii de suferințele lor; le este influențată sfera emoțională, judecata, comportamentul, relațiile interpersonale;

- *tipul intermediar*: persoane care consultă medicul pentru suferințe banale, manifestă nemulțumire față intervenția medicală și consultă numeroși specialiști; persoane frustrate – cu eșecuri, situații conflictuale

de viață, cu un psihic labil, care somatizează aceste psiho-traume; bolnavi conștiincioși care ascultă cu multă grijă sfaturile medicului, dar pe care nu le urmează – adresându-se altuia pentru verificare; bolnavi conștiincioși care urmează într-un mod absolut indicațiile medicului și care solicită în mod permanent explicații din partea acestuia.

O altă cauză ce favorizează iatrogenia o constituie *cultura medicală*, dobândită de pacient prin diverse surse: educația primită în familie; propaganda pe probleme de educație sanitară; informare personală din materiale medicale oferite de TV, internet etc. Este necesar de specificat că, frecvent, informațiile de natură medicală sunt înțelese și interpretate greșit.

3. Tipuri de iatrogenii

În funcție de cauzele generatoare, pot fi diferențiate câteva *tipuri de iatrogenii*.

Iatrogenia medicamentoasă. Aceasta cuprinde totalitatea tulburărilor psihosomatische determinate de administrarea medicamentelor, referindu-se la reacțiile adverse sau intoleranță, fie de administrarea eronată (ca doză, durată, tip de medicament, asociere medicamentoasă), fie de reacțiile individuale variate, imprevizibile.

Se consideră că iatrogenia medicamentoasă este cel mai frecvent tip de inducere a bolii iatogene, din cauza faptului că există o cerere crescută de terapie medicamentoasă în rândul populației și, de asemenea, există o creștere a ofertei de medicamente de către firmele farmaceutice. Un rol important îl are publicitatea prin reclamele la numeroase medicamente prezентate ca fiind „fără reacții adverse importante”.

Alte fenomene cu rezonanță negativă, în ceea ce privește tratamentul medicamentos, sunt *automedicația* (încurajată adesea de legile economiei de piață a medicamentelor, care recurg la reclame persuasive pentru utilizarea fără prescripție medicală a acestora) și *polipragmazia* (utilizată uneori de medicii cu o personalitate mai anxioasă, cu tendință „acoperirii” terapeutice a întregului spectru simptomatologic sau cu o pregătire insuficientă care tratează difuz, fără a ținti afecțiunea propriu-zisă).

Administrarea eronată a medicamentelor, cu multiplele ei fațete poate fi consecința unor factori diferiți: diagnostic greșit, pregătire profesională insuficientă, superficialitate etc. Iatrogenia medicamentoasă

constă și în subdozarea sau supradozarea medicației, scurtarea sau prelungirea neîntemeiată a tratamentului, asocierile (combinări) medicamenteștoase nedorite.

În medicină, *efectul advers* este definit ca un efect nociv sau nedorit al unei medicații. Indiferent de contextul clinic, responsabilitatea medicului este să utilizeze măsuri terapeutice intense, cu înțelepciune și să țină cont de acțiunea pericolelor și a costurilor potențiale ale acestora. Tratamentul trebuie să fie rațional, presupunând din partea medicului care-l prescrie căntărirea argumentelor pro și contra și convingerea că procedura este recomandabilă, potrivită sau esențială pentru ameliorarea stării sau vindecarea afecțiunii.

Iatrogenia psihică este determinată, în mare măsură, de adoptarea unor strategii deficitare de comunicare între medic și pacient. Întreaga activitate medicală se desfășoară pe fundalul psihologic realizat de comunicarea dintre medic și pacient.

Nu doar tratamentul, ci și cuvintele, și comportamentul medicului pot leza omul bolnav. Răul pe care un medic îl poate provoca pacientului nu se limitează la utilizarea fără prudență a medicației sau a procedurilor medicale. La fel de importante sunt comentariile lipsite de considerație sau cele nejustificate.

Medicul, atât prin comunicarea verbală, cât și prin mesajele sale nonverbale, este pasibil (susceptibil) de greșeli de conduită în cadrul dialogului cu pacientul. Cantitatea insuficientă de informații duce la o creștere a anxietății, cu o scădere a pragului de sensibilitate chinestezică și o concentrare asupra senzațiilor și funcțiilor propriilor organe. O cantitate excesivă de date medicale oferite pacientului, la fel poate constitui o sursă de stres informațional (informația oferită pacientului poate depăși capacitatele lui de prelucrare); care mai poate favoriza și apariția anxietății.

Studiul calitativ al comunicării scoate în evidență fenomenul de iatrogenie, prin incapacitatea de decodificare a limbajului medical. Comunicarea bazată pe excesul termenilor exclusiv medicali accentuează confuzia pacientului în legătură cu starea sănătății sale. Abordarea excesivă de familiară, uneori chiar depășind aspectul profesional, este la fel de nocivă.

Iatrogenia psihică, determinată de comunicarea deficitară dintre medic și pacient, poate condiționa depresia anxioasă, somatizare pe diverse

viscere sau sisteme etc. Atitudinea responsabilă a medicului și a tuturor profesionaliștilor din domeniul medical trebuie să fie caracterizată printr-o calitate ireproșabilă a comunicării interumane, care să fie generatoare de beneficii emotionale pentru bolnavi.

Iatrogenia de intervenție și explorare. Aceasta se poate datora, fie erorilor apărute în folosirea tehnicilor de investigație, fie tehnicișării excesive a medicinei, ceea ce duce la dezumanizarea actului medical.

Progresele tehnicii și cele ale medicinii, concretizate în investigații paraclinice de ultimă oră (de exemplu, rezonanța magnetică nucleară, tomografia computerizată, ultrasonografia Doppler etc.), sunt remarcabile și în conformitate cu progresele civilizației umane. Ori de câte ori este absolut necesar, medicul poate și trebuie să opteze pentru aceste mijloace de investigație, în prealabil, pacientul trebuie informat cu privire la investigațiile care urmează să fie efectuate, în ce constau ele și ce riscuri presupun. Astfel, vor fi prevenite efectele nedorite: anxietatea, stările depresive, atacurile de panică etc.

Discernământul medicului trebuie să rămână factorul hotărâtor în alegerea fiecărui act medical în parte. Medicul este cel care trebuie să plaseze investigațiile între metodele clasice, bazate pe experiența clinică, relația interpersonală (examenul clinic, intuiția, relația empatică medic-pacient, simțul clinic), și metodele moderne de investigație paraclinică, selectându-le, bineînțeles, pe cele mai potrivite și mai puțin invasive.

Iatrogenia de spital. Aceasta este determinată de condițiile incompatibile din punct de vedere fizic, emoțional sau moral. Factorii de stres la care este supus pacientul spitalizat sunt suficienți pentru iatrogenizare, și anume: izolarea și, în același timp pierderea intimității; conviețuirea cu alții bolnavi; limitarea contactului cu familia, reguli impersonale de ordine interioară; tratamentul depersonalizat (centrat asupra bolii); o multitudine de proceduri și gesturi medicale, care au un caracter incomprehensibil; zgromotul; așteptarea; monotonia etc.

Pentru unii pacienți, complexitatea acestor schimbări determină disfuncții majore ce depășesc potențialele avantaje ale spitalizării (supravegherea atentă a întregului proces terapeutic de către personalul medical), rezultând suferințe iatogene.

Pacientul oscilează între supunere și ostilitate, adoptând o mulțime de atitudini provocate de mecanisme psihologice specifice. În același

temp, situația de boală provoacă regresia spre atitudini infantile și spre dependență. Spitalizarea îndelungată poate contribui la apariția tulburărilor de natură psihică: depresie, nevroză instituțională etc.

Bolile iatrogene pot fi condiționate și de alte mecanisme de producere: *imitația, sugestia, cogniția*.

- *Imitația* apare în urma relațiilor cu alți pacienți (bolnavi) sau în urma informațiilor de natură medicală primite prin diverse surse.

- În ceea ce privește *sugestia*, putem diferenția două căi posibile: autosugestia pacientului în urma relației cu medicul, tehniciile de investigație, diagnosticul, tratamentul etc.; inducția sugestivă, determinată de relațiile cu medicul sau cu alți bolnavi.

- *Cogniția* poate duce la iatrogenie, prin distorsiune cognitivă (în cazul exprimării pretențioase, academice a personalului medical), interpretarea eronată a diagnosticului sau a tratamentului, interpretarea efectelor în raport cu starea proprie sau a altor pacienți cu aceleași afecțiuni.

Tensiunea psihică permanentă, legată de pericolul îmbolnăvirii, favorizează apariția anxietății, duce la dezvoltare nevrotică și, în cele din urmă, la consultarea medicului. Întâlnirea pacientului cu medicul, constituie una dintre cele mai importante faze ale actului medical, în care se pot manifesta atitudini iatrogene.

Afecțiunile de natură iatrogenă au mecanisme de producere specifice tulburărilor psihosomatice.

4. Prevenirea producerii iatrogeniilor

În prevenirea iatrogeniilor, rolul principal îi revine medicului. În general, pacienții aleg să se adreseze medicilor după anumite criterii: experiență profesională, prestigiu, autoritate, volumul de activitate, poziția socială, succesele înregistrate, opinia pacienților.

În ceea ce privește administrarea medicamentelor, medicul este responsabil pentru a aprecia cu un înalt grad de profesionalism „echilibrul”, care se stabilește între beneficiul terapeutic și efectele secundare și incisivitatea medicamentelor.

Medicul poate și trebuie să opteze pentru cele mai potrivite mijloace de investigație, dar pacientul trebuie informat în legătură cu ce presupune metoda în sine și cu posibilele riscuri la care este expus. Discernământul medicului trebuie să rămână factorul hotărâtor în alegerea fie-

cărui act medical în parte. El este cel, care trebuie să plaseze investigațiile între metodele clasice, bazate pe experiența clinică și relația interpersonală (examenul clinic, intuiția, relația empatică medic-pacient, simțul clinic) și metodele moderne de investigație paraclinică, alegându-le, bineînțeles, pe cele mai potrivite (mai puțin invazive).

Pentru prevenirea efectelor iatrogeniei, în cadrul relației cu pacientul, medicul trebuie să acționeze cu mult tact, răbdare, înțelegere, suport psihologic, pentru a-i oferi pacientului perspectiva unei soluții terapeutice adecvate etc. Attitudinea medicului față de propriile erori sau față de erorile altor colegi trebuie să fie autocritică și critică-constructivă, cu scop de perfecționare și autodepășire.

Prevenirea iatrogeniei în spital se poate face prin *umanizarea* spitalelor, dotarea spațiilor de agrement, astfel încât să se apropie cât mai mult de mediul familial.

H. Ey subliniază principiile deontologice care pot contribui la diminuarea iatrogeniilor: *a ști, a alege, a trata, a respecta*.

5. Culpă medicală. Malpraxisul

Culpă medicală este o problemă a sistemului medical ce generează consecințe negative psihologice sau somatice și nu se limitează la boala iatrogenă. O definiție generală o consideră ca o afectare somatică (ne)intenționată, generată sau amplificată de îngrijirile medicale (inclusiv absența tratamentului indicat), ce duce la un plus de monitorizare, tratament sau spitalizare sau chiar deces. Acest tip de afectare este considerat *culpă*, indiferent dacă se poate preveni sau nu, dacă este sau nu rezultatul unei greșeli sau dacă a survenit într-un spital sau nu.

Termenul *culpă medicală* nu implică intenție, neglijență sau un anumit grad de severitate al afectării, el a fost utilizat în urma unei cercetări (Harvard Medical, 1991) în care a concluzionat că îngrijirile medicale standard generează o proporție semnificativă de suferință a pacienților. Tipuri de culpă medicală, în mediul spitalicesc și în alte contexte clinice, sunt: infecțiile nosocomiale, traumatismele prin cădere, arsură (prin radioterapie sau aparat medical), escare de decubit, suicid spitalicesc, diagnostic eronat, proceduri chirurgicale inutile, tratament insuficient sau în exces etc.

Malpraxisul medical este eroarea profesională săvârșită de profesorul serviciilor de sănătate prin acțiune sau inacțiune, din neglijență,

imprudență, ignoranță sau prin nerespectarea reglementărilor privind confidențialitatea, consumămantul și obligativitatea acordării serviciilor de sănătate, soldată cu producerea de prejudicii pacientului, care implică survenirea răspunderii civile.

Eroare profesională este eroarea de normă în exercitarea profesiunii medicale sau farmaceutice rezultată din nerespectarea sau neaplicarea normelor unanim acceptate privind comportamentul profesional, în contextul în care un alt lucrător medical sau farmaceutic, în aceleasi condiții, le-ar fi respectat și aplicat.

Realizarea actului medical din neglijență presupune realizarea unui act medical, indiferent de natura sau forma acestuia, cu o atitudine dezvoltă față de posibilitatea survenirii unor consecințe grave care, deși puteau fi prevăzute, nu au fost prevăzute de subiectul care realiza actul medical.

Realizarea actului medical din imprudență are în vedere realizarea unui act medical, indiferent de natura sau forma acestuia, în care a fost prevăzută posibilitatea survenirii unor consecințe negative, prejудициabile, dar care nu au fost acceptate, existând atitudinea superficială că acestea ar putea fi prevenite.

Realizarea actului medical din ignoranță este realizarea unui act medical, indiferent de natura sau forma acestuia, de către un lucrător medical sau farmacist, care nu posedă cunoștințele și abilitățile necesare pentru efectuarea acestuia, deși ar fi trebuit să le posede, având obligația profesională de a realiza actul medical conform pregăririi sale profesionale și standardelor terapeutice.

Malpraxisul medical este, întotdeauna, produs în contextul raportului medic-pacient, însă la survenirea acestuia pot acționa și alți factori independenți de lucrătorul medical sau farmaceutic, dar dependenți de instituția medico-sanitară sau farmaceutică, de producătorii și furnizorii de tehnică și utilaj medical, substanțe medicamentoase, biologice și materiale sanitare, de furnizorii de utilități către instituțiile medico-sanitare și farmaceutice.

Standardele și reglementările referitoare la malpraxis diferă de la o țară la alta, în funcție de legislația fiecăreia, iar cadrele medicale sunt obligate să dețină o asigurare profesională de malpraxis. Importanța răspunderii juridice nu constă doar în aplicarea unei anumite forme de răspundere, ci mai mult în corectarea și educarea individului și a societății,

precum și în preîntâmpinarea apariției unor fapte condamnate de societate, care se evidențiază prin consecințele lor negative. Răspunderea medicală urmărește, pe de o parte, protejarea intereselor pacientului, iar de cealaltă parte, are valoare profilactică, stimulând inițiativa prestatului de servicii de sănătate în interesul pacientului, evitând cazurile de urmărire pentru responsabilitate.

Întrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor

1. Definiți termenul *iatrogenie*.
2. Ce tipuri de iatrogenii cunoașteți?
3. Enumerați cauzele producerii iatrogenici.
4. Definiți *iatrogenia medicamentoasă*.
5. Explicați în ce constă iatrogenia psihică.
6. Care dintre tipurile de iatrogenii le considerați mai răspândite? Argumentați.
7. Cine credeți că e responsabil pentru producerea iatrogeniei?
8. Ce metode pot fi întreprinse pentru a preveni apariția iatrogenilor?
9. Definiți *culpa medicală*.
10. Definiți *malpraxisul medical*.

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie medicală*. București, Editura „Polirom”, 2010.
2. Iamandescu I.B. *Psihologie medicală*. București, Editura „INFO Medicală”, 1999.
3. Manea M., Manea T. *Psihologie medicală*. București, 2004.
4. Tudose F. *Psichiatrie și Psihopatologie pentru psihologi*. București, 1998.

TEMA 12. PERSONALITATEA MEDICULUI

Structura

1. Statutul de medic.
2. Trăsăturile de personalitate și cele profesionale ale unui medic.
3. Factorii stresogeni din viața profesională a medicului.
4. Comportamentul adictiv al medicilor.
5. Sindromul arderii profesionale (burnout) în profesia de medic.

Obiectivele operaționale

• Familiarizarea cu semnificația psihologică a conceptelor de bază ale temei: *statutul medicului, calitățile terapeutice ale medicului, adicție, sindromul burnout*.

- Identificarea calităților unui medic „bun” din punctul de vedere al pacientului.
- Analiza factorilor stresogeni din activitatea medicului.
- Analiza cauzelor și condițiilor ce provoacă adicția comportamentală printre medici.
- Dobândirea cunoștințelor despre arderea profesională și a modalităților de evitare a sindromului.

Cuvintele-cheie: personalitatea medicului, medic „bun”, stresori din viața medicului, adicție, sindromul arderii profesionale (burnout).

1. Statutul de medic

Relația medic-pacient reprezintă esența psihologiei medicale. Ea este punctul central al relației de îngrijire și este, în cele mai multe cazuri, una dintre condițiile și un factor esențial pentru procesul de vindecare.

Există o legătură strânsă între personalitatea medicului și modul în care își practică meseria. Nu se poate face o separare netă între tehnician și om. Existența legăturii dintre cele două, natura ei, importanța ei sunt variabile în funcție de diferite momente și situații, efectele ei fiind, de asemenea, variabile. Efectele acestei legături pot fi benefice, dacă favorizează empatia cu bolnavul și-l ajută pe medic să găsească o relație justă cu pacientul sau nefaste, dacă împiedică realizarea unei judecări obiective sau determinarea diagnosticului.

Reprezentările pe care și le face medicul asupra rolului său sunt puternic influențate de reprezentările ambiante. Medicul se poate opune

acestor reprezentări, poate adera la ele, fără criticism sau cu mai multă distanță și rezervă, suportându-le, însă, întotdeauna le poate influența. Medicul este investit *a priori* cu imaginea pe care și-o formează bolnavul, sub efectul presiunii sociale și a nevoilor proprii.

De-a lungul timpului, imaginea medicului s-a schimbat, lăsând însă urme asupra percepției acestei profesioni. Astfel, în majoritatea religiilor primitive, vindecătorul este reprezentantul lui Dumnezeu. La fel ca și preotul, medicul oficiază prin respectarea unor ritualuri; veșmintele sale sacerdotiale sunt bluza albă și stetoscopul, care înlocuiește amuleta; limbajul său este, la fel ca și al religiei, ermetic.

Medicul este personajul, care posedă cunoașterea, facultatea de a vindeca, este o autoritate luminoasă, dar el este, deopotrivă, neliniștitor, pentru că i se atribuie secrete, pe care ni le închipuim noi ca pacienți și i se atribuie, de asemenea, o atotputernicie cu caracter magic, acest lucru suscitantă o anumită agresivitate defensivă. Bolnavul îi poate reproşa, conștient medicului că își vinde arta, ceea ce ar putea fi o modalitate de a-i reproşa, inconștient, ca nu îl acceptă gratuit, pentru el însuși.

Medicul mai este neliniștitor pentru pacient și pentru că bolnavul, la fel ca orice ființă umană, are anumite secrete și se teme ca medicul să nu le scoată la lumină, chiar dacă e vorba numai despre micile plăceri obținute din boala sa. Această imagine a omului, care este percepță ca amenințător pentru ceea ce ar putea descoperi, este evidentă îndeosebi pentru psihiatri.

Statutul medicului este asociat cu așa valori ca:

- putere;
- cunoaștere;
- devotament;
- eroism;
- putere de sacrificiu.

La nivelul statutului și al rolului pe care le cere societatea de la medic, conștient, regăsim caracteristici logice și raționale, cum sunt cele relevante de către Delay și Pichot:

- *competență tehnică*;
- *atitudinea universalistă*: medicul trebuie să trateze orice persoană, indiferent de naționalitate, religie etc.;
- *specificitatea funcțională*: privilegiile, obligațiile și competențele medicului nu sunt valabile decât în domeniul medicinii, singura institu-

ție, în afara căsătoriei, care permite accesul la intimitatea fizică și morală a persoanelor; contrapartida acestui privilegiu este „secretul profesional”;

- *neutralitatea afectivă*;
- *atitudine altruista și dezinteresată*;
- *rolul social*, care constă în autenticarea bolii, care nu intră în ordinea socială decât după confirmarea de către o instituție medicală.

Dincolo de toate acestea, ca și de valorile unei societăți, în ceea ce privește sănătatea și boala, se vor exercita subiectivitatea bolnavului și subiectivitatea medicului. De aceea, competența tehnică a medicului nu este calitatea cea mai valorizată de către bolnavi.

Medicina, deși este deținătoarea unui arsenal informatic și intervențional, nu știe încă drumul spre sănătatea deplină sau spre nemurire. De aceea este firesc ca un medic să ceară o a doua opinie. Curajul de a cere a doua opinie nu-l au, însă, decât medicii buni.

În opinia unui medic-practician român, Nicolae Marcu, mulți medici uită că pacienții sunt la fel de deștepți și de buni observatori ca și ei: „*Pacientul simte imediat dacă ești stăpân pe situație, dacă ai experiență, dacă ești bine sau rău dispuș. Dacă ești atent la pacientul tău, vei vedea că modulează în funcție de starea ta: se sperie odată cu tine, râde când râzi și tu, motivat. Vine imediat și pericolul: dacă medicul scapă vreo expresie nepotrivită, va manifesta anxietate sau frustrare. Pentru un medic, nu sunt bune, nici tonul ridicat, nici strigătul neprotocolar după un coleg mai Tânăr sau asistentă, etc.*”.

Precum relatează Ioan Cucu în monografia sa „Psihologia medicală”, relația medic-pacient constituie unul dintre aspectele fundamentale cu care se ocupă psihologia medicală. Hipocrate cerca medicilor vocație, studii, timp, loc prielnic și dragoste de muncă. El considera că succesorul terapeutic depinde, în primul rând, de cuvânt, și apoi de plantă sau cuțit. Deși medicul este mai mult criticat decât onorat, rolul de salvator de vieți i se atribuie fiecărui medic, prin studiile care le urmează și calificarea profesională pe care o obține. Personalitatea bolnavului este importantă, dar tot atât de importantă este și personalitatea medicului care se ocupă de bolnav. Întâlnirea dintre medic și pacient este o întâlnire dintre două personalități care stau pe poziții diferite.

Bolnavul poate veni cu diverse prejudecăți la medic, dar și medicul are propriile aspirații, viziuni, dorind ca pacientul să corespundă acestora.

Aceste aşteptări ale medicului ţin, în primul rând, de temperamentul său. Dacă medicul este autoritar, el îşi va dori un pacient docil; dacă este foarte ocupat, îşi va dori un caz mai simplu etc. Balint subliniază că relaţia medic-pacient lasă curs liber tendinţelor personale, sentimentelor inconştiente, convingerilor şi prejudecăşilor. Deseori, deciziile esenţiale şi vitale se iau fără ca cineva să se simtă pe deplin responsabil. Acest anonimat al răspunderii este cultivat, îndeosebi în cadrul instituţiilor sanitare de stat, prin instituirea unor relaţii „oficiale” şi a unor stereotipi-puri.

Pacientul vine la medic cu speranţa că va fi înțeles, că nu va mai suferi, că medicul va fi competent, că va găsi suficientă solicitudine din partea personalului medical.

Medicul e privit de către pacienţi în mai multe ipostaze, prin care el: alină suferinţa; vindecă boala; salvează (uneori) viaţa bolnavului; oferă sfaturi şi recomandări în vederea profilaxiei şi a igienei personale.

2. Trăsăturile de personalitate şi cele profesionale ale unui medic

În opinia pacientului, un medic „bun” posedă următoarele calităţi:

- explică clar evoluţia stării de sănătate a pacientului şi succesiunea vizitelor ulterioare;
- manifestă simţul umorului în activitatea profesională;
- încurajează o comunicare destinsă şi cuprinzătoare (solicită opiniua pacienţilor, încurajează pacienţii să-şi spune necazurile, verifică gradul de înțelegere a problemelor medicale de către pacienţi);
- acordă toată atenţia pacientului şi problemelor lui de sănătate.

E important faptul că pacienţii mulţumiţi de asistenţă menţionează, în special, calităţile personale ale medicului, dar nu abilităţile sale tehnice. Anume calităţile terapeutice esenţiale reprezentă legături importante între arta şi ştiinţa medicinii, îmbunătăţesc abilitatea interviewatorului de a obţine date referitoare la antecedentele medicale şi istoricul pacientului, precum şi exactitatea acestor date, duc la obţinerea unor relaţii terapeutice mai bune în practica obişnuită.

Calităţile terapeutice necesare unui medic (după I. Iamandescu) sunt: respectul, autenticitatea şi empatia.

Respectul. Câteva reguli prin care medicul poate exprima respectul faţă de pacient:

- să se prezinte clar și să specifică motivul pentru care se află acolo;
- să se intereseze cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc.);
- să discute stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poate fi ușor urmărit, văzut și auzit;
- să prevadă pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci, când în cadrul anamnezei se va referi la lucruri, care ar putea provoca suferință morală;
- să reacționeze astfel încât pacientul să fie conștient că a auzit ce spune.

Autenticitatea. Autenticitate înseamnă să nu pretinzi că ești altcineva. Prima situație în care te poți confrunta cu problema autenticității este atunci, când ești student, psiholog sau medic stagiar. Cum te prezini? Ar trebui să te prezini ca student în practică, ca psiholog sau ca medic? Accepți ca un pacient să îți se adreseze cu „domnule doctor”? Cum reacționezi atunci când pacienții îți pun întrebări, care depășesc aria cunoștințelor tale sau care vor să transfere altora temerile lor privind prognosticul bolii și responsabilitatea îngrijirilor? Stagiarii, rezidenții, psihologii și practicienii se confruntă cu situații, în care pacienții le cer păreri sau cer efectuarea unor proceduri, care depășesc nivelul de cunoștință acumulat. Poți fi pus în situația de a cere sfatul unui coleg sau de a trimite pacientul la un specialist.

A fi autentic implică a recunoaște în fața pacientului ce știi și ce nu știi să faci sau poți ori nu poți să faci și a negocia un plan pentru viitor, care să fie bazat pe priceperea ta. Acest aspect al autenticității este o componentă a încrederii pacientului față de medic. Adăugând detalii personale, se poate induce o stare de disconfort în relația doctor-pacient. Când pacientul spune lucruri triste sau comice, este bine să reacționezi ca om, și nu ca o mașină perfecționată de diagnostic și tratament. Demonstrarea interesului față de pacient ca persoană este o altă modalitate de a fi autentic.

Empatia. Empatie înseamnă să înțelegi exact ceea ce spune pacientul și să îi faci cunoscut faptul că ai înțeles. Modalitatea de a manifesta empatie într-o consultăție presupune:

- încercarea de a obține o conversație în care să existe reciprocitate (dialog);

- dezvoltarea și folosirea unui vocabular compus din cuvinte descriptive;
- acordarea atenției comunicării nonverbale, în special paralingvis- tice.

Empatia este un fel de înțelegere. Arta empatiei constă în a învăța să discuți cu pacienții astfel încât să obții maxim de informații și cât mai exacte despre propriile lor gânduri și sentimente. Există mai multe moduri în a reacționa într-o discuție pentru a face cunoscut pacienților faptul că îi înțelegeți. Un comportament empathic poate, de asemenea, să ajute pacienții în clarificarea sentimentelor. Uneori pacientul nu este conștient de propriile sale sentimente. Empatia poate fi privită ca un proces de feedback. Medicul începe prin a asculta cu atenție ce are pacientul de spus atât din punct de vedere științific, cât și afectiv. Dacă medicul crede că a înțeles, reacția lui trebuie să fie aceea de a-i spune pacientului ce a înțeles. Dacă specialistul și pacientul se află pe aceeași lungime de undă, cel de-al doilea se va simți înțeles și încurajat să dezvăluie cât mai multe dintre părerile și sentimentele sale. Chiar dacă medicul nu a înțeles corect, dar își arată interesul verificând informațiile cumulate cu pacientul, acesta se va simți încurajat și va răspunde mai sincer și cu mai multă precizie.

În discuțiile medicale avute cu pacienții trebuie învățat un anume stil de a reacționa, diferit de cel folosit într-o discuție socială. În situațiile sociale, deseori medicul minimalizează sau ignoră sentimentele. Spre exemplu, când oamenii întrebă: „Ce mai faci?” sau „Cum te simți astăzi?”, nu se așteaptă la un răspuns negativ, la o confesiune despre cât de proastă este de fapt starea de sănătate. Într-o consultare însă, pe medic trebuie să-l intereseze într-adevăr să știe toate stările nefaste, prin care trece pacientul. Printre modalitățile de a reacționa empathic la aceste stări ale pacientului, se enumără: ignorarea, minimalizarea, reciprocitatea, completarea.

Ignorarea. Fie medicul nu aude ceea ce spune pacientul, fie se comportă ca și cum nu a auzit. El nu reacționează, nici referitor la conținutul simptomelor, nici la sentimentele pacientului.

Minimalizarea. Medicul reacționează la sentimentele și simptomele pacientului cu o intensitate mai mică decât cea cu care acesta le-a relata.

Reciprocitatea. Medicul recunoaște sentimentele și simptomele exprimate de pacient și le analizează cu atenție și își spune părerea într-o

manieră de intensitate egală cu cea folosită de pacient în relatare. Răspunsul reciproc poate fi foarte folositor în aflarea antecedentelor medicale. Aceasta este de fapt o reformulare cu propriile cuvinte ale medicului a ceea ce a spus pacientul, pentru a-i demonstra acestuia că a fost înțeles.

Cum poate fi obținut un răspuns reciproc? Există două moduri simple: prin *oglindă* și prin *parafrazare*. Oglinda (sau „reflecția”) înseamnă pur și simplu a spune pacientului exact ceea ce a spus el. De exemplu: Pacientul: *Mă simt îngrozitor*. Medicul: *Vă simțiți îngrozitor?* Parafrazarea este o reformulare a informației pacientului în întrebări. De exemplu: Pacientul: *Am o stare de oboseală pe care o simt chiar și dimineața*. Medicul: *Să înțeleg că Vă simțiți obosit chiar și dimineața?*.

Completarea. Într-un răspuns, prin completare, medicul înțelege nu doar ceea ce pacientul spune, dar și ceea ce nu poate să spună. Unul dintre motivele pentru care medicii apelează în activitatea lor la răspunsul prin completare este acela de liniștire a pacientului. Asta înseamnă că medicul trebuie să facă o presupunere pertinentă, privind motivele de îngrijorare, care ar putea preocupa pacientul și să se axeze pe acelea care ar conduce la clarificarea lor. Capacitatea de a da un răspuns prin completare vine din experiența de a asculta cu mare atenție relatările pacienților, învățând de-a lungul timpului să găsească puncte comune. Unul dintre avantajele acestui răspuns prin completare este posibilitatea de corectare și, deci, creșterea exactității informațiilor obținute. În cazul unci paciente cu anexită, un răspuns prin completare poate fi:

Pacienta: *În majoritatea zilelor, anexita mă chinuie atât de tare, încât senzația de tensiune și durerea devin insuportabile*.

Medicul: *Pare că durerea este atât de puternică, încât nu mai credeți că lucrurile se vor îmbunătăți*.

Dacă medicul nu a înțeles exact sensul afirmației, pacienta poate răspunde: *Mă simt destul de rău, dar încă sper că lucrurile se vor îmbunătăți*.

Cunoșcuții psihiatri francezi Delay și Pichot au alcătuit o listă cu principalele calități cerute de către publicul francez medicilor. Aceste calități, în ordinea priorităților ar fi următoarele:

- conștiință profesională (100%);
- devotament (75–95%);
- exactitatea diagnosticului (51–66%);
- cunoștințe științifice (33%);

- franchise (12%);
- dezinteres material (11%);
- autoritate (9%).

Astfel se pot distinge două grupe primordiale de calități ale medicului: calitățile relaționale, care facilitează relația medic-bolnav și calitățile etice. În primul rând contează factorii afectivi, în timp ce factorii ca dezinteresul material sau cunoștințele științifice se situează pe al doilea plan.

Psihologul Donn W. Parson subliniază că în fața omului bolnav medicul poate manifesta 5 tipuri de atitudini:

- de competență tehnică;
- universalistă;
- de specificitate funcțională;
- de neutralitate afectivă (când refuză relațiile personale cu bolnavul);
- altruistă.

Munca medicului este, de fapt, o succesiune de stări emoționale atât din partea pacientului, cât și din a sa însăși. Din acest motiv, medicul trebuie să depășească stadiul unor relații de rutină, pentru a nu-și pierde entuziasmul și curiozitatea, capacitatea de a fi disponibil să ajute.

Bolnavii raportează medicului atitudinile lor afective, ostilitatea lor și relațiile ambivalente, pe care le-au avut anterior în relațiile cu părinții sau cu alte persoane semnificative din anturajul lor. Bolnavul se comportă față de medic ca și cum ar fi în fața părinților săi (dependență, senzația de omniprezență a medicului, necesitatea unei supunerii necondiționate). Această relație de dependență apare pregnantă în cursul transferului. *Cu cât pacienții sunt mai grav bolnavi și boala este mai îndelungată, cu atât transferul și dependența sunt mai intense.*

Contratransferul, subliniază psihiatrul David Moron, este rezultatul influenței, pe care bolnavul o exercită asupra sentimentelor inconștiente ale medicului prin proiecții și identificări iraționale la acestea din urmă. Gravitatea bolii este direct proporțională cu fenomenele de transfer, motiv pentru care *bolnavii mai ușori* sunt mai greu de îngrijit (datorită dependenței și regresiunii mai mici a acestora).

Dacă s-a produs vindecarea organică, pacientul trebuie integrat în societate, moment în care transferul, atașamentul infantil față de medic

devine un factor negativ. Această dependență trebuie să înceteze și pacientul să-și recapete statutul de persoană autonomă avut anterior.

Raportul dintre personalitatea medicului și diagnostic a fost un aspect atins de Fiessinger, Minkovski și Heglin, precum și de Moga A., Râmniceanu A., Podeanu-Popecu C., Dimitriu C., care au arătat că anumite trăsături de personalitate, pe lângă alte neajunsuri, pot contorsiona diagnosticul și pot duce la erori de diagnostic. Personalitatea examinatorului poate fi o arie largă cu implicații nebănuite în ratarea diagnosticului și poate începe cu vanitatea și orgoliul, amorul propriu, teama de a nu greși și de a nu răspunde, cu lipsa simțului autocritic, nerecunoașterea ajutorului pe care îl poți primi de la un confrate (prin neștiința că este necesar, prin lipsa de dorință, prin nerecunoașterea poziției de învins). Toate acestea pot fi însoțite de: tendința de a contrazice permanent, imposibilitatea acceptării că și alții pot ajunge la un diagnostic corect, optimismul necontrolat și excesiv, dar și pesimismul exagerat și nemotivat; opinii foarte particulare asupra unor doze de medicament, asupra colegilor, precum și asupra propriei persoane, indecizia (absența puterii de a confirma sau infirma) – astfel se poate ajunge până la negarea unei entități, pentru a nu-și provoca un blam personal. Medicii cu trăsături empatici insuficient dezvoltate, cu o cenzură scăzută, cei cu o susceptibilitate crescută, mai ales privind aprecierea pe care le-o acordă bolnavii, se vor antrena în relații conflictuale (Iamandescu I. B., 1995).

Este dificil ca, în cazul unor trăsături de personalitate mai accentuate ale medicului să poți să exact unde începe și unde se termină dizarmonia celui pe care, îl examinează. Același lucru este valabil în cazul unor comportamente addictive (de exemplu, sumatul) sau în cazul unei toxicomanii. Este o situație similară cu cazul oftalmologului miop, care nu ar purta ochelari de corecție și căruia nu îi se poate cere și nici nu va putea să pună diagnosticul de miopia altuia, deoarece el însuși nu vede optitopul. Dacă în ciuda tuturor acestor aspecte posibile se dă dovedă de suplețe în gândire, atunci se acceptă că eroarea de diagnostic, în practica curentă, este des întâlnită și nu este atât de gravă. Eroarea nu este rară, indiferent de experiența sau de nivelul de pregătire; să o acceptă, să o recunoști este un gest cert de maturitate, o dovedă a unei personalități puternice și echilibrate. A învăța din erori este un succes, ele pot deveni o sursă suplimentară de instrucție, dacă sunt retușate cu timpul și experiența.

3. Factorii stresogeni din viața profesională a medicului

Un studiu calitativ, coordonat de College of Family Physicians, Canada, a identificat principalele cauze de stres al medicilor. Factorii stresanți personali includ trăsăturile de personalitate și nevoia de a echilibra familia și cariera. Cei mai mulți medici simțeau o mare responsabilitate, dublată de așteptări înalte de la ei însăși. Iar stresorii profesionali se refereau la: pacienții provocători, supraîncărcarea programului, limitele de timp, problemele legate de competență, provocările legate de documentație și managementul cabinetului.

Strategiile de contracarare a acestor stresori au fost:

- stabilirea unor limite de timp;
- participarea la formarea medicală continuă;
- solicitarea ajutorului;
- îmbunătățirea relației medic-pacient;
- găsirea unor forme de remunerare;
- realizarea programărilor.

Celor care au participat la studiu *Sănătatea*, le-a fost afectată în special de, lucrul sub presiunea timpului, de lipsa de suport din partea colegilor, impunerea unor reguli și regulamente, sentimentul că sunt subevaluați și preocupările financiare.

Într-un studiu recent (SUA) s-a constatat că la sfârșitul unei ture de 30 de ore, medicii suferă de tulburări ale concentrării, care corespund comportamentului unei persoane cu câteva promile de alcool în sânge. Strategiile de reechilibrare sunt psihologice, biologice, sociale, spirituale. Cele spirituale vizează autocunoașterea, reflectarea asupra valorilor.

De foarte mulți ani, în rândurile medicilor poate fi observată o creștere a problemelor psihice. Mulți dintre ei își găsesc refugiu în substanțe adicтиве. Cifre exacte despre adicția la medici sunt greu de obținut. Conform unor estimări credibile în domeniul, 7–8% din medici sunt afectați (ceea ce reprezintă aproximativ 30 000 doar în Germania). Procentul acesta de dependenți este de trei ori mai mare decât cel al populației normale. Din alte surse, cum ar fi revista *Arztliche Praxis (Practica medicală)*, reiese că 20 000 din ceci aproape 388 000 de medici germani ar fi alcoolici. Chiar dacă cifra ne sperie, în SUA, ciroza ficatului este de trei ori mai răspândită la medici, decât la restul populației. În rândurile medicilor dependenți, femeile folosesc mai degrabă pastile, iar bărbații alcool. Menninger a investigat aproape, în exclusivitate, medici de sex masculin.

lin, deoarece aceștia au mai mari probleme atunci, când trebuie să-și exprime sentimente ca durerea, mila și empatia. Totuși, Menninger afiră că bărbații pot să-și ascundă incompetență emoțională prin *raționalizare*. Deși, ei ar lasa pacienților impresia ca sunt distanți, la derapaje să ar ajunge foarte rar. Aici îi ajută concepția mecanicistă pe care mulți medici o au despre corpul uman, conform căreia trupul se poate drege, în caz de slăbiciune sau probleme la serviciu, cu medicamentele potrivite. Conștientizarea bolii se produce târziu sau deloc, a observat cercetătorul.

De aceea, durează în medie șase ani până ce medicii dependenți ajung să nu-și mai poată exercita meseria. Doctorii își pot ascunde dependență multă vreme. În plus, ei reușesc cu succes să ascundă semnele exterioare ale viciului cu ajutorul medicamentelor.

De câțiva ani, din ce în ce mai mulți medici și psihiatri investighează de ce atât de mulți dintre colegii lor sunt nemulțumiți sau nemotivați. Și nu doar din cauza stresului profesional al medicilor care, asemenea profesorilor, relativ rar au parte de o recunoaștere a activității lor, și foarte des apar probleme psihice. Așteptările pacienților și ale medicilor, ce se contrazic reciproc, la fel joacă aici un rol important. Deși mulți pacienți așteaptă de la medic ajutor și vindecare în orice situație de viață, majoritatea doctorilor știu însă că posibilitățile lor sunt limitate.

Metodele prin care medicul ar putea evita stresul sunt:

- să creeze barieră pentru sine; să nu mai ia mai mult decât poate duce;
- să creeze situații în care are tot timpul de ales;
- să-și dezvolte abilitatea de a controla mediul extern;
- să-și dezvolte abilități de management al stresului;
- să-și rezerve mereu timp pentru sine.

Medicii sunt considerați pacienți destul de dificili. Și asta pentru că cei mai mulți nu acceptă ideea de a-și schimba rolul, de a fi pacient. Conform unui studiu realizat de revista britanică *Pulse*, 2 din 5 medici își prescriu autotratament. Această atitudine poate reprezenta o soluție. Desigur, venirea la cabinet este cea mai mare inițiativă, însă e nevoie de timp și consecvență pentru a renunța la comportamentele adictive în favoarea altor comportamente cu utilitate socială.

Apariția problemelor la locul de muncă semnifică un stadiu deja avansat al bolii. Medicii, aflați în acest conflict, își autoprescriu

medicamente pentru uz personal. Este vorba, în special, de antibiotice și calmante. Și studiul *Doctori pentru doctori*, realizat de BMA (British Medical Association) a arătat că o treime dintre corespondenți își prescriu singuri medicamente, iar 1 din 10 persoane a recunoscut că folosește alcoolul sau alte droguri, pentru a face față muncii sau bolilor.

Când este vorba despre o adicție, oferirea sprijinului și a tratamentului pentru medici este și o provocare mai mare. Prezența unei adicții la un medic este şocantă și considerată jignitoare. Cum statisticile arată că există astfel de cazuri, medicii ar trebui preveniți, consiliați, informați că adicția poate face parte și din viața lor. Deseori apare problema vinci și a rușinii pentru inabilitatea sa, ca adult intelligent, care poate să facă asemenea acte iraționale și lipsite de inteligență.

Lucrurile merg mai ușor, dacă medicii cu adicții sunt tratați drept colegi, iar cunoștințele lor sunt folosite la recuperarea rapidă și compliantă față de tratament. Adesea, medicii nu cer ajutor direct, ei încearcă să se informeze și caută să obțină consultații secrete, eventual în alte localități, pentru a fi siguri că au parte de confidențialitate. Această atitudine poate reprezenta însă, doar o soluție de moment.

Jack Warhaft, director al *Victoria Doctors Health Program*, Australia, a descris cum anume medicii sunt diferenți de alte persoane cu adicții. Astfel, ei au un IQ și un nivel ridicat de informare, știu toate răspunsurile, au probleme legate de schimbarea rolului din medic în pacient, au acces la droguri (medicamente), se autoevaluatează și se tratează, întârzie, au un nivel ridicat de negare, sunt sinceri doar în mod selectiv, au tendința de a dicta planul de tratament pe care-l vor urma, solicită un tratament special. Și totuși, prognosticul pentru vindecarea adicțiilor nu este atât de rezervat pe cât cred medicii.

Un tratament complet implică: intervenția imediată, evaluarea și depistarea resurselor de vindecare, terapia neîntreruptă, în general, în cadrul unei clinici, internarea, implicarea familiei, reintegrarea la locul de muncă și, implicit, monitorizare și un plan în cazul recăderii. Situații de recădere pot să apară din cauza furici nerezolvate, a sentimentelor de vină, rușine, a izolării, ceea ce lui în centrarea atenției pe abstinенță, pe problemele de la locul de muncă etc.

Pașii care îi pot ajuta sunt:

- să se abțină de la consultații fugare ale colegilor, pe hol sau la telefon;

- să admită existența problemei; să se manifeste ca oricare alt pacient; medicii pot fi speriați sau anxioși, la fel ca orice pacient; ocupându-se de o problemă de timpuriu, pot preveni consecințe grave;
- să împărtășească problemele familiei, ale prietenilor, ale colegilor;
- să-și accepte vulnerabilitatea;
- consilierea, psihoterapia pot reprezenta un suport important.

4. Comportamentul adictiv al medicilor

Credem despre medici că sunt cei mai sănătoși oameni și dețin rețeta unui trai sănătos, doar că nu o aplică mereu. Și medicii cred despre sine, că nu-și pot permite să se îmbolnăvească și, mai ales, să ceară ajutor specializat. Cu atât mai mult, dacă acest ajutor ar trebui să vină din partea unui psiholog sau psihoterapeut.

Conform studiului realizat de psihoterapeutul român Anda Pacurari, în lumca medicală, **adicția** (dependența față de o anumită substanță sau comportament) este văzută ca o boală tratabilă. Psihoterapeuții adepti ai lui Alfred Adler (a dezvoltat prima teorie a personalității, psihopatologiei și psihoterapiei) văd adicția ca pe o soluție creativă, pentru a evita sarcinile vieții, provocările și responsabilitățile vieții cotidiene.

O primă adicție întâlnită la cei mai mulți medici de familie este cea față de muncă. De altfel, dacă nu ar avea o adicție față de studiu și de muncă probabil nu ar reuși în această profesie extrem de solicitantă.

Medicii de familie trebuie să fie mereu informați despre ultimele descoperiri în domeniile diagnosticării și ale tratamentelor tuturor afecțiunilor, despre deciziile privind regulile de prescripție sau alte activități birocratice. Totodată, trebuie să facă față mulțimii de pacienți aflați zilnic la ușa cabinetului.

Toate acestea explică nevoia dependenței de muncă. Și totuși, trebuie să existe limite. Adicția față de muncă are efecte secundare pe termen lung. Pe lângă epuizarea fizică, profesia de medic este expusă și epuizării emotionale. Ofierirea consultațiilor zilnice persoanelor de diverse vârste, ce suferă de boli grave, unele aflate în stadii terminale, provoacă un puternic sentiment de compasiune, pe care medicul trebuie să-l manifeste în permanență.

Situații care vulnerabilizează personalitatea medicului:

- lucrează în organizații disfuncționale;
- nu obișnuiește să ceară ajutor;

- lucrează într-un mediu cu o tensiune emoțională înaltă;
- poate fi un mediu fizic sau psihologic de izolare;
- din cauza programului extins poate avea relații familiale proaste și le lipsește suportul;
- este ocupat cu foarte multe activități birocratice.

Cele mai importante *soluții* pentru medici sunt:

- să se consulte cu alți colegi;
- să-și planifice timp liber în mod regulat;
- când nicio măsură nu scade stresul, să-și schimbe locul de muncă: uneori, doar o decizie radicală poate fi o soluție viabilă.

Dependența de muncă a medicilor este în general acceptată de familie, prieteni, considerându-se că este o caracteristică a profesiei. Si totuși, există *semne comportamentale* care ar trebui să-i îngrijoreze pe cei din preajma unui medic. Acestea ar fi:

- abuzul de medicamente și alte substanțe, de suplimente nutritive;
- scăderea timpului petrecut cu pacienții, întârzierile sau absențele de la muncă;
- greșelile profesionale, medicul devine extrem de critic cu alții, depersonalizează pacienții, face afirmații sarcastice, cinice la adresa pacienților sau a locului de muncă.

Există și *semne fizice* ca:

- puls rapid;
- probleme legate de somn, oboselă;
- scăderea rezistenței la microbi, slăbiciune;
- probleme de memorie;
- modificări în greutatea corporală;
- probleme gastrice, hipertensiune, dureri de cap, dureri musculare.

Astfel de simptome duc, în plan psihic, la o erodare spirituală, la o retragere socială, scad, importanța valorilor morale, afectează relațiile interpersonale și duc la degradarea personalității. În plan fizic, reduc performanța muncii, cresc numărul de greșeli, duc la degradarea stării generale de sănătate. Medicii ar trebui să se întrebe, periodic, când au ieșit ultima dată la natură sau în vacanță.

Analizând situația adicției față de alcool sau alte substanțe, medicii au același vulnerabilități ca și ceilalți oameni, mai mult, ei au acces mai rapid la substanțe ce pot induce dependență. Există chiar ideea că pre-

valența adicțiilor, în rândul medicilor, este mai mare decât în populația generală. Totuși această ipoteză nu a fost confirmată prin cercetări.

Conform unor studii britanice, prevalența adicției de alcool sau alte droguri, în populația generală, este de 10%. Se presupune ca același procent este valabil și pentru populația medicală.

Conform British Medical Association (BMA), 1 din 15 medici suferă într-un anumit grad de dependență față de alcool sau alte droguri. S-a estimat că anual apar 400–500 de cazuri noi la nivelul Marii Britanii. De multe ori, cei care remarcă prezența adicției la un doctor sunt colegii săi mai tineri. Aceștia ezită însă să raporteze, de teamă sau dintr-un sentiment de datorie față de mentorii lor.

S-a constatat, însă, că problema odată recunoscută de către medicul implicat, recuperarea decurge bine. Tot conform BMA, adicția este considerată o boală care evoluează și care poate fi abordată eficient printr-un tratament bazat pe abstinență totală. Adicția atrage blamarea profesională și socială, dar s-a constatat o toleranță mai mare față de dependența de alcool decât de alte substanțe. Adicția nu ar trebui văzută ca un semn de slabiciune sau eșec, ci ca o problemă clinică care necesită tratament. Studiile realizate în SUA și Canada au arătat că un tratament complex, incluzând internare și monitorizare pe termen lung, generează rezultate foarte bune în recuperarea medicilor. Cei mai mulți sunt capabili să-și reia munca în condiții de sănătate și siguranță (The Medical Association of Georgiaas Impaired Physicians Program).

The Sick Doctors Trust este o organizație britanică, care oferă sprijin medicilor cu adicții. Prințipiu după care se ghidăză este că, așa cum a recunoscut și Organizația Mondială a Sănătății, adicția este o boală pentru care există tratamente. La linia telefonică pusă la dispoziția medicilor care întâmpină astfel de dificultăți se primesc aproximativ 20 de apeluri noi pe lună. Pe lângă *adicțiile față de alcool sau droguri*, medicii se plâng și de adicții precum cea de *internet*, *liniile chat* sau *abuzul de alimente*. Toate acestea au asupra familiei aceleași efecte precum alcoolul sau alte droguri, dar nu implică sentimente de rușine și nici nu au consecințe grave asupra locului de muncă.

The Ontario Medical Association are, de asemenea, o linie de urgență la dispoziția medicilor, la care anual se primesc aproximativ 130 de apeluri. 30% provin de la colegii unor medici cu adicții, iar 20% – din

partea familiilor. Unii dintre apelații sunt, totuși, chiar medicii cu adicție, care încearcă să-și păstreze anonimatul.

Perspectiva psihoterapeutică. Venirea la cabinet, mai ales din partea unui medic este o inițiativă care cere de la el mult curaj, însă e nevoie de timp și consecvență, pentru a renunța la vicii în favoarea unor comportamente cu utilitate socială.

Psihologia individuală (adleriana) tratează persoana holistic, ca un întreg, astfel încât în cazul adicțiilor, ea nu este văzută și tratată individual, trebuie înțeles stilul său de viață. Modul în care persoana face față provocărilor vieții este important. Adicția se tratează atunci când pacientul, ca entitate unitară, decide să se schimbe.

Din punct de vedere psihologic, vedem adicția ca pe o modalitate de a scăpa de sarcinile vieții. Fiecare om ar trebui să acționeze în 3 sarcini majore: **munca** (relațiile colegiale), **familia** (relațiile intime) și **relațiile sociale** (prietenii). Excesul în funcționarea într-o anumită sarcină poate duce la neglijarea altora și la apariția problemelor. De exemplu, adicția de muncă „ajută” persoana să renunțe la funcționarea în celelalte sarcini, cum ar fi căsnicia sau prietenii. Adesea dezamăgirea, umilința, durerea fac ca drogurile sau alcoolul să fie văzute ca o soluție, pentru ca persoana să se simtă mai bine.

Cei care suferă de adicții adesea au un sentiment de gol, ce poate fi explicat prin absența sentimentului de apartenență. Adicții pot avea cei care au suferit în copilărie, care s-au simțit neglijati, aceștia apelează la adicție pentru a trăi o iluzie plăcută. Dar și cei care au fost răsfătați, fiind adulții, ajung să nu suporte provocările vieții. Chiar dacă părinții au greșit față de ei în copilarie, ei la fel, au avut un răspuns greșit, ce nu a fost niciodată corectat.

Adicția este o *scuză foarte bună pentru neasumarea responsabilității*. De altfel, oamenii cu adicții sunt oameni extrem de creativi în căutarea soluțiilor inedite, pentru a ocoli sarcinile vieții.

5. Sindromul arderii profesionale (burnout) în profesia de medic

În afara unei patologii propriu-zise psihice sau somatice, înscriindu-se în limitele nosologice tradiționale, din ce în ce mai multe lucrări contemporane insistă asupra suferinței medicului, cu atât mai mult cu cât el beneficiază tot mai puțin de gratificațiile materiale și narcisiace care existau în epociile anterioare (Besancon G., 1999). Același autor

arată că, comparând o populație de aceeași vârstă și același nivel social, medicii și, în special psihiatrii manifestă o rată crescută de tulburări mintale, ca: depresie, tentative de sinucidere, adicții diverse, mai ales cea alcoolică.

În 1982, medicul canadian Lauderdale M. a scris o monografie despre sindromul de epuizare profesională, aka-numitul „*sindrom burnout*”, care desemna epuizarea energiei și a forțelor sau resurselor individuale, care îi provoacă individului o scădere globală a întregului potențial de acțiune. Termenul venea să definească mai bine stresul profesional (Paine W.), depresia de epuizare profesională sau sindromul conducătorului stresat (Larouche). Studiile care au urmat au conturat repede categoria profesională afectată de acest sindrom: medicii. S-a constatat că acest lucru decurgea din obligația permanentă a individului-medic de a-și susține o imagine personală idealizată, indiferent de progresul tehnologic, de lipsa unei recunoașteri sociale corespunzătoare gradului de dificultate al activităților pe care le desfășoară și, în sfârșit, din cauza programului neconvențional.

Dintre factorii care duc la instalarea acestui fenomen se pot enumera: munca neurmătă de rezultate imediate, nerecunoașterea calității activității, lipsa încurajărilor și a gratificației morale. În aceste condiții, subiectul se epuizează pe măsură ce constată prăbușirea propriilor iluzii în fața evidenței realității. Deși majoritatea autorilor sunt de acord că acest concept de *burnout* este eterogen și nu se poate vorbi de o patologie specifică, se acceptă un tablou clinic minim cu următoarele aspecte:

- *semne și simptome somatice*: céfalee continuă, tulburări gastrointestinale, astenie, fatigabilitate;
- *comportamente neobișnuite pentru subiect*: iritabilitate, intoleranță și incapacitate de a înțelege sau a fi empatic cu ceilalți, criticism nejustificat, lipsă de încredere, atitudine de superioritate față de ceilalți;
- *atitudini defensive*: rigiditate, negativism, rezistență la schimbare, pseudoactivism (subiectul petrece tot mai multe ore la locul de muncă, dar realizează tot mai puțin din ceea ce își propune, fără să fie pe deplin conștient de acest lucru). Este de asemenea acceptată ideea că sindromul de ardere profesională are o evoluție stadală:

- stadiul I, caracterizat de neliniște, confuzie și apariția frustrării (individul simte că ceva nu e în regulă);
- stadiul al-II-lea, caracterizat prin frustrare și nemulțumire;

– stadiul al-III-lea, caracterizat prin apatie, renunțare și disperare.

Fără să posede o entitate clinică precisă, sindromul burnout este soldat cu epuizare fizică și/sau psihică, depersonalizare profesională.

Profesia de medic presupune responsabilitate înaltă în luarea deciziilor, contact permanent cu persoane în dificultate, limitarea în timp, perfecționare și autoinstruire pentru a ține pasul cu timpul etc. În aceste condiții, cu atât mai mult trebuie de urmat anumiți pași sau metode de depășire a sindromului arderii profesional-emoționale.

Unele îndrumări ar fi:

1) să recunoască simptomele de burnout prin ascultarea propriului corp;

2) să revalueze atitudinea față de propria persoană, dezvoltă o imagine de sine pozitivă;

3) să decidă care domenii din viața ta sunt prioritare la moment – serviciul, familia, relațiile amicale, viața spirituală – și să le acorde mai multă atenție;

4) să încearce să fie mai rezonabil, punându-și scopuri realistic; nu poți cuprinde necuprinsul!

5) să accepte lucrurile pe care nu le poate schimba;

6) să abandoneze rutina; să găsească timp pentru sport, plimbări, ieșiri cu familia/prietenii în natură, la teatru, cinema etc.;

7) să gândească pozitiv și să învețe să relaxează fizic și psihic.

Întrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor

1. Definiți *statutul de medic*.

2. Definiți noțiunea *medic „bun”*.

3. Care sunt factorii de influență stresogenă pentru medici?

4. Identificați măsurile de profilaxie contra factorilor stresogeni pe care le pot aplica medicii.

5. Definiți *fenomenul de adicție* și identificați principalele forme de potențială adicție la medici.

6. Care sunt cauzele de adicție comportamentală la medici?

7. Enumerați măsurile psihoterapeutice și cele de consiliere în cazul adicției la medici.

8. Explicați sindromul de epuizare profesională (burnout) și căile de depășire a acestuia.

Bibliografie

1. Băban A. *Stres și personalitate*. Cluj-Napoca, Editura „Dacia”, 1998.
2. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
3. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. București, Editura didactică și pedagogică, 1998.
4. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
5. Tudose F. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2000.
6. Tudose F. *Psichiatrie și Psihopatologie pentru psihologi*. București, 1998.
7. Pirozynski T; Scripcaru G. *Psihopatologie relațională*. Iași, Editura „Junimea”, 1996.
8. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство*. Москва, 1998.
9. Oprea N., Revenco M. áa. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știința”, 1993.

TEMA 13. PARTICULARITĂȚILE PSIHOLOGICE ALE OMULUI BOLNAV

Structura

1. Modificările comportamentale induse de boală.
2. „Roul” de bolnav.
3. Atitudinea pacientului față de boala sa.
4. Tipurile de pacienți cu trăsături psihopatologice de personalitate.

Obiectivele operaționale

- Analiza principalelor modificări comportamentale induse de boala somatică.
 - Precizarea conceptului „a fi bolnav”.
 - Identificarea și analiza principalelor tipuri atitudinale ale pacienților față de boala lor.
- Familiarizarea cu tipurile principale de pacienți și analiza particularităților lor de comportament.

Cuvintele-cheie: „rol” de bolnav, semnificația bolii, pacient: *dominator, paranoid, obstructiv, evitant, dependent*.

1. Modificările comportamentale induse de boală

Orice boală este un proces care se infiltrează progresiv în viața unui individ, îl influențează atât fizic, cât și psihic, îi slăbește capacitatea de adaptare și-l determină să adopte un alt comportament decât cel obișnuit. Boala nu trebuie privită doar ca un simplu eveniment personal, ci și ca un eveniment social, deoarece nu modifică numai condiția fizică și psihică a individului, ci însăși poziția lui socială în cadrul grupului.

Persoanele își percep boala în mod diferit (spre exemplu, un coleric își poate exagera boala din cauza trăsăturilor sale temperamentale; la fel, un histrionic își poate accentua sau chiar simula unele simptome, pentru a fi în centrul atenției).

Astfel, fiecare persoană își personalizează boala, conferindu-i aspect particular. De aceea există diferențe și deosebiri între persoanele care suferă de aceeași boală: un pacient poate fi agitat, imaginându-și tot felul de scenarii negative privind evoluția bolii, în timp ce altul poate fi calm și liniștit, poate chiar indiferent. În apariția bolilor somatice pot fi implicați, anumiți factori psihici, cum ar fi:

- *factorii nepatologici*: procesele afective, cognitive, volitive, personalitatea și comportamentul individului;
- *factorii patologici*: tulburările comportamentale, nevrozele, psihozele, dereglaările proceselor psihice.

Comportamentul persoanelor bolnave se deosebește prin anumite manifestări mai mult sau mai puțin pronunțate, ca:

- schimbări de ordin relațional;
- la unii dintre cei internați scad contactele cu familia; la alții crește securitatea;
- pentru unii este un prilej de a-și analiza relațiile familiale;
- scade capacitatea de îndeplinire a sarcinilor, ceea ce duce, fie la reproșuri, fie la menajare excesivă din partea celorlalți;
- scad mijloacele materiale, ceea ce antrenează modificări în conduită familiei;
- se limitează contactele cu prietenii;
- se deregleză raporturile conjugale, afective și cele sexuale.

Trăind starea de boală, pacientul uneori este stresat de:

- ceea ce știe despre boală (complicații, recidive);
- ceea ce nu știe (teama de necunoscut);
- exemplele nefericite – inducții iatrogene;
- anxietatea legată de investigații, acte terapeutice;
- antecedente alergice, medicamente ce „nu-i fac bine”;
- reinserția familială și profesională (ideea de a fi o povară).

Pentru J. Delay și P. Pichot, **elementele comportamentului modificat al bolnavului** sunt: dependența în boală, evadarea sau evaziunea, *exaltarea eului*.

a) *Dependența în boală*: slăbiciunea și suferința bolnavului fac ca alții să se ocupe de el, acesta găsindu-se într-o stare mai mult sau mai puțin pronunțată de dependență.

b) *Evadarea sau evaziunea*: unele boli favorizează apariția unor forme de evaziune, reprezentând pentru pacienți modalități de rezolvare a unor dificultăți personale. Aceste manifestări pot prelua următoarele forme:

- retragerea: îngustarea orizontului bolnavului și suprimarea multora dintre legăturile sale cu mediul;
- introversia: închiderea în sine și localizarea intereselor asupra propriei sale persoane;

- regresiunea: dependență față de medic face ca bolnavul să adopte un comportament de tip infantil.

c) *Exaltarea eului*. Se manifestă prin următoarele aspecte:

- narcisismul: exaltarea în cursul evoluției bolii a sentimentului propriei sale valori, la care se adaugă dorința de a fi ocrotit, ajutat și iubit;

- demonstrativitatea: constă, ca și narcisismul, în adoptarea unui statut social „în boală” ca importanță (bolnavul devine un „caz interesant”);

- valorizarea statutului social: cu cât bolnavul are un statut social mai inferior, cu atât nevoia lui de valorizare prin boală crește.

Comportamentul de bolnav presupune capacitatea individului de a-și percepe starea de boală, de a o interpreta adecvat și de a lua decizii care facilitează însănătoșirea. Acest comportament poate oscila între un pol de normalitate și unul de exagerare, catastrofizare.

Printre factorii de menținere a comportamentului de bolnav se enumeră:

- trăsăturile de personalitate (depresia, hipocondria, anxietatea);
- educația (învățați să se plângă, sau dimpotrivă, să nu spună nimic).
- modelul cultural;
- starea social-economică (asigurările de sănătate etc);
- beneficiile secundare.

2. „Roul” de bolnav

Orice boală presupune anumite decizii sau alegeri, care sunt influențate, în cea mai mare măsură, de factorii cu caracter sociocultural și sociopsihologic, printre care: modul în care privește comunitatea rolul de bolnav, sensibilitatea față de durere, reacțiile față de boală etc. Cele mai frecvente dintre aceste reacții sunt: negarea bolii, agresivitatea, regresiunea, egocentrismul și anxietatea.

Odata cu validarea rolului de bolnav, individul capătă un nou atribut specific acestui rol, devenind pacient prin stabilirea contactului cu instituțiile de îngrijire medicală. Însă **nu toți bolnavii devin pacienți**; mulți dintre ei preferă să se îngrijească singuri sau să se adreseze unor persoane din afara sistemului medical.

Rolul de bolnav implică un comportament specific, definit de T. Parson prin:

- scutirea de responsabilitățile rolurilor sociale;
- dreptul la ajutor din partea celorlalți (poate varia între asumarea exagerată a rolului de bolnav și respingerea dreptului la ajutor din cauza generării unui complex de inferioritate);
- obligația bolnavului de a considera starea sa indezirabilă și a coopera pentru vindecare;
- obligația pentru bolnav de a cere ajutor specializat, competent pentru vindecare, ceea ce implică acceptarea diagnosticului și mai ales a tratamentului.

La modul general, „*a fi bolnav*” înseamnă:

- să ai o stare de slăbiciune, boala fiind aproape de suferință și limitare a posibilităților fizice, uneori chiar invaliditate;
- să te afli în situație de dependență;
- să resimți anumite senzații de disconfort sau durere, care reprezintă un simptom-tip al stării de boală și care reflectă situația de slăbiciune și de dependență.

Starea de „*a fi bolnav*” necesită contactul cu instituțiile medicale, cu unul sau mai mulți medici, cu personalul medical auxiliar. Contactul cu instituțiile sanitare, cu ierarhizarea funcțională a asistenței medicale poate fi dificil de suportat, mai ales pentru subiecții, până atunci, perfect sănătoși. În cazul spitalizării, schimbarea totală a mediului ambiental, pierderea contactului cu familia, pătrunderea în microuniversul spitalicesc, confruntarea cu relațiile noi din salon, secție, cu situații neobișnuite (suferința celorlalți, atitudinea personalului medical, regimul alimentar diferit, programul nou) fac ca, cel puțin în primele zile, bolnavilor să le crească neliniștea și anxietatea.

Subiectivitatea bolnavului se reflectă în concepția despre boală pe care și-o face fiecare individ și în modul său de a se exprima prin intermediul ei și de a trăi. Se poate vorbi despre un „stil individual” de a fi bolnav.

Noțiunea de vindecare este strâns legată de cea de sănătate. Bolnavul trebuie să învețe să trăiască cu „fragilitatea” sa, cel puțin potențială și să utilizeze mai bine ansamblul de capacitați defensive, fizice, psihice, medicamentele fiind adesea un suport prețios, chiar indispensabil, pentru acestea.

În această adaptare, un rol important îi revine medicului, cu ajutorul căruia bolnavul învăță mai bine să se cunoască și să percepă situațiile susceptibile, să genereze repercușiuni asupra stării lui de sănătate. Cu ajutorul medicului (și în funcție de atitudinea pe care acesta o manifestă față de bolnav), pacientul învăță să vorbească despre emoțiile lui, în vederea adaptării la noua situație existentă.

Boala e însoțită de o serie de modificări de comportament induse de boală. Orice rană, orice boală implică o reacție de protecție, reacție naturală a oricărui organism.

Una dintre modalitățile de comportament de protecție a organismului este *regresia*. În cazul în care preia un asemenea mecanism de protecție, persoana bolnavă adoptă un comportament infantil caracterizat prin:

1) *reducerea intereselor*: pacientul trăiește în prezent și în viitorul apropiat, limitându-se la cele mai importante lucruri pentru el;

2) *egocentrism*: persoana bolnavă judecă lumea prin raportare la ea însăși și prin prisma suferinței sale;

3) *dependența de medic și de anturaj*, de la care așteaptă să fie îngrijit; bolnavul comportându-se ca un copil care caută o „mamă bună”;

4) *întoarcerea la satisfacții arhaice*: somn sau căutarea unor satisfacții care pot favoriza alcoolismul sau consumul excesiv de medicamente;

5) *un mod de gândire magic, ilogic*, cu supraestimarea atot-puterniciei medicului, a medicamentelor sau a bolii.

Regresia sau limitarea câmpului de acțiune a pacientului are și efecte pozitive, ea fiind, de regulă, foarte utilă și chiar necesară. Ea înseamnă:

– abandonarea grijilor și a exigențelor cotidiene și recentrarea forțelor pe sine. Aceste forțe vor fi esențiale în lupta împotriva bolii și în evitarea vulnerabilizării bolnavului;

– acceptarea ajutorului și a susținerii din partea anturajului și absența opoziției la bunul mers al tratamentului.

Refuzul adoptării rolului de pacient reflectă adesea teama de a regresa, de a fi indus într-o pasivitate excesivă. Refuzând să fie îngrijit de către anturaj și, astfel, eliberat de tensiunile sale excesive, bolnavul se condamnă la o supraadaptare foarte costisitoare pentru sănătatea sa. De

la această supraadaptare, bolnavul poate trece brusc la un nivel crescut de dezorganizare.

3. Atitudinea pacientului față de boala sa

Din punct de vedere psihologic, boala este percepță ca o stare negativă, pe când sănătatea, ca o opțiune pozitivă de siguranță. Boala implică senzația de suferință și slăbiciune, în plus, intervine și anxietatea legată de amenințarea sănătății și a vieții bolnavului.

Un aspect important este comportamentul pacientului față de boala sa. În sensul acesta, trebuie eliberați factorii anxiogeni, prin următoarele mijloace: încrederea în medic; inspirarea curajului de a depăși situația dificilă indusă de boală; oferirea speranței; confirmarea optimismului prin rezultate terapeutice pozitive; susținerea emoțional-afectivă.

Orice boală, indiferent ele natura sa (somatică, psihică sau psihosomatică), este însoțită de o anumită stare de spirit a bolnavului respectiv, fapt care se concretizează în „psihologia bolnavului”. Din punct de vedere medical și psihogienic, suntem absolut obligați să ținem seama de aceste aspecte, întrucât de „moralul bolnavului”, de starea sa psihică legată de evoluția bolii, depind în mare măsură succesul terapeutic, acceptarea de către pacient a procedurilor terapeutice și stabilirea unor relații pozitive de comunicare-colaborare între medic și bolnav în scopul alinării suferinței.

Aflarea diagnosticului unei boli este însoțită de o serie de reacții emotionale. Acestea pot fi:

- *anxietate* (frica de proceduri medicale, de evoluția bolii înainte de diagnostic);
- *furie* (față de starea de depersonalizare tipică mai ales în mediul spitalicesc, față de „soarta nedreaptă”);
- *depresie* (cauzată de pierderea controlului, a independenței, a rolului social activ);
- *lipsa de speranță*, de incertitudine a viitorului;
- *îndoială* (în experiența bolii, pacientul simte că nu este înțeles, că între el și cei sănătoși s-a interpus o distanță psihologică);
- *neajutorare* (cauzată de dependența față de alte persoane, pierderea sentimentului de control asupra propriei vieți);
- *pesimism* privind evoluția bolii, a eficienței tratamentului, demisia în luptă cu boala.

Confruntându-se cu simptomele care anunță o stare de boală, suiectul poate dezvolta mai multe modalități de reacție.

a) *Recunoașterea bolii* și acceptarea situației de bolnav, cu două variante:

- varianta realistă, rațională: un individ echilibrat emoțional, cu un nivel de cultură sanitară satisfăcător și fără probleme existențiale „prezente” recunoaște boala și situația de dependență generată de aceasta;
- conștiința disproportională a bolii față de substratul organo-lețional (supraestimarea sau subestimarea simptomelor bolii).

b) *Adaptarea* reprezintă reacția pe care medicul o valorizează și o așteaptă de la pacient. Aceasta presupune o adaptare suplă și echilibrată a bolnavului, care-i permite să-și schimbe modul obișnuit de reacție fără ca acest lucru să ducă la dezorganizare psihică. Adaptarea înseamnă că reacția depresivă provocată de boală a fost elaborată și controlată de către pacient și că acesta a realizat un nivel de regresie acceptabil: suficient pentru a accepta dependența normală și necesară, dar suficient de controlată pentru ca bolnavul să nu-și satisfacă în boală nevoi, pe care nu și le poate satisface în stare de sănătate. Adaptarea se poate realiza în mai multe feluri, dintre care se disting două moduri de reacție adaptativă:

- o stare de mare dependență în raport cu medicul, care este resimțită de către pacient ca „mamă bună”, de la care așteaptă atenție și grijă; această atitudine este percepția uneori de medic ca excesivă, dar necesară bolnavului;

• o atitudine regresivă și revendicativă, care ilustrează dificultatea pacientului de a-și accepta starea de dependență și de a-și manifesta emoțiile. Pentru unii pacienți, însă, acesta este singura cale de a-și salva onoarea și stima de sine. Acești bolnavi critici, în raport cu îngrijirile, cu medicamentele (și cu efectele secundare ale acestora), încercând adesea să preia controlul relației, au, în mod paradoxal, șanse mai mari de vindecare. Reacțiile lor pot reflecta, de fapt, o mai bună capacitate de defensivă. Asistenții medicali trebuie să surprindă semnificația acestor atitudini, să aprecieze valoarea adaptativă a acestora, ceea ce va duce la evitarea unor reacții defensive ale pacienților.

c) *Ignorarea bolii* care apare în condiții de:

- nivel redus de cultură sanitară;
- boală psihică;
- boală neurologică – anosognozia;
- ignorarea bolii datorită centrării atenției asupra altor probleme.

d) *Negarea, refuzul stării de boală.*

Unii bolnavi refuză boala, mai rar în mod conștient și deschis, cel mai frecvent printre negare inconștientă, adesea camuflată sub un pseudorationalism, care se poate traduce prin refuzul de a se supune exigențelor tratamentului, prin persistența unor atitudini nocive, printre-o activitate excesivă. Uneori, un asemenea mecanism defensiv apare în stările terminale ale unor maladii mortale. Negarea poate avea consecințe grave prin refuzul îngrijirilor și prin ignorarea totală a pericolului, indiferent de comportamentul medicului. Această negare este adesea expresia unei profunde fragilități psihice, subiectul protejându-se împotriva situației nefavorabile (bolii) prin recurgerea la acest mecanism arhaic. Reacția de negare poate apărea datorită unor condiții cum sunt:

- dificultatea de a-și modifica modul de existență din cauza bolii;
- amânarea „deciziei” pe baza speranței în caracterul ei trecător, în condițiile în care individul nu-și permite (din cauze economice, profesionale etc.) să se îmbolnăvească;
- autoamăgirea, prin mecanisme inconștiente de apărare, la simptome care sugerează o boală gravă.

e) *Reacția persecutorie*, care este adesea consecința negării. Pentru a evita depresia, bolnavul proiectează cauza nefericirilor sale: cineva îi vrea răul, este insuficient îngrijit sau remunerat etc.

f) *Izolarea* se traduce prin absența aparentă a afectelor, a emoțiilor, în condițiile conștientizării bolii. Bolnavul vorbește despre maladia sa în termeni științifici, se documentează intens pe tema bolii și se simte mult mai bine în raport cu situația sa anterioară. În spatele acestei atitudini, afectele reprimate sunt lăsate la voia întâmplării și pot avea efecte nefaste. De asemenea, o supraadaptare a bolnavului predispune la tulburări psihosomatische și poate duce la o agravare secundară a bolii.

g) *Depresia*. Semnele clinice ale depresiei se pot confunda cu cele ale regresiei, pe care le însotesc, de obicei. Depresia adaugă la regresie o tonalitate psihică particulară, caracterizată printre-o trăire psihică de devalorizare, de incompletitudine, un sentiment de fatalitate, cu abandonarea oricarei speranțe și absența revoltei.

Depresia necesită un tratament specific. Ea este adesea mascată de atitudinile reacționale ale pacientului sau se poate ascunde în spatele unor plângerile exagerate și nesfârșite, care, dincolo de iritabilitatea pe care o trezesc în anturaj, au valoarea unor solicitări de ajutor.

Toate aceste atitudini se datorează faptului că pacientul reacționează la boala care îl afectează, ca la „BOALA SA”, adică răspunde la ea cu întreaga sa personalitate. Acest lucru este cunoscut sub noțiunea de *complicitate* cu boala sa. Această complicitate poate juca un rol în declanșarea maladii sau se poate manifesta doar ulterior, după instalarea bolii.

Relația bolnavului cu boala sa poate fi explicată și prin „*beneficiile*” maladiei. Acestea pot fi:

a) *beneficii primare*: joacă un rol în declanșarea bolii sau a unui eventual accident, drept cauză sau ca factor favorizant; aceste beneficii primare se referă la îmbolnăvire ca soluție pentru o situație de tensiune internă insuportabilă;

b) *beneficii secundare*: reprezintă consecințe ale bolii, fără a interveni direct în geneza acesteia. Ele pot favoriza instalarea în boală a subiectului și devin un factor de perenizare.

Unele dintre aceste beneficii sunt *conștiente* și recunoscute de bolnav. Ele vizează obținerea unor satisfacții sau a unor beneficii imediate. Un aspect important este faptul că acest beneficiu secundar conștient, care poate apărea ca motivație sau ca și cauză a prelungirii unor boli, funcționează, în general ca un ecran care maschează beneficii sau nevoi mult mai profunde.

Aceste beneficii secundare conștiente reprezintă compensarea socială a bolii. Ele sunt instituționalizate, admise, cu condiția ca bolnavul să-și asume statutul de bolnav.

Alte beneficii sunt *inconștiente*, permitând:

- sustragerea de la relații frustrante, care-l pun pe bolnav în fața unor exigențe excesive;
- favorizarea introversiei, prin retragerea din cadrul anturajului și concentrarea pe propriile senzații, emoții, care dobândesc o importanță majoră;
- retragerea în imaginar și în gândirea magică: adultul normal trebuie să acționeze în lumea logică și rațională, în timp ce bolnavul are libertatea de a visa, de a fantazma și de avea o percepție oarecum infantilă asupra lumii;
- recunoașterea statutului de bolnav, de către medic și persoanele apropiate, ceea ce-i conferă o poziție privilegiată, devenind important și protejat.

Toate aceste satisfacții sunt datorate, în mare parte, regresiei, dar sunt legate, de asemenea, de unul dintre avantajele principale ale bolii, care-i determină bolnavului dorință de a o prelungi: dependența, pasivitatea, maternajul.

După ce subiectul recunoaște existența bolii, există o serie de atitudini de suferință și față de situația de bolnav:

- atitudinea combativă în raport cu boala, care duce la cea mai bună colaborare medic-bolnav;
- atitudinea de resemnare și dezinteres față de starea proprie;
- refugiu în boală, generat de beneficiile secundare;
- atitudinea problematizantă – boala raportată la coordonatele existențiale în care este implicat subiectul (poate lua forma unor sentimente de vinovăție) sau în care sunt implicate alte persoane (poate duce la o formă de personificare a agentului patogen: cineva i-a făcut farmece, magie neagră etc.);
- atitudini de valorificare superioară a situației de bolnav (reacții de depășire a maladiei), care devine un experiment de autocunoaștere;
- atitudinea de „rea folosire a bolii”, în sensul aprofundării în suferință, agitație și anxietate, care este justificată pentru bolile foarte grave, dar mai puțin justificată în cazul supraestimării unor afecțiuni ușoare.

Modul în care boala este percepță este relevant pentru înțelegerea reacțiilor și a formei de coping (depășire). Psihiatru canadian Lipowski (1987) identifică câteva semnificații atribuite bolii de către o persoană (Băban, 2002).

Boala ca experiență umană firească. Pacientul acceptă boala ca o experiență de viață, prin care trebuie să treci și să faci față. În general, o astfel de interpretare duce la ajustări active, flexibile, raționale.

Boala ca inamic. Pacientul percep boala ca pe o „invazie”, ca pe o forță inamică care a „cucerit” organismul. O astfel de interpretare poate declanșa fie frică și anxietate, fie furie și revoltă. În primul caz, atitudinea pacientului poate fi de resemnare și capitulare, iar în cel de-al doilea – de mobilizare a resurselor pentru a lupta cu boala.

Boala ca pedeapsă. Boala poate fi percepță ca fiind o pedeapsă dreaptă, meritată din cauză că nu a respectat unele reguli de viață, îndeosebi pentru o persoană religioasă.

Boala ca eșec. Unii pacienți percep boala ca un semn de slăbiciune personală, de care se simt jenați. Astfel, vor încerca să ascundă boala.

Pentru aceștia, confruntarea cu situația de „slăbiciune” este atât de dure-roasă, încât uneori își neagă maladia. În consecință se comportă de parcă nu s-ar fi întâmplat nimic.

Boala ca eliberare. Boala poate fi și o soluție, pentru unele probleme cu care se confruntă persoana (de ex., nemulțumire de sine pentru neîmpliniri profesionale). Pentru a evita confruntarea cu situația conflictuală, persoana se refugiază în rolul de bolnav. Aceasta îi oferă posibilitatea de a raționaliza situația: „*Nu am putut să fac mai mult, deoarece m-am îmbolnăvit*”; sau de a se sustrage unor sarcini și responsabilități care îi revin. Discuțiile unui astfel de pacient vor fi centrate pe boala sa, pe diagnostic, pe restricțiile pe care îi le impune afecțiunea.

Boala ca strategie. Maladria poate avea o serie de beneficii secundare; bolnavul obține mai multă atenție din partea familiei. Ea poate fi utilizată ca strategie și pentru a obține avantaje materiale.

Boala ca pierdere iremediabilă. Unii văd boala ca o catastrofă, ca ceva ce nu mai poate fi recuperat. Convingerea că viața nu mai merită a fi trăită este relativ frecventă la persoanele care percep boala ca o pierdere iremediabilă. Aceste persoane au un risc crescut pentru suicid, mai ales dacă boala este una serioasă.

Boala ca valoare. Maladria poate deveni o situație de învățare – te învață să prețuiești ceea ce este cu adevărat important în viață. Ea determină, la unii oameni, o reevaluare a valorilor personale, o nouă imagine asupra vieții. Orgoliile mărunte, cedează valorilor spirituale, estetice, afective. Sunt cazuri când pacienții ajung la ideea: „*Boala m-a învățat cât de importantă este familia sau micile bucurii ale vieții*”.

Modul în care bolile sunt recunoscute și denumite depinde de cultura în care trăim. Există concepții laice despre fiecare tip de boală (de ex., dacă îți curge nasul și ai febră – ești răcit). Uneori datorită acestor credințe de simț comun, oamenii nu recunosc o boală și se prezintă mai târziu la medic.

Un rol important în adaptarea la maladie îl reprezintă percepția cauzelor care au declanșat-o. Apariția unei boli presupune reacții de teamă și nesiguranță. În acest caz, oamenii nu pot decât să se întrebe „De ce eu ?” „Ce a provocat această boală?”, încercând să caute un sens în ceea ce se întâmplă.

În literatura de specialitate găsim trei tipuri de atribuiri ale cauzelor unei boli (Bulman, 1988): *locusul cauzalității*, *stabilitatea cauzei*, *controlabilitatea cauzei*.

Locusul cauzalității se referă la percepția cauzei ca fiind internă (dependentă de persoană) sau externă (dependentă de mediu, soartă, Dumnezeu sau personalul medical).

Stabilitatea cauzei se referă la persistența în timp a motivului, care a declanșat boala; aceasta poate fi percepță ca stabilă sau instabilă.

Controlabilitatea cauzei reflectă măsura în care persoana crede că poate controla factorii, ce au determinat boala. O interpretare frecventă care apare la persoanele bolnave este autoblamarea pentru cele întâmpinate.

Cercetările efectuate până acum arată că principala caracteristică a celor care depășesc emoțional un eveniment traumatic constă în modul, în care evenimentul este integrat în istoria de viață și strategiile cognitive pe care persoana le folosește pentru a se adapta la noul statut (Janoff-Bulman, 1992). De asemenea, s-a observat că persoanele optimiste se adaptează mai bine la boala decât cele pesimiste (Roesc și Weiner, 2000).

Percepția controlabilității influențează modalitatea de coping aleasă. Există două modalități de coping (depășire) a evenimentului stresant:

- *coping centrat pe problemă*;
- *coping centrat pe emoție*.

Copingul centrat pe problemă se referă la tendința persoanei de a produce modificări în mediu pentru a se adapta la noua situație. Copingul axat pe emoție definește tendința persoanei de a se centra pe modificarea emoției față de noua situație.

O modalitate de coping poate fi considerată eficientă sau ineficientă în funcție de situație și de adaptarea la aceasta. De exemplu, în cazul unui deces, *negarea*, ca mecanism defensiv, poate fi o modalitate eficientă pe termen scurt, persoana având timp pentru a-și aduna resursele necesare, dar ineficientă pe termen lung, fiindcă persoana pierde capacitatea de a analiza obiectiv realitatea.

Contribuția persoanei bolnave la ameliorarea stării sale

1. Este necesar să ceară consultarea medicilor (una sau două opini), să întrebe fără teamă dacă va fi considerat incompetent; (a întreba

medicul despre boala este firesc) și astfel va putea fi capabil să lupte, să se mobilizeze pentru a parurge cu succes procesul terapeutic.

2. Să ceară tratament și să-i fie administrat tratamentul adecvat bolii, explicându-i-se efectele acestuia.

3. Să ceară ajutor psihoterapeutic, deoarece un medicament își face mult mai bine efectul, dacă psihicul nu-l sabotează prin gânduri negative disfuncționale. Corpul se mobilizează mai bine atunci, când mintea dă comenzi raționale.

4. Să fie conștient că e necesar să renunțe o perioadă sau definitiv la anumite activități, pentru a nu extenua organismul.

5. Să ceară suport afectiv de la familie și de la prietenii.

6. Să aibă încrederea că se va vindeca și să contribuie efectiv la vindecarea sa.

4. Tipurile de pacienți cu trăsături psihopatologice de personalitate

Este pe deplin recunoscut astăzi rolul important al comunicării în etiologia și tratamentul diverselor tulburări psihopatologice. Încă de la începutul stabilirii alianței terapeutice, apar unele probleme legate de procesul de terapie a pacienților, care decurg direct din caracteristicile personalității medicului și a pacientului. Din această perspectivă, putem contura unele tipuri „dificile” de pacienți.

Pacienții dominatori. Etichetați drept încrezători în sine, dominanți și competitivi, autoritar-despotici, acești pacienți conțin trăsături ale personalității narcisiste și obsesivo-compulsive. Pacienții dominatori dovedesc o lipsă de empatie manifestată într-o mare varietate de contexte. Se caracterizează prin modul lor autoîncrezător și coercitiv de a interacționa cu ceilalți, fiind independenți, energici și atrăgători.

Pentru motivarea acestor pacienți la psihoterapie, terapeutul ar trebui să-i trateze într-o manieră curtenitoare și plină de respect. Adeseori, apar dificultăți în asumarea rolului lor de pacient. De aceea, terapeutul trebuie să-i asculte cu interes, să le ofere recomandări și să respecte modul în care s-au descurcat până la momentul de față. Propunerile pentru schimbare trebuie prezentate astfel încât să li se ofere mereu posibilitatea de a face o alegere.

Pacienții paranoizi. Etichetati drept „reci”, serioși, critici, rezervați și defensivi, acești pacienți conțin trăsături ale personalității paranoide și antisociale. Pentru aceștia, lumea apare ca fiind amenințătoare

și ostilă. Nu au încredere în alții, deoarece se tem de faptul că informațiile vor fi folosite împotriva lor. Hipervigilenți, iau măsuri de protecție împotriva oricărei amenințări percepute. Sinceritatea, loialitatea și fidelitatea altora sunt puse la îndoială. Manifestă o dorință excesivă de a fi independenți, mergând până la culmea egocentrismului și a importanței de sine exagerate. Acești pacienți trebuie să fie antrenați în terapie cu mare grijă. Un terapeut care nu dovedește un bun autocontrol poate submina încrederea pacientului în procesul psihoterapeutic. Terapeutul trebuie să fie curtenitor, atent în alegerea cuvintelor, foarte clar în oferirea informațiilor, dar și tolerant, fără a adopta un comportament submisiv sau, dimpotrivă, un aer de prea mare autoritate și prestigiu. Moralizarea pacienților sau expunerea punctelor de vedere personale ar trebui evitată. Utilizarea sugestiilor indirecte, precum și acceptarea lumii „paranoide” a pacienților lor reprezintă un mijloc eficient de „înrolare” a acestora în terapie. Teama paranoidului de a-și pierde independența și puterea de a domina evenimentele trebuie manevrată cu mare abilitate.

Pacienții obstrucțivi. Acești pacienți par ostili și neimplicați, rebeli-neâncrezători, manifestă trăsături ale următoarelor tulburări de personalitate: pasiv-agresivă, antisocială și schizotipală. Aceștia au probleme serioase la conformarea cu normele sociale și la îndeplinirea sarcinilor profesionale. Imprevizibili și explozivi, adeseori creează o distanță față de ceilalți, simțind o lipsă de apreciere din partea acestora. Având o autostimă redusă și abordând o atitudine cinică, își exprimă opozitia, fie deschis, fie prin continue amânații ale sarcinilor. Cu toate acestea, pacienții obstrucțivi au nevoie de o abordare tolerantă și plină de răbdare din partea medicului. Dacă terapeutul este criticat de către pacientul său, este preferabil să abordeze serios acest lucru, exprimându-și regretul, în locul adoptării unui comportament defensiv. Abordarea acestor pacienți nu trebuie să fie coercitivă; ar fi de preferat să li se ofere posibilitatea de a-și formula propriile opinii. De-a lungul desfășurării psihoterapiei, este preferabil ca terapeutul să le ofere sugestii indirecte de continuare a tratamentului. De asemenea, este important ca descrierile, exemplele și formulele sugestive oferite de terapeut să concorde cu ideile și nevoile reale ale pacientului. Numai în acest mod, pacientul obstrucțiv va fi pregătit să coopereze.

Pacienții evitanți. Acești pacienți se prezintă drept inhibați, nesiguri și submisivi, manifestă trăsături ale tulburărilor de personalitate

evitante și obsesiv-compulsive. Rigizi, pasivi și egoiști, ei consideră că au probleme și conflicte serioase, care nu pot fi rezolvate de alte persoane. În general, nu sunt dispuși să între în relații, decât dacă li se oferă o garanție fermă de acceptare necritică. Comportamentul lor social este stângaci, nesigur și nonasertiv. Luarea deciziilor este evitată, amânată din cauza unei frici insolite de a nu face vreo eroare. Au o mare nevoie de a fi asertivi, dar împiedică inhibițiile și îndoielile. Extrem de perfecționisti, propriile lor greșeli sunt comparate cu idealuri înalte pe care și le fixează. Ca urmare, au tendința de a se simți vinovați și de a se autopedepepsi. Uncori, terapeuții pot deveni descurajați și iritați din cauza pesimismului și modelului comportamental rigid adoptat de această categorie de pacienți. Este foarte important ca terapeutul să manifeste răbdare, înțelegere, interes față de bolnav și să nu fixeze obiective terapeutice prea înalte. Cu un asemenea tip de pacient, psihoterapia ar trebui să se dezvolte în pași mici și concreți. Terapeutul trebuie să rămână empatic, prietenos și înțelegător, să se abțină să insuflle prea multă speranță sau să adopte un comportament mult prea directiv față de partenerul său de relație. Dimpotrivă, psihoterapeutul poate adopta un stil chiar mai pasiv decât pacientul său. Important este să sugereze, într-o manieră indirectă, modul în care schimbarea terapeutică este posibilă, chiar dacă pacientul nu este încă pregătit pentru acastă schimbare.

Pacienții dependenți. Acești pacienți sunt considerați submisivi și pasivi. Se găsesc într-o continuă căutare de suport afectiv, manifestând o dependență excesivă față de alții. În general, au puține ambiții și pretenții, puțin entuziasm în ceea ce întreprind și tind să supraaprecieze calitățile celorlalți. În relațiile interpersonale manifestă o atitudine critică și rejectantă, dar, în același timp, sunt cuprinși de teama de a nu fi abandonati. Prin comportamentul lor, stimulează hiperprotecție și dominare din partea persoanelor cu care intră în contact. Ușor de lezat prin critică sau dezaprobată, au dificultăți în a-și formula propriul lor punct de vedere sau în a fi asertivi. De asemenea, manifestă o încredere de sine scăzută, precum și dificultăți în luarea deciziilor sau în asumarea responsabilității.

Prin faptul că sunt anxioși, acești bolnavi pot fi motivați în terapie prin oferirea unui mediu cât mai afectuos și mai suportiv. Încrederea de sine poate fi întărită prin cât mai multe feedbackuri pozitive oferite de medic. Prin urmare, terapeutul ar trebui să menționeze în permanență

aspectele, care sunt eficiente în terapie, dar și circumstanțele care au dus la eșecurile pacientului. În mod alternativ pot fi punctate „dezavantajele” și „pericolele”, care atrag după sine schimbarea, întărindu-i-se, în acest mod, responsabilitatea pacienților pentru propria lor însănătoșire.

Întrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor

1. Enumerați factorii psihici implicați în bolile somatice.
2. Definiți noțiunea *rol de bolnav*.
3. Definiți noțiunea *comportament de bolnav*.
4. Care sunt factorii de menținere a comportamentului de bolnav?
5. Enumerați reacțiile emoționale ale pacientului la aflarea unui diagnostic.
6. Definiți semnificațiile atribuite bolii de către o persoană, expuse de Lipowski.
7. Explicați contribuția persoanei bolnave la ameliorarea stării sale de sănătate.
8. Analizați tipurile principale de pacienți „diflicili”: dominatori, paranoizi, obstructivi, evitanți, dependenți.

Bibliografie

1. Tudose F. *Psihiatrie și Psihopatologie*. București, 1998.
2. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенев Ф. Ф. *Личность пациента и болезнь*. Томск, 1995.
3. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. *Психологическая диагностика и коррекция в клинике*. Ленинград, 1983.
4. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство*. Москва, 1998.
5. Oprea N., Revenco M. ás.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știința”, 1993.

TEMA 14. ELEMENTE DE PSIHOPROFILAXIE ȘI PSIHOIGIENĂ A VIEȚII COTIDIENE

Structura

1. Calitatea vieții și sănătatea.
2. Psihoprofilaxia bolilor psihice și somatice.
3. Modelele de educație a sănătății organice și mintale.
4. Psihoigienă individuală și cea colectivă.

Obiectivele operaționale

- Conturarea înțelegерii actuale a sănătății și bolii, ca produs a tot ceea ce este și tot ceea ce face persoana în comunitate.
- Precizarea conceptelor: mod de viață sănătos, calitate a vieții.
- Argumentarea rolului pe care îl joacă suportul social în sănătate și boala.
- Analiza modelelor de educație a sănătății.
- Dobândirea cunoștințelor despre metodele de psihoigienă individuală.

Cuvintele-cheie: sănătate mintală, igienă mintală, model psihoprotector, calitate a vieții, comportament cu risc pentru sănătate, comportament prosanogen, psihoterapie, consiliere psihologică.

1. Calitatea vieții și sănătatea

Astăzi, tot mai mulți psihologi se ocupă de promovarea unor strategii psihologice, care să contribuie la sănătatea mintală a oamenilor, să îmbunătățească ceea ce numim *calitatea vieții umane*. Pornind de la ideea că, sănătatea fizică este direct dependentă de starea psihologică a omului, se elaborează diverse programe de sănătate mintală, accentul deplasându-se de la psihoterapie la consilierea psihologică.

Aștept, principiile psihologice se transformă în deprinderi de viață de a face față stresului, care se pot învăța. Atenția cercetătorilor față de acest gen de probleme a apărut din necesitatea de a găsi soluții la criza de valori, de care suferă mulți oameni din societățile de consum. Psihologul C. Rogers (1902–1987) vorbește despre „revoluția liniștită”, prin care înțelege că tot mai mulți oameni au tendința de a-și lua propriul destin în mână, de a-și controla corpul și mintea, de a-și rezolva propriile probleme.

Dacă bolile de civilizație în perioadele anteriorare celei contemporane se conturau în spațiul patologiei infecțioase (virotice, microbiene sau parazitare), în perioada contemporană acestea se conturează în spațiul patologiei cronice degenerative. Cele cu pondere mare, în acest cadrul, sunt următoarele:

- *bolile cardiovasculare* cronice degenerative: ateroscleroza, cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială;
- *neoplaziile maligne*: cancerul reprezintă a doua cauză de mortalitate la nivel mondial în momentul de față;
- *dependența de substanțe*: comportamentele addictive în ansamblul lor și în marea lor varietate;
- *maladiile metabolice cronice degenerative*: obezitatea, diabetul zaharat;
- *bolile de civilizație în sfera digestivă*: problematica gastritelor acute și cronice, a ulcerelor, frecvența mare a cariilor dentare la omul contemporan, colonul iritabil;
- *bolile de civilizație în sfera respiratorie*: bronhopneumopatia cronică obstructivă;
- *patologia geriatrică*: afecțiuni degenerative specifice vârstei, precum prevalența crescută a suferințelor cardiovasculare, a cancerului, tulburări ale funcțiilor psihice;
- *accidente*, sub multiplele lor forme, specific contemporane: intoxicații accidentale sau din intenție suicidară, accidente profesionale, abuz de medicamente, accidente rutiere, agresiuni fizice;
- *iatrogenozele*, prin intervenție de diagnostic, terapeutică sau chirurgicală;
- *sănătatea mintală contemporană*: unii specialiști OMS consideră depresia o problemă de sănătate publică a secolului XXI.

Confortul suplimentar obținut de omul contemporan, ca urmare a creșterii standardului de viață, este însoțit de creșterea ponderii sedentarismului, a comportamentelor addictive cu sporirea varietății acestora; supraalimentație, automedicație și supramedicație, cu expunerea pe scară largă la violența simbolică în contextul consumului de mass-media.

Astfel, conform evaluărilor realizate de OMS, ponderea celor patru variabile generale ale sănătății și bolii, în ceea ce privește cauzele de deces în țările dezvoltate, este următoarea:

- factorii de ordin biologic: 25 %;
- factorii de mediu: 15%;
- stilul de viață: 50 %;
- asistența medicală (rcsurse și acces la resurse): 10%.

Calitatea vieții se referă la factorii care configurează viața la nivel de sănătate, de condiții economice, de climat sociocultural, de satisfacție la nivel psihologic și spiritual, de calitate a mediului natural. Toate acestea își pun amprenta într-o maniera complexă și asupra stării de sănătate.

Din acest conținut complex al conceptului de calitate a vieții, pot fi, însă, desprinse câteva dimensiuni, care vizează, în mod direct, sănătatea și boala. Acestea sunt:

- dimensiunia *fizică/somatică*, care se concretizează în autonomia fizică și capacitatea anatomo-funcțională curentă, vitalitatea necesară unei vieți normale, absența disconfortului și a durerii, satisfacerea nevoilor biologice legate de alimentație, odihnă, sexualitate și.a;
- dimensiunea *psihică*, care se manifestă într-o stare de adaptare psihologică la mediu, grație unor capacitați cognitive și a unei vieți emotionale adecvate;
- dimensiunea *socială*, care se reliefiază în capacitatea de a juca rolurile sociale/ socioprofesionale curente, în capacitatea de relaționare interindividuală adecvată, în integrarea socială și promovarea de aspirații sociale;
- dimensiunea *economică*, care se manifestă în disponibilitatea resurselor de bază necesare în plan material-financial;
- dimensiunica *cultural-spirituală*, care se manifestă în acordul de fond cu lumea, în existența/nonexistența unui tel structurat în viață, în promovarea nevoilor culturale/religioase prin activități de preferință, în sentimentul existenței unei dezvoltări personale în ansamblul vieții.

Conceptul de suport social vizează rezultatul de protecție în raport cu factorii-stresori, pe care îl are existența și funcționarea rețelei sociale, a rețelei de relații interpersonale a unei persoane. Această rețea socială oferă individului ajutor mutual, posibilitate de comunicare și descărcare emoțională prin împărtășirea problemelor și trăirilor cu ceilalți, conferă sentimentul de integrare, apartenență și sens, face posibilă compasiunea, acceptarea și iubirea, precum și existența stimei de sine prin feedbackul

existent în relațiile interpersonale. Suportul social este activ în toate dimensiunile sale, dintre care cele mai importante sunt:

- suportul emoțional;
- suportul informațional;
- suportul prin valorizare;
- suportul instrumental/material.

Cele mai importante *surse de suport social* sunt:

- familia;
- microgrupul de prieteni;
- microgrupul socioprofesional;
- microgrupul de vecinătate;
- grupurile de apartenență (de ex., biserică, clubul ș.a.);
- specialiștii care furnizează servicii de îngrijire a sănătății.

Obiectul igienei mintale este *omul*, persoana umană sub toate aspectele sale: biologic, psihologic, medical, social, cultural-moral și spiritual. Igiena mintală se realizează printr-o psihopedagogie medical-socială, rolul fundamental revenindu-le medicilor și psihologilor.

Psihoigienizarea este un ansamblu de măsuri și mijloace destinate pentru menținerea și promovarea stării de sănătate. Ea trebuie să dureze pe totă perioada vieții individului. Toate mijloacele psihoigienizării trebuie adaptate vîrstei, statutului pacientului. Acțiunile realizate prin psihoigienizare au orientare dublă:

- *centrifugă*: concentrarea atenției asupra mediului în care este integrat individul și centrarea pe relațiile cu semenii;
- *centripetă*: orientarea spre propria persoană.

2. Psihoprofilaxia bolilor psihice și somatice

Profilaxia tulburărilor psihice se poate realiza pe baza cunoașterii aprofundate a cauzelor și condițiilor ce au determinat apariția tulburărilor psihice respective. Psihoprofilaxia este ansamblul de măsuri destinate pentru prevenirea apariției unei tulburări psihice sau împiedicarea evoluției defavorabile a celor depistate. **Modelul psihoprotactic** presupune trei etape.

1. Psihoprofilaxia primară este cea care se orientează pe depistarea și combaterea cauzelor îmbolnăvirilor psihice, care vizează următoarele măsuri profilactice:

- *de tip biologic*: trebuie să acționeze predominant în primii ani de viață și are ca scop prevenirea acțiunii factorilor toxicici (infectioși); are drept scop scăderea sau înlăturarea riscului psihopatogenetic și malformativ pentru descendenți; se recomandă conceperea copiilor la vârste tinere, până la vîrstă de 40 de ani;

- *de tip psihologic*, au drept scop susținerea individului în a-și cristaliza și consolida personalitatea, vizând o raportare adecvată a părinților față de copii; trebuie cultivate atitudini de tipul încurajare, adevarare, toleranță la stres, cooperare și responsabilitate;

- *de tip sociologic* (varianta instituțional-socială): au drept scop evitarea suprasolicitării fizice și psihice a individului, crearea unui climat favorabil securizant.

Ultimele două tipuri acționează în stadiile avansate ale vieții. În perioada școlarității și în perioada profesională predomină măsurile profilactice de tip psihologic, iar la vîrstă a treia predomină măsurile profilactice de tip sociologic.

2. **Psihoprofilaxia secundară** vizează oportunitatea și eficacitatea măsurilor terapeutice. Are ca scop scăderea manifestărilor și a evoluției tulburărilor psihice, fiind nevoie de diagnostic timpuriu și tratament oportun.

3. **Psihoprofilaxia terțiară** vizează acțiunile complexe cu caracter sociocultural și este destinată limitării sau prevenirii dezadaptării individului sau a dependenței lui de tulburarea psihică. Psihoprofilaxia terțiară acționează prin:

- evaluarea gradului de incapacitate de muncă drept o consecință a nivelului de invaliditate fizică sau psihică;

- reabilitarea, readaptarea și resocializarea individului, prin psihoterapie și ergoterapie, pregătind individul pentru a face față vieții sociale (resocializarea).

Psihoprofilaxia terțiară are o valoare prospectivă: în baza comportamentului individului și a condițiilor prezente se constată că cel în cauză ar putea presta o profesie, întemeia o familie și a se integra optim în mediu. Dacă psihoprofilaxia primară și psihoprofilaxia secundară vizează boala, cea terțiară vizează individul prin prisma posibilităților sale latente – posibilități de obiectivare în sfera activităților sociale și profesionale.

Conștientizarea suferințelor psihice și acceptarea acestora pot vindeca bolile localizate în diferite organe: inima, tubul digestiv și sistemul respirator, fiind afectate de tulburările emoționale. Stresul, depresia și stările nevrotice au un impact major asupra sănătății fizice. Specialiștii vorbesc tot mai des de boli cronice, care au fost cauzate de tulburări emoționale ne tratate. În timp, se creează un adevarat cerc vicios, deoarece agravarea stării de sănătate accentuează simptomele tulburărilor psihice, care la rândul lor pot provoca alte boli somatice.

Atunci când stresul, supărările, tensiunile și frustrările nu se exprimă prin cuvinte, ele generează suferințe corporale și se transformă într-o formă somatică de manifestare a unor suferințe psihice. Metoda de tratament constă în conștientizarea acestor probleme psihice și în recunoașterea faptului că există ceva care ne solicită psihic însă nu credem că este atât de deranjant încât să cerem ajutor.

Psihologul Anca Munteanu susține că de multe ori medicii-specialiști nu pot da un tratament pentru afecțiunile localizate care nu au originea în corp, ci se localizează în gândire. În aceste situații, metodele obișnuite de tratament nu mai au niciun efect. În cazul dat, oamenii au nevoie de odihnă, concediu, plimbări la aer liber și alte activități, care îi fac să se simtă bine, însă mulți spun că nu au timp, că nu merită sau că pot trăi fără acestea. În momentul în care a apărut suferința fizică, pacienții trebuie ajutați să conștientizeze că au probleme emoționale și să vorbească despre ele.

„Unii se vindecă repede pentru că ajung să facă legătura între corp și psihic, însă alții sunt incapabili să facă aceste conexiuni, iar psihoterapia poate doar ameliora suferințele în care oamenii s-au complăcut”, explică A. Munteanu.

3. Modele de educație a sănătății organice și mintale

Modelul tradițional biomedical de explicare și abordare a bolilor cronice este restrictiv și unilateral, neluând în considerație variabilele nonbiologice. Noua paradigmă – cea **biopsihosocială** – încorporează atât achizițiile medicinei biologice, cât și variabilele psihocomportamentale, sociale, culturale și ecologice, ca factori importanți în etiologia și evoluția bolilor (Matarazzo, 1980).

Teoria difuzării informației și comunicării (C. Rogers, 1983). Modelul descrie opt condiții prin care mesajele despre sănătate devin eficiente.

ciente. Modelul mai poartă și numele „*Modelul celor 8P*” – de la descrierea modului în care informațiile trebuie să fie transmise către public:

- pervaziv;
- popular;
- personal;
- participativ;
- pasionant;
- practic;
- persuasiv;
- profitabil.

În activitățile de promovare a sănătății, de prevenire a îmbolnăvirilor sau de recuperare din boală, este important să fie oferite următoarele forme de control:

- informațional (de ex., cunoștințe);
- cognitiv (convingeri raționale);
- emoțional (reducerea anxietății, a depresiei);
- comportamental (renunțarea la fumat);
- fiziolitic (biofeedback);
- decizional (a lua decizii potrivite situației);
- retrospectiv (a înțelege de ce s-a întâmplat).

Analiza istorico-socială, în ultimele două secole, pune în evidență, în aria culturală europeană, existența a trei tipuri principale de modele de educație a personalității umane în domeniul sănătății mintale: *modelul medico-moral*, *modelul medico-psihiatric* și *modelul medico-social*.

Modelul medico-moral (Ph. Pinel, Esquirol, M. Boigey) insistă pe aspectele morale ale sănătății mintale și ale formării personalității. El consideră comportamentul ca fiind supus, în principal, unor cenzuri morale, contribuind astfel la dezvoltarea individului și a stării sale de sănătate mintală (H. Damaye, P. Jolly).

Modelul medico-psihiatric consideră sănătatea mintală în raport cu boala psihică. Din aceste considerente, educația sănătății nu se mai face după principii morale, ci după principiile medicinei profilactice, ale igienei generale aplicate la boala psihică (A. Chavigny, B. Ball, J. Falret, Genil-Perin).

Modelul medico-social corespunde în mod optim cerințelor prezentului și el exprimă spiritul igienei mintale. Acest tip de educație a personalității în direcția formării și dezvoltării stării de sănătate mintală

privește atât individul, cât și comunitatea social-umană de indivizi, dar și societatea cu instituțiile sale. Această concepție este proprie igienei mintale înțelesc ca formă de profilaxie a bolilor psihice, dar și ca metodă de formare a personalității și sănătății mintale a individului și a comunității umane (C. W. Beers, A. Meyer, D. B. Klein, H. Bouyer și Martin-Sisteron).

Programele de promovare a sănătății vor viza reducerea comportamentelor de risc, respectiv a fumatului, a consumului de alcool și droguri, a regimului alimentar incorrect și vor încuraja practicarea comportamentelor protective (exercițiul fizic, relaxare etc). Programele de prevenție trebuie să respecte anumite principii care, totodată, vor fi adaptate în funcție de nivelul și tipul programului de prevenție.

4. Psihoigienă individuală și cea colectivă

O contribuție importantă la acțiunea de igienă mintală au adus-o cercetările din sfera antropologiei culturale prin psihiatriea transculturală sau etnopsihiatrică (F. Kraepelin, H. Ellenberger, M. H. Murray) sau din sfera psihiatriei și a psihologiei sociale (E. Fromm).

Lavson (1984) arată ca această strategie de psihoprofilaxie și psihoigienă este ilustrată de un vechi proverb chinez: „*Dacă dai unui om un pește, îi asiguri o masă, dacă-l înveți să pescuiască, el va putea să-și asigure hrana pentru tot restul vieții*”. Acest proverb reprezintă esența programelor care presupun învățarea unor deprinderi de a face față problemelor vieții. Aceste deprinderi îi ajută pe oameni să-și conducă mai bine propria viață și să-i ajute mai eficient pe ceilalți.

Igiena mintală astăzi are nu numai o funcție individuală, ci și o funcție socială, comunitară. Ea este investită cu autoritatea de a controla și proteja starea de sănătate mintală atât a individului, cât și a comunității sociale de indivizi. Ea are rolul de a promova factorii de sanogeneză, de a oferi recomandări pentru ameliorarea vieții, de a planifica activitatea și de a da o normă psihosocială potrivit conduitelor umane. În sensul acesta, igiena mintală devine o componentă esențială a modelului social-cultural al societății respective. Ea trebuie să constituie una dintre dimensiunile oricărei societăți moderne, civilizate, întrucât prin scopul pe care și-l propune, promovează principiile unei cultivări a echilibrului sufletesc prin măsurile de psihoprofilaxie a bolilor psihice.

În felul acesta, igiena mintală se revelează ca un important factor de protecție și progres social. În plus, ea reprezintă și un mijloc de educație, de formare a individului, de adaptare a acestuia la noile condiții ale unei lumi în mișcare și evoluție, contribuind astfel la progresul general al societății.

Deși e ramură a medicincei, igiena mintală, prin valențele sale multiple reprezintă un important instrument în activitatea medicului, psihologului, a asistentului social, a sociologului etc. Acțiunea de igienă mintală se întemeiază pe un program de psihoprofilaxie, care implică activitatea unei „echipe terapeutice” complexe, cu caracter interdisciplinar, în care activitatea medicului, a psihiatrului și a psihologului se împletește cu cea a infirmierei, a asistenței sociale, a pedagogului, a sociologului, a juristului și a economistului.

Orice acțiune de igienă mintală este o cooperare largită, în care Statul este obligat să intervină, susținând-o moral și material. Este în interesul instituțiilor de stat și a celor guvernamentale să promoveze acțiunea de igienă mintală, pentru prevenirea creșterii riscului bolilor psihice în populație, a devianțelor sociopatiche, a violenței, a toxicomaniilor, a alcoolismului, a diferitor forme de perversiuni.

Este mult mai ușor să previi decât să combati sau să tratezi tulburările psihice sau sociopatiche apărute. Este mai ușor să menții, chiar cu eforturi materiale, o societate sănătoasă, decât să te confrunți cu probleme majore de sănătate mintală sau devianță antisocială.

Înfățișându-se ca domeniu științific bine conturat, igiena mintală are caracteristici proprii, de ordin individual și de ordin colectiv. Igiena mintală individuală privește persoana umană, urmărind păstrarea stării de echilibru mintal, în raport direct cu starea de echilibru fizic, somatic, conform principiului „*mens sana in corpore sano*”.

Caracteristicile igienei mentale individuale sunt următoarele:

a) menținerea raportului constant dintre echilibrul mintal și echilibrul fiziologic, prin evitarea exceselor alimentare, a utilizării alcoolului sau a drogurilor, prin activitate fizică și mișcare;

b) respectarea odihnei, a somnului de noapte, evitarea sedentarismului, dar și a efortului fizic prelungit, evitarea abuzului de medicamente sedative sau hipnotice;

c) evitarea evenimentelor psihotraumatizante ale vieții, cu valoare emoțional-afectivă negativă, a stărilor de tensiune psihică prelungite, a eșecurilor, a conflictelor etc.

Caracteristicile igienei mintale colective sunt următoarele:

a) menținerea, dezvoltarea și perfecționarea stării de sănătate mintală a grupelor social-umane;

b) prevenirea situațiilor generatoare de conflict, panică, dezordine socială cu implicații asupra echilibrului din cadrul grupului social;

c) instituirea unor măsuri de psihoprofilaxie în masă a factorilor care pot perturba starea de sănătate mintală a grupului.

A. Porot definește **starea de sănătate mintală** ca fiind „*aptitudinea psihicului de a funcționa într-un fel armonios, agreeabil, eficace, atunci când circumstanțele îi permit, făcând față cu suplete la situațiile dificile și menținându-și echilibrul dinamic*”.

Sănătatea mintală este echivalentă cu starea de normalitate psihică și ea este condiția esențială a existenței persoanei umane. Ea se caracterizează prin următorii parametri: starea de echilibru interior; echilibrul dintre persoană și lume, ca expresie a adaptării; comportament adecvat orientat între „stimul” și „scop”, sau între „motivație” și „ideal”; gândire coerentă, fluentă, logică; capacitatea de a acționa pozitiv, de a găsi soluții adecvate fiecărei situații de viață individuală.

Considerând boala mintală ca un fapt ontologic, igiena mintală își extinde sfera de interes și la dimensiunile extramedicale ale acestia; socială, culturală, morală, juridică, toate la un loc, constituind atitudinea față de boala psihică și bolnavul mintal, în cadrul unei societăți date (A. Porot). În sensul acesta, o valoare esențială în ceea ce privește „forma” și „semnificația” bolii mintale o are modelul social-cultural prin sistemul său de valori.

În general, influența modelului social-cultural asupra bolii mintale se exprimă prin atitudinea societății față de aceasta. Cele mai frecvente aspecte sunt următoarele:

- credința în fatalismul evolutiv al nebuniei și incurabilitatea acestiea;
- caracterul misterios și frica pe care o inspiră boala mintală;
- ideea că orice bolnav psihic este o ființă periculoasă și răușăcatore pentru societate;

–tendență de a considera bolnavul mintal incapabil de orice activitate normală.

Principalele obiective pe care și le propune acțiunea de igienă mintală sunt:

a) prelucrarea științifică a măsurilor privind fortificarea sănătății publice și stabilirea formelor de psihogienă la persoanele cu vârste variate și în diferite secole de activitate, cu aprecierea nocivității fiecăreia dintre ele;

b) studiul condițiilor sociale și de mediu general care contribuie la extinderea bolilor mintale;

c) instituirea unor metode sociopsihiatricice, demografice și medico-sociale de depistare a bolilor mentale, extinderea acestora, raportul dintre diferitele lor forme, dinamica psihosocială a acestora, tendințele de evoluție statistică-demografice etc.;

d) stabilirea principiilor și a metodelor de asistență, precum și organizarea corespunzătoare a rețelei spitalicești și ambulatorii de psihiatrie;

e) fundamentarea teoretică și implementarea metodelor de educație a maselor largi ale comunității sociale în domeniul igienei mentale, prin asimilarea cunoștințelor și formarea deprinderilor necesare întăririi și păstrării unei stări de sănătate mintală optimă;

f) studiul complex al factorilor etiologici ai bolilor mentale (aspectele genetice, biologice, psihologice, sociale, economice etc.), precum și al mecanismelor de acțiune a acestora;

g) cercetarea și instituirea unor măsuri constând în întreprinderea unor investigații minuțioase în domeniul posibilităților de transmitere a unor boli psihice ereditare, în scopul stabilirii legilor de transmitere ereditară a trăsăturilor de caracter și comportament, a defectelor psihopatologice ale personalității, precum și a influențelor nocive care ar putea acționa asupra concepției sau în perioada de gestație. Dintre acestea, menționăm: sfaturi adresate familiilor tratate psihic sau suspecte în sensul acesta; sfaturi de igienă mintală pentru tinerii căsătoriți; răspândirea în populație a cunoștințelor de igienă mintală, cu caracter de educație sănătății; educația sexuală corectă a tineretului; introducerea obligatorie a certificatelor prenupțiale de apreciere a stării de sănătate mintală; acordarea unor sfaturi genetice în cazurile de afecțiuni fizice mitilante, boli infecțioase sau cronice (sifilis, tuberculoză), intoxicații cronice (alcoo-

lism, stupefiate, medicamente psihotrope), influențe morale și sociale negative etc.;

h) cultivarea, în rândul populației, a unei mintalități conform căreia starea de sănătate mintală optimă este condiția esențială a dezvoltării armonioase și echilibrate (fizice, intelectuale și sociale) a membrilor comunității umane respective;

i) instituirea unui program larg de sănătate mintală, bazat pe specificul problemelor comunității umane respective, pe necesitățile acesteia;

j) depistarea timpurie a tulburărilor mentale și instituirea imediată a unor măsuri adecvate de combatere a acestora;

k) organizarea rețelei de asistență spitalicească, ambulatorie și de recuperare, care urmărește reducerea morbidității, a perioadei de evoluție a bolii, favorizând readaptarea socială, familială și profesional-școlară a respectivului bolnav mintal;

l) măsurile speciale de recuperare a deficienților psihici, de reorientare profesională etc.;

m) rezolvarea problemelor psihosociale ale copiilor inadaptați social, cu tulburări mentale sau de dezvoltare somatică, prin instituirea unor măsuri psihogienice de ordin medico-psihiatric și medico-pedagogic.

Pe lângă cele mai sus menționate, Comitetul Științific pentru Sănătatea Mintală al grupului de experți OMS propune ca prioritate rezolvarea următoarelor **probleme**:

a) problema copilului și a copilăriei; delinvenția juvenilă; tulburările de comportament, de adaptare; carentele afective familiale, adoptaționice;

b) igiena mintală a persoanelor de vîrstă a treia și măsurile de protejare psihosocială a acestora;

c) influența factorilor de civilizație ai vieții moderne asupra stării de sănătate mintală a populației;

d) problema alcoolismului și a toxicomanilor;

e) cercetările de etnopsihiatrie privind formele și variațiile stării de sănătate mintală în perspectiva psihiatrici transculturale;

f) studiile de epidemiologie a bolilor psihice, cu instituirea unor programe adecvate pe psihoprofilaxie, conform necesităților;

g) studiile privind clasificarea internațională a bolilor psihice;

h) cercetările de psihiatrie socială;

i) studiile de psihiatrie biologică (genetică, biochimică, neuropsihobiologia, psihofarmacologie etc.).

În scopul realizării acestor obiective pe care și le propune, igiena mintală utilizează o gamă complexă și variată de **metode**.

1. *Metodele de apreciere a stării de sănătate mintală* au caracterul unor investigații, care urmăresc precizarea stării de sănătate mintală, factorii care o influențează, dinamica acesteia etc.

2. *Metodele de influențare a sănătății mentale* sunt metode psihoprofilactice de igienă mintală care urmăresc păstrarea, protejarea și stimularea sanogenezei, cu combaterea concomitentă a factorilor morbișetici.

3. *Metodele psihoprofilactice* cuprind un complex de măsuri menite să mențină și să dezvolte sănătatea mintală, precum și să combată eventualele influențe din mediu care ar putea duce la tulburarea acesteia. În acest sens, se va ține seama de următoarele aspecte:

- planificarea riguroasă a regimului de muncă;
- evitarea eforturilor excesive sau a monotoniei;
- asigurarea unor condiții social-economice corespunzătoare unui nivel de trai decent al individului;
- stimularea acțiunii factorilor de sanogeneză;
- desfășurarea unor acțiuni care să faciliteze atât adaptarea optimă a individului la condițiile de mediu social, evitându-se „șocul noului” cât și integrarea rapidă a acestuia în condițiile de progres social;
- combaterea factorilor morbișetici cu acțiune psihotraumatizantă asupra persoanei;
- accesul individului la valorile culturale, morale și spiritual-religioase favorabile dezvoltării ortopsihice a personalității sale;
- instituirea unor forme de educație sanitată larg accesibile publicului, în scopul cunoașterii și deprinderii principiilor igienei mintale.

Principiile și acțiunile de igienă, în general, și cele de igienă mintală, în special, sunt acceptate în mod diferit de diferite grupe etnoseciale, în raport cu variațiile unor modele socioculturale diferite. În sensul acesta se remarcă mai multe niveluri de acceptie a măsurilor de igienă: în raport cu tradițiile și cutumele statuante; în raport cu temperamentul specific al grupelor respective; în raport cu comportamentele și normele acestora. Din aceste motive, pentru a putea impune regulile igienei

mintale, sunt necesare orientări largi, un spirit deschis de toleranță și înțelegere, bunăvoiță, forță de convingere și mai ales utilizarea valorilor unui model ideal.

Acțiunea de igienă mintală se organizează de către instituțiile abilitate în acest scop, avându-se în vedere o largă cooperare cu factorii medico-psihologici, socioculturali, economici și spiritual-morali.

Se vor institui măsuri adecvate de psihoprofilaxie, intervenție în criză și măsuri de recuperare posteritică. Eficacitatea acestor măsuri ține de „echipele terapeutice” sau de sănătate mintală, care vor acționa în cadrul dispensarelor sau al laboratoarelor de sănătate mintală, al organismelor de postură și recuperare (sanatorii, cămine-școală, școli profesionale protejate, învățământ special etc.). Un loc important îl au cabinetele de psihiatrie din rețeaua medicală de asistență ambulatoric sau secțiile și spitalele de psihiatrie.

O atenție deosebită trebuie acordată asistenței și protecției unor categorii sociale, cum sunt copiii și adolescenții, familia, populația cu handicap, bolnavii psihici cu afecțiuni cronice, precum și unor factori cu risc crescut de vulnerabilitate psihică, cum sunt: alcoolismul, toxicomanii, tentativele de suicid, delinvența etc.

Igiena mintală individuală sau a unei alte persoane urmărește dezvoltarea, păstrarea, promovarea și desăvârșirea stării de sănătate mintală individuală, concentrându-se atenția asupra sistemului personalității umane globale, ca domeniu de referință și acțiune directă a sa (X. Abely și J. Lauzier, I. Bellak, M. Bates, A. J. Bindmann și A. D. Spiegel, O. Bumke, J. A. Clausen, H. Carroll, G. Caplan, H. Grunbaum, L. Levi, M. K. Opler).

Igiena mintală a persoanei vizează dezvoltarea armonioasă și echilibrată a personalității individului, adaptarea optimă a acestuia la condițiile mediilor sale ecologic, social și familial, încadrarea sa în grupul comunitar și cel profesional, dezvoltarea încrederii în sine, formarea unor relații interpersonale pozitive, care să confere personalității o dinamică normală.

Această ramură a igienei mentale cuprinde măsuri de natură profilactică, vizând evenimentele psihotraumatizante din cursul vieții, factorii stresanți capabili să ducă la dezechilibre psihice și care ar putea afecta direct starea de sănătate mintală a individului.

Prin scopurile pe care și le propune, igiena mintală individuală se apropie de igiena mintală colectivă, deoarece, în final, ambele urmăresc *eradicarea factorilor morbigenetici și cultivarea condițiilor de sanogenăză atât în cazul individului, cât și al comunităților social-umane*, în egală măsură, sănătatea mintală individuală este condiția fundamentală esențială a unei stări de sănătate mintală comunitară normală.

În fața acestor aspecte deosebit de importante pe care le reprezintă tulburările de comportament pentru starea de sănătate mintală, se impune instituirea unor **măsuri de psihobiologie adecvate**, care constau din următoarele:

- măsuri de psihobiologie a copilului, vizând atenuarea agresivității și convertirea acesteia în acțiuni și conduite pozitive;
- formarea unui comportament adecvat social prin măsuri cu caracter psihopedagogic;
- acordarea unei atenții sporite crizelor de dezvoltare psihobiologică, în special celor legate de pubertate și adolescență, care pot duce la formarea unor conduite de tip deviant agresiv sau antisocial de tip sociopatic;
- educația sanitată privind normele de viață, de stimulare, conservare și dezvoltare a unei stări de sănătate mintală optimă;
- protejarea individului în mediile familial, social și profesional prin evitarea contactelor cu indivizi sociopați, evitarea sau corectarea imitației unor forme de comportament de tip aberant;
- lupta antialcoolică și antidrog, prin măsuri de igienă mintală și protecție socială;
- măsuri cu caracter curativ, medico-psihiatric în cazul existenței unor tulburări comportamentale, cură de dezalcoolizare, supraveghere dispensarizată etc.;
- organizarea unor centre de educare și supraveghere a minorilor-delincvenți care au tulburări psihice; încadrarea acestei categorii de indivizi în activități socio-profesionale în raport cu starea de deficiență psihică pe care o prezintă;
- controlul medico-psihiatric periodic al bolnavilor psihici, cu precadere al celor cu un potențial agresiv antisocial crescut.

Aceștia de igienă mintală se desfășoară în trei etape.

a) Psihoprofilaxia acționează asupra cauzelor, a factorilor stresanți, atenuând sau chiar împiedicând acțiunea lor psihotraumatizantă asupra

individualului. Ea are două aspecte: profilaxia nespecifică sau medico-socială (în familie, la locul de muncă, în colectivitățileșcolare, în comunitatea umană); profilaxia specifică sau psihointividuală (regim de viață și de muncă protejat, satisfacții materiale și morale).

b) Intervenția este etapa terapeutică și ea se adresează persoanei în condițiile apariției și evoluției clinice a bolii mintale, căutându-se supraviețuirea acestora prin mijloace terapeutice (terapie biologică, psihoterapie, socioterapie). Ea se prezintă sub trei forme: *terapia intraspitalicească*; *terapia semiambulatorie*; *terapia ambulatorie*.

c) Postintervenția, sau etapa recuperatorie, acționează asupra efectelor bolii psihice, a stării de deficiență psihică postprocesuală, căutând să compenseze consecințele bolii și să readucă, printr-o readaptare complexă, individul la modul de viață normală.

Un rol important revine educației și creșterii copiilor în familie, modelului de educație și instrucție școlară, precum și formării lor spirituale prin educația religioasă. Trebuie ameliorate condițiile de trai, nivelul economic și de asigurări sociale, protecția socială, care să poată asigura un trai normal și securizant pentru toți membrii societății.

Un aspect deosebit de important îl constituie psihoprofilaxia suicidului și a actelor de agresivitate, în general; a crizelor suicidare declarate sau a stărilor conflictuale și situațiilor de eșec și nevroză. În acest scop, se impune instituirea unei rețele de asistență ambulatorie și de control preventiv al cazurilor enumerate. Un rol important în acest circuit îl revine rețelei de intervenție în criză „Hot-line”, – cea mai importantă formă de acțiune de igienă mintală cu caracter social.

Depistarea factorilor de risc morbigenetic și înlăturarea acestora prin cultivarea factorilor cu efect sanogenetic, cu influență pozitivă asupra stării de sănătate mintală a comunităților social-umane sunt sarcini ce stau la ordinea zilei.

Mișcarea și acțiunea de igienă mintală sunt esențiale și indispensabile într-o societate civilizată, care respectă persoana umană și demnitatea acestoria; este un act social de înaltă responsabilitate, o datorie față de membrii comunității umane.

Întrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor

1. Definiți noțiunile de *psihogigienă* și *psihoprofilaxie*.

2. Definiți *obiectul igienei mintale* (psihoigienei).
 3. Explicați noțiunea de *calitate a vieții*.
 4. Numiți și explicați dimensiunile calității vieții.
 5. Care sunt etapele modelului psihoprofilactic al bolilor somatice și psihice?
6. Definiți noțiunea de *igienă mintală*.
 7. Numiți și explicați modelele de educație a sănătății organice și a celei mintale.
 8. Definiți starea de *sănătate mintală*.
 9. Care sunt principalele măsuri de psihoigienă individuală?
 10. Numiți etapele de desfășurare a măsurilor de igienă mintală.

Bibliografie

1. David D. *Metodologia cercetării clinice*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
2. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, „Polirom”, 2006.
3. Enacheșcu C. *Tratat de igienă mintală*. Iași, Editura „Polirom”, 2004.
4. Ionescu G. *Psihoterapie*. București, Editura Științifică, 1990.
5. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală. Vol. I. Psihologia Sănătății*. București, Editura „Infomedica”, 2005.
6. Tudose F. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București, Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
7. Tudose F. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2003.
8. Tudose F. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București, Editura „Infomedica”, 2000.
9. Tudose F. Tudose C. *Abordarea pacientului în psihiatrie*. București, Editura „Infomedica”, 2002.

TEMA 15. APLICAREA METODELOR PSIHOTERAPEUTICE ÎN MEDICINĂ

Structura

1. Definirea psihoterapiei.
2. Analiza tipurilor de psihoterapie în funcție de modalitatea de desfășurare a ședințelor.
3. Analiza orientărilor în psihoterapie.
4. Psihoterapia și consilierea psihologică.

Obiectivele operaționale

- Familiarizarea cu posibilitățile de tratament psihoterapeutic.
- Precizarea conceptelor *psihoterapie* versus *consiliere psihologică*.
- Argumentarea rolului pe care îl are psihoterapeutul în relația terapeutică.
- Dobândirea cunoștințelor despre orientările în psihoterapie și scopul terapeutic al fiecăreia dintre ele.

Cuvintele-cheie: psihoterapie, tehnici de psihoterapie, consiliere psihologică, sugestie, autosugestie.

1. Definirea psihoterapiei

Cuvântul *psihoterapie* provine din greaca veche, „psychē”, însemnând *spirit, susținut sau răsuflare și „therapeia” sau „therapeuein” – a vindeca sau a îngriji*. Acest termen a fost utilizat pentru prima oară în jurul anului 1890. Psihoterapia era definită în acea epocă ca ameliorare a disȚresului sau dizabilității unei persoane de către o alta prin folosirea unei abordări bazate pe o teorie sau o paradigmă anume.

Conform definiției date de Federația Română de Psihoterapie, **psihoterapia** este o modalitate de tratament cuprinzător, deliberat și planificat, prin mijloace și metodologii științifice, având un cadru clinic și teoretic, centrată pe reducerea sau eliminarea unor simptome, tulburări mentale sau stări de suferință psihosociale și/sau psihosomatice și comportamente disfuncționale.

Psihoterapia reprezintă o serie de tehnici bazate pe dialog, comunicare și schimbare comportamentală, care au ca scop ameliorarea sănătății mentale a clientului/pacientului sau îmbunătățirea unor relații de grup (cum ar fi cele din cadrul familiei). Cele mai multe forme de psi-

hoterapie folosesc *conversația* ca mod de abordare a clientului/ pacientului, dar există și forme de psihoterapie care utilizează alte modalități de comunicare cum sunt cuvântul scris, lucrările de artă, teatrul, poveștile, jocul (mai ales în psihoterapia copilului), desenul, dansul și mișcarea, atingerea (senzații chinestetice), sculptura, filmele etc.

Psihoterapia se poate adresa unor forme specifice de boli mintale diagnosticabile sau problemelor cotidiene de relaționare și de satisfacere a scopurilor personale. Tratamentul problemelor cotidiene este de cele mai multe ori denumit *consiliere* (distincție făcută pentru prima dată de Carl Rogers).

Intervențiile psihoterapeutice sunt deseori concepute pentru a trata pacientul în modelul medical, deși nu toate abordările psihoterapeutice urmăresc modelul boala/tratament.

Psihoterapia este o formă de tratament și ameliorare a problemelor de natură psihologică, utilizând metode de modificare a comportamentelor, reacțiilor, emoțiilor și gândurilor distructive, dezadaptative și care ne împiedică să ne atingem scopurile. Psihoterapeutul și clientul formează o echipă care lucrează împreună la identificarea și rezolvarea dificultăților clientului.

Psihoterapeutul poate fi văzut asemenea unui profesor care își învață elevii să meargă cu bicicleta. La început va fugi alături de bicicletă, ținând de scaun pentru ca elevul să nu-și piardă echilibrul și să cadă. Atunci când va observa că elevul reușește să-și mențină echilibrul, ii va da drumul, fiind în continuare în spatele acestuia, pregătindu-se să-l prindă, dacă se vadezchilibra, până când elevul va reuși să meargă singur cu bicicleta, moment în care profesorul se va retrage.

2. Analiza tipurilor de psihoterapie în funcție de modalitatea de derulare a ședințelor

În psihoterapie se utilizează o gamă largă de tehnici, dar indiferent de acestea, se consideră că cel mai important element în acest domeniu la ora actuală este *relația terapeutică* – factorul comun în toate orientările terapeutice (Dafinoiu I., 2000).

Psihoterapia este practicată de psihologi, medici, psihiatri, asistenți sociali, teologi, consilieri sau absolvenți de alte studii superioare și care au formare în psihoterapie. În România, și, respectiv, în R. Mol-

dova, psihoterapeuții sunt psihologi, medici, psihopedagogi și asistenți sociali cu formare într-o anumită școală sau metodă de psihoterapie.

Tipuri de psihoterapii: În ultimele două decenii, psihoterapia a devenit tot mai diversificată, înregistrându-se peste 200 de forme de psihoterapie. Există specialiști care susțin superioritatea unei anumite tehnici sau metode. În realitate, există numeroase dovezi că astfel de opinii sunt nefondate. Nu există o psihoterapie mai „bună” și alta mai „puțin bună”, ci doar abordări diferite în funcție de școala cărei aparține respectivul terapeut.

Psihoterapia poate fi practicată în mai multe forme.

- *Terapie de grup* este o formă de tratament psihologic, ce are ca obiectiv să vindece grupul, considerat ca un tot, precum și pe membrii acestuia (individuali), prin intermediul grupului” (G. Ionescu, 1990).

- *Terapie de familie* se bazează pe teoria conform careia familia este un sistem, care la un moment dat poate deveni disfuncțional. Nu se consideră că un anumit membru al familiei este „bolnav”, ci că relația în sine este cea „bolnavă”. Pentru aceasta terapeutul, va lucra cu toți membrii acelei familii împreună.

- *Terapia/consilierea maritală* este oarecum similară terapiei de familie: se consideră că problema este în relație și nu la unul sau altul dintre membrii cuplului. La terapia de cuplu apeleză cei doi soți/prietenii, cu care se lucrează împreună, pe când în cazul terapiei de familie se lucrează și cu copiii sau cu familia extinsă.

- *Terapia individuală* este cea care pune accentul pe persoană și se ocupă exclusiv de problematica acesteia într-o relație diadică (terapeut – pacient).

3. Analiza orientărilor în psihoterapie

Există mai multe tipuri de terapii care se raportează la școli și teorii diferite. Cei mai mulți autori (Dafinoiu I., 2000) consideră că psihoterapia ar putea fi mai bine definită folosind termenul *psihoterapii (plural)*, datorită multiplelor orientări teoretice existente la ora actuală în lume. Tocmai din acest motiv, în prezent se încearcă integrarea în psihoterapie, pornind de la ceea ce se numește *factori comuni*. Termenul de „psihoterapii” este utilizat, deoarece fiecare tehnică în parte se revendică teoretic de la una dintre numeroasele școli și orientări din psihologie.

Astfel, cele mai cunoscute orientări (după European Psychotherapy Association- EAP) sunt:

- *psihanaliza* (la rândul ei de mai multe orientări: freudiană, jungiană etc.);
- *psihoterapia nondirectivă sau centrată pe persoană/client* (Carl Rogers);
- *terapiile cognitiv-comportamentale* (Aaron T. Beck, Albert Ellis);
- *hipnoterapie* (Milton H. Erickson);
- *psihodrama* (Jacob Levi Moreno, psihoterapeut de origine română);
- *programarea neurolingvistică sau NLP* (Richard Bandler, John Grinder);
- *psihoterapia transpersonală* (Stanislav Grof);
- *psihoterapia expresivă* (incluzând art-terapia, terapia prin dans și mișcare, drama-terapia, meloterapia);
- *psihoterapia gestalt* (Frederick și Laura Perls).

Psihanaliza a fost prima formă de psihoterapie cunoscută. Psihanaliza se distinge prin faptul că încurajează verbalizarea gândurilor pacienților, incluzând asociațiile libere, fanteziile și visele din care analistul interpretează natura conflictelor inconștiente, care produc simptomele pacienților.

Accastă formă de tratament se bazează pe teoriile lui Sigmund Freud asupra inconștientului dinamic și a conflictului psihologic. Este o terapie de lungă durată ce se adresează acelor persoanelor care vor să se cunoască mai bine și să se dezvolte. Psihanaliza tratează cu succes tulburările nevrotice și tulburările caracteriale ușoare. Pacientul este văzut de la trei până la cinci ori pe săptămână, timp de câțiva ani. Cura se desfășoară cu pacientul stând întins pe canapea, iar terapeutul se află 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. El va face asocieri și în legătură cu conținutul viselor, și cu sentimentele de transfer evocate în cursul procesului. Analistul folosește interpretarea pentru a ajuta pacientul să-și lucreze și rezolve conflictele care îl afectează viața, adesea în mod inconștient. Scopul psihanalizei este reorganizarea structurală a personalității, rezoluția conflictelor inconștiente,

conștientizarea evenimentelor intrapsihice și disparația simptomelor de ordin psihogen.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală caută prin diverse metode să identifice și să modifice cunoașterile maladaptative, credințele și comportamentele, cu scopul de a influența emoțiile negative distructive și comportamentele disfuncționale problematice.

Principiul de baza al terapiei cognitiv-comportamentale postulează ideea că individul se comportă reieșind din situațiile imediate și din felul în care subiectul le interpretează. Psihoterapia este limitată în timp, fiind de fapt o terapie de scurtă durată și are obiective clar definite. Se desfășoară cu o frecvență de o dată pe săptămână, pacientul aşezat pe scaun, față în față cu terapeutul. Pacientul trebuie informat că psihoterapia cognitiv-comportamentală îl va ajuta să se ajute singur, iar terapeutul îl va învăța să achiziționeze abilități prin care să rezolve nu doar problema în cauză, ci și eventualele probleme similare ce pot să apară în viitor. Terapeutul trebuie să accentueze rolul însărcinărilor pentru acasă, pacientul urmând să pună în aplicare, în viață de zi cu zi, ceea ce a învățat în cursul ședinței de psihoterapie.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală se adresează unei game variate de tulburări, de la nevroză simplă și până la tulburări de adicție. Este recunoscută ca fiind mai eficientă în tratarea diferitelor tipuri de fobii.

Psihoterapia psihodinamică se centrează pe relevarea conținutului inconștient al psihismului clientului cu scopul de ameliorare a tensiunii psihice. Deși rădăcinile sale se află în psihanaliză, psihoterapia psihodinamică tinde să fie de scurtă durată și este mai puțin intensivă comparativ cu psihanaliza tradițională.

Psihoterapia existențială se bazează pe teoria existențială precum că ființele umane sunt singure în lume și conștientizează faptul că viața lor trebuie să aibă un sens anumit. Izolarea de alții oameni duce la sentimentul lipsei de sens, care poate fi depășit numai prin crearea valorilor și a înțelesurilor proprii.

Psihoterapia umanistă a apărut ca reacție la behaviorism și psihanaliză și este ca urmare cunoscută sub numele de *a treia Forță* în dezvoltarea psihologiei. Psihoterapia umanistă se ocupă de contextul uman al dezvoltării individului, subliniind înțelesul subiectiv, respingând determinismul și preocupându-se mai degrabă de creșterea pozitivă decât de

patologie. Scopul acestei psihoterapii este de a crea un mediu relațional în care persoana să poată prospera.

Psihoterapia de scurtă durată este un termen generic pentru o varietate de abordări în psihoterapie. Diferă de alte școli de terapie prin faptul că subliniază centrarea pe o anumită problemă și intervenția directă. Este bazată pe soluții și nu e axată pe problemă. Scopul nu este de a vedea cum a apărut problema, ci de a înțelege ce anume împiedică schimbarea.

Psihoterapia suportivă. În psihoterapia suportivă, elementul esențial este sprijinul, suportul, și nu dezvoltarea înțelegerii (conștientizării). Acest tip de terapie se adresează bolnavilor cu vulnerabilități serioase ale egoului, în special pacienților psihotici. Pacienții aflați într-o situație de criză, cum ar fi doliul acut, sunt și ei potriviti, ca și bolnavii suscincini de o boală somatică cronică și invalidantă. Terapia poate fi continuată pe termen lung, în special, în cazul bolnavilor cu probleme cronice. Suportul poate prelua forma fixării de limite, a creșterii testării realității, a reasigurării, a sfaturilor și a ajutorului pentru dezvoltarea abilităților sociale.

În foarte puține cazuri, cercetările au demonstrat superioritatea eficiențăii unor psihoterapii în tratarea unor probleme specifice. De exemplu, este acceptat că cele mai bune rezultate în tratamentul sobiilor le are terapia comportamentală, folosind tehnică desensibilizării sistematice. De asemenea, în cazul tulburărilor anxioase, în special în cazul atacurilor de panică, s-a demonstrat că o terapie bazată pe relaxare musculară, restructurare cognitivă, expunere la diverse stimuli și antrenamentul respirației (toată făcând parte din terapia cognitiv-comportamentală) dă rezultate în 80–100% din cazuri, ceea ce reprezintă o eficiență superioară tratamentului medicamentos.

În privința depresiei, însă, nu s-a reușit încă identificarea celei mai bune metode psihoterapeutice, deși unii cercetători susțin superioritatea abordării cognitiv-comportamentale.

Nu s-a ajuns la un consens nici în privința celei mai bune psihoterapii în cazul schizofreniei, al tulburărilor sexuale, al anxietății generalizate, al tulburărilor somnului sau în cazul tulburărilor de personalitate (idei preluate din *Handbook of Psychological Assessment*, ediția a treia, de Gary Groth-Marnat, 1999).

Ca metodă de tratament, psihoterapia este o intervenție psihologică asupra persoanei realizată prin mijloace și metodologii specifice, ce țin de un cadru clinic și teoretic, și care urmărește diminuarea sau înlăturarea unor simptome sau comportamente maladaptative și reechilibrarea prin modificarea cauzelor acestor simptome/tulburări și/sau uneori prin restructurarea personalității.

În psihoterapie, se utilizează o gamă variată de tehnici: *discuții* (care respectă o anumită tehnică), *hipnoză*, *sugestie*, *restructurare cognitivă*, etc.

Disputele existente între diferite orientări psihoterapeutice se referă la importanța modificării comportamentale (terapia cognitiv-comportamentală) versus importanța insightului (psihoterapiile de orientare psihodinamică). Cercetările recente arată că o combinație a celor două este cea mai eficace în tratament și că aderarea la una sau la cealaltă orientare depinde în mare măsură de modul în care psihoterapeutul însuși se descurcă cu tehniciile de aplicare a metodelor psihoterapeutice. Terapeuții care preferă aplicarea intervențiilor de tip comportamental sunt cei care își reprimă sau neagă sentimentele, în timp ce terapeuții care preferă aplicarea intervențiilor orientate spre insight au tendința de intellectualizare. Aceasta este motivul pentru care psihoterapia integrativă recomandă calea de mijloc în intervențiile terapeutice.

4. Psihoterapia și consilierea psihologică

Consilierea psihologică se deosebește de psihoterapie prin faptul că, în vreme ce psihoterapeutul practică intervenția psihologică sanogenă, inclusiv în cazurile de tulburări psihice majore, consilierul psihologic încearcă să sprijine clientul în depășirea impasurilor inerente dezvoltării personale. Consilierul și psihoterapeutul lucrează cu individul atât pentru optimizarea relațiilor interpersonale (relațiile dintre copii și părinți, relațiile dintre soți etc.), cât și pentru autocunoaștere și dezvoltare personală.

Așa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală a medicului etc., consilierea psihologică este apanajul psihologului. Consilierea psihologică presupune intervenția specialistului pentru optimizarea vieții personale, a relațiilor, a sănătății mintale și ameliorarea problemelor psihologice, prin reglarea vieții emoționale și a comportamentului persoanei (D. David, 2006).

Deși diferite sub aspectul conținutului (tipul de probleme abordate), consilierea psihologică și psihoterapia sunt similare sub aspectul procesului și al mecanismelor activate.

Consilierea psihologică este o intervenție specifică realizată specialmente cu scopul:

- a) optimizării adaptării, a cunoașterii de sine și a dezvoltării personale;
- b) prevenirii apariției sau a corijării tulburărilor emoționale, cognitive și de comportament.

Consilierea este un proces complex ce cuprinde o arie foarte largă de intervenții care impun o pregătire profesională de specialitate. Specific, termenul de consiliere descrie relația interumană de ajutor dintre o persoană specializată – *consilierul*, și o alta persoană care solicită asistență de specialitate – *clientul*. Relația dintre consilier și persoana consiliată este una de alianță, de participare și colaborare reciprocă.

Scopul fundamental al consilierei este funcționarea psihosocială optimă a persoanei/grupului. Acest ultim scop poate fi atins prin urmărirea realizării obiectivelor procesului de consiliere. Acestea sunt în număr de trei, și anume:

1) **promovarea sănătății și a stării de bine**: funcționarea optimă din punct de vedere somatic, fiziologic, mintal, emoțional, social și spiritual;

2) **dezvoltarea personală**: cunoașterea de sine, imaginea de sine, capacitatea de decizie responsabilă, relaționarea interpersonala armonioasă, controlul stresului, tehniciile de învățare eficiente, atitudinile creative, opțiunile vocaționale realiste;

3) **prevenția**: dispoziției afective negative, a neâncrederii în sine, comportamentelor de risc, a conflictelor interpersonale, a dificultăților de învățare, a dezadaptării sociale, a disfuncțiilor psihosomatice, a situațiilor de criză.

Consilierea:

- este o relație de colaborare între consilier și cel consiliat;
- este axată pe problemă;
- se orientează către comportamentele problematice ale clientului, dar și către optimizarea capacităților sale de comunicare, luarea deciziilor etc.;

- integrează și aplică principii și strategii specifice mai multor orientări teoretice în funcție de client;
- nu este doar o intervenție asupra problemelor de moment, ci și o prevenție a unor comportamente neadaptative și învățarea unor strategii, care vor facilita o adaptare mai eficientă la situațiile de viață;
- este suportiva creând un cadru în care clientul își poate exprima emoțiile, conflictele;
- se centrează pe situațiile prezentului și nu pe trecut;
- este o intervenție de durată scurtă sau medie.

Psihoterapia poate fi definită ca „*o disciplină științifică, ca o procedură de tratament psihologic sau ca o gamă de proceduri de tratament mediate printr-un schimb verbal între pacient și psihoterapeut al căror scop este ameliorarea simptomelor și îmbunătățirea adaptării sociale*” (G. Ionescu, 1990). Ea este un demers psihologic, având la bază un sistem conceptual bine pus la punct și trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat – medic sau psiholog cu specializare în psihoterapie. Psihoterapia poate fi individuală (obiectul intervenției este individul), în grup (obiectul intervenției este individul inserat într-un grup terapeutic) sau de grup (obiectul intervenției este grupul, spre exemplu, cuplu, familie etc.).

Psihoterapia se aplică la o gamă largă de suferințe psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, depresiile, fobiile, afecțiunile psihosomatice, atacurile de panică, problemele în viață de cuplu, dificultățile de relaționare, insomniile, tulburările de alimentație și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihiotici aflați în fază de remisiune, unde vine în completarea tratamentului psihiatric. În toate cazurile mai sus menționate, *psihoterapia completează tratamentul medicamentos prescris de medicul psihiatru*.

Psihoterapia se adresează și omului sănătos aflat în dificultate, care dorește să-și rezolve anumite probleme de viață sau să-și îmbunătățească performanțele profesionale, școlare, sociale. Psihoterapia este beneficiă persoanelor care sunt preocupate de dorința de autocunoaștere, de o mai bună înțelegere a propriului *eu* și de nevoia de evoluție în plan spiritual.

Întrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor

I. Definiți noțiunea de *psihoterapie*.

2. Care sunt preocupările psihoterapiei?
3. Enumerați principalele tipuri de psihoterapie.
4. Deduceți criteriul de bază pentru apariția unei noi psihoterapii.
5. Explicați noțiunea de *consiliere psihologică*.
6. Enumerați diferențele care există între consiliere psihologică și psihoterapie.
7. Enumerați elementele comune ale fiecărei dintre psihoterapiile descrise.
8. Care dintre psihoterapii este considerată cea mai eficientă? Argumentați.

Bibliografie

1. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
2. David D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași, Editura „Polirom”, 2006.
3. Hâncu V. *Con vorbirea nondirectivă, tehnica, mecanismele și valențele sale terapeutice*. În revista: *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*. București, Editura „INRESPH”, 1995.
4. Dafinoiu I. *Elemente de psihoterapie integrativă*. Iași, Editura „Polirom”, 2000.
5. Pesseschkian N. *Psychotherapy of Everyday Life*. Berlin, „Heidelberg”, 1996.
6. Oprea N., Revenco M. ș.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău, Editura „Știința”, 1993.