

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *N. Testemițanu*
Catedra *Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină*

**Constantin EȚCO, Mariana CERNIȚANU, Iuliana FORNEA,
Natalia DANILIUC, Margareta CĂRĂRUȘ, Ludmila GOMA**

PSIHOLOGIA MEDICALĂ
SUPORT DE CURS

Chișinău - 2012

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *N. Testemițanu*
Catedra *Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină*

**Constantin EȚCO, Mariana CERNIȚANU, Iuliana FORNEA,
Natalia DANILIUC, Margareta CĂRĂRUȘ, Ludmila GOMA**

PSIHOLOGIA MEDICALĂ
SUPPORT DE CURS

Chișinău

Editura _____

2012

Recomandat pentru publicare la Consiliul Central Metodic a Universității de Medicină și Farmacie *N. Testemițanu*, proces - verbal nr. 2 din 13. 10. 2011

Autori:

Ețco Constantin, dr. hab. în medicină, profesor univ., șef Catedră

Cerțițanu Mariana, dr. în psihologie, conf. univ.,

Fornea Iuliana, dr. în psihologie, conf. univ.,

Daniliuc Natalia, lector univ.,

Cărăruș Margareta, lector univ.,

Goma Ludmila, dr. în economie, conf. univ.,

Recenzenți:

Perjan Carolina, dr. în psihologie, conf. univ., decan Facultate *Psihologie și Asistență Socială*, UPS *Ion Creangă*, Chișinău.

Gonța Victoria, dr. în psihologie, conf. univ., șef Catedră *Asistență Socială*, Universitatea Liberă Internațională din Moldova, Chișinău.

Cărăușu Ghenadie, dr. în medicină, conf. univ., Catedra *Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală*, USMF *N. Testemițanu*, Chișinău.

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

© CEP *Medicina*, 2012

©

CUPRINS

Preambul	5
TEMA 1. Concepte fundamentale ale psihologiei în medicină (<i>Iu. Fornea</i>)...6	
TEMA 2. Psihologia medicală. Câmpul de preocupări al psihologiei medicale (<i>Iu. Fornea</i>).....31	
TEMA 3. Abordarea personalității în psihologia medicală (<i>M. Cernițanu, L. Goma</i>).....44	
TEMA 4. Normalitatea. Anormalitatea (<i>M. Căărăuș</i>).....80	
TEMA 5. Elemente de psihologie a sănătății (<i>Iu. Fornea, M. Căărăuș</i>).....90	
TEMA 6. Stresul și influența lui asupra omului (<i>M. Cernițanu, Iu. Fornea</i>).....102	
TEMA 7. Aspecte psihologice ale bolii și durerii (<i>M. Cernițanu</i>).....118	
TEMA 8. Tulburările psihosomatice și cele somatopsihice (<i>M. Cernițanu</i>).....136	
TEMA 9. Relația medic - pacient (<i>C. Ețco, N. Daniliuc</i>).....156	
TEMA 10. Actul terapeutic. Strategii de optimizare a actului terapeutic (<i>Iu. Fornea, M. Căărăuș</i>)179	
TEMA 11. Iatrogeniile. Efectele erorilor medicale (<i>N. Daniliuc</i>).....200	
TEMA 12. Personalitatea medicului (<i>C. Ețco, M. Cernițanu</i>).....212	
TEMA 13. Particularitățile psihologice ale omului bolnav (<i>M. Cernițanu</i>).....231	
TEMA 14. Elemente de psihoprofilaxie și psihoigienă a vieții cotidiene (<i>M. Cernițanu</i>).....247	
TEMA 15. Aplicarea metodelor psihoterapeutice în medicină (<i>M. Cernițanu, L. Goma</i>).....264	

Preambul

Psihologia medicală este un domeniu de interferență a două mari practici care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și de boală. Psihologia medicală este partea cea mai subtilă 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 ființa umană în libertatea ei de mișcare, de acțiune și în 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 starea bună a 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, Pesseschian Nossrat, Менделевич В. Д. etc.

Dintre conceptele psihologiei medicale desfășurate în prezentul suport de curs, am acordat o atenție sporită următoarelor: 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 psihoigienă și psihoprofilaxie a personalității, căruia noi i-am acordat atenția cuvenită în lucrarea dată.

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

Autorii

TEMA 1. CONCEPTE FUNDAMENTALE ALE PSIHOLOGIEI ÎN MEDICINĂ

Structura:

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

Obiective 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.

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

1. Implicații 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, conduita individului;
- personalitatea omului.

Forme ale vieții psihice (numite și ipostaze ale psihicului):

- conștiința;
- subconștientul;
- inconștientul.

Conștiința este formă de organizare a vieții psihice (nivelul superior de dezvoltare al 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 alți oameni.

Omul este unicul dintre ființe care este capabil de autoanaliză, autocontrol și autoapreciere.

Subconștientul este ansamblu stărilor psihice de care subiectul nu este conștient, dar care influențează comportamentul său. E o formațiune 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 perceptiv stereotipizate, deci toate actele ce au trecut cândva prin filtrul conștiinței, s-au realizat cu efort, dar care se află într-o stare latentă, de virtualitate psihică, putând însă să redevină oricând active, să pășească 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, complexe dobândite, conflictele nerezolvate etc.).

Behaviorismul, psihanaliza și psihologia umanistă sunt marile curente științifice și orientări care au influențat întreaga istorie a psihologiei, fiecare dintre ele propunând diverse modele 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 marii 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 ale 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 mentală și acțiuni transformativ - creative.*

Conform aceluiși autor, *psihicul constituie o modalitate superioară a vieții de relație* (care la om este esențialmente socioculturală) cu a adaptării (care la om este mijlocită instrumental și social) și se concretizează prin intervenția activă a acestuia în mediu, pe care îl transformă prin muncă. 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 sociocultural;
 - 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.
- 1) 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).
- **Iritabilitatea** (reacția întregului organism la acțiunea stimulului, care este generalizată, internă și difuză).

- **Excitabilitatea** (reacția imediată a organismului la acțiunea unui stimul, care este locală, specifică, reversibilă, realizându-se prin intermediul organelor de simț).

- **Sensibilitatea** (diferențierea și selectarea stimulilor după calitate, intensitate, durată și tonalitate afectivă și trebuințe, cu ajutorul analizatorilor).

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

2) 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) Cunoașterea senzorio-motorie;

b) Cunoașterea rațională.

Cunoașterea senzorio-motorie are următoarele caracteristici:

- are la bază organele de simț;

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

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

- este obiectivă, adică percepe realitatea așa cum este ea;

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

Cunoașterea rațională are următoarele caracteristici:

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

- este activă, costând 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 recombinația achizițiilor cognitive anterioare (cunoștințe).

3) 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. **Enculturația** constă în transmiterea generațională a culturii unui popor.

4) 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 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 centrul hipotalamic; memoria este localizată în centrul parietal 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* – reprezintă reflectarea dinamică a realității în diferite forme ale fenomenelor psihice (senzațiile, percepția, memoria, gândirea, imaginația, 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-Neveanu 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 profesiei 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, suferinței, morții și 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 confere o aură de rigurozitate, numindu-le **axiome ale 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:

1. 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 perceput drept puternic. Discursurile eficiente presupun un contact vizual bun, impresia unei convingeri ferme în cele transmise.
- Comunicările cu ezitări, calificative și justificări sunt considerate discursuri slabe și sunt ineficiente în convingerea persoanelor.

2. 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 percepuți drept persoane cu experiență în domeniu au mai multă influență asupra atitudinilor persoanelor, decât cei despre care se presupune a avea mai puțină experiență.

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

III. 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 nici un 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 puțin 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 tăişuri 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.

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

- **Repetarea și concluziile.** Mesajele repetate 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 nevoia 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 bunăvoință 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).
- **Recommend** (treatment) – *Recomandă* tratamentul.
- **Negotiate** (agreement) – *Negociază* obținerea consimțământului (față de schema terapeutică).

3. Aspecte psihologice ale afectivității în medicină

Afectivitatea este o componentă esențială și indispensabilă a sistemului psihic uman, la fel de necesară și legic determinată ca și oricare altă componentă – cognitivă, motivațională, volitivă 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 împletește 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 perceput ca un băț, cogniția în sine nu va produce nici o 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 instinct este resimțit ca o emoție. Afirmatia este doar parțial adevărată, pentru că există unele trebuințe organice, ca, de pildă,

foamea și setea, care nu se resimt ca emoții, ci ca stări de disconfort fiziologic general. Totodată, idea 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 dobândi și funcția de motive, împingând subiectul să acționeze în concordanță cu semnul și intensitatea trăirii.

Fiind o entitate dinamico-energetică, emoția trece din ipostaza de „stare” în cea de „impuls”. Ca stare, ea influențează activitatea curentă (mentală sau externă); ca „impuls”, ea declanșează 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 ni se înfățișează ca stare și ea va influența asupra desfășurării comportamentului general al subiectului; în cel de-al doilea caz, furia ne apare ca motiv, ea 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 introspecționistă 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, spaima, 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 aseamănă cu emoțiile prin aceea că sunt stări afective de factură complexă, dar se deosebesc prin aceea 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 durată, 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 stimulului 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, consecințe ale răspunsului secundar, sunt habititudini 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 slăbirea capacității de discernământ și a autocontrolului.

4. Aspecte 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 aria studiilor psihologice. Punctele de vedere exprimate diferă și uneori au fost situate la poli diferiți.

Voința este recunoscută ca o entitate distinctă și ireductibilă, declarată drept componenta 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 procesualității 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 de dorințele și interesele sale, de necesitățile și motivațiile personale. Absolutizarea acestei 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 acționale și a conduitei*, susține ideea că voința este o caracteristică a acțiunilor sociale complexe, ce necesită un mare grad 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 fiziologice a organismului, reflexele de orientare – explorare – țintire în cadrul activității perceptive, reflexele de apărare.

De nivelul involuntar se apropie actele comportamentale puternic automatizate, de genul deprinderilor și mai ales 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 vor fi:

- **intenționalitatea** (acțiunea este intenționată);
- **analiza prealabilă a condițiilor, a raportului dintre scop și mijloc** (acțiunea va fi mediată de un model mental);
- **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 voința 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 obligațiuni (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 oboseală (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 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 (mişcări) la cele mai complexe (raționament), orientate spre un scop și încărcate de sens. În concepția lui P. Janet, conduita 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 complicitate 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 intervine în cele mai variate conduite ca intermediar între 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 inerente individului (cum considera introspecționismul), dar nici imprimare din afară (cum susținea behaviorismul), ci învățate ca urmare a 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 reduccionist. 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 și o nouă metodă de studiere a conduitei, ce diferă într-o măsură oarecare de metodele obiective de laborator, și anume metoda 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 diferitele trebuințe mai mult sau mai puțin compatibile) și nici în întregime conștientă (există motive conștiente, dar și motive inconștiente). Astfel definită, conduita 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. conduita exterioară, spontană sau provocată, accesibilă observației;
2. experiența 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. Metode 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 un 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 cuprinzător – 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 metoda 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, enumeră **11 metode** (G. Allport, 1981), dintre care mai multe sunt similare. De aceea, vom adopta o poziție de compromis, descriind 6 metode de cercetare: **observația, experimentul, convorbirea, chestionarea, metoda biografică și testele**. Metodele adiționale de cercetare în psihologie sunt: *studierea produselor activității, metoda genetică și comparativă; metode 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, pe baza cărora:

- urmărim reacțiile psihice exterioare ale unei persoane (observația externă);
- urmărim 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 e aproape imposibilă cunoașterea motivelor adevărate, a atitudinilor și aspirațiilor cuiva, fără a recurge la datele introspective.

Când urmărim 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 conduita celorlalți. Aproape nimeni 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:

- de a ne clarifica din capul locului ce urmărim să constatăm, ce aspecte ale comportării, în ce situații și în care moment. În felul acesta evităm de a scăpa din vedere fapte, reacții importante pentru ipoteza pe care ne-o schițăm în legătură cu persoana observată ori cu fenomenul avut în vedere;

- trebuie să ne asigurăm de posibilitatea unor numeroase 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, se cere să notăm cât mai exact observațiile noastre, dar în așa fel încât să se distingă net faptele de eventualele interpretări (necesare, 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-l vom urmări prin scurte priviri în momentele favorabile. La realizarea observației vom folosi diverse aparate 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 ne poate ajuta mult o convorbire cu persoanele studiate, convorbirea constituind ea însăși o metodă de cercetare psihologică.

Variantele observației:

- externă (extospecția);

- 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 urmărim 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), apoi variabile subiective. După scopul urmărit, experimentatorul modifică unele dintre ele, 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 urmărim modul de manifestare a unui fenomen psihic și delimităm o problemă ce se cere soluționată;
- lansăm o presupunere, *o ipoteză* vizând soluționarea problemei conturate; totodată, concepem și modul de verificare a ipotezei (descriem un *montaj experimental*);
- urmează *desfășurarea efectivă a experimentului*, în care observăm și înregistrăm rezultatele;
- ultima etapă constă în *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 amploarea populației. Deseori concluziile ne duc la schimbarea ipotezei și la conceperea unui alt experiment.

Reușita experimentului depinde esențial de valoarea ipotezei și ingeniozitatea montajului experimental; aceasta implică uneori utilizarea mai multor grupuri de subiecți, pentru a putea disocia o anumită variabilă (A. Cosmovici, 1980). În același timp, e foarte importantă calitatea observațiilor. 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**, realizat într-o încăpere amenajată, utilizându-se diferite aparate sau materiale. Avem avantajul posibilității de a elimina tot felul de factori perturbatori, însă subiectul se află în condiții artificiale și în fața unor sarcini neobișnuite, încât 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 integral controlat de cercetător.

- **Experimentul în condiții standardizate** – care se desfășoară într-o ambianță 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. XX. El constă în a urmări o persoană sau un grup de persoane în condițiile vieții sale 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 (observarea, convorbirea, metoda biografică, testele proiective).

Metoda convorbirii. Pentru ca o convorbire 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 aspecte ale personalității care nu pot fi nici nemijlocit observate, nici provocate experimental și nici obiectivate în produsele activității, recurgem la *interogarea* directă a subiectului, prin metoda interviului sau a convorbirii. Obiectul acestei metode îl poate constitui decelarea anumitor trăsături atitudinal-caracteriale globale de personalitate, sau traiectoria școlară, traiectoria 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 crispă, orice stângăcie în ținută 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* (convorbirea standardizată). Cercetătorul își alcătuieste dinainte o schemă a interviului, în care menționează problema sau scopul de atins 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 maximal discret, subiectul netrebuind să știe sau să vadă că ceea ce spune el este înregistrat.

Convorbirile standardizate sunt utilizate dacă vrem să interogăm un mare număr de persoane, de obicei în cadrul unei anchete. Ele sunt preferate de sociologi. Convorbirea cu o persoană este cea mai directă cale pentru a afla detalii referitoare la motive,

aspirații, trăiri afective, interese. *Este contraindicat* ca psihologul să facă aprecieri și judecăți de valoare – de tipul „este greșit”, „este adevărat”, „foarte rău”, „este inadmisibil” etc. pe marginea răspunsurilor date de subiect.

Metoda convorbirii 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 însă foarte rezervate. Este necesar ca psihologul să le câștige încrederea; ele (persoanele) să-și dea seama că nu există nici un risc, fiind vorba de o cercetare în cadrul căreia vor fi subiecți anonimi. Uneori le putem trezi dorința de a contribui la succesul unei investigații științifice. Intervine tactul cercetătorului de a se face plăcut, de a inspira încredere; de el depinde în mare măsură, succesul convorbirii.

Chestionarea se utilizează atunci când vrem să cuprindem o populație mai largă, aceasta fiind de fapt convorbirea realizată în scris. Mai exact, am putea defini **un chestionar** ca fiind un sistem de întrebări elaborat în așa 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 cuviință, 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 de 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 convorbirea, 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 este sporit la chestionar, întrucât, neavând un contact direct cu subiectul în timpul răspunsului, n-avem nici un 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 așa 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 cere să se aprecieze dacă e corectă sau nu. Ca și la convorbire, 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 o *analiză a datelor privind trecutul unei persoane și a modului ei actual de existență*. Acest studiu al trecutului e foarte important, fiindcă în primii ani ai vieții, îndeosebi în familie, se pun bazele caracterului, 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 numai 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 studiat se află în relații semnificative – rude, prieteni, colegi, șefi etc.

Calea directă constă în obținerea datelor care ne interesează de la însuși subiectul studiat, 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.

În cazul investigației biografice putem diferenția două aspecte fundamentale: culegerea datelor și interpretarea lor (aspect esențial și 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 – dușmănie);
- *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 va depinde, în primul rând, de experiența și priceperea psihologului.

Metoda testelor. Testul este o probă standardizată, vizând determinarea cât mai exactă a gradului de dezvoltare a unei însușiri psihice sau fizice. Am adăugat și însușirile 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 consemn identic pentru toți subiecții.

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

Putem deosebi **patru tipuri de teste:**

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

Printre testele de personalitate cele mai răspândite sunt testele *proiective*, 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, așa 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 *interview posttest*, care permite o interpretare mai corectă și individualizată a datelor finale, ceea ce sporește semnificativ veridicitatea judecăților diagnostic - 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 conceptele de personalitate și activitate.
6. Explicați rolul voinței și atenției în activitatea umană.
7. Care sunt procesele și activitățile reglatoare ce influențează eficiența actului terapeutic?
8. Argumentați importanța asertivității 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: „Polirom”, 2010.
4. Cristea Dm. *Tratat de psihologie socială*. Cluj-Napoca: „Pro Transilvania”, 2001.
5. Minulescu M. *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*. București: „Garell Publishing Haus”, 1996.
6. Tudose Fl. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației „România de Măine”, 2007, 280 p.
7. Zlate M. *Introducere în psihologie*. Iași: „Polirom”, 2000, 416 p.

TEMA 2. PSIHLOGIA MEDICALĂ. CÂMPUL DE PREOCUPĂRI AL PSIHLOGIEI MEDICALE

Structura:

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

Obiective operaționale:

- Delimitarea conceptelor principale ale temei.
- Analiza tangențelor și subiectelor comune ale psihologiei medicale și psihologiei clinice.
- Definierea 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.

Cuvinte-cheie: psihologie medicală; psihologie clinică; psihosomatică; psihiatrie; 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 incomprehensibile și devastatoare. Dintotdeauna a existat o opoziție între medicina centrată pe boală 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” (medicinei de organ), care a permis sesizarea limitelor metodei anatomo-clinice, astfel înțelegându-

se mai bine locul ocupat de alți factori în declanșarea și menținrea unei boli. Astfel, specialiștii au putut să dezvăluie rolul patogen al factorilor socioeconomici, de mediu și, în mod special, al factorilor psihologici, interrelaționali.

Psihologia medicală este un domeniu de interferență a două mari practici care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și de boală. Evoluția extraordinar de rapidă a medicinei ultimilor 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 îndepărtare 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) ale întregului domeniu medical, în special al relației bolnav-medic (și de o manieră 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 în suferință 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 nici un 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 partea cea mai subtilă 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 patologice, ba chiar și complexul multifactorial care generează nu o dată sindroame și boli care limitează ființa umană în libertatea de mișcare, de acțiune și de a se bucura.

Tot psihologia medicală este aceea care arată de ce medicina își păstrează limitele ei empirice, în sensul cel mai bun al cuvântului, fiind obligată să abordeze caz cu caz sau, altfel spus, personalitate cu personalitate, pe cei aflați în suferință. Nici un 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 mediul 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:

- psihologia omului sănătos și a bolnavului (pacientului) față de agresiunea somatică sau psihică și efectele psihologice ale suferinței în diverse faze de evoluție a bolii;
- relațiile pacientului cu personalul medico-sanitar, familia și ambianța;
- relația medic – pacient în stabilirea diagnosticului și desfășurarea tratamentului;
- asigurarea confortului fizic și psihic în condițiile de spital și de suferință;
- soluții tehnice de specialitate pentru prevenirea îmbolnăvirii și a consecințelor stării patologice;
- factorii psihici și mecanismele producerii tulburărilor de somatizare.

Preocupări de psihologie medicală există încă din sec. al XVII-lea, când se accentua 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 psihologie medicală în Pennsylvania, fiind considerat fondatorul psihologiei clinice. A inițiat metoda de examinare clinică a bolnavului, evaluarea psihometrică, anumite metode recuperatorii. Witmer L. susținea că bolile care ajung în clinică au la origine deficiențe de natură intelectual-cognitivă și propunea pentru rezolvarea lor metode de training.

În România, psihologia medicală s-a conturat spre anii '60 ai sec. XX. Primul curs de psihologie medicală a apărut în cadrul Facultății 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., Cobăleanski O. etc) despre psihoterapia tulburărilor mentale 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 în 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, avem de luat în considerație factori ereditari / genetici și factori de mediu ambiant. Prin mediu înțelegem:

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

Fiecare dintre factorii de mediu are o influență dinamică și dinamizatoare, în funcție de „labilitatea” perioadei 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 înnăscuți, congenitali, ereditari) în determinarea unei reacții somatice 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 boală constituie – în multe cazuri – unul dintre determinanții însemnați ai personalității.

2) *Specificul relațiilor medic – pacient:*

- Relațiile dintre medici și pacienți implică o varietate de impresii contrare, mergând 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 în mod tipic 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 întreg personalul 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:

- studiază problemele teoretice și cele practice ale medicinei legate de psihologie, precum și problemele psihologice ale oamenilor bolnavi, care fac parte din sarcinile diagnosticului, tratamentului și profilaxiei bolilor;

- are o mare importanță 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 puternică susținere psihologică;

- este luat uneori în considerație și rolul analizei și cercetării științifice, **psihologia medicală** fiind privită ca „domeniu 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 emoționale la boală” (R. M. Goldenson, 1970).

Psihologia medicală se referă la atitudinea față de bolnav și boală, 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 profesiune.

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.

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

- Prezintă un domeniu mai vast decât psihologia clinică, prin cuprinderea problematicii psihologice adiacente bolnavului.

- Fără a renunța la caracterul aplicativ, psihologia medicală prezintă mari posibilități 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 ferm axată asupra pacientului.

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

Politzer arată că psihologia medicală este „*psihologia care pune în centrul ei drama persoanei umane, aflate în situația de boală*”. În viziunea lui P. Popescu – Neveanu, 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 punct de vedere al organismului dereglat, ci și din punct 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”. *Coeficientul de psihogenie* se referă la particularitățile psihologice premorbide ale individului, atât sub aspectul „rezistenței”, cât și 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 la domeniul sănătății. Aceasta se apropie foarte mult de alte tipuri 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 vast dinamic;
- etică, morală, implicațiile medico-legale;
- complianța terapeutică (aderența);
- 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 specifică: *psihologia medicală* se ocupă de studiul funcțiilor psihice elementare, al psihologiei sociale, al psihologiei dezvoltării și diferențelor individuale, al relațiilor psihologie – medicină. Huber (1992) extinde conceptul de la domeniile clasice (situația de bolnav, relația medic-pacient, psihologia profesiei medicale) către arii recente (psihologia sănătății, psihologia comunitară).

În unele țări se vorbește despre *medicina psihosocială* (Altekruger, Bock, Rosler) ca fiind domeniul ce abordează implicațiile relației medic-pacient și ale climatului psihologic în procesul de boală,

vindecare, prevenție. În alte țări, a devenit tot mai răspândit conceptul de psihologie a sănătății, ca domeniu ce vizează conduite profilactice primare și secundare (igienă, prevenție, recuperare).

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*” (citată după D. David).

Atunci când se referă 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, anticipa, ameliora aspectele intelectuale, emoționale, biologice, sociale, 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) afirmă 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* ar cuprinde aspectele psihologice ale modificărilor și tulburărilor psihice; simptomele și sindroamele psihoclinice cu fondul lor psihodinamic – psihotraumatic (angoasă, depresie, somatizare), cognitiv, pulsional și motivațional; raționamentul și analiza clinică (incluzând anamneza,

investigațiile), sensurile intervențiilor terapeutice, personalitatea în dinamica ei.

M. Uzan Doll (și alții) consideră că psihologia medicală are în atenția sa mai ales cazurile de neadaptare, conflict, opozabilitate, nedezvoltarea 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 profesiei 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 restituirii confortului psihic și celui fizic ale 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 ale 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 patogeneza;
- relația interpersonală dintre medic și pacient, cu mai multe aspecte specifice: aspecte de ordin psihologic ale formării viitorului medic;
- cunoașterea pacientului, a universului de preocupări și aspirații ale acestuia, precum și a mediului sociofamiliar al bolnavului:
 - a) *personalitatea premorbidă* a bolnavului, care generează predispoziția spre contactarea facilă a unor îmbolnăviri, și personalitatea modificată temporar sau stabil de către boală;

b) *interacțiunile anterioare îmbolnăvirii*, în plan psihocomportamental, și relațiile de la nivel de microgrup/macrogrup, implicit obligațiile care decurg și cele care sunt atenuate de boală;

c) *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);

d) *modalitățile de reacție* a bolnavului la demersurile de diagnostic, terapeutice și de ordin educațional întreprinse de medic.

- deprinderea unor modalități de acțiune asupra bolnavului, în plan psihic:

- tehnici 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.

S-a pus adesea 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.

Psihologia medicală este considerată ca având 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, există o serie de distincții între cele două ramuri ale psihologiei, acestea păstrând însă ample arii comune:

- 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 psihologia medicală 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 mai ferm axată asupra pacientului, păstrând relații mai strânse cu psihoterapia și cu orice domeniu clinic medical, a cărei problematică psihologică o abordează predilect.

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 ale 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 medicină 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 diferite alte ramuri aplicative 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 profesii conexe – farmaciști, biologi, chimiști; 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-mediei față de boală și suferință.

Psihologia medicală este legată de domeniul ***psihologiei generale*** prin subiecte 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, etalonare și diagnoză.

Relația psihologiei medicale cu ***psihiatria*** este incontestabil cea mai profundă dintre cele stabilite cu disciplinele medicale, 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 „tehnicile psihologice și datele obținute” sunt utilizate plener.

Psihologia medicală se delimitează, 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.

Relații 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 se recomandă a beneficiat 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 a fi cunoscută și tratată.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor:

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

Bibliografie

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

TEMA 3. ABORDAREA PERSONALITĂȚII ÎN PSIHOLOGIA MEDICALĂ

Structura:

1. Definierea 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.

Obiective operaționale:

- Familiarizarea cu semnificația conceptului de personalitate, a stucturii 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 a personalității.
- Analiza factorilor de vulnerabilitate și patogeneză a personalității.
- Dobândirea cunoștințelor despre tulburările de conștiință.

Cuvinte-cheie: personalitate; tip; tipologii constituționale; dezvoltarea personalității; mecanisme de apărare ale personalității: *refularea, regresia, formațiunea reacțională, izolarea, anularea retroactivă, transformarea în contrariu, sublimarea, introiecția, proiecția, reântoarcerea către sine*; conștiința; conștiința de sine; tulburări de conștiință a personalității.

1. Definierea 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, functionând în mai 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 valoare omului.

În opinia lui Vasile Pavelcu, conținutul personalității este reprezentat de totalitatea calităților și însușirilor, orientarea, înclinațiile, interesele, trebuințele, aptitudinile etc. apărute pe baza biologică în relațiile cu mediul social, în corelațiile interne ale trebuințelor sale.

Noțiunea de *personalitate* capătă referiri la organizarea interioară, unitară și individualizată a însușirilor psihologice, cognitive și atitudinale ale individului, reprezentând sinteza particularităților psihoindividuale în baza căreia ne manifestăm specific, deosebindu-ne unul de altul.

Tucicov-Bogdan A. 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.

O abordare a problemei personalității din perspectiva ciclurilor vieții și 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 psihoze 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, parcurse până la momentul analizei psihopatologiei reactive survenite.

Personalitatea se caracterizează prin câteva **trăsături fundamentale**:

- *stabilitate*, ceea ce înseamnă o modalitate de exteriorizare și de trăire interioară relativ neschimbată în timp;
- *integrare*, adică prin formarea unei unități și totalități psihice;
- *plasticitate*, care reprezintă posibilitatea de reorganizare a personalității, pentru ca persoana să poată face față unor schimbări capitale ale condițiilor de viață și să se adapteze la ele. Plasticitatea este în linii mari o funcție de vârstă: valoarea ei scade pe măsura înaintării în vârstă. La copii și la tineri structurile se caracterizează printr-o plasticitate ridicată, corespunzător, 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 vârstele cele mai înaintate, psihoterapia prezentând un procedeu eficient de plasticizare chiar și la subiecții aparent rigizi.

Personalitatea ne 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 viața mentală și corp.

Este important ca un om să trăiască în așa fel încât să își crească potențialul vital, prin aplicarea principiilor igienice generale la constituția sa unică. Este necesară, înfăptuirea năzuinței de a întreține și chiar a ameliora echilibrul funcțiilor corporale, dezvoltând aptitudini, înlăturând deficiențele individuale și punând corpul la adăpost de influențele nocive ale intoxicațiilor sau ale consecințelor

vieții împotriva legilor fiziologice, dar și de impactul mediului, relațiilor negative. Rezultatul artei de a trăi este, astfel, puțința individului de a se bucura de viață în plenitudinea ei, de a-și mări durata vieții, de a-și asigura o existență în condiții de sănătate, cu înlăturarea suferinței, neputinței și infirmităților.

2. Biopsihotipologiile personalității

Pe baza caracteristicilor pregnante morfo-fiziologice, psihofiziologice, psihosociologice etc. comune, indivizii umani sunt grupați în clase omogene care alcatuiesc **tipurile de personalitate**. Există astăzi, un număr impunător de tipologii diferite, cunoașterea tipologiilor 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 dintre predominanța uneia din umorile organismului uman: *sânge, bila neagră, bila galbenă, flegma*; amestecul acestor „umori” (temperamental) în anumite proporții ar asigura starea de sănătate.

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

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

Care este utilitatea încadrării individului într-un cadru tipologic, utilitatea etichetării sale tipologice? Unele tipologii sunt adecvate pentru cunoașterea individului. Tipologia medicală urmărește cunoașterea reactivității actuale a pacientului, a corelațiilor intraindividuale, a particularităților sale metabolice: ca atare, ea pune accentul 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. Numai în cazuri rare

individul poate fi considerat ca un exemplar tipic, ca o concretizare perfectă a tipului, ca o personificare a esențelor relevate de tipologie.

Prin folosirea tipologiilor, medicul urmărește mai multe *obiective* distincte:

1. Situatrea individului în raport cu intervalul de normalitate.

Orice însușire se cere a fi judecată în cadrul variantei constituționale respective. Deaceea, standardul unic de referință se cere înlocuit prin mai multe standarde-tip. Reacțiile la același excitant pot fi diferite, de la o grupă tipologică la alta, nu numai ca intensitate, ci și ca sens.

2. Rezumarea unei liste de trăsături printr-un cuvânt. Diferitele tipologii au elaborat o galerie de tipuri împreună cu nomenclatura lor; prin referire la ele, asimilăm înfățișarea individului examinat cu unul dintre tipurile din galerie. Folosirii tipologiilor în acest sens nu i se poate impune nici o restricție de ordin principial. Pentru cel care urmărește o descriere plastică cu ajutorul tipologiilor, tipologia este impusă chiar de caracteristicile particulare ale individului descris.

3. 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 psihiatrie.

4. Deducerea, pornind de la unul sau mai multe caracteristici-cheie observate efectiv (stigmat), a altor 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 ne cere să alcătuim o schemă aproximativă despre individ, suficientă pentru scopurile noastre (și nu reconstituirea tuturor detaliilor, dintre care multe sunt

accidentale, indiferente pentru problema pe care o avem de rezolvat). ”**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 constatată empiric, fie o schemă având înțeles cauzal, biologic sau fiziopatologic.

Frenologia, ca studiu al psihologiei individului bazat pe particularitățile craniene, ca și **fiziognomonია**, 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 hipocratică și de astrologie.

În cadrul psihologiei, *tipul* este considerat o reprezentare generală, cu note particulare și concrete, care conține însușirile selecționate pe baza anumitor criterii (ce pot fi *somatice* – 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 factori constituționali, fiziologici și ereditari) sau ca metodă ce are ca scop evidențierea felului în care un mod de funcționare psihică este dominat de o anumită proprietate esențială, de cele mai multe ori bipolară, celelalte 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, vorbim despre:

- **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 **clasificarea 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 membrilor față de trunchi, cu predispoziție către tuberculoză;
- **tipul apoplectic** – predominanță a toracelui și abdomenului față de membre, predispoziție pentru apoplexie.

2. **Tipologia lui Sheldon**, ce se bazează pe dezvoltarea și rolul în economia organismului a derivatelor celor trei foițe embrionare.

- **tipul endomorf** – cu dezvoltare corporală predominant internă, rotund, afabil, iubitor de comoditate, de spectacole și de tovărășie, 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 curgerea emoțională, trăsături netemperate, fire extravertită;

- **tipul mezomorf** – cu dezvoltare corporală echilibrată, sistem muscular și cardiovascular bine dezvoltat; este 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** – are sistemul nervos dezvoltat și sensibil; fizic, este slab și fragil, cu mișcări dizarmonice, dar cu reacții fiziologice vii; sensibil la durere; iubitor de singurătate, nesigur de sine, introvertit, egoist, așteptând fericirea de la viitor; activism mental; neexprimarea sentimentelor, voce reținută, evitarea zgomotului, prezentare infantilă.

3. **Tipologia lui E. Kretschmer**, bazată pe constituția corporală asociată cu constituția psihică și cu predispoziția psihopatologică. Această tipologie cuprinde următoarele tipuri ale personalității:

- **tipul picnic** – constituție orizontală, scund, sistem osteo-muscular plâpând (cu membrele inferioare mai scurte), strat de grăsime la suprafața trunchiului, trunchi în formă de butoi, cap rotund (frecvent cu chelie), 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 uscățivă, gât lung, corp subțire, torace lung și plat, adipozitate și musculatură reduse. Are trei variante: *hiperestezic* (iritabil, idealist, delicat, interiorizat); *intermediar* (rece, energic, 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 athletic** – se caracterizează printr-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; imaginație redusă, dar perseverență considerabilă. La polul extrem, caracteristica vieții lui psihice este „viscozitatea psihică”, întreruptă de manifestări paroxistice, explozive. Predispoziția neuropatologică este 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 acelor personalități care manifestă tensiune în raport cu ceilalți 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 morbide:

- **firea demonstrativă** – capacitate anormală de refulare: poate deveni isteric (refularea ca mecanism de apărare în isterie). Pacientul este exagerat în gesturi și vorbe, dornic să fie băgat în seamă și să se afirme; manifestări teatrale lipsite de autenticitate, ușor de depistat în general; lăudăros sau autocompătimitor, cu accente patetice. Uneori mitoman, lipsit de spirit autocritic, are tendințe de a manipula anamneza. Refularea se poate manifesta și în sectorul fizic: anestezii paradoxale, leșin isteric, refugiu în boală, beneficiul secundar. Este recalcitrant în raport cu tratamentul (de ex., alcoolicii), este impulsiv în decizii, cu tendințe de manipulare a celor dispuși să-l asculte. Predispus spre surmenaj și epuizare nervoasă;

- **firea hiperexactă** – carențe în capacitatea de refulare: nehotărât în decizii, oscilant, ambivalent în acțiuni și sentimente, inhibiție și autocontrol excesiv. Extrem de meticolos, sentimente intense de anxietate. De aici, predispoziție spre ipohondrie, nevroză obsesională etc. Tendință obsesivă de a se spăla, frică de îmbolnăvire. Rareori dezvoltă alcoolism;
- **firea hiperperseverentă** – perseverența 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** – dominată de pulsuni, gândire inertă, pedanterie, acte impulsive violente. Pacient 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 învecinează cu psihopatia epileptoidă (are adesea constituție athletică, ca la epileptoizi);
- **personalitatea distimică** – caracterizată prin psihopatie depresivă; tăcut, serios, pesimist, predispus spre depresie;
- **labilii afectivi** – manifestă 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 simptome banale;
- **firea anxioasă** – bazată pe o hiperiritabilitate a sistemului nervos vegetativ; tendințe ipohondrice, timiditate. Are nevoie de discuții liniștitoare cu medicul;
- **firea emotivă** – reacții foarte sensibile și de profunzime în sfera 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, sugestiv, răspunde în acord cu modul în care i se pune întrebarea. Este foarte docil la sfaturile medicului și la tratament;

- **firea introvertită** – are 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.

Aceste 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 psihopatice”, 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:

1. **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;

2. **tipul neliniștit** – cuprinde două variante: *senzitiv* – caracterizat prin hipersensibilitate și inadaptabilitate și *anancastic* – dominat de introversie și obsesii.

3. **tipul paranoic** – caracterizat prin orgoliu, vanitate, psihorigiditate și stringență logică;

4. **tipul histeroid** – bazat pe egocentrism, superficialitatea efectelor, tendința spre fabulație și nevoia de supravalorizare și supraestimare;

5. **tipul instabil** – ilustrat prin instabilitatea timică, ce are drept consecință o instabilitate socială;

6. **tipul exploziv** – ilustrat prin reacții emoționale violent agresive, de scurtă durată;

7. **tipul apatic** – corespunzător tipului schizoid (descriș de Kretschmer), bazat pe hiposensibilitate și insuficientă forță de rezonanță și vibrație afectivă;

8. **tipul abulic** – inert, lipsit de inițiativă și sugestiv;

9. **tipul astenic** – caracterizat prin fatigabilitate, lipsă de rezistență și perseverență;

10. **tipul depresiv** – caracterizat prin rigiditate, seriozitate, pesimism și 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 sociocultural. Dezvoltarea permite și facilitează constituirea unor relații diferențiative 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 capacitățile 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 este confruntat în devenirea sa.

Dezvoltarea psihică este rezultatul interacțiunii factorilor externi și interni. Cei *externi* sunt constituiți din totalitatea acțiunilor și influențelor ce se exercită din exterior asupra formării și dezvoltării personalității umane. Aceștia sunt **mediul și educația**. Factorii *interni* sunt constituiți din totalitatea condițiilor care mijlocesc și favorizează dezvoltarea psihică, condiții care pot fi de natură biologică, ereditară și psihosocială. Toate aceste influențe exercitate asupra personalității umane pot fi grupate prin raportare la trei noțiuni de bază: **ereditatea, mediul, 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. Concomitent cu recunoașterea influenței mediului asupra omului trebuie să admitem și inversul, faptul că și omul influențează și

transformă mediul. Omul nu este, deci, 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 a fi percepute și învățate; 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 neconținut 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 vârstă și individuale ale acestuia.

Astfel, educația face legatură și mediază între potențialitatea de dezvoltare, propusă de ereditate și oferta de posibilități ale mediului. Educația armonizează interacțiunea ereditate – 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, suntem totuși îndreptățiți să afirmăm 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 ereditatea. Cu toate acestea, parafrazându-l pe H. Pierson, 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 ca urmare a 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 să fie asimilate, de formarea capacităților omului de a nu se lăsa derutat de obstacole sau de influențe nefavorabile și de a fi receptiv la influențele pozitive ale mediului. Rolul conducător al 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, educația optimizând, în măsura posibilităților, relația ereditate – mediu. Educației îi revine rolul conducător în formarea și dezvoltarea personalității, deoarece organizează într-o manieră optimă influențele factorilor de mediu și, în același timp, depășește predispozițiile ereditare, le diferențiază și le grăbește intrarea în funcțiune suplimentându-le forța. Educația creează premisele interne favorabile acțiunii prielnice a anumitor factori externi, formarea personalității fiind atât un efect al acțiunii educative, cât și premisa pentru derularea acesteia.

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

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

David D. Burns încerca să demoleze prejudecata costului

dureros al succesului, demonstrând, că persoanele obsedate de perfecțiune, neimpăcate cu sine suferă de pe urma tulburărilor psihice, și mai devreme sau mai târziu eșuează. În mod paradoxal fixarea unor scopuri excepționale, nerealizabile într-o viață de om 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 psihici traumatizanți, depresie și, de obicei, sunt în societate timizi.

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

Dezvoltarea personală include:

- *Autocunoaștere*: identificarea unor comportamente dăunătoare (amânare, evitare, agresivitate etc.) și schimbarea lor. Identificarea emoțiilor perturbatoare și învățarea unor tehnici de control emoțional și de exprimare adecvată. Identificarea atitudinilor disfuncționale și înlocuirea lor cu atitudini adaptative.
- *Afirmare de sine și îmbunătățirea imaginii personale*. Comunicare asertivă, combaterea stilurilor non-asertive 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 de probleme*. Invățarea 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 un proces de învățare semnificativă. Dezvoltarea personală implică schimbare. Dezvoltarea personală este realizată prin acțiunea părții

conștiente 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 următoarele rezultate asupra unui individ:

- Începe să se privească altfel.
- Se acceptă mai pe deplin 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.
- Îi 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, structurile subconștiente și inconștiente. Conștiința morală este nucleul conștiinței, se formează prin educație și este latura responsabilă în 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 schimbări la nivelul propriului comportament, al sentimentelor, abilităților, gândurilor sau proceselor inconștiente proprii; schimbări în strategiile, atitudinea și convingerile individului, cu impact puternic în modificarea sau influențarea identității lui.
- Al doilea aspect al dezvoltării personalității medicului 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 dezvoltativ. Educația permanentă este o condiție de perfecționare a dezvoltării personale, sociale și profesionale pe durata întregii vieți a indivizilor în scopul îmbunătățirii calității vieții, atât a indivizilor, cât și colectivității lor. O etapă inițială a oricărei strategii, proiectată să împlinescă aspirațiile educației permanente este construirea unui pod de legătură între o varietate de elemente intereducaționale (structuri, curriculum, pregătirea profesorilor) și un număr considerabil de elemente extraeducaționale (configurații personale, sociale, istorice, culturale ale indivizilor și societăților în medii locale, naționale și globale).

Conceptul educației permanente personale și profesionale este, în mod funcțional, bazat pe ideea că învățarea permanentă poate fi dobândită 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”.

Un proces de dezvoltare personală și profesională poate avea loc natural, fără nici un 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 vizează reducerea sau anularea efectelor neplăcute, ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realitatea intern și/sau extern și ale căror manifestări pot fi conștiente sau inconștiente.

Apărările sunt operații mentale 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 Ș., 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 homeostaziei 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 pericolelor interne și externe sau protejarea individului de anxietate sau de perceperea pericolelor sau factorilor de stres interni ori externi.

Prin urmare, în abordarea dinamic-psihoanalitică 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 *idului* 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*, *supraeu* și *eul realitate*, protejând persoana de aceste conflicte. Altfel spus, mecanismele de apărare sunt acele procese care au ca scop protecția *eului* de dorințele și impulsunile instinctuale. De regulă, acestea se declanșează inconștient și tind 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, gestionează bagajul pulsional, dar o gestionare necorespunzătoare poate eșua în simptom. Exemplele de mecanisme de apărare “sănătoase” sunt: *sublimarea*, *jocul*, *umorul*, *visul*.

În psihoanaliză, **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 pulsione. 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 unei om, prin cauzarea amneziei, lăsându-l pradă fragmentării, imposibilității trăirii unei unități, afectându-i din interior, toată existența.

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

Pacientul încearcă să păstreze ceea ce este refulat în inconștient. Această forță care întreține refulatul este numită *rezistența*, în timpul analizei. Forme 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 refulat 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 punct de vedere al complexității, structurării și diferențierii). Regresia e reacția subiectului în fața unor pericole interne sau externe ce pot provoca angoasă sau, mai bine spus, pe care deja au provocat-o inconștient. Ea ignoră timpul, aduce la suprafață forme 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 vârsta 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 evolua, se poate dezvolta. Procesul regresiv poate însănătoși, dar poate deveni și patologic în cazul unui *eu* slab, care nu mai poate metaboliza, psihiza ceea ce vine spre el, așa cum se întâmplă în destructurările psihotice și în patologia psihosomatică, când lipsește elaborarea psihică a conflictelor.

Mecanismul **formațiunea reacțională** presupune investirea energiei pulsionale în reprezentări contrarii. De exemplu, cineva își dorește să facă mizerie, însă, devine obsedat de curățenie și ordine. Formațiunea reacțională este formată din două procese: dezinvestirea unei reprezentări interzise și reinvestirea într-o reprezentare contrarie. 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 ca urmare a 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 curățenie 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 la fel de bine 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 iese 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 sine 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 isterie, afectul este în prim - plan, reprezentările fiind refulate, în nevroza 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 face doliu*. Izolarea nu anulează complet afectul, ci îl suprimă pe moment dar, prin deplasare, acesta izbucnește la un timp ulterior, într-un mod ce pare irațional și imprevizibil, în situații aparent lipsite de însemnătate. 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 spre exemplu, pacientul din cazul lui Freud "Omul cu șobolani", plimbându-se 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 reșează, 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, practicile magice, ritualurile religioase, 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 între tendințele pulsionale contrare generează nehotărârea și inhibiția obsesionalului, paralizându-l, devitalizându-i activitățile.

Anularea retroactivă este legată de ambivalență, de prezența a două mecanisme extreme și opuse. Atunci când această ambivalență devine extrem de intensă individul recurge la anularea retroactivă pentru a se elibera de pulsunile contradictorii. Un exemplu dat de Janet (1903/1976) ne releva un 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 pulsunea negată reușește totuși să se exprime, opunându-se pulsunii contrare.

Mecanismul de apărare al **transformării în contrariu** constă în înlocuirea unei pulsiiuni cu o altă pulsiiune 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 numai pulsiiunea, ci și obiectul pulsiiunii și astfel putem avea de-a face cu înlocuirea propriei persoane cu o altă persoană.

Freud explică mecanismul transformării în contrariu printr-un exemplu elocvent. El e de parere ca legănarea din primii ani de viață este asociată cu trăiri afective plăcute, însă există și cazul unor adulți care, nedorind să-și refuleze aceasta plăcere o transformă în contrariu. Transformarea în contrariu este până la urmă un mecanism de apărare având 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 pulsiiuni (transformările: activitate – pasivitate, masochism – sadism). Cum pulsiiunea 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 scopurilor condamnabile din punct de vedere social sau inacceptabile 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 instincte care în alte condiții rămân nesatisfăcute și declanșează comportamente dezadaptate. Practic, sublimarea permite integrarea socială a individului. Sublimarea acționează în sensul transformării pulsiiunilor 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 atunci când 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 cât mai puțin de la obiectivul primar însă

evită sentimentele de vinovăție. Sublimarea acționează pozitiv prin faptul că ajută la canalizarea pulsuniilor și afectelor prost adaptate în direcția comportamentelor acceptabile.

Pulsuniile sexuale și pulsuniile 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 proiectarea în interior.

Vorbim despre introiecție atunci când 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 afară. 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 atunci când nu este selectivă și atunci când ea 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, reactualizare a relațiilor cu obiectele parentale este o introiecție. Aceasta afirmă 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 celorlalți a propriilor intenții negative,

tendințe, pulsioni și dorințe ascunse. Astfel, cineva criticând pe altul își critică de fapt propriile slăbiciuni, neândrăznind să-și recunoască asemenea trăsături. Materialul proiectat este un ecou al inconștientului propriu, agresiunile proprii fiind atribuite altuia. Astfel, un exemplu din viața de zi cu zi poate fi atunci când spunem că nu suportăm pe cineva pentru că e arrogant – se poate la fel de bine să proiectăm propria noastră trăsătură pe care nu vrem s-o recunoaștem, asupra altuia. Persoana dominată de acest mecanism de apărare apare ca bănuitoare, orgolioasă, sensibilă; apare, de asemenea, ca un colecționar al greșelilor celor din jur. Subiectul percepe la cel 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 privilegiază rolul apărării. De fiecare dată, este vorba despre faptul că subiectul îi atribuie celuilalt ceea ce refuză inconștient să-și asume, iar aceasta în interesul propriei protecții psihice. Z. Freud considera proiecția o problemă a persoanei nevrotice, care se ascunde de un conflict emoțional și îl transformă în altceva decât în obiectul intenționat.

Întoarcerea 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 exemple de astfel de persoane care se automutilează și ajung chiar până la acte de sinucidere din cauza acestui mecanism de apărare. Acest mecanism de apărare a fost explicat prin prezența unor pulsioni agresive extrem de bine dezvoltate, prin prezența unor pulsioni sadice sau masochiste, sau prin prezența pulsionii 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 mai ales asupra sănătății psihice a individului.

5. Tulburările de conștiință ale personalității

Conștiința este un atribut definitiv al umanității, *cea mai evoluată formă de reflectare psihică a lumii obiective, caracterizată prin raționalitate 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 actelor 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, percepută 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 aferențele 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 (conștiința)** – care asigură starea de veghe, prezentă și la animale și ține de structurile subcorticale;
- **conștiința operațional-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 îi sunt atribuite 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 (alternanța 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);
- *tulburări ale capacității de fixare și conservare*.

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

Conceptia organo-dinamistă a lui H. Ey introduce noțiunea de „*câmp al conștiinței*”, alcătuit din ansamblul fenomenelor psihice ale existenței, la un moment dat: percepție, imaginație, 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 ale organizării conștiinței explică întreaga patologie psihiatrică.

Astfel, **disoluțiile câmpului conștiinței de intensitate mică** determină **mânie și melancolie**, cele de *intensitate medie* – **psihoză delirantă acută și stări oneiroide**, iar *disoluțiile profunde* determină **stări confuzionale și confuzionice**.

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

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

Tulburările câmpului de conștiință includ:

- *tulburările clarității și integrării câmpului conștiinței (tulburări cantitative):* obtuzia, hebetudinea, torpoarea, obnubilarea, stuporul, soporul, 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 includ:

- *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 proprii persoane:* personalitatea multiplă, depersonalizarea, automatism mintal;
- *tulburările somnului și visului:* insomnii, hipersomnii, visul.

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 într-o corectă orientare);
- **luciditate** (orientare în realitate oportună și adecvată);
- **sub 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 tulburări vegetative.

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

b) **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.

c) **Starea de torpoare** – se manifestă prin bradikinezie, lentoarea proceselor ideative, hipobulie, reducerea marcată a participării afective, ușoară dezorientare temporo-spațială, cu stări de somnolență.

d) **Starea de obnubilare** – reprezintă o denivelare mai importantă a vigilității, cu dificultăți mnezice mixte, creșterea pragurilor senzoriale, dificultăți în înțelegere și sinteză, care se desfășoară cu o greutate sporită. Pe plan clinic, se manifestă prin răspunsuri vagi, incomplete, uneori lipsite de sens, alteleori cu caracter de perseverare.

e) **Starea de stupeoare** – reprezintă o tulburare severă a vigilității, însoțită de inhibiție psihomotorie (mutism, akinezie, negativism alimentar). Bolnavul nu reacționează decât la excitații foarte puternice, nu răspunde la întrebări și pare a nu înțelege contextul în care se află.

f) **Starea de sopor** – reprezintă o stare de somnolență patologică, în care contactul cu ambianța se face foarte dificil, fiind întretăiat de perioade de somn.

g) **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 scăderea 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 este ocupat de modificări cu caracter tranzitor în planul conștiinței. Are loc o disoluție mai mult sau mai puțin rapidă și completă a conștiinței (torpoare, hebetudine, 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 incoerent. H. Ey spune că starea de confuzie este un „fond” de destructurare a conștiinței, în care modalitatea de „a nu fi conștient” ajunge la un punct clinic maxim.

Circumstanțele etiologice ale confuziei mintale sunt: **intoxicații** (alcool, oxid de carbon, barbiturice, medicamente cu efect anticolinergic, inclusiv neuroleptice, antidepresive, tranchilizante); **infecții, toxiiinfecții; dereglări metabolice** (diabet, uremie, encefalopatii etc.); **sindroame meningiene; 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 relatările aparținătorilor sunt valoroase). La primul contact, pacientul este ezitant, pare perplex și distrat, necesită să fie îndrumat pentru a se așeza și trebuie să i se repete de mai multe ori o indicație pentru a o înțelege. Ținuta sa este neglijentă, traducând indiferență, privirea este fie inexpresivă, uimită, fie vagă și răvășită, mimica este sărăcită, posacă. Pe fond de pasivitate apar episoade de agitație, iar uneori un murmur neînțeles sau răspunsuri nemotivate date unui interlocutor imaginar, denotă existența **onirismului**. Dezorientarea temporo-spațială este uneori evidentă, bolnavul întreabă unde se găsește, ce se petrece cu el, neștiind unde și în ce moment se află. Întrebat 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 temporo-spațial, pacientul nu poate să evoce amintirile recente și nici să ordoneze logic imaginile ce apar în câmpul conștiinței, confundă persoanele, are false recunoașteri. La fel ca și în

orientare, pacientul prezintă fluctuații bruște, avînd momente de luciditate, în care răspunde cu precizie la întrebări. Gîndirea haotică, ineficace, vagă din confuzia mintală a fost comparată cu un nor (obnubilată).

Confuzia mintală apare în *circumstanțe etiologice* diferite:

- afecțiuni intracraniene; traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie, afecțiuni meningeale, afecțiuni cerebrale (encefalite, tumori cerebrale), accidente vasculare cerebrale;
- afecțiuni generale;
- alcoolism (beția 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 șoc (postoperatorii, traumatice, cardiovasculare);
- boli sangvine (leucemii, anemii);
- alte cauze (electrocutare, insolație, privarea 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: **oneiroidia** și **amenția**.

Amenția reprezintă o tulburare de tip confuzional de intensitate psihopatologică maximă a conștiinței, constând 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, putând apărea, inconstant, perioade stuporoase sau catatonice. Se mai asociază aici dezorientare accentuată, iluzii, idei delirante, oscilații afective care evoluează pe fondul prăbușirii fizice.

Oneiroidia 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. A fost descrisă de Meyer Gross. Există forme expansive, cu

idei delirante de grandoare, fantastice și forme depresive, cu idei depresive și de autoacuzare. 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 ideății, întretăiată 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 concomitentă, rămânând astfel posibilă efectuarea unei activități automate, deci cu acțiuni motorii coordonate, dar neadecvate în raport cu ocupațiile anterioare ale bolnavului. Față 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 vigilitate). H. Ey descrie experiența crepusculară ca pe un „eveniment prin care se pune realitatea între paranteze”, fiind legată, chiar la un astfel de nivel de destructurare a conștiinței.

Circumstanțele etiologice a stării crepusculare sunt reprezentate, în ordinea frecvenței, de: epilepsie (temporală); beție patologică; isterie; reacții acute psihogene; boli toxico-infecțioase; hipoglicemie. Subiectul trăiește o stare de derealizare, pe fondul căreia pot apărea organizări delirante sau halucinații, ce se apropie de onirism și care antrenează doar parțial subiectul. Starea afectivă poate fi profund tulburată prin exaltare sau angoasă, rezultând de aici 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 constând în îngustarea conștiinței de tip isteric, care permite subiectului integrarea într-o activitate aparent normală, dar în discrepanță evidentă cu personalitatea lui anterioară și având un caracter „critic”. Este, după cum se vede, destul de greu de diferențiat de starea crepusculară; totuși, acesteia din urmă 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 aceluiasi tip de tulburări, ar intra *somnambulismul* și *personalitatea multiplă*, introduse de clasificarea DSM III în rândul tulburărilor disociative ale nevrozei isterice (amnezia psihogenă, fuga psihogenă și personalitate multiplă).

5. Tulburările conștiinței de sine

Conștiința de sine constituie reflectarea în conștiința 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 dizarmonic* își structurează o imagine deformată atât despre lume, cât și despre sine. *Delirurile cronice* și mai ales *schizofrenia* determină o distorsionare delirantă sau o bulversare a conștiinței de sine.

Se cunosc următoarele tulburări ale conștiinței:

a) tulburările conștiinței corporalității (asomatognozia). Somatognozia reprezintă imaginea pe care individul și-o formează despre propriul său corp, ca obiect funcționând în spațiu. 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** – sindrom manifestat prin agnozie digitală, agrafie, acalculie, nediferențiere stânga-dreapta. Mecanismul psihopatologic esențial îl reprezintă o incapacitate a subiectului de a lega spațial obiectele care fac parte dintr-un tot. Ele s-ar datora unor leziuni difuze ale emisferei dominante.

- **sindromul Anton-Babinski** reprezintă o manifestare clinică amplă, grupată în jurul a trei elemente majore: - *asomatognozie* – ignorarea sau nerecunoașterea unuia sau mai multor segmente ale corpului; - *anosognozie* – ignorarea sau nerecunoașterea propriei boli,

chiar în condițiile în care sesizează o infirmitate; - *anozodiaforie* - indiferență față de boală, însoțită uneori de o euforie paradoxală.

Apare în leziuni de diferite etiologii, la nivelul răspântiei parieto-temporo-occipitale drepte.

c) tulburări de schemă corporală de tip psihic:

- **cenestopatii** – reprezintă tulburări particulare ale cenesteziei, alterări locale ale sensibilității comune. Apar senzații corporale neplăcute, în absența unor modificări organice. În descrierile bolnavilor, apar ca trăiri stranii, amintind de ideile delirante. Cenestopatiile, considerate ca tulburări perceptivă, se pot înscrie într-un continuum de gravitate, mergând de la simple iluzii până la halucinații. Principalele lor caracteristici ar fi: caracterul funcțional, anorganic, independent de orice leziune locală patogenă și existența lor autonomă. Cenestopatiile nu apar izolate, ci asociate cu anxietatea, depresia, tulburările obsesive.

- **autotopoagnozia** – 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).

- **sindrom hipocondriac** – se caracterizează prin existența ideii (cu caracter obsesiv prevalent sau delirant) de suferință datorită unei boli somatice care evoluează fatal, convingere lipsită de suport real sau având un suport real insuficient. Hipocondriacul trăiește anxios și dureros această convingere, întărită uneori prin factori iatrogeni, fiind într-o permanentă căutare de medici și medicamente, în care nu are însă 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 „fabriceze” o falsă îmbolnăvire.

- **sindrom 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) tulburări 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. Koupernik a descris această tulburare „*psihoza urâțirii*”; 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 originalitate sau de individualitate, dar și expresia unei nevroze, a unei psihoze 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”, însoțită de 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, cu atât mai mult cu cât ele se asociază și cu alte tulburări ale identității corporale (desomatizare). Atitudinea 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 straniețate a lumii exterioare în absența oricăror tulburări perceptivă. Pierzând „funcția realului” (P. J. Anet), subiectul se simte detașat, izolat de

concretitudinea lumii, care-și pierde „familiaritatea”, devenind pentru acesta un spațiu străin. De la forma minimă, în care lucrurile pot să pară false, artificiale, stranii, iar persoanele modificate, urâțite, îmbătrânite, lipsite de „aerul personal”, în forma sa extremă de realizare îi dă subiectului senzația unei retrageri complete din lumea reală, de „plutire fără înălțime peste un deșert necunoscut”. Derealizarea este percepută de către subiect ca o modificare a vieții sale psihice, prin senzațiile chinuitoare pe care le încearcă. Ea este însoțită 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 psihoze.

f) tulburările conștiinței proprii persoane:

- **depersonalizarea** este o tulburare a conștiinței proprii persoane, propriului *eu*, subiectul având sentimentul pierderii identității somatopsihice personale. El trăiește dureros impresia că a devenit străin, diferit sau nereal, păstrând conștiința personalității sale anterioare. Curgerea existențială se destramă, viața părând a se desfășura în gol, într-un ritm încetinit. Propriul *eu* devine un spectacol dramatic pentru individ. 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, desprinzându-se și îndepărtându-se 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 posttraumatice. În psihozele toxice, se poate asocia sindromului halucinator sau iluziilor senzoriale. În debutul pseudonevrotic al schizofreniei, se manifestă prin sentimentul înstrăinării propriului *eu*, prin perplexitate față de propriul corp sau sentimentul de fragmentare corporală, alături de preocupări hipocondriace. Din punct de vedere psihanalitic, depersonalizarea s-ar explica printr-o fixare într-un stadiu genital și regresivitate 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 biopsihotipologiilor în psihologia medicală.
7. Care sunt condițiile de dezvoltare personală?
8. Identificați particularitățile de dezvoltare a personalității medicului.
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: „Humanitas Educațional”, 2001.
2. Birch A. *Psihologia dezvoltării*. București: Editura Tehnică, 2002.
3. David Daniel *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: „Polirom”, 2006.
4. Golu Mihai, Dicu Aurel *Introducere în psihologie*. București: Editura științifică, 1972.
5. Hălțan Georgeta *Personalitatea umană*. București: Editura științifică și enciclopedică, 1976.
6. Ionescu S., Jacquet M., Lhote C. *Mecanismele de apărare* Iasi: „Polirom”, 2002.
7. Pirozynski Tadeusz, Scripcaru Gheorghe. *Psihopatologie relațională*. Iași: „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 Florin. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
10. Tudose Florin. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București: „Infomedica”, 2003.
11. Oprea N., Revenco M. s.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.

TEMA 4. NORMALITATEA. ANORMALITATEA

Structura:

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

Obiective 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 modalități de susținere psihosocială a lor.

Cuvinte-cheie: normă; normalitate; modelul normalității; adaptare; sănătate mintală; anormalitate; comportament anormal.

1. Conceptul de normalitate. Criterii 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, ci suntem solidari cu ea, o dorim, o adoptăm ca pe noi înșine. 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 ambivalentă 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 pregnantă, aceasta putând fi cunoscută prin efectele produse.

Așadar, *umanismul* este expresia mentalității epocii referitoare la atitudinea față de om. Există cicluri, etape istorice ce 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 interesantă precizarea 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 esența sa, o convenție umană larg împărtășită 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 Ey H., pare să clarifice problema psihiatriei, aceasta fiind în special în domeniul medicinei, o specialitate diacritică pentru care diferența normal/patologic reprezintă principalul obiect de lucru.

În viziunea lui M. Lăzărescu, problematica cuplului normalitate - anormalitate este mai apropiată de „generalitatea” normelor, a abordării statistice, a regulilor și legilor, pe când problematica „bolii” e mai 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 în viață;
3. nivel înalt de toleranță la frustrare;
4. autoacceptare;
5. flexibilitate în gândire și acțiune;
6. realism și gândire antiutopică;

7. angajarea în activități creatoare;
8. asumarea responsabilității pentru tulburările sale emoționale;
9. angajarea moderată și prudentă în activități riscante;
10. conștiința clară a interesului social;
11. gândire 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* (preferabilă 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 utilizat mai frecvent în psihologie, 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 rezultată finală a subsistemelor care interacționează între ele. Normalitatea operează cu așa 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 individul face parte, 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 norme socioideale sau după ideologiile momentului. Refuzul de a circumscrie normalul și patologicul ar putea conduce la transformarea câmpului practicii medicale și psihiatrice 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 coresponzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviate. *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 frecvent înregistrate, chiar „endemice” (de ex., caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate normale după cum urmând aceeași regulă a frecvențelor - unele fenomene absolut normale pot primi aspectul anormalității (de ex., persoanele care au grupa sangvină 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 “judecățile de valoare”.

Introducerea modelului normalității medii duce la posibilitatea comparațiilor și, implicit, la stabilirea abaterilor datorate bolii. Nu se poate elabora un model aparent al bolii, atâta timp cât nu există un model al normalului.

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, sumate, 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, expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, ce reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviate. 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 percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimală a aparatului mintal, având drept rezultat o funcționalitate optimă.

În viziunea 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 cu atât mai mult cu cât ea variază mult în funcție de contextul sociocultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios).

3. Normalitatea ca sănătate

Privind din perspectiva normalității ca sănătate, aceasta fiind una tradițională, cei mai mulți medici și, 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-un continuum, iar anormalitatea – să reprezinte mica porțiune rămasă.

Normalitatea, adică *sănătatea*, în cazul nostru cea mintală, pare a fi o vastă sinteză, o rezultată 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 și istoria sa și a colectivității sale ca o rezultată 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 diversele 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* informaționale, 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 dezechilibru ce produce dezordinea și dezorganizarea sistemului. Acest autor consideră că există tipologii ale normalității, modelele de comunicare individuale fiind influențate de factori constituționali temperamental, psihosocioculturali, etc.

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

Normalitatea este capacitatea de a fi stăpân pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovăție; 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 unei conștiințe clare, „conținând” inconștientul și dând în acest fel posibilitatea dezvoltării activităților superioare care garantează libertatea umană.

4. Anormalitatea. Criterii de definire a anormalității

Anormalitatea este o îndepărtare 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 îndepărtarea 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 eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare. Trecerea spre patologie a subiectului este însoțită de disfuncționalitatea acestuia în sistemul în care este integrat (Lăzărescu M.).

Criterii 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 dezadaptativ;
- criteriul contextului social (normele și valorile socio-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, fie că acesta este 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; ese 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 spaimă 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 ș.a.

În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important 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 concomitentă cu o stare de boală, așa cum se întâmplă în sindromul maniaco-depresiv. Aparenta creștere 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 ca elucidând 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. Caracterul ereditar al anormalității, ca și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăți având aceeași origine.

Coleman și Broen stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale:

- boală psihică,
- comportament neadecvat,
- tulburări emoționale,
- tulburări comportamentale,
- tulburări psihice

După Enăchescu C. se deosebesc **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 carențial* (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, toxicomane sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;

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

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

- capacitatea de autonomie, de independență psihoconștientă a subiectului;

- o corectă și adecvată autorecepție și autoapreciere;

- percepția, reprezentarea și înțelegerea corectă, adecvată 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 armonios și eficient cu perspectiva socio-culturală;

- capacitatea de creație.

La antipodul normalității, se afla 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”, pentru desemnarea unei persoane considerate “anormală”. Criteriul acestor deplasări de accent este generalizarea, prin faptul că sfera conceptului de “persoană 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 descriu 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 a 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: "Polirom", 2010.
2. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București, 1997.
3. Tudose Fl. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației "România de Mâine", 2007.
4. Tudose Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București: "Infomedica", 2000.
5. <http://www.slideshare.net/Azigird/curs-anormalitate-si-normalitate>.

TEMA 5. ELEMENTE 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.

Obiective operaționale:

- Delimitarea conceptelor de bază ale temei.
- Analiza și explicația factorilor ce influențează sănătatea.
- Înțelegerea psihologiei sanatații 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.

Cuvinte-cheie: psihologia sănătății; model biomedical; model psihosomatic; model biopsihosocial; model 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. Ansamblul de volume intitulat "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 a 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 trecem în revistă tematicile domeniului, putem dezvălui 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 (psihoendocrinologie, psihoneuroimunologie, psiho-cardiologie etc.),
- promovarea comportamentului sănătos (de ex., menținerea unei diete sănătoase, controlul greutății, somnul, fumatul și alcoolismul, aspecte psihologice, sociale, strategii de tratament);
- modele ale schimbării comportamentului, prevenirea accidentelor, comportamentul și diagnosticele 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);
- provocări ale cercetării și 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, aspecte psihologice în patologii cerebrale, fenomene dezadaptative, fragilitatea psihică în afecțiunile psihosomatice, studii 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

„studiul 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 de bine psihic, somatic și social a individului” și arată că „deținerea 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 a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

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

1. absența bolii;
2. constituție genetică bună;
3. stare 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**:

1. *biologia umană*: moștenirea genetică; procesele de maturizare, îmbătrânire; tulburările cronice, degenerative, geriatrie;
2. *mediul*: apa potabilă, medicamentele, poluarea atmosferei, salubritatea, bolile transmisibile, schimbările sociale rapide;
3. *stilul de viață*: hrana, activitățile fizice, sedentarismul, tabagismul, alcoolismul;
4. *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 boală, 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, deci, 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 pleneră, 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-etre”*.

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

1. *Stare bună fizică, psihică și socială*;
2. *Fitness* – forma fizică optimă, cu cei 4 **S** (engl.): *Strenght* – forță fizică; *Stamina* – vigoare (rezistență fizică); *Suppleness* – suplețe fizică; *Skills* – îndemânare (abilitate) fizică.

Pe direcția sugerată de 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 suporte frustrările și anxietatea consecutivă acestora.

Starea de sănătate înseamnă mai mult decât absența bolii. Sănătatea trebuie apreciată în funcție de mediul și de istoria individului, ca o rezultată a forțelor contrarii, fiind necesar să ținem seama nu numai de caracterul pozitiv și cel negativ ale acesteia, ci și de direcția 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 majorității nevoilor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate;
- capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup;
- capacitatea de a-și adapta conduita la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi;
- capacitatea de identificare atât cu forțele conservatoare, cât și cu cele creatoare 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 afirmări personale. Sănătatea mintală ocupă locul cel mai important în complexitatea ființei umane, fiind fundamentul și esența condiției umane, echilibrul ei. Ceea ce mijlocește 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 (m²/persoană) și dotarea acesteia (gradul de confort);
- condiții de igienă și asistență sanitară (accesibilitatea lor);
- mijloace de comunicare;
- informație și cultură;
- timpul liber (durată, folosire).

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

Modul de viață este produsul unei istorii, al unei culturi și tradiții. Orice societate are un mod de viață specific (de ex., societăți 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, șofare imprudentă, sedentarism, workaholism (dependență, obsedare de muncă).

Stilul de viață constă din combinații ale unor practici și deprinderi comportamentale și condiții de mediu ce reflectă modul de viață, influențat de antecedente familiale, condiții culturale și 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 au o determinare socială.

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 indivizilor și la structurarea relațiilor sociale. Orice mod de viață este produsul unei istorii, reflectarea unei culturi și a unor tradiții specifice, fiecare societate având un mod specific de viață. Factori ce contribuie la diferențierea tipurilor de societăți pe baza modului de viață sunt *distribuția, cuantumul și utilizarea veniturilor* și a bunurilor materiale.

Max Weber, sociolog, 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 practice 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 au determinare socială. Astfel, dacă *modul de viață* se referă la aspectele exterioare ale vieții, la condițiile economice și 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 așadar stiluri de viață defavorabile pentru sănătate, precum și stiluri de viață favorabile 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 sănătății

După Bruchon-Schweitzer, secolul XX a promovat 3 astfel de 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 datorate ignorării 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 acționează alternativ sau sumativ, cu factorii etiologici specifici organului sau aparatului afectat de boala psihosomatică respectivă).

S-a încercat demonstrarea etiologiei psiho – sociale a unor boli (inclusiv cancer), analizându-se prin studii retrospective (subiecți bolnavi analizați prin reconstituirea unor corelații între stresul psihic, ca factor de risc, evenimentele psihotraumatizante trecute și diferitele etape ale bolii) sau prin studii prospective (cohorta 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 prospective efectuate cel mai corect 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 puncte nodale ale acestor interferențe, cu rol predictiv pentru boli.

III. Modelul concepțiilor despre sănătate. O serie de 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 percepută** (modul în care subiectul evaluează riscul de a dezvolta boala, definirea populațiilor cu risc și personalizarea riscului);
- **severitatea percepută** (cum evaluează individul severitatea și consecințele bolii, identificarea consecințelor bolii);
- **barierile percepute** (cum evaluează subiectul influențele asupra comportamentelor sanogene promovate, identificarea și înlăturarea prin condiționare a obstacolelor);
- **beneficiile percepute** (evaluarea consecințelor pozitive care apar odată cu adoptarea comportamentului, clarificarea acțiunilor și a beneficiilor).

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

- **eficacitatea percepută** (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 populaționale, ce pot cuprinde **3 domenii majore:** *conduite preventive; comportamente de adoptare a rolului de pacient, intervenții ale clinicianului.*

4. Sănătatea mintală. Caracteristicile principale ale sănătății mintale

După Boehm W., **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 și istoria sa și a colectivității sale, ca o rezultată 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 mintale 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, stoparea acestora. Uneori blocarea la timpul convenit a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o importanță fundamentală pentru însăși existența fizică a persoanei.

Are loc accelerarea semnificației 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 pasiva evitare a bolilor.

Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferă medicilor și cercetătorilor o șansă de a trece dincolo de psihopatologie.

Normalitatea trebuie să ne apară 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 înscrisă în perimetrul care definește normalitatea existenței individului, semnificând menținerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât și în perspectiva

externă, a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant concret.

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

După Lăzărescu M. (1995), 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, maturizare, independentizare, precum și capacitatea de a depăși diversele situații reactive și stresante.

După Prelepceanu D. (2000), norma suportă o certă condiționare istorică, reprezentările și convențiile oamenilor despre ei înșiși și despre viața în colectivitatea socială modificându-se (lent, dar sigur) în urma evoluțiilor în utilizarea uneltelor și în arsenalul instrumentelor de expresie culturală.

Normele semnifică ritmurile și gradele de evoluție a societății umane, indicând, – pentru a forța o metaforă și dacă se poate spune așa, –, „starea de sănătate” a societății.

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 să fie guvernată de legile naturii și prin procedee subsumate acestora, în timp ce disfuncțiile vieții psihice și, mai ales, cele ale relaționării sociale să fie depășite prin raportarea la normativitate și prin recuperarea indivizilor în suferință în interiorul normei;
- istoricitatea normelor.

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

- eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;

- perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei 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 conduita 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 Hinsie L. și Campbell J. R., 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 da și a primi afecțiune;
8. Toleranță la frustrare;
9. Simțul umorului;
10. Abilitatea de a se recrea, de a avea hobby-uri;
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 se adaugă și mediază relațiile dintre om și natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. La fel, e important faptul că dezvoltarea tuturor

laturilor vieții sociale 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. Numiți criteriile funcționale ale sănătății mintale.
7. Enumerați factorii care contribuie la sănătatea mintală.
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: „Polirom”. 1999.
2. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București: „Infomedica”, 1997.
3. Tudose Fl. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației „România de Măine”, 2007.
4. Tudose Fl. *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București: „Infomedica”, 2003.
5. Tudose Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București: „Infomedica”, 2000.
6. www.psihosanatatie@psychology.ro

TEMA 6. STRESUL ȘI INFLUENȚA LUI ASUPRA OMULUI

Structura:

1. Stresul. Simptomele și cauzele stresului.
2. Relația sănătate – stres.
3. Mecanisme și strategii de coping în stres.
4. Tehnici de relaxare și exerciții antistres.

Obiective operaționale:

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

Cuvinte-cheie: stres, eustres, distress, 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 atrag sau depășesc limitele resurselor adaptative, când integrarea organismului este amenințată, persoana intră în stare de stres.

Stresul reprezintă, după Landy, un dezechilibru intens perceput subiectiv de către individ între cerințele organismului și 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 apare pe fondul adaptării permanente a organismului la mediu atunci când se poate produce un dezechilibru marcant între solicitările mediului și posibilitățile de răspuns reale ale individului. Adaptarea presupune păstrarea integrității organismului, care este în permanență 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):

1. *Fizice:*

- Creșterea frecvenței cardiace, pulsului, având drept consecințe creșterea tensiunii arteriale (risc de cardiopatie ischemică, infarct de miocard);

- Creșterea frecvenței respiratorii;

- Tulburări de somn;

- Tulburări de comportament alimentar;

- Scăderea imunității organismului care determină o predispoziție la contractarea de boli;

- Disfuncții organice de diverse tipuri: boală de colon iritabil, ulcer de stres.

2. *Psihocomportamentale:*

- Stări de anxietate;

- Scăderea capacității de concentrare a atenției;

- Scăderea capacității perceptive;

- Scăderea puterii de decizie;

- Scăderea intereselor;

- Sentimente de culpabilitate;

- Intoleranță și hipersensibilitate la critică;

- Tulburări comportamentale (apatie, agresivitate etc.);

- Tulburări psihice (depresie etc.).

Factorii stresanți nu produc direct nici o 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 cardio - vasculare.

Cauzele stresului sunt (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 pot constitui o sursă de stres.

2. *Sarcina de muncă:*

- suprasolicitarea: de natură cantitativă sau calitativă (considerarea unei munci ca fiind prea grea) se asociază cu comportamente disfuncționale;

- caracterul muncii: munca devine stresantă acolo unde activitatea este repetitivă, puțin stimulativă, rutinieră; plictiseala și dezinteresul diminuează capacitatea de reacție a persoanelor;

- pericolul fizic: sursă de stres în profesiile de mare risc (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:*

- adecvarea persoanei la locul de muncă: inadecvarea determină în timp apariția stărilor de nemulțumire, frustrare, anxietate, depresie;

- ambiguitatea rolului: se referă la lipsa de claritate în ceea ce privește rolul individului la locul de muncă, perceperea ambiguă a sarcinilor profesionale, a obiectivelor și responsabilităților;

- teama de a nu obține avansări în carieră, teama de sancțiuni;

- 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 locului de muncă legată de schimbările sociale și de progresul științific cu apariția unor noi profesii și dispariția altora;

- apropierea de vârsta pensionării.

Sursele potențiale ale stresului constituie categorii mari de variabile, 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* luate în considerație: *caracteristicile organizaționale, stresorii psihici, reacțiile la stres și boală* (Bogáthy, 2002).

Caracteristicile organizaționale (dimensiunea organizației, structura ierarhică și cerințele postului) favorizează acțiunea unor stresori ca, 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 percepută a sarcinilor sau efectiv numărul mare de acțiuni pe care angajatul trebuie să le întreprindă.

Stresorii psihici generează reacțiile la stres, care includ răspunsurile afective, psihologice sau comportamentale ale individului (însatisfacție în muncă, lipsă de motivație, absenteism, stări de frustrare etc.).

Dacă aceste reacții nu sunt eliminate sau diminuate, **acțiunea stresorilor psihici duce la boală fizică sau psihică**: ulcer gastric, boli cardiace, tensiune arterială, depresie etc. Acțiunea celor patru variabile este moderată 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) delimitează următoarele situații:

- **Psihotrauma** – eveniment secvențial care influențează intens persoana.

- **Schimbări 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, pulsuni, 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 are nici o perspectivă de a ieși.

- **Conflictul intrapsihic** – egodistonia condiționată în special de sentimente de vinovăție (poate fi conștient sau preconștient).

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

- **Obişnuințele patologice** – mai frecvente în copilărie, dar 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 sunt vehiculați pe căi nervoase la cortex. Aceștia se diferențiază total de celelalte categorii de agenți stresanți datorită semnificației lor, pentru individ ei având caracter potențial de a produce stres psihic. Acest caracter potențial este validat de semnificația cu care îl investește individul. Unul și același agent – stresor 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 (caractere 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.

Situații 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 percepe 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: unii 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 peste medie.

Parametrii de acțiune ai unui agent stresor sunt: *intensitate, durată, repetabilitate și noutate*. Asupra individului acționează grupuri de factori stresanți.

Clasificarea agenților – stresori:

- în funcție de numărul lor: *unici și multipli*.
- în funcție de asociere: *conglomerați și configurați*.
- în funcție de dominanța 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 arată că oamenii care iubesc puterea sunt supuși “*stresului puterii*”. Ei sunt excesiv de increzatori în sine și tind să domine situația reală, însă nu sunt capabili să-i facă față. Domeniul lor de influență este semnificativ mai mic decât domeniul intereselor și 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 ca atare 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 incorect, agitându-ne de la gândul: *ce s-ar putea întâmpla dacă...?* Adeseori funcționează lanțul causal următor: *dezechilbru emoțional – stres – boală*.

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: „*Stare 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 fiziologice, 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 “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 lupta;
- 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 psiho – traumatizante. În stresul psihic, principalii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional – ideativ, recepționați de

subiect ca indicatori ai unor situații amenințătoare „actuale” sau „în perspectivă” pentru indivizii 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 atribute precum „noutatea” 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 exercitate asupra sa pentru a activa în moduri incompatibile cu abilitatea sa reală sau percepută, 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, următoarele două cuvinte desemnează două tipuri fundamentale de stres, reliefate de H. Selye în 1973.

- **Distresul** este termenul, ce 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”, însoțită de multe reacții fiziologice. Diferența față de distres este însă fundamentală atât din punct 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, în genere, favorabile, deși în cazul unei reacții generate de eustress 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 fiziologice ale eustresului nu au fost studiate sistematic și are doar garanția observației clinice. De altfel, însuși Selye, apreciază că „*eustresul nu durează niciodată în mod cronic*”.

Eustresul însă, nu trebuie confundat cu orice emoție plăcută (ca 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 puternic exprimată și, mai ales, cu durată prelungită. Exemplele cele mai elocvente le constituie: revederea unei persoane dragi, aflarea veștii reușitei la un examen etc. Sentimentul de dragoste împărtășită constituie un eustres cu impact determinant atât asupra conduitei cât și a creativității (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 **patternurile de adaptare** se

pot diversifica într-o categorie de *stresori preventivi* și o categorie de *stresori combativi*. Categoria *stresori preventivi* include patru tipuri de patternuri:

1. evitarea stresorilor prin adaptarea vieții;
2. adaptarea nivelului cererii;
3. îndepărtarea stresului indus de *patternurile comportamentale*;
4. descoperirea resurselor adaptării.

Categoria *stresorilor combativi* include cinci tipuri de patternuri:

1. manifestarea stresului;
2. stăpânirea resurselor;
3. atacarea stresorilor;
4. tolerarea stresorilor;
5. scăderea iritabilității.

Comportamentele de adaptare pot fi împărțite în *patru dimensiuni independente*:

1. activ-pasiv (discutând direct acțiunea, tratând sau evitând stresorii);
2. cognitiv-emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională, catarsisul);
3. controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor);
4. 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.

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

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

- *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 a personalității. Prin urmare:

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

- *anxietatea* – asociată cu un stil perceptiv vigilent-evitant are un rol favorizant pentru îmbolnăviri ulterioare numai când are valori extreme. Tallis (1990) consideră că „*îngrijorarea acționează ca un sistem de alarmă cu efecte benefice*”, ea constituind „un lucru negativ, numai dacă se instalează fără motiv sau durează prea mult”. În opinia lui I.B. Iamandescu, anxietatea exesivă, 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 dezorganizator al 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* (robustețea) reprezintă o aptitudine a individului de a, se implica în activități diverse cu multă curiozitate, gust pentru risc, pentru schimbare și, dealtfel, „gust pentru viață”.

3. Mecanisme și strategii de coping în stres

Lazarus și Launier au desprins (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 vigilent)** – cuprinde evaluarea în plan mental (a nu se confunda aceste ajustări cu conduitele practice, acționale, de rezolvare a problemei) a unor posibilități avute la îndemână de subiect:

- evocă experiența anterioară;
- contează pe suportul social;
- va solicita informații și va căuta mijloace;
- elaborează 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 referitor la impactul stresului psihic asupra sănătății, deoarece există o diferențiere între cele două tipuri de coping din punct de vedere al corelației neuro-endocrine și imunitare.

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 emoțional* (simpatie, prietenie, dragoste, consolare, înțelegere, toleranță etc.);
- un ajutor practic: *suport material* (financiar, instrumental etc.);

- informații și evaluări referitoare la situația amenințătoare: *suport informațional*.

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 medico-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 atenueze impactul negativ al stresorilor:

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

- experiențe similare anterioare precum și o serie de date ale personalității: locul de control, autoeficacitatea, trăsături patologice 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) eforturi conștiente referitoare la:

- planificarea acțiunii și solicitarea de informații noi;

- tehnici de relaxare ± medicamente ± distracții ± exerciții fizice.

4. Tehnici de relaxare și exerciții 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 redus de oxigen și o rezistență crescută a pielii.

Poți face acest lucru astfel:

- Așază-te confortabil.
- Închide ochii.
- Relaxează-ți mușchii picioarelor, iar apoi ai întregului corp.
- Axează-ți atenția pe respirație.
- Respiră adânc și apoi expiră. Numără-ți respirațiile și spune numărul respirației pe măsură ce expiri (acest lucru îți ține mintea ocupată, apoi încearcă să eviți să fii distras).

Relaxare timp de 10-20 de minute

Îmaginează-ți că stai în picioare sub o cascadă de energie pură, furnicătoare. Respiră adânc și regulat, absorbind din vaporii de apă ioni negativi, 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 energia de a acționa. Transpune-te într-o stare de entuziasm față de activitățile zilei și față de foloasele pe care le vei avea. Încet, având intenția conștientă că vei face așa.

În timp ce apa curge în cascade peste tine, simți cum orice tensiune, îngrijorare și anxietate 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 poziție confortabilă și pornește muzica. Respiră adânc de câteva ori și elimină întreaga tensiune. Lasă muzica să curgă prin tine și peste tine, spălând tot zgomotul 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 corpului. Imaginează-ți diferite celule din corpul tău cum dansează și se mișcă în ritmul hrănitoarelor vibrații ale sunetelor. Lasă muzica să te energizeze și să te relaxeze. Mai respiră de câteva ori, lent, adânc la încheierea muzicii și dă frâu liber întregii tensiuni acumulate.

3. *Echilibrarea emisferelor cerebrale*

Respiră adânc, relaxant și închide ochii. Privește în stânga (continuând să îți 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 așa până când ajungi la *litera 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 din 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 mare repeziciune.

4. ***Tehnica de relaxare în 6 pași***

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

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

2. 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.

3. 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, menține cât numeri până la 5 și apoi relaxează-te.

4. Acum este timpul să-ți încordezi abdomenul. După 5 secunde în care ai menținut poziția de încordare, relaxează-te! Corectează-ți poziția pe scaun. Trebuie să stai drept așa că 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.

5. Încordează-ți partea superioară a spatelui ca și cum ai vrea să-ți unești omoplații.

6. 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 cale excelentă pentru a preveni starea de spirit depresiv. Ideal ar fi de găsit 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 autoevaluarea 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 tehnicilor de relaxare?

Bibliografie

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

TEMA 7. ASPECTELE PSIHOLOGICE ALE BOLII ȘI DURERII

Structura:

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

Obiective operaționale:

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

Cuvinte-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 conceptul 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 de structurare. Boala reprezintă o formă de manifestare a stării de anormalitate. Din punct de vedere psihologic, boala este percepută ca o stare negativă. *Conștiința sănătății* se exprimă prin sentimentul de siguranță, iar *conștiința bolii* – prin cel de

suferință și de slăbiciune, de anxietate referitor la complicațiile posibile sau chiar de amenințarea vieții.

Pentru Cl. Herzlich, boala reprezintă un tablou complex și specific de suferințe, care poate fi cuprins în trei grupe de manifestări:

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 nimeni; impresia eliberării de obligațiuni și cerințe sociale.

c) *Boala profesiune*, caracterizată prin: obținerea de avantaje; adaptarea individului la boală 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 psiho-comportamentale care generează o stare de stres și sau/ dizabiliate sau un risc crescut spre stres și/sau dizabilitate*.

În funcție de perspectiva din care este privită, boala este definită în mai multe moduri ca:

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

Boala presupune:

- trăire subiectivă neplăcută, o suferință umană (illness);
- o serie de tulburări somatice, fizice *specifice* (ex. palpitațiile la bolnavi cardiaci, sputa mucopurulentă în bronșite, etc); *nespecifice* (insomnii, astenie, anxietate, etc);

- consecințe socio-profesionale;
- limitarea capacității de muncă;
- limitarea sau pierderea rolurilor sociale, a drepturilor și obligațiilor sociale;

- schimbări relaționale la persoanele internate.

Cele mai importante **particularități ale bolii** sunt:

1) **Simptomele clinice.** Fiecare boala presupune anumite modalități de manifestare, un anumit tablou clinic, numit și *simptomatologia pacientului*. Simptomele (din gr. *symptoma* - ceea ce se produce, apare) sunt acele 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 alcătuiesc un *sindrom*.

2) **Existența anumitor agenți sau factori etiologici (cauzali).** Două criterii sunt mai importante în clasificarea acestor agenți sau factori etiologici:

1. *natura lor;*
2. *funcția lor.*

După natura lor, ei se clasifică în: (a) *agenți exogeni* și (b) *agenți endogeni*. La rândul lor, agenții exogeni pot să fie fizici (mecanici, termici, electrice, prin energie radiantă etc.), chimici (acizi, baze, săruri), biologici (microbi, viruși, 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 impart în: (a) *factori declanșatori*; (b) *factori determinanți*; (c) *factori favorizanți*; (d) *factori predispozanți/de risc*; (e) *factori de menținere*.

- *Factorii declanșatori* se referă la acei factori care produc în mod direct simptomatologia; ei sunt factorii indisolubili 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 cei declanșatori – produc în mod direct simptomatologia, dar ei 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

clar identificați puțini factori determinanți, mai ales de natură psihosocială.

- *Factorii favorizanți* 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 favorizanți eficientizează acțiunea factorilor declanșatori și determinanți în apariția tabloului clinic.

- *Factorii predispozanți* sunt acei factori care au un caracter general, aparțin pacientului, au fost prezenți înainte de instalarea tabloului clinic și care, prin interacțiune cu factori declanșatori, determinanți și/sau favorizanți, duc la apariția tabloului clinic.

- *Factorii de menținere* au rolul de a susține simptomatologia. Acest rol poate fi jucat de factorii declanșatori, determinanți, favorizanți sau predispozanți care au declanșat tabloul clinic, dar și de alți factori care au apărut după generarea tabloului clinic.

Totți 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 prezenți factori din fiecare categorie menționată (de exemplu, în anumite situații, factorii favorizanți pot să nu fie prezenți, iar în psihopatologie este adesea dificil să se identifice factorii determinanți).

3) **Reacții de răspuns al organismului la acțiunea agenților etiologici.** Aceste reacții pot să fie specifice sau nespecifice, flecare din ele, la rândul lor, putind să fie 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 implicite).

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 (etiopatogenetice) 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 îndepărtarea căreia el caută remedii. Persoana bolnavă trece prin anumite etape ale procesului morbid care presupune prezența stărilor premorbide, etapa bolii propriu-zise și a eventualelor stări post-procesuale.

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

Boala propriu zisă se caracterizează prin: stare de dezechilibru fiziologic 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; defecte 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 în evoluția unei boli*:

- a) Stadiul apariției simptomelor, care reprezintă trecerea de la sănătate la boală;
- b) Asumarea de către persoana suferindă a rolului de bolnav;
- 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 detalii procesul de apariție și derulare a procesului morbid, U. A. Igun remarcă existența a *11 stadii de evoluție a bolii*, după cum urmează:

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. Modele de explicare a bolii

Cele mai recente descoperiri medicale au indus la schimbări în ceea ce privește concepția despre cauzalitate în medicină. De-a lungul istoriei, medicina occidentală s-a confruntat cu două importante poziții ideologice legate de acest aspect. Prima dintre aceste poziții considera boala drept un agent agresor extern care, abătându-se asupra individului sănătos, îi produce îmbolnăvirea. Cea de-a doua concepție privea 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, de exemplu, 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 noi modele explicative.

Astfel, s-a trecut de la concepția care presupunea o cauzalitate liniară, simplă la o concepție în care sunt implicați numeroși factori – deci 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 totalitatea sa în apariția, desfășurarea și vindcarea 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 medicinei psihosomatice, s-a arătat 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. XIX și înc. sec. XX a fost dominată de un determinism strict biologic.

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

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

- Este un model causal 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 modelului biopsihosocial.* Orice medic trebuie nu doar să aibă cunoștințe practice despre starea medicală a pacientului, dar și să fie familiarizat asupra psihologiei individuale a pacientului.

Modelul biopsihosocial este derivat din teoria generală a sistemelor:

- **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 personalității privind trăirea bolii și reacția la boală.

- **social** – pune accentul pe influențele culturale de mediu și familiale asupra exprimării bolii și trăirii ei.

Engel G. considera că fiecare sistem poate afecta și poate fi afectat de oricare dintre celelalte. Noua morbiditate a sec XX-XXI solicită o paradigmă complexă de explicare, abordare și tratare a bolilor, direcționată mai ales 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 aceasta – 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 influențe psihologice inconștiente, de instincte și dorințe care sunt apte de a determina atât comportamentul normal cât și cel patologic.

Modelul psihosomatic simplificat apare după formula: *stres – emoție – reacție vegetativă cu modificări funcționale – leziune organică*. Stresul va determina reacția psihică, care prin intermediul sistemului nervos vegetativ va acționa asupra fiziologiei diferitelor organe și, care, datorită duratei, intensității și frecvenței, poate duce la fenomenul de *organicizare*.

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 de evoluție, reprezentând rezultatul eșecului, atât al apărărilor psihologice cât și fiziologice ale organismului.

Un alt element al modelului psihanalitic este importanța vieții timpurii (prima copilărie) asupra viitoarelor comportamente psihologice (a căror patternuri se structurează în această perioadă a vieții). Deși numeroase concepte freudiene sunt în parte depășite, modelul freudian rămâne în perspectivă istorică primul model sistematic de nuanță psihobiologică în care explicația bolii are la bază factori *psihologici, biologici și 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 valoarea 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 paradigme (teorii, abordări) psihologice de sanogeneză și patogeneză:

- 1) abordarea dinamic-psihanalitică;
- 2) abordarea umanist-existențial-experiențială;
- 3) abordarea cognitiv-comportamentală.

1) Abordarea dinamic-psihanalitică vizează preponderent impactul inconștientului asupra tabloului clinic. Asumpțiile fundamentale ale acestei paradigme sunt:

- Psihicul are o structură nivelară formată din *id* (inconștient), *ego* (*eu*, conștient) și *superego* (*supraeu*, normele morale și sociale).

- Conținutul refulat al *idului* (de ex., pulsunile sexuale și agresive), care este guvernat de principiul plăcerii, tinde să se exprime plenar la nivelul *eului* conștient).

- Conștientizarea la nivelul *eului* (care este guvernat de principiul realității) a acestui conținut refulat 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 refulată.

- Orice simptom apare din cauza unui conflict actual, care se reduce, de fapt, la un conflict bazal din prima copilărie.

- 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 premisa 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 congruența, la care se pot adăuga anumite proceduri terapeutice.

Empatia se referă la faptul ca terapeutul înțelege cele comunicate de pacient ca și cum ar fi în locul lui, odată înțeles cele comunicate de pacient, ele trebuie recomunicate acestuia într-o formă empatică. În mod normal, cele comunicate de pacient în cursul terapiei cuprind referiri la situații de viață sau experiențe interne ale subiectului și la reacțiile sale comportamentale și emoționale la 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, văzînd că este acceptat necondiționat, începe să se accepte și el necondiționat, să fie mai tolerant cu el însuși, cu simptomele sale.

La pacient se reduce astfel 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 ca:

- 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 generează 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, fiziologice sau subiectiv-afective.

C. Consecințele procesării cognitive a elementului activator, și anume: răspunsuri comportamentale, biologice și fiziologice.

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 (tulburărilor) psihice: **ICD 10** (Clasificarea Internațională a Bolilor), publicată de Organizația Mondială a Sănătății, și **DSM IV**, publicată de Asociația Americană de Psihiatrie. 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 F -; secțiunea a VI-a (numerotarea secțiunilor se face prin litere). Scopul realizării acestei clasificări internaționale este de a unifica diagnosticele psihiatrice 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, ea menținându-se și în edițiile ulterioare.

Prezentarea multiaxială a diagnosticului constă în:

- *Axa 1* – diagnosticul bolii psihice fără a include tulburările de personalitate sau retardarea mentală.

- *Axa 2* – tulburările de personalitate și retardările mentale.

- *Axa 3* – diagnosticele de boli somatice asociate.

- *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 aspecte:

- probleme legate de grupul de suport primar;
- probleme legate de mediul social;
- probleme educaționale;
- probleme profesionale (ocupaționale);
- probleme legate de condițiile de trai;
- probleme economice;
- probleme determinate de accesul la serviciile de sănătate;
- probleme legate de încălcări ale legii;
- alte probleme psihosociale și de mediu.

- *Axa 5* – scorul GAF (*Global Assessment of Functioning*) reprezintă o cuantificare a modului în care simptomele tulburării psihice afectează nivelul global de funcționare al pacientului. Scorul GAF se exprima în intervale de 10 puncte, între cele două extreme:

a) GAF = 100 – 91 – lipsa oricăror simptome, funcționare normală.

b) GAF = 10 – 1 – pericol crescut și persistent de a cauza lezării sie sau altora, incapacitate persistentă de menținere a unei igiene personale minime.

4. Durerea și perceperea durerii

Durerea este un fenomen psihofiziologic complex, care se conturează în cursul dezvoltării ontogenetice, la început sub forma durerii elementare, fizice, apoi sub forma complexă afectiv-emoțională a durerii 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, înnăscute, de apărare împotriva stimulilor nocivi tactili, termici, chimici, experiența elementară individuală se imbogațește 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 în apariția senzației dureroase.

În funcție de personalitate și comportament, durerea va prelua o coloratură psihoemoțională 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, receptorii implicații, procese biochimice.
- *comportamentală:* comportamentele ce exprimă durerea și o însoțesc.
- *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, pemițându-i acestuia să ia cele mai adecvate măsuri de protecție și îndepărtare a sistemului algogen. Rezultă așadar, ca durerea joacă 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 capacității de precizare a locului și a extinderii suprafeței de acțiune a excitantului algogen. O anumită localizare topografică a durerii prin puncte dureroase dă indicii asupra suferinței de organ și se realizează cu ajutorul durerii proiectate, raportate.

Semnificația patogenetică. Sensibilitatea dureroasă generează un șir de manifestări individuale ce 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, mergând până la epuizare și generând tulburări umorale și leziuni tisulare.

Prin caracterul neadecvat sau exagerat, durerea se poate transforma în suferință, adică “*boala în boală*”, ceea ce complică cu mult situația pacientului.

Substratul morfofuncțional al durerii. În drumul său de la excitație nociceptivă la senzație și percepție, sensibilitatea dureroasă parcurge trei trepte care sunt parcurse în următoarea ordine:

- 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 este cuprinsă într-un grup de anomalii congenitale, caracterizate prin absența sau scăderea marcată a fibrelor amielinice din sistemul nervos periferic. 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 sursă care poate fi identificată. Durerea acută este mecanismul prin care organismul atenționează asupra afectării țesuturilor sau a unei 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 pentru prevenirea afecțiunii. Medicația trebuie administrată de un personal calificat.

Durerea fiziologică poate fi grupată în funcție de sursă și de nociceptori (neuroni care detectează durerea):

- *durerea cutanată*, 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 ulceratii.

- *durerea somatică* își are originea în ligamente, tendoane, oase, vase sangvine. 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 întâlnește de obicei în caz de luxații sau fracturi osoase.

- *durerea viscerală* este durerea datorată organelor interne. Nociceptorii viscerali sunt localizați în interiorul organelor interne sau al cavităților. Lipsa mai pronunțată a 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 radierea durerii, adică localizarea în altă parte față de sursă. *Ischemia cardiacă*

este un astfel de exemplu de durere viscerală. Senzația de durere este de obicei 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 excită neuronii măduvei spinării care primesc semnale și de la țesuturile cutanate. Creierul asociază aceste excitații ale neuronilor respectivi ca datorându-se semnalelor 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 anamnestic ce le-a determinat adresarea la medic și/sau spitalizarea. Durerea este o senzație neplăcută, raportată la un segment corporal, cu o reacție somatică și psihică specifică și 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 anumite 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, ci ea 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 stimul și, deci, teoretic, este proporțională în mărime cu intensitatea stimulului care o produce. Pot exista, însă, 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, însă, 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 la sportivi în acțiune s-a observat o percepere limitată a durerii, chiar a unei fracturi;

- factori psihici, sociali și culturali influențează atât percepția, cât și raportarea durerii. Unele 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.

Pentru **combaterea durerii** fiziologice se poate interveni 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-mimetice.

Combaterea durerii este realizată prin mecanisme diferite de a reduce capacitatea senzorială nervoasă, 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 diferențiate în *droguri* și *anestezice locale*. Această diferențiere, însă, nu se poate face clar la unele dintre ele.

Întrebări și exerciții pentru autoevaluarea și consolidarea cunoștințelor:

1. Definiți conceptele de *anormalitate*, *boală*.
2. Numiți particularitățile și componentele bolii.
3. Numiți și explicați paradigmele 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 perceperea 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 Daniel *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: „Polirom”, 2006.
2. Tudose Florin *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației „România de Măine”, 2003.
3. Tudose Florin *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București: „Infomedica”, 2003.
4. Tudose Florin *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București: „Infomedica”, 2000.
5. Pirozynski Tadeusz; Scripcaru Gheorghe *Psihopatologie relațională*. Iași: „Junimea”, 1996.
6. Enăchescu Constantin *Tratat de igienă mintală*. București: Editura didactică și pedagogică, 1998.
7. Oprea N., Revenco M. s.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.

TEMA 8. TULBURĂRILE PSIHO-SOMATICE ȘI CELE SOMATOPSIHICE

Structura:

1. Domeniul medicinei psihosomatice.
2. Conceptul de tulburare psihosomatică (somatoformă).
3. Rolul factorilor psihici în etiologia bolilor psihosomatice.
4. Acuzele bolnavului psihosomatic.
5. Clasificarea tulburărilor psihosomatice.
6. Metode de tratament al tulburărilor psihosomatice.
7. Tulburarea somatopsihică. Particularitățile psihologice ale pacientului somatic.

Obiective 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.

Cuvinte-cheie: medicină comportamentală; tulburare psihosomatică (somatoformă); tulburare somatopsihică; factori sanogenetici; factori morbigenetici.

1. Domeniul medicinei psihosomatice

Domeniul psihosomaticii se referă în același timp la corp și la spirit în legătură cu tulburările viscerale organice sau funcționale provocate de factori de natură psihoafectivă. Conceptul datează din prima jumătate a secolului al XX-lea, având scopul de a reduce separația 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 înțelegerii 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 moralului asupra fizicului și a enunțat unitatea corpului uman în care sufletul este parte integrantă. Hipocrate considera că pentru a vindeca corpul uman este necesar să avem o cunoaștere a întregului. În civilizația greacă târzie și la începutul celei romane, prin teoria sa, numită *hormonală*, Galen a postulat ideea că, boala este determinată de perturbări ale fluidelor corpului. Acești doi medici ai Antichității (Hipocrate și Galen) sunt considerați primii teoreticieni ai psihosomaticii (Kaplan, 1980).

Conceptia psihosomatică modernă a fost dezvoltată de specialiști ca Heyer, Kretschmer, Jaspers, Alexander care pun bazele teoretice și experimentale ale acestei teorii, în prima jumătate a secolului al XX-lea, „*promovând modul de abordare unitară a persoanei, căutând să readucă 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 **medicină**

comportamentală, un domeniu interdisciplinar care atrage specialiști din psihologie, sociologie și medicină. Aceasta caută să afle cum se combină variabilele sociale, psihologice și biologice, pentru a determina boala și cum poate fi modificat comportamentul și mediul ambiental, pentru a menține sănătatea.

Principalele obiective ale medicinei 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 (familiar, profesional);
- pregătirea medicilor privind specificul diagnosticării și tratamentul 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 factori cum sunt: *natura bolii; intensitatea (gravitatea) bolii; momentul evolutiv (perioada copilăriei, adultă, profesională); personalitatea premorbidă; experiența patologică a bolnavului.*

Factorii existenți în mediul extern influențează starea de echilibru psihobiologic a organismului, favorizând fie o stare de echilibru sau de normalitate, fie provocând o stare de dezechilibru, de anormalitate 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 anormalitate 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 psihosomatice 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 manifestărilor acestor fel de tulburări, prezentăm câteva abordări teoretice ale tulburărilor psihosomatice:

Pentru a considera o boală ca fiind psihosomatică trebuie ca printre cauzele producerii ei să existe 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 poată fi găsită vreo anomalie organică sau evocat vreun mecanism fiziopatologic și pentru care există o prezumție puternică a unei origini psihologice.

Termenul de *tulburare psihosomatică* folosit în manualele de diagnostic este relativ nou. Preocupări și referiri privind descrierea și stabilirea criteriilor de diagnostic a acestei tulburări apar 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 generalizată (organică).

Principalele caracteristici ale tulburărilor psihosomatice sunt:

- prezența de simptome somatice multiple, adesea produse în diferite organe sau sisteme organice, care nu sunt explicate complet de investigațiile medicale, sau de efecte directe ale unei substanțe ori de o tulburare mintală;
- simptomele determină o deteriorare semnificativă în domeniile social, profesional, familial ale 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 sunt întâlnite în mod relativ frecvent în populație sau în unitățile medicale generale;
- diagnosticarea acestor tulburări este dificilă (criteriile pentru determinarea și diferențierea tulburărilor psihosomatice); prin urmare medicilor le este dificil să le aplice în practică (M. Manea, T. Manea).

Tulburările psihosomatice nu trebuie însă catalogate la fel ca bolile somatice sau bolile psihice. Persoanele afectate de tulburări psihosomatice, deși sunt personalități nevrotice, dau impresia generală, cel puțin exterior, de indivizi normali.

Tulburarea psihosomatică, în sens larg, este o afecțiune somatică determinată de factori 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 nerealizate;
- decepțiunile;
- nemulțumirile;
- contrarietățile;
- situațiile conflictuale;

- sentimentele de culpabilitate;
- complexe de inferioritate și de superioritate;
- dificultățile profesionale;
- conflictele refulate;
- frustrările.

Manualul *DSM-IV* (1994) subliniază că **trăsătura comună a tulburărilor psihosomatice** este prezența simptomelor fizice, care sugerează o afecțiune aparținând medicinei 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.

DSM-IV înscrie în grupul tulburărilor psihosomatice următoarele categorii:

- **tulburarea de somatizare** este o tulburare polisimptomatică care evoluează mai mulți ani și se caracterizează printr-o combinație de durere 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 sau 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 dismorfofobică** 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 din cinci pacienți prezintă simptome fizice însoțite de tulburări emoționale minore (Mayou, 1976, 1991).

Proporția bolilor în populația generală diferă de la îngrijirea primară la cea secundară și terțiară. Sunt diferențe ale ratei somatizării în diferite populații, determinate de factori cum sunt schimbările sociale, influențele socioculturale etc. (M. Manea, T. Manea).

3. Rolul factorilor psihici în etiologia bolilor psihosomatice

Literatura de specialitate evidențiază o multitudine de factori care pot duce la procesul de somatizare: *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, vârsta, 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 femei.

S-a constatat că existența unui părinte biologic sau adoptiv cu tulburare de somatizare crește riscul de apariție la urmași. La fel, s-a constatat că, pacienții cu tulburări de somatizare nu au posibilitatea să se exprime cu ușurință 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 îi caracterizează.

În accepțiunea 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, 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 altei disfuncții somatice.

Alte persoane, însă, aflate în situații stresante nu reprimă ci încorporează stresul, ceea ce determină o suprastimulare a sistemului simpatic, cu stare de tensiune psihică persistentă, care se exprimă clinic prin apariția artritei reumatoide, a migrenei sau a hipertensiunii arteriale. Toate aceste variante relaționale 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 „situație de debut” specifică, ilustrată prin evenimentele de viață precipitante, susceptibile să reactiveze conflictul nuclear.

Astfel, în apariția unei boli psihosomatice ar fi implicați trei factori, și anume: *conflictul specific, situația de debut specifică (factorii precipitanți) și factorul „X” (constituțional)*. Sub aspect operațional, în accepțiunea 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, scăderea apetitului, durerile musculare sunt simptome înregistrate în mod frecvent. Într-un studiu au fost cuprinși și copii, (care nu sunt pacienți ai psihiatriei), proporțiile celor cu acuze somatice 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 somatice să fie afectați psihic, situație în care li se recomandă tratamente ca psihoterapia sau psihofarmacoterapia (G. M. Rodin, 1984).

În somatizare poate fi vorba de simptome pseudoneurologice (slăbiciune musculară sau paralizie, afonie, diplopie etc.), simptome gastrointestinale (dureri abdominale, grețuri, vărsături), 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 ori 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 psihic*. Se manifestă ca disconfort somatic, inexplicabil printr-o tulburare sau leziune fizică și 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 combinație de dureri, simptome gastrointestinale, cardiorespiratorii, pseudoneurologice etc.

Principalele mecanisme implicate în producerea tulburărilor psihosomatice sunt: *mecanismele condiționării, 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”); acestuia i se oferă atenție, îngrijire și uneori chiar recompense materiale („câștig secundar”).

Bolnavii psihosomatici se manifestă în primul rând prin numeroase vizite la mulți medici până ce diagnosticul este descoperit. Motivul cel mai important este durerea „*din creștet până în tălpi*”, în special la nivelul cefei, umerilor, omoplaților, zonei lombare, șoldurilor, dar și al genunchilor, gleznelor, tălpilor, feței și mâinilor. În general 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 efort. Totodată, examenul medical muscular, articular sau radiologic este întotdeauna normal sau cu o simptomatologie nesemnificativă. În cazul pacienților mai sever afectați, durerea poate fi invalidantă, perturbând activitățile profesionale și casnice.

O altă neplăcere întâlnită în mod obișnuit este oboseala cronică, foarte mulți pacienți acuzând un somn neodihnitor, oboseală matinală, dificultăți de adormire, treziri frecvente. De multe ori spun că sunt mai oboșiți dimineața decât seara, înainte de culcare. La aproximativ jumătate dintre pacienți apar senzații de amorțeli 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 durere pelviană și dismenoree.

La pacienții cu tulburare de somatizare frecvent coexistă depresia (peste 60% de cazuri), tulburări anxioase, ca 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 insuficienta pregătire a medicilor în abordarea psihologică a pacientului psihosomatic, psihoterapia este adesea trecută cu vederea *ca formă de tratament în medicina generală* (C.M. Rodin, 1984).

Uneori medicul nu este suficient de pregătit pentru a-i prezenta 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 psihosomatice este determinat de factori care țin de pacient, de medic și de relația medic – pacient.

Particularitățile relației medic-pacient psihosomatic presupun:

- rezistența, împotrivirea, opoziția pacienților să verbalizeze distresul lor psihologic medicilor sau să-1 comunice prin acuze fizice;
- pacientul ignoră responsabilitatea pentru boala sa, evidențiază simptomele organului bolnav, prezentându-se medicului pentru diagnostic și vindecare. Pacientul, însă, 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 stresului;
- noncompliance pacientului față de tratament.

Dificultatea stabilirii unei relații eficiente între medic și pacient este determinată și de o percepție 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 psihosomatice, relația medic-pacient prezintă două aspecte, în funcție de faza acută sau cronică a afecțiunii.

In 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 boală.

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 doctor - pacient este tendința medicului de a adopta decizia unui diagnostic somatic. Termenul *cristalizare* poate fi folosit pentru a califica o interacțiune specifică între doctor și pacient. În această relație, doctorul 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 evaluării psihologice și sociale. Acestea pot explica faptul, de ce mulți pacienți sunt respinși de la spitalizare în lipsa diagnosticului și tratamentului propriu zis.

Consultul psihiatric al pacienților din clinicele de boli somatice este un procedeu vechi care a precedat apariția medicinei psihosomatice. Inițial, psihiatrul nu era implicat în asistența pacienților somatici pentru care era consultat, el oferind recomandările terapeutice medicului-specialist ce avea în sarcină asistența pacientului. Ulterior, psihiatrii și psihologii clinici au început să devină membri activi în organizarea asistenței pacienților somatici.

5. Clasificarea tulburărilor psihosomatice

De obicei, pacienții cu somatizare au multe simptome în multe sisteme organice, ce au o perioadă de incubare de durată diferită.

Sindroamele prezentate pot fi recunoscute la pacienții numiți, dar sunt tipic imposibil de evidențiat obiectiv (prin examen medical) la pacienții cu somatizare (H. I. Kaplan, B. J. Sandock, 1998). Prezentăm mai jos 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; boli neurologice (tumori creier, boli degenerative ale creierului – Parkinson).

Sistemul muscular-scheletic: artrite reumatoide; dureri ale spatelui; fibromialgia; dureri de cap; migrene (vascular); tensiuni (contractii musculare).

Sistemul endocrin: hipotiroidism; diabet zaharat; tulburări endocrine la femei (tulburare disforică premenstruală, distres menopauză); infertilitatea.

Tulburări imunologice: boli infecțioase; tulburări alergice; transplantatia de organ; tulburări autoimune; tulburări mintale;

Cancer: tipuri diverse.

Afecțiuni 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, amânarea însănătoșirii.

Factorii psihologici nefavorabili afectează condiția medicală generală prin una din 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 ex., simptomele depresive întârzie însănătoșirea unei intervenții chirurgicale; anxietatea exacerbează astmul;

- trăsăturile de personalitate afectează condiția medicală: de ex., 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 exercițiu fizic, insatisfacție sexuală, mâncatul excesiv;

- răspunsul fiziologic în relație cu stresul afectează condiția medicală: de exemplu, stresul exacerbează ulcerul, hipertensiunea, aritmia, durerea de cap tensionată;

Alți factori nespecificați la fel, afectează condiția medicală: factorii interpersonalii, culturali, religioși.

ICD-10 include o categorie similară pentru condițiile psihosomatice: factorii psihologici și comportamentali asociați cu boli.

Diagnosticul tulburărilor psihosomatice. Tulburările psihosomatice pun 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 predispozanți 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, psihosomatice, conversive, somatizate, tulburare somatoformă, isterie. Frecvent aceste etichete sunt acompaniate cu absența de legături 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).

Etapile procesului de investigație sunt:

- evaluarea pentru condiții medicale organice;
- evaluarea pentru condiții psihiatrice asociate cu acuze somatice (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 va îndeplini în general următoarele proceduri:

- realizarea unei investigații medicale complete a simptomelor;
- anamneza pacientului (conflictele, aspecte sociale, personalitatea, informații despre stresorii posibili);
- examenul fizic și analiza rezultatelor de laborator. Strategia include evidențierea informației despre stresori în viața pacienților și cunoașterea intereselor, valorilor și nevoilor pacientului.

Prezența somatizării nu exclude existența unei condiții medicale organice. Pacienții aflați în condiții medicale cronice de epuizare, debilitate, adesea, au trăsături similare acelor 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, necritici și să fixeze limite privind solicitările, cererile pacienților. Inițial, va fi necesară programarea, vizite planificate săptămânal cu pacienții-problemă. Acestea vor fi scurte (în jur de 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 psihosomatice

Una dintre metodele de tratament al tulburărilor psihosomatice – **psihoterapia** – 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, varianta suportivă, constituie abordarea secundară. În situațiile în care afecțiunea somatică evoluează spre cronicizare, terapia medicală își reduce importanța, iar psihoterapia își poate asuma rolul primordial în cadrul 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 *psihoeucația, tehnicile de relaxare, managementul stresului și terapia suportivă*, mai ales *cognitiv-comportamentală și psihoterapia psihodinamică*. S-a constatat ca psihoterapia este eficace în astmul bronic, 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 tehnicile de biofeedback, în care diferitele variabile biologice, ca tensiunea arterială sau tensiunea musculară, sunt înregistrate, afișate și arătate pacientului, ca metodă de control a tensiunii arteriale și a altor afecțiuni. Relaxarea a fost descrisă pentru prima oară ca meditație transcedentală budista.

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, recomandându-i-se să practice zilnic acest exercițiu. Relaxarea de eliberare, precum relaxarea profundă, are 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 asociate cu relaxarea în mintea 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 declanșează 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 mentală 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, ca, 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*. Derivată din terapia cognitiv-comportamentală este *tehnica biofeedbackului*, care combină relaxarea, vizualizarea și tehnicile 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 măsură ce pacientul vede informația de pe monitor, începe să-și dea seama de modul în care gândurile, frica și imaginile mentale îi influențează reacțiile fizice. Monitorizând relația dintre minte și corp, poate fi folosită deliberat imageria mentală pentru a manipula frecvența cardiacă, temperatura corporală, undele EEG, alte funcții ale corpului, pentru a reduce stresul.

Terapia prin sunet, include terapia prin muzică, sunetele din natură, este de asemenea utilă în terapia afecțiunilor psihosomatice. 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, medici ORL din Franța promovau terapia prin sunet auzit în

căști, fiind astăzi pe larg folosită pentru a trata diverse afecțiuni - de la dificultăți academice până la anxietate, atât la adult cât și la copil. Se susține ca terapia prin sunet este benefică în tratamentul stresului, anxietății, hipertensiunii arteriale, depresiei și 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, medicul și acțiunile sale 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 nici o situație. Orice boală este, ca suferință, o „situație-limită” în sensul descris de K. Jaspers. Dar, concomitent, 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 perceput în planul conștiinței ca un accident pe care orice bolnav îl asociază pericolului vital. Reacția unui individ în boală 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.

Întrucât această coparticipare psihică la suferința somatică poate avea diferite forme de implicare ale stării de sănătate mintală, este de domeniul igienei mintale preocuparea față de aspectele legate de psihologia bolnavului, în scopul prevenirii unor decompensări psihice de ordin reactiv, nevrotic, anxios, depresiv etc. 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*”. Nu trebuie neglijată latura psihologică în nici o situație de boală, indiferent de natura gravității sale.

Atitudinea bolnavului somatic față de suferința 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. Acesta 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 câmpul conștiinței sale, preia un aspect din ce în ce mai exagerat.

Imaginea bolii este însoțită 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 chiar situații în care intervenția unui psihiatru este absolut necesară pentru tratarea acestor stări subiective secundare, de tip reactiv, în special la bolnavii cu suferințe somatice 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 somatice, indiferent de natura acestora, se impun măsuri de psihoigienă insistându-se însă în cazurile cu afecțiuni medicale sau chirurgicale grave, cu pronostic sever.

Măsurile de psihoigienă vizează păstrarea echilibrului emoțional-afectiv al bolnavilor, crearea unei ambianțe 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 mentală 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 urmează să adopte o atitudine tonică, de încurajare a acestuia. Rolul esențial revine însă, medicului-curant, personalului de îngrijire medicală și ambianței spitalicești. Toate trebuie să întrunească condițiile unui confort psihologic-moral adecvat 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. Este o etapă importantă în acțiunea de igienă mentală. Măsurile de igienă mentală 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 sanitară referitor la sănătatea mentală 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 mintale optime au un

caracter psiho - pedagogic 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 medicinei psihosomatice.
2. Numiți obiectivele medicinei psihosomatice.
3. Definiți conceptul de tulburare psihosomatică (somatoformă).
4. Numiți principalele caracteristici ale tulburărilor psihosomatice.
5. Care sunt particularitățile bolnavului psihosomatic?
6. Numiți teoriile etiologice ale tulburărilor psihosomatice.
7. Care sunt particularitățile relației medic – pacient psihosomatic?
8. Care sunt metodele de tratament ale tulburărilor psihosomatice?
9. Definiți tulburarea somatopsihică.
10. Enumerați problemele psihologice ale bolnavului somatic.
11. Descrieți măsurile de psihoigienă a bolnavilor somatici.

Bibliografie

1. David Daniel *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: „Polirom”, 2006.
2. David Daniel *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași: „Polirom”, 2006.
3. Enăchescu Constantin *Tratat de igienă mintală*. București: Editura didactică și pedagogică, 1998.
4. Iamandescu Ioan *Psihologie medicală. Vol. I*. București: „Infomedica”, 2005.
5. Tudose Florin *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației „România de Mâine”, 2003.
6. Tudose Florin *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București: „Infomedica”, 2003.
7. Pirozynski Tadeusz; Scripcaru Gheorghe *Psihopatologie relațională*. Iași: „Junimea”, 1996.
8. Oprea N., Revenco M. s.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.

Tema 9. **RELAȚIA MEDIC – PACIENT**

Structura:

1. Relațiile interpersonale. Aspecte 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 infaust (nefavorabil).

Obiective 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.

Cuvinte-cheie: relații interpersonale; relația medic – pacient; comunicare; comunicare deficientă; tehnici adecvate/inadecvate de comunicare.

1. Relațiile interpersonale. Aspecte generale

Omul, prin esența sa, este o ființă socială, este produsul factorilor sociali. Relațiile sociale sunt multiple și acționează în diferite 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, dragostea, stima, statusul, sentimentul de securitate, prestigiul – sunt principalele necesități individuale, ce pot fi satisfăcute în relațiile dintre oameni (persoane). Dinamica acestor necesități reglează 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 relațiilor 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) definatorii ale relațiilor interpersonale sunt: *legăturile psihologice (subiective), conștiente 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-l 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 (atitudini de receptivitate) și aporturi (atitudini 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 însăși 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 asistența, de conștiința profesională și de prestigiul medicului.

Întâlnirea dintre medic și pacient este o *relație interpersonală duală*, având drept protagoniști pacientul, care solicită ajutor calificat,

și medicul, care este în măsură să ofere acest ajutor. Foarte rar contactul medic-pacient este căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman; de cele mai dese ori 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 un set 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 experiența suferinței 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 normelor 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 explicații 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 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 cel mai adesea derivă din personalitățile, expectațiile și nevoile ambilor parteneri ai acestei relații și pot fi descrise astfel:

- 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 nici o 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 modelul cel mai frecvent 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 ca 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 foarte complex și cel 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 ștergere a granițelor dintre profesionalism și intimitate, mai degrabă decât un sfârșit adecvat.

Există un număr de modele potențiale. Deseori nici medicul, nici pacientul nu sunt pe deplin conștienți că în realitate se alege unul pe altul. Modelele cel mai adesea derivă din personalitățile, expectațiile și nevoile ambilor. În cazul în care, așteptările și nevoile sunt trecute sub tăcere 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”, aparținând terapeutului.

Autoreflexia terapeutului privind fenomenologia și înțelesurile 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 empatic 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:

- de cele mai dese ori, pacientul deține puține cunoștințe necesare pentru a descrie acuzele în termeni preciși, concreți și clari;
- în funcție de cultură, diferă foarte mult și înțelesul cuvintelor;
- medicul ar fi bine să depășească punctul de vedere al „expertului” și să încerce să privească situația și din punctul de vedere al pacientului;
- medicul, trebuie să evite situațiile în 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 elementul esențial.

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 de forță majoră 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 nevoia unui ajutor din partea medicului, care este desemnat prin statutul său social 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 decurge 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 medicale (medici, asistente, infirmiere etc.) asupra fizicului și psihicului omului aflat în stare de boală.

Relațiile terapeutice exprimă niște atitudini transferențiale. Atitudinea pacientului față de medic este susceptibilă să fie o repetiție a atitudinii pe care el sau ea au avut-o față de alte autorități. Această

atitudine poate varia de la o atitudine bazală realistă, în care medicul se așteaptă 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 disprețuitor și potențial 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 ce pot interveni între medic și pacient sunt rezultatul rezistenței unor bolnavi față de autoritatea medicului sau ale ambivalenței 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 în fața medicului, legate de misiunea pe care acesta ar avea-o de a vindeca bolnavul de a-l repara, de a-i recupera sănătatea. Apar atitudini, ce se concretizează prin pretențiile pacienților de a fi suprainspectați – uneori cu investigații costisitoare și repetate. Pe lângă acestea, se mai adaugă 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 corpului bolnav, dar și că această relație este dominată de afectivitatea pacientului, precum și de cea a doctorului. Medicul, pe lângă faptul că deține cunoștințe „tehnologice” care îi permit să repare 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 rezonanță 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 așteptări, 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 importante personalități, autorități. 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 sau psihiatrie. În orice tip de intervenție medicală se stabilește o relație transferențială semnificativă.

De cele mai dese ori, transferul este pozitiv, adică persoana medicului corespunde cu așteptările pacientului. În rezultat, sentimentele de simpatie și încredere sunt atribuite atât medicului, cât și actului medical în general. Pacienții, frecvent văd în medic - un magician, un salvator; idealizare condiționată de un transfer intens ce poate, foarte ușor, să se transforme într-o formă opusă – generând deziluzii și nemulțumiri. 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, atunci, relația medic – pacient dobândește o conotație antiterapeutică.

În dependență 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. Așa cum pacientul aduce atitudini transferențiale în relația medic – pacient, doctorii înșiși dezvoltă adesea reacții contratransferențiale față de pacienții lor. De cele mai dese ori, 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 semnaleză o respingere, îndepărtare sau chiar agresivitate inconștientă. Contratransferul poate lua forma sentimentelor negative, care deseori 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 propuneri din partea bolnavului, pe care Balint le-a sistematizat sub forma unor „oferte ale bolnavului”:

1. 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 și având impresia de „cunoscători”, 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.

2. 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 nevoite să apeleze la medic.

3. Bolnavul simte o adevărată plăcere să-și etaleze „suferința” descriind cu lux de amănunte simptome minore, lipsite de gravitate și importanță. Este cazul celor cu personalitate isterică sau ipohondrică, dar uneori, în spatele acestor acuze sau drame existențiale, care influențează bolnavii respectivi să o accepte, complacă, adică să „evadeze în boală”.

Este necesar de specificat faptul că nu toți pacienții care vin la medic au nevoie de a fi 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 are propriile aspirații, dorind ca pacientul să corespundă acestora. Aceste așteptări ale medicului țin de temperamentul său, în primul rând. Dacă medicul este autoritar, el își va dori un pacient docil, dacă este foarte ocupat, își va dori un caz mai simplu etc.

Bolnavul vine la medic cu speranța că va fi înțeles, că suferința lui va fi ușurată, că lucrătorul medical va fi competent, că va găsi suficientă solitudine din partea personalului medical.

Întâlnirea medic – pacient se desfășoară în mai multe etape:

Perioada de acomodare, care începe odată cu prima interacțiune cu pacientul și poate fi diferită. Pacientul își pune speranțele în medic, iar acesta ar fi bine să manifeste înțelegere, compasiune, delicatețe, competență și mult profesionalism. În cadrul perioadei de acomodare are loc observarea reciprocă între cei doi: *medicul și pacientul*. 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, feței, relațiile dintre detaliile feței; cum sunt fruntea, nasul, bărbia, ochii, maxilarele); simptomatologia labilă, comportamentele flexibile, mobile (verbal, motoriu, mnezic, inteligență); varietatea comportamentelor; expresii afective, atitudini.

Convorbirea sau discuția desfășurată între medic și pacient presupune: relație directă (față în față), sinceritatea deplină a celui investigat, încurajarea pacienților pentru manifestarea unui comportament de autoanaliză, evaluare; abilitatea medicului de a motiva pacientul, precum și prezența unor calități deosebite ale medicului, ca: sociabilitate, empatie, flexibilitate, creativitate etc. Pacientul necesită a fi încurajat să vorbească, să se exprime liber – medicul fiind persoana ce stimulează și susține monologul acestuia.

Această etapă se desfășoară 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 va observa libertatea

de organizare spontană a modului de expunere și expresiile verbale folosite de pacient;

- *a doua* – este cea în care se vor aborda și alte aspecte, subiecte. Pentru ca discuția să fie eficientă este necesar de a fi respectate câteva condiții: ar fi bine ca, pacientul și medicul să se așeze unul față de altul în unghi de 45° și la o distanță de 1m (distanța critică) – pacientul fiind privit din profil; medicul va avea o mai bună observare a expresivității acestuia.

În bolile cronice, comunicarea dintre medic și pacient capătă o importanță mai mare: medicul, pe lângă tratarea bolii, mai intervine și în ajutorarea bolnavului pentru 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, mai limitată din cauza bolii. În cadrul relației de comunicare medic – pacient, medicul trebuie să poată recunoaște și interpreta corect mesajele verbale și nonverbale exprimate de către pacient. Totodată, se presupune ca medicul să știe să utilizeze cele mai adecvate modalități verbale și non-verbale de comunicare pentru transmiterea de informații pacientului - ținând cont de: gravitatea bolii, urgență, tipologia pacientului etc.

Examenul fizic – constituie, pentru o bună parte dintre pacienți, o stare generală de siguranță; stă la baza diagnosticului sistematic și permite medicului să evidențieze simptomele. În cazul examenului fizic se va evita diagnosticul pripit 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 doctorului față de boală poate fi serios modificată grație 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 "intrusiune", un fel de "vid" al intimității. Medicul, în cazul examenului fizic, trebuie să țină cont de asemenea fenomene și în continuare, apropierea corporală față de bolnav să fie făcută cu mult tact și mare grijă, și mai ales 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, nivelul scăzut de cultură 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 fiind considerată, o dereglare a naturalului, iar organismul va reacționa pozitiv, revenind la normal, la starea de bine.

2. *influența forțelor spiritului* – un neajuns al medicinei moderne este, neglijarea laturii, aspectului psihologic al relației medic – pacient; medicamentul a mai atenuat un pic din această atitudine, preluând rolul psihoterapeutic al medicului.

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 cu privire la 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 simptomatologiei, pacientul tinde să redevină independent. Aceste procese uneori pot avea aspect de ostilitate sau ingratitude.

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 redevine liber 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, să-l facă „după chipul și asemănarea sa” pe pacient. Calitatea actului medical se reflectă în satisfacția pacientului și constă din realizarea unui echilibru între ceea ce el așteaptă de la actul medical și ceea ce primește. Satisfacția este dată de perceperea de către pacient a cerințelor lui și măsura în care ele au fost îndeplinite.

4. Aspectele comunicării medicului cu pacientul

Relația medic – pacient constituie una dintre aspectele fundamentale cu care se ocupă psihologia medicală. Hipocrate cerea 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 cuțit. 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, nemediată și neformalizată. Între cei doi subiecți ai transferului de informație are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare dintre cei doi parteneri către obiectivele relativ precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediilor 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 da și primi 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, în afară de cel 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, de fapt, dintotdeauna. Un individ poate fi surprins, de exemplu, de faptul că preia conducerea grupului într-un moment critic.

Zona A. Ascunsă; Intimitate. Zona A reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți.

Acest pătrat se mai numește și *Agenda ascunsă* sau *model de comunicare*, numit **fereastra lui Johari**.

Calitățile terapeutice esențiale reprezintă conexiuni importante între arta și știința medicală: îmbunătățirea abilității de comunicare a intervievatorului 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 ambii participă la stabilirea diagnozei și a tratamentului. În elaborarea anamnezei, dar pe parcursul convorbirii se presupune existența unor grade diferite de intimitate. Există un "cod" al regulilor, care ar fi bine să fie respectate atât de către medic, cât și de pacient.

Reguli pentru medici:

1. Ascultați cu răbdare pacientul.
2. Găsiți explicații întotdeauna foarte clare.
3. Acordați sfaturi de medicină preventivă.
4. Fi-ți onest.
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 convorbirii.
10. Respectați intimitatea pacientului.
11. Exclueți raporturile intime (sexuale) cu bolnavul.
12. Nu folosiți jurăminte și promisiuni în compania pacientului.
13. Abțineți-vă de la manifestarea supărărilor, stresului ori a anxietății în fața acestuia.
14. Nu pretindeți pacienților ajutor material.
15. Stabiliți diagnoze corecte și clare.
16. Prezentați-vă în fața pacientului în lumina cea mai favorabilă.

Deși regulile de conduită a medicului pentru intercomunicare (între medic și pacient) includ aspecte generale privind desfășurarea anamnezei, 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. Întreabă 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 și curățenia corporală, în vederea examinării medicale.
6. Nu consuma în mod inutil timpul medicului.
7. Nu pretinde lucruri nerezonabile din bugetul de timp limitat al medicului.
8. Fii apropiat și "deschis" față de medic.
9. Respectă intimitatea medicului.
10. Expune problemele o singură dată.
11. Privește medicul în ochi în timpul convorbirii.

Aceste reguli general orientative pentru pacient au, de asemenea, scopul de a ajuta în centrarea pe problematica specifică 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 – permițând pacientului să preia inițiativa în discutarea subiectului;
3. Validarea consensuală – căutarea înțelegerii reciproce și a acordului asupra înțelesului cuvintelor;
4. Încurajarea comparațiilor – solicitarea scoaterii în evidență a asemănarilor și a deosebirilor;
5. Încurajarea descrierii percepțiilor – solicitarea ca pacientul să își verbalizeze percepțiile;
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. Linii generale – oferirea de încurajări pentru a continua;
11. Furnizarea de informații – punerea la dispoziție a tuturor datelor de care are nevoie pacientul;
12. Recunoașterea – indicarea conștientizării mesajelor;
13. Observații – verbalizarea percepțiilor;
14. Deschiderea de sine – punerea sa la dispoziția pacientului;
15. Plasarea evenimentelor în secvența cronologică – clarificarea relației cronologice dintre evenimente;
16. Prezentarea realității – luarea în considerație a elementelor realității;
17. Reflectarea - redirectionarea spre pacient a acțiunilor, gândurilor și emoțiilor acestuia;
18. Reformularea – repetarea principalei idei exprimate;
19. Căutarea de informații – clarificarea elementelor fără înțeles sau 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 împărtși 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 implicite – verbalizarea clară a aluziilor sau a elementelor sugerate de bolnav;

25. Verbalizarea dubiilor – exprimarea nesiguranței asupra perspectivei pacientului.

Tehnici inadecvate de comunicare în medicină

1. Sfătuirea – a-i spune pacientului ce să facă;

2. Acordul – menționare a faptului că suntem de acord cu pacientul;

3. Desconsiderarea emoțiilor exprimate – interpretarea eronată a gradului 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 ideilor acestuia;

8. Aprobarea – susținerea oricăror comportamente sau idei ale pacientului;

9. Indicarea existenței unei surse extreme – propriile gânduri, emoții și comportamente sunt atribuite celorlalți sau influențelor externe;

10. Interpretarea – solicitarea ca elementele inconștiente să fie conștientizate; formularea de către client a înțelesului experiențelor sale;

11. Schimbarea subiectului – introducerea unei teme fără legătură cu cele dezbătute anterior;

12. Comentarii stereotipice – clișee fără sens sau comentarii banale;

13. Sondarea – chestionarea cu insistență a pacientului;

14. Reconfortarea – indicarea că nu există motive de anxietate sau alte trăiri de disconfort;

15. Respingerea – refuzul de a lua în considerație ideile sau comportamentele pacientului sau demonstrarea disprețului față de acestea;

16. Solicitarea unei explicații – solicitarea ca pacientului să ofere motive pentru gânduri, emoții, comportamente, evenimente;

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 condiționează comunicarea insuficientă dintre medic și pacient:

- *atitudinea profesională inadecvată;*
- *stilurile inadecvate de chestionare;*
- *incertitudinea diagnosticului și a evoluției bolii;*
- *neîncrederea pacientului;*
- *perspectivele medicului și ale pacientului asupra bolii;*
- *dificultățile de înțelegere și de memorare ale pacientului.*

Atitudinea profesională inadecvată. Se constată diferențe de atitudine între medici, privind volumul de informații oferit pacienților. Există specialiști care au tendința de a accentua statutul lor profesional, distanța 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. Acești medici privesc sarcina lor ca pe una de liniștire, 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 printr-un sondaj eficient prin limitarea sensibilității pacientului, atitudinea sa fiind aceeași pentru toți interlocutorii.

Pacienții urmăresc indicațiile, răspund în mod direct întrebărilor, fără a manifesta tendința 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.

Incertitudinea diagnosticului și a evoluției bolii. În ceea ce privește bolile cronice, etiologia lor nefiind 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. În general, 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 pot manifesta rețineri în a comunica informații referitoare la acestea.

Menținerea incertitudinii este una dintre căile prin care medicii încearcă 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 deficientă 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 acelea 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 în care timpul oferit unui pacient nu a durat mai mult de cinci minute și în care acesta pune o singură întrebare.

Perspectivă medicului și ale pacientului asupra bolii. Pot apărea dificultăți de comunicare între medic și pacient datorate viziunilor diferite asupra stării de boală 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 boală 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 situație (frică), resimte boala ca pe o situație de nesiguranță, insecuritate. În această situație medicul este perceput ca o ființă puternică, uneori cu puteri magice, plin de energie și cu multiple posibilități pentru a-i oferi suferindului 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 de boli 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 anunțul său 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 la maxim efectul distructiv al anunțului veștii neplăcute, medicul ar fi bine să-și clarifice, să conștientizeze implicațiile emoționale în raport cu interlocutorul (pacientul).

Anunțarea unei vești proaste devine o adevărată provocare profesională pentru orice lucrător medical, indiferent de specialitatea pe care o are. Oferirea informațiilor corecte pacienților – despre diagnostic sau în legătură cu prognosticul – este atitudinea deontologică corectă, chiar și pentru situațiile extreme. Acordarea posibilității de a alege, de a decide în ceea ce-l privește îi sporește pacientului senzația de control asupra situației, aspect ce va îl va determina 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 rudelor, 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>Comunicare adecvată</i>	<i>Comunicare inadecvată</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Îi comunicăm vestea personal și în nici într-un caz prin telefon. ● Comunicarea veștii neplăcute, să se efectueze în cadrul unei consultații planificate și confidențiale. ● Să se ofere 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. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Evitarea, amânarea discuției sau ocolirea pacientului. ● Este inadmisibil să se facă anunțul veștii neplăcute într-un spațiu impropriu dialogului medical (pe coridor, sală de operație, cabinete în care se află și alte persoane etc.). ● Este de neacceptat atitudinea grăbită sau cea de obiectivitate distantă. ● Este inadmisibil de a întrerupe dialogul cu pacientul, chiar dacă acesta aduce acuze lipsite de

<ul style="list-style-type: none"> ● Să se folosească un limbaj simplu, direct, dar suficient de explicit. Să fie ținute sub control toate elementele limbajului nonverbal (mimică, gestică, poziția corpului etc.) și paraverbal (tonalitatea vocii, accentele etc.). ● Pe lângă sprijinul medical, este indicat să se mai ofere și suport emoțional implicit. În așa fel se suportă mai ușor momentele lungi de tăcere, șocul, lacrimile, furia etc. ● Reasigurați pacientul că și în continuare sunteți disponibil cu tot ce vă stă în putere. ● Frecvent e indicat să se repete sau să se facă anumite concluzionări cu referire la informațiile medicale, însoțite de acțiunile care reies din acestea. 	<p>obiectivitate. Medicul va evita implicarea sa în ceartă și nu va răspunde cu furie la furia manifestată de pacient.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se va evita folosirea enunțului: „<i>Nu se mai poate face nimic</i>” – întotdeauna se poate face ceva pentru a ușura suferința unui om. ● Să se excludă empatia de circumstanță („<i>Știu ce simțiți</i>”). ● A exclude, evita folosirea cuvintelor dure, cu mare impact emoțional (moarte iminentă, pronostic infaust etc.), având drept argument: “exprimarea adevărului științific”. ● Este inacceptabilă 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 pacientul 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 punct 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: “Oscar Print”, 1998.

2. Cosman D. *Psihologie medicală*. București: “Polirom”, 2010.

3. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București: “INFOMedica”, 1999.

4. Manea M., Manea T. *Psihologie medicală*. București, 2004.

5. Tudose Florin. *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*. București: Editura Fundației „România de Mâine”: 2003.

6. Oprea N., Revenco M. s.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.

TEMA 10. ACTUL TERAPEUTIC. STRATEGII DE OPTIMIZARE A ACTULUI TERAPEUTIC

Structura:

1. Actul terapeutic. Caracterizare generală.
2. Psihologia folosirii medicamentului. Efectul placebo.
3. Complanța terapeutică. Posibilități de optimizare.
4. Evaluarea complianței terapeutice. Alianța terapeutică.
5. Comunicare și confidențialitate în actul terapeutic.

Obiective operaționale:

- Analiza actului terapeutic și a particularităților lui.
- Identificarea și analiza influenței efectului *placebo* asupra pacienților.
- Identificarea factorilor ce influențează noncomplanța și non-aderența la tratament.
- Evidențierea beneficiilor procesului terapeutic asupra personalității pacientului.
- Elucidarea contextului de alianță terapeutică.
- Cunoașterea caracteristicilor relației medic – pacient într-o interacțiune pozitivă.
- Explicarea termenului *eficiență terapeutică*.

Cuvinte-chee: act terapeutic; complianță terapeutică; non-complanță terapeutică; efectul *placebo*; congruența terapeutului; alianța terapeutică; confidențialitate.

1. Actul terapeutic. Caracterizare 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 medicinei somatice, pe care le servește printr-o mai bună cunoaștere a psihicului uman. Totuși *psihiatria* este o disciplină medicală și vizează mai ales *actul*

terapeutic, pe când psihologia medicală, deși oferă ca tratament psihoterapiile, își interzice metode terapeutice specifice medicinei.

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. Scripcaru și T. Ciornea, sunt unicele discipline în măsură să dea conștiința 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 merita 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 psihologi ca G. Ionescu, care consideră psihologia medicală că s-ar limita *"la studiul variatelor aspecte ale reacției insului la boală, 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 și care s-au reflectat și în aria medicinei (hipertehnicizarea medicinei, scăderea importanței

medicului de familie, îndepărtarea medicului de personalitatea umană ca efect al ultraspecializării medicinei. Dezvoltarea noilor științe, adiacente medicinei, 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 medicinei psihosomatice.

Lupta pentru reformă în medicina autohtonă nu trebuie să se refere numai la fonduri, aparate, salarizare mai mare. Aceasta trebuie să însemne și o reformă structurală a viziunii asupra bolii și a instituției sanitare, prin introducerea noii ideologii (deja veche în Occident) privind bazele psihosomatice ale medicinei. Fără acest salt calitativ reforma nu are nici o șansă.

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 pur tehnic, de contact rece, iar medicul devine un funcționar lipsit de conștiințozitate. Se vede clar, deci, 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 „*situație de impas existențial*” antrenează o serie de restricții care modifică modul de viață al individului (I. B. Iamandescu, 1997): restrângerea sau modificarea unor activități motrice sau fiziologice (alimentare, sexuale etc.); limitarea sau suprimarea unor activități intelectuale sau profesionale, care pe lângă obținerea de mijloace existențiale asigurau satisfacție; dereglarea raporturilor familiale; dependența 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 terapeutic*, acceptarea cu calm a procedurilor terapeutice și stabilirea

unor relații pozitive, de comunicare - colaborare, între medic și bolnav, în scopul 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 adevăratei procesului terapeutic și ridicarea încrederii în medic;

- Inducerea curajului și puterii de a învinge boala;
- Oferirea speranței și în ajutorarea persoanei suferinde;
- Spulberarea îndoielilor și diminuarea gândurilor pesimiste;
- Confirmarea optimismului prin rezultate terapeutice pozitive;
- Demonstrarea altruismului, empatiei și 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 nivelele sale de organizare; toate procesele de reglare au nevoie de informație. Ființa umană nu poate fi concepută în afara informației și comunicației (Restian A., 1997). Pamfil E. arată 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 factori constituționali, temperamental, psiho-socioculturali, etc.

Principalul scop al actului terapeutic este atingerea unei stări de bine, deci unei "stări de integritate" și o diminuare sau tratarea simptomelor bolii sau 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 propriilor noastre emoții*" (după Goldenson), "*capacitatea de adaptare flexibilă față de conflictele proprii*" (Kraph) sau "*facultatea de a cunoaște și a acționa cu autonomie*" (Pelicier).

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 (*coercitio* 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 sancțiunii pacienților (ce au susținut sau au neglijat tratamentul);
- Asigurarea securității emoționale 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 subsumează termenului mai general de *normalitate*.

În continuare ne vom referi la **specificul actului medical în mediul spitalicesc**. Spre deosebire de asistența 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 reîșind și din cele expuse anterior.

1. Atribuțiile medicului. Medicul este în spital șeful unui grup profesional, fiind dotat cu atribuții organizatorice. În virtutea acestui fapt, deși rareori se prevaluează 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 dominație a medicului.

2. Raporturile dintre medic și pacient apar adesea mediate. Medierea este îndeplinită 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 tinde să slăbească contactul medic – bolnav.

3. Urmărirea bolnavului este mai riguroasă, zilnică. Indiferent de gradul de mediere a raportului medic – bolnav internat, această a

treia 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 exploatată abil de către medic în acțiunea lui persuasivă asupra bolnavului anagajat într-o psihoterapie dirijată cu tact și la care pot fi angrenați 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 ex., infarct miocardic, sunt interzise chiar vizitele celor apropiați.

Relațiile interpersonale sunt considerate a fi 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 **șase condiții necesare pentru schimbarea personalității:**

1. Două persoane intră într-o relație semnificativă pentru fiecare dintre ele.

2. Clientul se află într-o stare de incongruență, adică vulnerabil și anxios; el trăiește sentimentul că nu corespunde imaginii pe care o are despre sine.

3. Terapeutul furnizează clientului o relație congruentă și integrată; adică, terapeutul este el însuși congruent cel puțin în relația cu clientul.

4. Medicul acordă pacientului o atenție pozitivă necondiționată și acceptă toate experiențele acestuia, întrucât ele alcătuiesc persoana unică pe care o are în fața sa.

5. Terapeutul re trăiește universul interior al clientului într-o manieră empatică și încearcă să returneze către acesta experiențele astfel receptate.

6. 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.

Punctele 3, 4 și 5 evidențiază principalele caracteristici terapeutice ale relației dintre terapeut și client, descrise de **terapia rogersiană** ca fiind condițiile congruenței, atenției necondiționate și empatiei, 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 empaticе, necondiționate și congruente, atunci aceasta va preciza și clarifica comportamentul lor, precum și răspunsurile consecutive ale terapeutului. Rogers sugerează că **eficiența terapeutică** nu constă în construirea unei relații terapeutice eficiente, ci efortul continuu al medicului de a menține această relație.

Prin **congruența terapeutului** Rogers înțelegea faptul că aceasta este „*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 pildă, terapeutul se simte plictisit în relația cu clientul său, aceasta nu înseamnă că el îi va vorbi imediat despre acest sentiment; dar în cazul în care clientul continuă să fie plictisitor, 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 aducem în discuție **limitele pe care le presupune o bună relație terapeutică**. Iată câteva dintre aceste limite:

- *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 pildă, 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 natural și mai eficient. Când relația nu este bine definită, este posibil ca persoana ajutată să ceară prea mult de la medic. Atunci când 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, de la care poate porni pacientul pentru a-și 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 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 în termenii a **3 condiții ale terapeutului**:

- Empatia;
- Considerația pozitivă necondiționată;
- Congruența terapeutică.

Aceste elemente sunt considerate necesare și suficiente pentru ca schimbarea terapeutică să se producă.

2. Psihologia folosirii medicamentului. Efectul placebo

Termenul de **psihologie a medicamentului** este un termen recent introdus în literatura de specialitate (Iamandescu I. B., 1997). El

se referă la aspectele psihologice care apar în momentul în care subiectul se află în relație cu medicamentul.

Încă de la începutul medicinei au existat medicamente active și placebo și prescrierea medicamentului a ocupat dintotdeauna un loc fundamental în relația terapeutică medic – bolnav. Farmacopeea modernă datează de la mijlocul secolului XIX, iar industria farmaceutică este produsul secolului XX.

Dezvoltarea acesteia 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 destinat combaterii unei tulburări sau leziuni și în final, să ducă la obținerea vindecării. Definiției materialiste a medicamentului trebuie să i se adauge și imaginea medicamentului, o schemă imaginară dobândită cu trimitere la un anumit număr de parametri psihologici, psihodinamici, sociologici.

La om medicamentul are o acțiune binară – medicamentoasă și psihologică, eficacitatea sau ineficacitatea substanței chimice fiind clar legată și de ideea că această eficacitate există. Orice medicament este în același timp de două ori activ asupra creierului prin acțiunea sa

Imaginea externă și reclama medicamentului. Imaginile 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. Țintele acestei publicități 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.

Imaginile interne ale medicamentului. Imaginea internă este o reprezentare inconștientă cu puternică teziune afectivă, care este elaborată 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, distingem **trei etape în cadrul acestei relații terapeutice:**

1. Momentul prescrierii medicamentului. În această etapă, factorul psihologic principal se referă la *efectul placebo*. Placebo reprezintă o formă medicamentoasă identificată cu cea a unui medicament, dar fără substanța activă a acestuia, adică fiind compusă dintr-o substanță amorfă chimic.

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 imaginației bolnavului. Efectul placebo este diferit pentru aceiași substanță de la un bolnav la altul și actualul înțeles al termenului se referă la efectul psihologic al unui drog. Există deci o *deosebire între medicamentul placebo și efectul placebo*.

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 de laborator și efectul concret pe care îl determină la un anumit bolnav.

Medicamentul placebo poate avea acțiune farmaceutică, dar aceasta se datorează 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 percepe 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 (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 buna derulare a tratamentului medicamentos.

3. Momentul bilanșului sau generalizarea efectelor. Aici analiza psihologică se referă la analiza costuri – beneficii a tratamentului medicamentos și la decizia continuării sau renunțării la tratamentul

țintă. În cazul în care tratamentul a fost reușit, analiza psihologică se referă și la dezvoltarea încrederii pentru eventualele readministrări. În aspect medico-psihologic, un caz 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 *placeo – placere* și poate fi tradus strict după sens prin: „*voi plăcea*”, sau, mai liber, „*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 promisiune – și deci poate defini așteptarea 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 **factorilor psihologici care însoțesc 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 nespecifică.

Rolul efectului placebo în realizarea complianței terapeutice.

Fiecare persoană își percepe starea de sănătate sau boală într-un mod variabil, 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**, în mod special **de trei factori**:

- *atitudinea pacientului față de medicină;*

- *încrederea pacientului în medic;*
- *reputația tratamentului* (marcă, preț, ambalaj, poziție pe piața farmaceutică etc.);

Cea mai mare parte a acestor mecanisme acționează prin mecanisme inconștiente. *Relația dintre pacient și medic* este foarte importantă în determinarea rezultatelor tratamentului și, prin inducerea unui *efect placebo benefic*, în menținerea unei complianțe 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 înțelegerii 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 placebo. Efectul placebo al unei medicații cunoaște o diminuare odată cu fiecare nouă administrare. Există anumite forme care sunt preferate altora. Plasturii, picăturile nazale, soluțiile buvabile par a fi considerate mai puțin nocive sau, cel mult, determină o indiferență care nu declanșează lanțul noncomplianței.

Comprimatul clasic este ocolit de către majoritatea celor care sunt „îndrăgostiți de natură” și sunt adepții fitoterapiei. În schimb, el este preferat de cei cu tendințe spre farmaco – dependență. Comprimatul este de dorit să devină un simbol al intervenției terapeutice netraumatizante, pe cât posibil fără efecte adverse.

De la obediență 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 obediență la sfaturile medicale. Autoritatea medicală este considerată benefică de majoritatea populației, medicului fiindu-i astfel conferită o funcție apostolică de îndrumător și vindecător. Există și cazuri când funcțiile medicului

sunt confundate cu capacitatea sa de îndrumător, autoritatea sa științifică fiind confundată cu dorința de putere, iar breasla medicală fiind considerată ca o adevărată putere statală – puterea medicală.

Szmukler și Applebaum au conceptualizat o ierarhie a „*presiunilor 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 aceleași dileme etice ca și nivelurile superioare.

3. Compliantă terapeutică. Posibilități de optimizare

Adevărata 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 fi otravă, 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 compliantă, de corectitudinea cu care pacienții urmează indicațiile medicale.

Termenul **compliantă** provine din cuvântul engl. „*compliance*”, care înseamnă *acord, încuviințare, bunăvoință*. Compliantă presupune o schimbare voluntară de comportament, precedată de cererea direcționată din partea cuiva. Conceptul de compliantă 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 așteptările reale sau imaginare, comunicate sau necomunicate, ale fiecărui individ care aparține unui grup. În contrast, compliantă apare atunci când oamenii își direcționează comportamentul, în urma unor cereri adresate lor în mod direct. Atât conformitatea, cât și compliantă 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 *compliance*.

Compliance este definită ca fiind o acțiune ce concordă cu o cerere sau cu o recomandare – este tendința de a se supune ușor. Reprezintă o noțiune referitoare la *adeziunea bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării 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.

Compliance terapeutică se referă la un raport explicit între comportamentul bolnavului și instrucțiunile clinice. Acest raport poate determina trei situații posibile:

1. hipercompliance – care poate merge până la adăugarea unor mijloace terapeutice neindicate;
2. compliance normală – care se înscrie în cadrul prescripțiilor terapeutice;
3. hipocompliance – care poate merge până la noncompliance și refuzarea prescripțiilor terapeutice.

Factorii de care depinde compliance 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, contravine crezurilor profesionale, normelor și așteptărilor privind rolurile corespunzătoare pacienților și profesioniștilor. Numeroși factori sunt incriminați în „noncompliance”. Dintre aceștia vom menționa ca principale grupe: factori legați de trăirea bolii și de înțelegerea sa intelectuală de către bolnav; factori legați de relația medic – bolnav; factori legați de tipul tratamentului; factori 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 înlătură conotația de obediență pasivă la ordinele medicului, conotație preluată din categoria conceptelor psihologiei sociale.

În medicina actuală, pacientul nu trebuie să fie pasiv, ci, conform integrării în alianța terapeutică, 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 interschimbabil. Fiecare interacțiune în context clinic 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 realizeze o alegere cât mai bine informată. 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 de responsabilități.

Pentru a realiza o punte între scopurile pacienților și cele ale medicilor, a fost propus un alt termen, și anume **concordanță**, termen care subliniază *colaborarea mai intensă între medic și pacient*. Concordanța descrie modelul prin care pacienții și profesioniștii din domeniul medicinei realizează schimburi de opinii asupra tratamentului și ajung la un acord 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 opiniilor pacientului în privința necesității de a urma tratamentul medicamentos;
- explorarea acestor opinii împreună cu pacientul;
- informarea pacientului asupra avantajelor și dezavantajelor 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** ce investesc *mai mult control în pacient – controlul intern*, decât în serviciile de sănătate – **control extern**, 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 în toate etapele lui*.

O temă aparte o reprezintă *relația medic – bolnav*. Aceasta este o *relație terapeutică* care poate beneficia și poate fi 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:

1. prezentarea la consulturile programate;
2. interacțiunea pacient – medic;
3. comunicarea;
4. deschiderea;
5. 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 o 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 Barrowelough, 2003).

Caracteristicile relației medic – pacient într-o interacțiune pozitivă (după D. Mateo).

- Altruismul.
- Toleranța.
- Căldura sufletească.
- 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 *asertiv*).
- 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 reacționează 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 percepe 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 **compliance terapeutică** demonstrează că aproximativ jumătate din pacienții cu afecțiuni cronice, cum ar fi diabetul zaharat și hipertensiunea arterială, manifestă **noncompliance** la regimul de viață impus.

Tot în domeniul *noncompliancei* se situează și acei bolnavi care au o slabă adeziune la tratament, cu încercări repetate de întrerupere 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 identificați o serie de **factori asociați cu noncompliance / nonaderența** la tratament, cum ar fi:

Factori ce țin de pacient, care cuprind:

- factori 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 (reprezentarea bolii, a cauzelor, evoluției și consecințelor acesteia);
- factori de natură socială (suportul social, mediul familial dizarmonic, dificultățile materiale etc.);
- vârsta pacientului (compliance scăzută la copii și vârstnici);
- asumarea rolului de bolnav, care să activeze motivația pentru însănătoșire.

Factori demografici legați de afecțiune și tratament:

- singurătatea și izolarea socială;
- comorbiditatea cu tulburările legate de utilizarea de substanțe;
- evoluția de lungă durată a bolii;
- antecedentele de nonaderență la medicație;
- afectarea cognitivă;

- lipsa conștiinței bolii;
- trăirea subiectivă a efectelor secundare ale medicației;
- planuri terapeutice complicate.

Factori individuali și de interrelaționare care cuprind:

- un nivel ridicat de expresie emoțională în familie;
- lipsa conștientizării bolii;
- locus de control intern (tendința de a crede că evenimentele sunt întotdeauna sub controlul persoanei);
- alianță terapeutică de slabă calitate;
- expectanțe și atitudini negative legate de tratament;
- teama de efectele secundare ale medicației înaintea folosirii acesteia;
- credințe negative generale legate de medicația indicată.

5. Comunicare și confidențialitate 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 nici un chip nu trebuie răspândit, voi păstra pentru mine considerând aceste lucruri rușinoase pentru a fi răspândite”.

Principiul etic al respectului față de persoane dictează 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 poveștirile lor.

Păstrarea confidențialității informațiilor medicale respectă autonomia și intimitatea pacienților, încurajându-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 ale violenței și abuzurilor familiale.

Discutarea problemelor etice complexe cu alți membri ai echipei de îngrijire a sănătății, cu colegi sau cu comitetul de etică al spitalului clarifică deseori problemele etice și sugerează căile de îmbunătățire a comunicării și de a face față emoțiilor puternice. Atunci când se luptă cu probleme etice, medicii pot avea nevoie să își reevalueze convingerile fundamentale, să tolereze nesiguranța și să-și mențină integritatea, respectând în același timp opiniile celorlalți.

În toate țările practica medicală este controlată într-o mare măsură 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 în general, nu sunt impuse de legea statului dar sunt și autoacceptate. Acestea au fost inițiate cu mii de ani în urmă (Codul Hammurabi, Juramintul lui Hippocrate - anii 400 î.Hr.), sunt îmbogățite continuu (declarații etc.) și s-au reflectat și se reflectă în sistemele juridice ale vremii (dacă inițial comportamentele respective au fost considerate malpractică, astăzi ele sunt acceptate juridic ca ilegale – de exemplu inducerea avortului ilegal, încălcarea confidențialității etc.)

La modul general, normele deontologice stabilesc un minimum de morală specifică cu privire la exercitarea unei profesii. În măsura în care unele norme deontologice au o semnificație deosebită și încălcarea lor periclitează valori apărute 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 noncompliance și nonaderența la tratament.
2. Explicați normalitatea și comunicarea în actul terapeutic.
3. Care sunt caracteristicile esențiale ale relației terapeutice?
4. Definiți compliance terapeutică, hipercompliance și hipocompliance.
5. Explicați comportamentul noncompliant.
6. Definiți aderența sau concordanța terapeutică.
7. Explicați strategia de evaluare a compliancei.
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: „Polirom”, 2010, 411 p.
3. Cucu I. *Psihologie medicală*. București: “Litera”, 1980.
4. David D. *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: „Polirom”, 2006.
5. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală*. București: „Infomedica”, 1997.
6. Hâncu V. *Convorbirea non-directivă, tehnica, mecanismele și valențele sale terapeutice*. În revista „Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap”. București: „INRESPH”, 1995.
7. Popa-Velea O. *Științele comportamentului uman. Aplicații în medicină*. București: „Trei”, 2010.

TEMA 11. IATROGENIILE. EFECTELE ERORILOR MEDICALE

Structura:

1. Definirea conceptului *iatrogenie*.
2. Frecvența iatrogeniei. Cauzele iatrogeniei.
3. Tipuri de iatrogenii.
4. Prevenirea producerii iatrogeniilor.
5. Culpă medicală. Malpraxisul.

Obiective operaționale:

- Definirea conceptului *iatrogenie*.
- Enumerarea și descrierea tipurilor de iatrogenie.
- Conștientizarea impactului negativ pe care îl are iatrogenia.
- Dezvoltarea abilității de a preveni producerea efectului iatrogen în activitatea profesională.

Cuvinte-cheie: iatrogenia medicamentoasă; iatrogenia psihică; iatrogenia de intervenție și explorare; prevenirea iatrogeniei; culpa 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 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 dăunezi”.

În literatura de specialitate sunt utilizați, cu înțelesuri relativ apropiate, termenii **iatrogen** și **iatrogenie**. *Iatrogen* – se afirmă despre o maladie, accident morbid ce au fost condiționate de tehnicile 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 produsă sau agravată de către medic, poate fi determinată de diagnosticul greșit sau incomplet, de comportamentul interpersonal inadecvat al medicilor și al personalului sanitar; definit de expresii sau afirmații imprudente față de bolnav, atitudini, acțiuni, sugestii, de tratamentele incorecte aplicate (medicamentoase 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. Rândașu, 1996).

2. Frecvența iatrogeniei. Cauzele iatrogeniei

În general, nu există o evidență precisă a erorilor produse în sistemul medical.

Evenimentele nefavorabile (erorile, rezultatele adverse) în care pacienții sunt nedreptățiți de tratamentul medical sunt frecvente în practica medicală (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 operației, eșecurile terapeutice în cazuri de meningite etc. sunt tragice atât pentru pacienți, cât și pentru

echipa medicală. Acestea pot duce la complicații sau la litigii. În mod frecvent investigațiile se concentrează asupra acțiunilor medicului și mai rar se examinează contextul în care se produc aceste evenimente. Mediul de activitate include multe componente ce au importanță particulară, cum sunt caracteristicile pacienților, 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 pentru studiul factorilor psihologici, al mecanismelor și cauzelor erorilor particulare, subliniindu-se faptul că probabilitatea la eroare este puternic afectată de contextul și condițiile de muncă.

Analizele critice ale incidentului și 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:

1) *Insuccese active* – sunt acțiunile nesigure sau omisiunile comise, care pot avea consecințe adverse imediate: anesteziști, chirurghi, infirmiere etc. Termenul *insuccese active* include:

- 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) *Insuccese 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 se realizează în bază unor condiții nefavorabile de muncă și activitate. Aceste 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 comunicaționale inadecvate;
 - menținerea necorespunzătoare a echipamentului și a clădirilor.
- Aceștea sunt factori ce influențează performanța medicală și pot condiționa erorile, iar în final afectează pacientul.

Printre **erorile principale**, generatoare de boli iatrogene sunt:

- tehnici de diagnostic, insuficient verificate;
- tratament medicamentos nepotrivit (necorespunzător);
- intervenții chirurgicale nereușite;
- condiții de spitalizare inadecvate, spitalizarea prelungită;
- atitudinea incorectă a medicului;
- intervenții psihoterapeutice efectuate necorespunzător etc.

Alte cauze sunt determinate de **comportamentul medicului**:

- solicitarea exagerată de analize de laborator;
- relații tensionate între medic și pacient în perioada stabilirii diagnosticului, tratamentului, dar și pe parcursul terapiei;
- exprimarea academică, sofisticată a unor medici în transmiterea informațiilor;
- informare parțială;
- oferirea necontrolată a unor informații, care pot genera reacții de amploare crescută la unii 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 percepe 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 diferite 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):

- 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);
- nesiguranța de sine, instabilitate și insecuritate interioară; imaturitate emoțională; tendința 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 „bolnavii dificili” care reprezintă cazuri complicate, greu de abordat, rezistente la tratament. Clasificarea tipologică a acestora se face în raport cu particularitățile de personalitate manifestate de ei:

- *bolnavul dificil-frust, incidental, la limita noțiunii*: manifestă tulburări vagi, imprecise, fără acuitate. 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 conștiințioși care ascultă cu multă grijă sfaturile medicului, dar pe care nu le urmează – adresându-se altuia pentru verificare; bolnavi conștiințioși 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 diferite 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 în mod 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 psihosomatice 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 reacții individuale variate, imprevizibile.

Se consideră că iatrogenia medicamentoasă este tipul cel mai frecvent de inducere a bolii iatrogene, 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 numeroasele medicamente prezentate ca fiind „fără reacții adverse importante”.

Alte fenomene cu rezonanță negativă în ceea ce privește tratamentul medicamentos este *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 tendința „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, asocieri (combinări) medicamentoase nedorite.

În medicină, *efectul advers* este definit ca un efect nociv sau nedorit al unei medicații. Indiferent de contextul clinic, este responsabilitatea medicului să utilizeze măsuri terapeutice intense, cu înțelepciune și cu considerarea acțiunii pericolelor și costurilor potențiale ale acestora. Tratamentul trebuie să fie rațional, presupunând din partea medicului care-l prescrie cântărirea 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 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 capacitățile 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 un exces de termeni exclusiv medicali

accentuează confuzia pacientului în legătură cu starea sănătății sale. Abordarea excesiv 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 specialiștilor din domeniul medical trebuie să fie caracterizată printr-o calitate ireproșabilă a comunicării interumane, care să fie generatoare de beneficii emoționale pentru bolnavi.

Iatrogenia de intervenție și explorare. Aceasta se poate datora fie erorilor apărute în folosirea tehnicilor de investigație, fie tehnicizării excesive a medicinei, ceea ce duce la dezumanizarea actului medical.

Progresele tehnicii și ale medicinei, 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, dar în prealabil pacientul trebuie informat cu privire la investigațiile care urmează să fie efectuate, în ce constă 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 și 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 invazive.

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 alți 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, zgomotul, așteptarea, monotonia etc.

Pentru unii pacienți, complexitatea acestor schimbări determină disfuncții majore ce depășesc potențialele avantaje ale spitalizării (supravegherea atentă de către personalul medical a întregului proces terapeutic), rezultând suferințe iatrogene.

Pacientul oscilează între supunere și ostilitate, adoptând o mulțime de atitudini provocate de mecanisme psihologice specifice. În același timp, situația de boală provoacă regresia spre atitudini infantile și spre dependență. Spitalizarea îndelungată poate contribui la apariția de tulburări 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, tehnicile 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 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 fazele cele mai importante 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 mijloacele de investigație cele mai potrivite, dar în prealabil pacientul trebuie informat în legătură cu ce presupune metoda în sine și cu posibilele riscuri la care se expune. Discernământul medicului trebuie să rămână factorul hotărâtor în alegerea fiecărui 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. Atitudinea 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 și a fost utilizat după ce o cercetare (Harvard Medical, 1991) 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 prestatorul serviciilor de sănătate prin acțiune sau inacțiune, din neglijență, imprudență, ignoranță sau prin nerespectarea reglementărilor privind confidențialitatea, consimțământul 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 profesiei 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 aceleași 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 dezinvoltă față de posibilitatea survenirii unor consecințe grave care, deși puteau fi prevăzute, nu au fost prevăzute de subiectul care realizează 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, prejudiciabile, 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 farmaceutic care nu posedă cunoștințele și abilitățile necesare pentru efectuarea acestuia, deși ar fi trebuit să le posedă, având obligația profesională de a realiza actul medical conform pregătirii sale profesionale și standardelor terapeutice.

Malpraxisul medical este, întotdeauna, produs în contextul raportului medic – pacient, însă la survenirea acestuia pot concura 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 rolul de corectare și educare a individului și 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 prestatorului 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 iatrogeniei.
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 iatrogeniilor?
9. Definiți culpa medicală.
10. Definiți malpraxisul medical.

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie medicală*. București: „Polirom”, 2010.
2. Iamandescu I.B. *Psihologie medicală*. București: „INFOMedica”, 1999.
3. Manea M., Manea T. *Psihologie medicală*. București, 2004.
4. Tudose Florin. *Psihiatrie 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.

Obiective operaționale:

- Familiarizarea cu semnificația psihologică a conceptelor de bază ale temei: *statutul medicului, calitățile terapeutice ale medicului, adicție, sindrom burnout.*
- Identificarea calităților unui medic “bun” din punct 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.

Cuvinte-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 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 judecăți obiective sau determinarea diagnosticului.

Reprezentările pe care și le face medicul asupra rolului său sunt puternic influentate 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 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 profesii. Astfel, în majoritatea religiilor primitive, vindecătorul este reprezentantul lui Dumnezeu. La fel ca și preotul, medicul oficiază prin respectarea unor ritualuri; veșmintele sale sacerdotale 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 și asigurătoare, 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 atopoternicie cu caracter magic, acest lucru suscitând o anumită agresivitate defensivă. Bolnavul îi poate reproșa, conștient medicului că își vinde arta, ceea ce ar putea fi o modalitate de a-i reproșa, 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 aducă la lumină, chiar dacă e vorba numai despre micile plăceri obținute din boala sa. Această imagine a omului care este perceput ca amenințător pentru ceea ce ar putea descoperi este evidentă mai ales pentru psihiatri.

Statutul medicului este asociat cu așa valori ca:

- putere,
- cunoaștere,
- devotament,
- eroism,
- putere de sacrificiu.

La nivelul statutului și rolului pe care le cere societatea de la medic, conștient, regăsim caracteristici logice și raționale, cum sunt cele relevate de către Delay și Pichot:

- *competență tehnică*;
- *atitudine universalistă* – medicul trebuie să trateze orice persoană, indiferent de naționalitate, religie etc.;
- *specificitate funcțională* – privilegiile, obligațiile și competențele medicului nu sunt valabile decât în domeniul medicinei – singura

instituție, 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*, ce constă în autentificarea 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 deținătoare a unui arsenal informatic și intervențional, nu știe încă drumul spre sănătatea deplină sau spre nemurire. De aceea, este uzual 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 stapân pe situație, dacă ai experiență, dacă ești bine sau rău dispus. 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 cerea medicilor vocație, studii, timp, loc prielnic și dragoste de muncă. El considera că succesul 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 așteptări ale medicului țin, în primul rând, de temperamentul său. Dacă medicul este autoritar, el își va dori un pacient docil; dacă este foarte ocupat, își va dori un caz mai simplu etc. Balint subliniază că relația medic – pacient lasă curs liber tendințelor personale, sentimentelor inconștiente, convingerilor și prejudecăților. Adeseori deciziile esențiale și vitale se iau fără ca cineva să se simtă pe deplin responsabil. Acest anonim al răspunderii este cultivat mai ales în cadrul instituțiilor sanitare de stat, prin instituirea unor relații "oficiale" și a unor stereotipuri.

Pacientul vine la medic cu speranța că va fi înțeles, că suferința lui va fi ușurată, că medicul va fi competent, că va găsi suficientă sollicitudine din partea personalului medical.

Medicul e privit de către pacienți în mai multe ipostaze prin care el: alină suferință; vindecă boala; salvează (uneori) viața bolnavului; oferă sfaturi și recomandări în vederea profilaxiei și igienei personale.

2. Trăsăturile de personalitate și cele profesionale ale unui medic

În opinia pacientului, un medic "bun", posedă următoarele dintre calități:

- Explică clar evoluția stării de sănătate a pacientului și succesiunea vizitelor ulterioare.
- Manifestă simțul umorului în activitatea profesională.
- Încurajează o comunicare destinsă și cuprinzătoare (solicită opinia pacienților, încurajează pacienții să-și spună necazurile, verifică gradul de înțelegere a problemelor medicale de către pacienți).
- Acordă toată atenția pacientului și problemelor lui de sănătate.

E important faptul că pacienții mulțumiți de asistență menționează, în special, calitățile personale ale medicului, decât abilitățile sale tehnice. Anume calitățile terapeutice esențiale reprezintă legături importante între arta și știința medicinei, îmbunătățesc abilitatea intervievatorului de a obține date referitoare la antecedentele medicale și istoricul pacientului, precum și exactitatea acestor date, duc la obținerea unor mai bune relații terapeutice în practica obișnuită.

Calitățile terapeutice necesare unui medic (după I. Iaman-DESCU):

Respectul. Câteva reguli prin care se poate exprima respectul față de pacient:

- Să te prezinți clar și să specifici motivul pentru care te afli acolo.
- Să te interesezi cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc.).
- Să discuți stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poți fi ușor urmărit, văzut și auzit.
- Să prezii pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci când în cadrul anamnezei vă veți referi la lucruri care ar putea provoca suferință morală.
- Să reacționezi astfel încât pacientul să fie conștient că ai auzit ce spune.

Autenticitatea. Autenticitate înseamnă a nu pretinde că ești altcineva. Prima situație în care te poți confrunta cu problema autenticității este atunci când ești student, psiholog sau medic stagiar. Cum te prezinți? Ar trebui să te prezinți 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 consultație presupune:

- Trebuie să încerci să obții o conversație în care să existe reciprocitate (dialog).
- Să dezvolți și să folosești un vocabular compus din cuvinte descriptive.
- Să acorzi atenție comunicării nonverbale, în special paralingvisticii.

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 empatic 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 din 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 anumit 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 întreabă: „*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 consultație însă, pe medic trebuie să-l intereseze într-adevăr să știe toate stările nefaste prin care trece pacientul. Printre modalitățile de a reacționa empatic la aceste stări ale pacientului, se enumără:

- **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.** Doctorul reacționează la sentimentele și simptomele pacientului cu o intensitate mai mică decât cea cu care acesta le-a relatat.

- **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. 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? Două moduri simple sunt: *prin oglindă* și *parafrizare*. 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?* Parafrizarea 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, doctorul înțelege nu numai ceea ce pacientul spune, dar și ceea ce nu poate să spună. Unul dintre motivele pentru care doctorii 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 unei paciente cu anxietate, un răspuns prin completare poate fi:

Pacienta: *În marea majoritate a zilelor anxietate 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.*

Cunoscuții 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%),
- franchețe (12%)
- dezinteres material (11%),
- autoritate (9%).

Se pot distinge astfel 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 factori ca dezinteresul material sau cunoștințele științifice se situează pe al doilea plan.

Psihologul Donn W. Parson subliniază că în fața omului bolnav medicul poate adopta **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 regresiei 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-Popescu 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 a nu recunoaște o entitate spre a nu-și aduce un blam personal. Medicii cu trăsături empatice 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 ști exact unde începe și unde se termină dizarmonia celui pe care îl examinează. Același lucru este valabil în cazul unor comportamente adictive (de exemplu, fumatul) sau în cazul unei toxicomanii. Este o situație similară cu cazul oftalmologului miop care nu ar purta ochelari de corecție și căruia nu i se poate cere și nici nu va putea să pună diagnosticul de miopie altuia, deoarece el însuși nu vede optitopul. Dacă în ciuda tuturor acestor aspecte, nu imposibil de întâlnit, se dă dovadă de suplețe în gândire,

atunci se acceptă că eroarea de diagnostic în practica curentă nu este rară și nici atât de gravă. Eroarea nu este rară, indiferent de experiența sau de nivelul de pregătire; a o accepta, a o recunoaște este un gest cert de maturitate, o dovadă a unei personalități puternice și echilibrate. A învăța și 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 includeau 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 înșiși. 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 ca la sfarsitul 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, poate fi observată o creștere a problemelor psihice în rândurile medicilor. Mulți dintre ei își găsesc refugiul în substanțe adictive. Cifre exacte despre adicția la medici sunt greu de obținut. Conform unor estimări credibile în domeniu, 7-8% dintre medici sunt afectați (ceea ce reprezintă cam 30 000 numai 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 cei aproape 388 000 de medici germani ar fi alcoolici. Chiar dacă mărimea cifrei 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, deoarece aceștia au mai mari probleme atunci când trebuie să-și exprime sentimente ca durerea, mila și empatia. Totuși, afirmă Menninger, bărbații pot să-și ascundă incompetența emoțională prin *raționalizare*. Deși ei ar lăsa pacienților impresia ca sunt distanți, la derapaje s-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 dependența multă vreme. În plus, ei reușesc cu suficient de mult succes să acopere 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, asemănător cu profesorii, au relativ rar parte de o recunoaștere a activității lor, apar atât de des 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:

- Să creeze bariere 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 schimba rolul, de a fi pacient. Conform unui studiu realizat de revista britanică *Pulse*, 2 din 5 medici își prescriu autotratamentul. 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 *Doctors pentru doctori*, realizat de BMA (British Medical Association) a arătat că o treime dintre respondenți 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 de sprijin și tratament pentru medici este o și mai mare provocare. Prezența unei adicții la un medic este șocantă 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. Cel mai des apare problema vinei și rușinii pentru inabilitatea sa, ca adult inteligent, care poate să facă asemenea acte iraționale și lipsite de inteligență.

Lucrurile merg mai ușor dacă medicii cu adicții sunt tratați ca și colegi, iar cunoștințele lor sunt folosite pentru a ajuta 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 diferiți 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 autoevaluează 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 în vindecarea adicțiilor nu este atât de rezervat pe cât cred medicii.

Un tratament complet implică intervenția imediată, evaluarea și găsirea 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. Pot să apară situații de recădere din cauza furiei nerezolvate, sentimentelor de vină, rușine, a izolării, eșecul lui în centrarea atenției pe abținere, pe problemele de la locul de muncă etc.

Pașii care îi pot ajuta:

- Să se abțină de la consultații fugare ale colegilor, pe hol sau la telefon.
- Să admită existența problemei. Să se poarte ca oricare alt pacient. Medicii pot fi speriați sau anxioși la fel ca orice pacient. Ocupându-se de o problemă de timpuriu, pot preveni consecințele serioase de mai târziu.
- Să împărtășească problemele familiei, prietenilor, colegilor.
- Să-și accepte vulnerabilitatea.
- Consilierea, psihoterapia pot reprezenta un suport important.

4. Comportamentul adictiv al medicilor

Creдем despre medici că sunt cei mai sănătoși oameni și dețin rețeta unui trai sănătos, doar ca nu o aplică mereu. Și medicii cred despre sine, ca 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 Pacurar, în lumea medicală **adicția** (dependența față de o anumită substanță sau comportament) este văzută ca o boală tratabilă. Psihoterapeuții adepți 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 munca probabil nu ar reuși în această profesie extrem de solicitantă.

Medicii de familie trebuie să fie mereu informați cu privire la ultimele descoperiri în domeniile diagnosticării și tratamentelor tuturor afecțiunilor, la 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 emoționale. Oferirea de consultații 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 de înaltă tensiune emoțională;
- poate fi un mediu fizic sau psihologic de izolare;
- din cauza programului extins poate avea relații familiale proaste și le lipsește suportul;
- este prins în foarte multe activități birocratice.

Cele mai importante **3 soluții** pentru medici sunt:

- să se consulte cu alți colegi;
- să-și planifice timp liber în mod regulat;
- când nici o 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. Și 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, oboseala;
- 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 retragere socială, scad importanța acordată valorilor morale, afectează relațiile interpersonale și duc la degradarea personalității. În plan fizic, reduc performanța muncii, cresc numărul de greșeli, duc la o degradare a stării generale de sănătate. Medicii ar trebui să se întrebe periodic când au avut ultima ieșire în natură sau vacanță.

Analizând situația adicției față de alcool sau alte substanțe, medicii au aceleași vulnerabilități ca și restul oamenilor, mai mult, ei au acces mai rapid la substanțe ce pot induce dependența. Există chiar ideea că prevalența 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. Se estimează ca 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 odată recunoscută problema 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 abținerea 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 slăbiciune sau eșec, ci ca o problemă clinică care necesită tratament. Studii 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 Georgia's Impaired Physicians Program).

The Sick Doctors Trust este o organizație britanică care oferă sprijin medicilor cu adicții. Principiul după care se ghidează este că,

așa cum a recunoscut și Organizația Mondială a Sănătății, adicția este o boală și există pentru ea tratamente. La linia telefonica 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 aceleași efecte asupra familiei 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 ai unor medicii cu adicții, iar 20% - din partea familiilor. Unii dintre apelanți 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, ci trebuie înțeles întregul său stil 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 funcționeze în 3 sarcini majore: **munca** (relațiile colegiale), **familia** (relațiile intime) și **relațiile sociale** (prieteni). 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 au simțit că nu aparțin: s-au simțit neglijați și atunci apelează la adicție pentru a trăi o iluzie plăcută. Dar

și cei care au fost răsfățați ajung, ca adulți, să nu suporte provocările vieții. Chiar dacă părinții au greșit față de ei în copilărie, 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 de soluții inedite pentru a ocoli sarcinile vieții.

4. 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 epocile anterioare (Besancon G.,1999). Același autor arată că, comparând o populație de aceeași vârstă și același nivel social, medicii și, în special psihiatrii au o rată crescută de tulburări mintale, ca: depresie, tentative de sinucidere, adicții diverse, mai ales cea alcoolică.

În 1982, medicul canadian Lauderdale M. dedică o monografie **sindromului de epuizare profesională**, așa-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 cea mai 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 cu gradul 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 neurmată 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*: cefalee 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 stadială:

- 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 fie 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. Recunoaște simptomele de burnout prin ascultarea propriului corp.

2. Revaluează atitudinea față de propria persoană, dezvoltă o imagine de sine pozitivă.

3. Decide care domenii din viața ta sunt prioritare la moment – serviciul, familia, relațiile amicale, viața spirituală – și acordă-le mai multă atenție.

4. Încearcă să fii mai rezonabil, punându-ți scopuri realiste. Nu poți cuprinde necuprinsul!

5. Acceptă lucrurile pe care nu le poți schimba.

6. Abandonează rutina! Găsește timp pentru sport, plimbări, ieșiri cu familia/prietenii în natură, la teatru, cinema etc.

7. Gândește pozitiv și învață să te relaxezi 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 de consiliere în cazul adicției la medici.
8. Explicați sindromul de epuizare profesională (burn-out) și căile de depășire a lui.

Bibliografie

1. Băban A. *Stres și personalitate*. Cluj-Napoca: „Dacia”, 1998.
2. David Daniel *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: „Polirom”, 2006.
3. Enăchescu C. *Tratat de igienă mintală*. București: Editura didactică și pedagogică, 1998.
4. Tudose Florin *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București: „Infomedica”, 2003.
5. Tudose Florin *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București: „Infomedica”, 2000.
6. Tudose Florin *Psihiatrie și Psihopatologie pentru psihologi*. București, 1998.
7. Pirozynski Tadeusz; Scripcaru Gheorghe. *Psihopatologie relațională*. Iași: „Junimea”, 1996.
8. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство*. Москва, 1998.
9. Oprea N., Revenco M. s. a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.

TEMA13. PARTICULARITĂȚILE PSIHLOGICE ALE OMULUI BOLNAV

Structura:

1. Modificări comportamentale induse de boală.
2. „Rolul” de bolnav.
3. Atitudinea pacientului față de boala sa.
4. Tipuri de pacienți cu trăsături psihopatologice de personalitate.

Obiective operaționale:

1. Analiza principalelor modificări comportamentale induse de boala somatică.
2. Precizarea conceptului „a fi bolnav”.
3. Identificarea și analiza principalelor tipuri atitudinale ale pacienților față de boala lor.
4. Familiarizarea cu tipurile principale de pacienți și analiza particularităților lor de comportament.

Cuvinte-cheie: “rol” de bolnav; semnificația bolii; pacient: *dominator, paranoid, obstructiv, evitant, dependent.*

1. Modificări 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 persoane 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 anumiți **factori psihici** pot fi implicați, cum ar fi:

Factori nepatologici: procese afective, cognitive, volitive, personalitatea și comportamentul individului.

Factori patologici: tulburări comportamentale, nevroze, psihoze, dereglări ale 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 conduita familiei;
- se limitează contactele cu prietenii;
- se dereglează raporturile conjugale, afective și 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”;
- reinsertia familială și profesională (ideea de a fi o povară).

Pentru J. Delay și P. Pichot, **elementele comportamentului modificat al bolnavului** sunt următoarele:

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: dependența 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 socioeconomică (asigurările de sănătate etc).
- Beneficiile secundare.

2. „Rolul” de bolnav

Orice boală presupune anumite decizii sau alegeri, care sunt influențate, în cea mai mare măsură, de factori 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 dobândește 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, pentru îngrijire unor persoane din afara sistemului medical.

Rolul de bolnav implică un comportament specific, definit de T. Parson prin:

- scutirea de responsabilitățile rolurilor sociale;
- drept la ajutor din partea celorlalți (poate varia între asumarea exagerată a rolului de bolnav și respingerea dreptului la ajutor datorită 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 te afli în 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” presupune a lua contact 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 capacități 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 va învăța mai bine să se cunoască și să perceapă situațiile susceptibile să genereze repercusiuni asupra stării lui de sănătate. Cu ajutorul medicului (și în funcție de atitudinea pe care acesta o dezvoltă față de bolnav), pacientul învață să vorbească despre emoțiile lui, în vederea adaptării la noua situație existențială.

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:

- *reducerea intereselor* – pacientul trăiește în prezent și în viitorul apropiat, limitându-se la lucrurile cele mai importante pentru el;

- *egocentrism* – persoana bolnavă judecă lumea prin raportare la ea însăși și prin prisma suferinței sale.

- *dependența de medic și de anturaj*, de la care așteaptă să fie îngrijit; bolnavul comportându-se ca un copil care caută o „mamă bună”;

- *întoarcerea la satisfacții arhaice*: somn sau căutarea unor satisfacții care pot favoriza alcoolismul sau consumul excesiv de medicamente;

- *un mod de gândire magic*, illogic, cu supraestimarea atotputerniciei 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 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 percepută 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 legat de modul de comportament al pacientului față de propria sa boală. În sensul acesta, trebuie eliminați 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 de 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 psihoigienic, 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 emoționale. Acestea pot fi:

- *anxietate* (înainte de diagnostic, teama legată de proceduri medicale, de evoluția bolii);
- *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;
- *însingurare* (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, subiectul 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 „presante” recunoaște boala și situația de dependență generată de boală;

- conștiința disproporționată a bolii față de substratul organolezional (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 percepută 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, aceasta 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 printr-o negare inconștientă, adesea camuflată sub un pseudoraționalism, care se poate traduce prin refuzul de a se supune exigențelor tratamentului, prin persistența unor atitudini nocive, printr-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 pare a se simți mult prea bine în raport cu condiția sa. În spatele acestei atitudini, afectele reprimite sunt lăsate la voia întâmplării și pot avea efecte nefaste. De asemenea, o supraadaptare a bolnavului predispune la tulburări psihosomatice 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 însoțesc, de obicei. Depresia adaugă la regresie o tonalitate psihică particulară, caracterizată printr-o trăire psihică de devalorizare, de incompletitudine, un sentiment de fatalitate, cu abandonarea oricărei 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 plângeri 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 maladiei 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* – acestea 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*, permițând:

- 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 parte regresiei, dar sunt legate, de asemenea, de unul dintre avantajele principale ale bolii și care-l determină adesea pe bolnav să dorească să o prelungească: 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 subiectul este implicat (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 percepută este relevant pentru înțelegerea reacțiilor și a formei de coping (depășire). Psihiatrul 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 percepe 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 percepută ca fiind o pedeapsă dreaptă, meritată datorită faptului că nu a respectat careva reguli de viață, mai ales 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 dureroasă încât, uneori își neagă maladia. În consecință, se comportă ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat.

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. Acesta 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 i le impune afecțiunea.

Boala ca strategie. Maladia 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. Maladia 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 percepută ca stabilă sau instabilă.

Controlabilitatea cauzei reflectă măsura în care persoana crede că poate controla factorii care au determinat boala. O interpretare frecventă care apare la persoanele bolnave este autoblamarea pentru cele întâmplate.

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 boală 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 constă în următoarele:

1. Este necesar să ceară consultarea medicilor, una sau două opinii, să întrebe fără teamă că va fi considerat incompetent; (a întreba medicul despre boală este firesc) și astfel va putea fi capabil să lupte, să se mobilizeze pentru a parcurge 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 prieteni.

6. Să aibă încrederea că se va vindeca și să contribuie efectiv la vindecarea sa.

4. Tipuri 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 interacțiune cu ceilalți, fiind independenți, energici și, într-o anumită măsură, atrăgători.

În vederea motivării acestor pacienți pentru 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 într-o asemenea manieră încât să li se ofere mereu posibilitatea de a face o alegere.

Pacienții paranoizi. Etichetați drept "reci", seriosi, 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 pentru ca 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 autoritară și prestigiu. Moralizarea pacienților sau expunerea punctelor de vedere personale ar trebui evitate pe cât posibil. Utilizarea sugestiilor indirecte, precum și acceptarea lumii "paranoide" a pacienților lor reprezintă un mijloc eficient de "înrolare" a acestora în terapie. Teamă paranoidului de a-și pierde independența și puterea de a domina evenimentele trebuie manevrată cu mare abilitate.

Pacienții obstructivi. Acești pacienți par ostili și neimplicați, rebeli-neîncrezători, manifestă trăsături ale următoarelor tulburări de personalitate: pasiv-agresivă, antisocială și schizotipală. Aceștia au serioase probleme în conformarea la normele sociale și în 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 opoziția fie deschis, fie prin continue amânări ale sarcinilor. Cu toate acestea, pacienții obstructivi 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 de decizii este evitată, amânată din cauza unei frici insolite de a nu face vreo eroare. Au o mare nevoie de a fi asertivi, dar îi împiedică inhibițiile și îndoielile lor. Extrem de perfecționiști, 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 autopedepsi. Uneori, 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 desfășoare în pași mici și concreți. Terapeutul trebuie să rămână empatic, prietenos și înțelegător, să se abțină să insufle prea multa 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 această 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 contactele interpersonale manifestă o atitudine critică și rejectantă, dar, în același timp, sunt cuprinși de teama de a nu fi abandonați. Prin comportamentul lor, stimulează hiperprotecție și dominare din partea persoanelor cu care

intră în contact. Ușor de lezat prin critică sau dezaprobare, 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 merg bine 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, întărindui-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 a 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 „dificili”: dominatori, paranoizi, obstructivi, evitanți, dependenți.

Bibliografie

1. Tudose F. *Psihiatrie și Psihopatologie*. București, 1998.
2. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетенов 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. s.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.

TEMA 14. ELEMENTE DE PSIHOPROFILAXIE ȘI PSIHIGIENĂ A VIEȚII COTIDIENE

Structura:

1. Calitatea vieții și sănătatea.
2. Psihoprofilaxia bolilor psihice și somatice.
3. Modele de educație a sănătății organice și mintale.
4. Psihigiena individuală și cea colectivă.

Obiective operaționale:

- Conturarea înțelegerii 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 boală;
- Analiza modelelor de educație a sănătății;
- Dobândirea cunoștințelor despre metodele de psihigienă individuală.

Cuvinte-cheie: sănătate mintală; igienă mintală; model psihoprolactiv; calitatea vieții; comportament cu risc pentru sănătate; comportament pro-sănătos; psihoterapie; consiliere psihologică.

1. Calitatea vieții și sănătatea

Astăzi, un număr tot mai mare de 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.

Astfel, 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 cadru sunt următoarele:

- *boli 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 adictive în ansamblul lor și în marea lor varietate;
- *maladii metabolice cronice degenerative*: obezitatea, diabetul zaharat;
- *boli de civilizație în sfera digestivă*: problematica gastritelor acute și cronice, a ulcerelor, frecvența mare a cariilor dentare la omul contemporan, colonul iritabil;
- *boli 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;
- *accidentele*, sub multiplele lor forme, specific contemporane: intoxicații accidentale sau din intenție suicidală, accidente profesionale, abuz de medicamente, accidente rutiere, agresiuni fizice;
- *iatrogenozele*, prin intervenție de diagnostic, terapeutică sau chirurgicală;
- *sănătatea mentală contemporană*: unii specialiști OMS apreciază depresia ca 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 adictive 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, sunt următoarele:

- factorii de ordin biologic: 25 %;

- factorii de mediu: 15%;
- stilul de viață: 50 %;
- asistența medicală (resurse 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 manieră 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:

- dimensiunea *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 s.a;
- dimensiunea *psihică*, care se manifestă într-o stare de adaptare psihologică la mediu, grație unei capacități cognitive și a unei vieți emoționale adecvate;
- dimensiunea *socială*, care se reliefează în capacitatea de a juca rolurile sociale/ socioprofesionale curente, în capacitatea de relaționare interpersonală adecvată, în integrarea socială și promovarea de aspirații sociale;
- dimensiunea *economică*, care se manifestă în disponibilitatea resurselor de bază necesare în plan material-financiar;
- dimensiunea *cultura-spirituală*, care se manifestă în acordul de fond cu lumea, în existența/nonexistența unui țel 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, 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., biserica, clubul s.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 mentală se realizează printr-o psihopedagogie medico-socială, rolul fundamental revenindu-le medicilor și psihologilor.

Psihoigienizarea este un ansamblu de măsuri și mijloace destinate menținerii și promovării stării de sănătate. Ea trebuie să dureze pe toată perioada vieții individului. Toate mijloacele psihoigienizării trebuie adaptate vârstei, statutului pacientului. Acțiunile realizate prin psihoigienizare au dublă orientare:

- *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 prevenirii apariției unei tulburări psihice sau împiedicării evoluției defavorabile a celor depistate. **Modelul psihoprofilactic** 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 toxici (infecțioși). Au ca scop scăderea sau înlăturarea riscului psihopatogenetic și

malformativ pentru descendenți. Se recomandă conceperea copiilor la vârste tinere, până la 40 de ani.

- *de tip psihologic*. Au ca scop ajutorarea individului în a-și cristaliza și consolida personalitatea, vizând o raportare adecvată a părinților față de copii. Trebuie cultivate atitudini de tipul încurajare, adecvare, toleranță la stres, cooperare și responsabilitate;

- *de tip sociologic* (variante instituțional-socială) - au ca scop evitarea suprasolicitării fizice și psihice a individului, crearea unui climat favorabil securizant.

Aceste ultime două tipuri acționează în stadiile avansate ale vieții. În perioada școlarității și în perioada profesională predomină măsurile profilactice de tip psihologic, iar la vârsta a treia predomină măsurile profilactice de tip sociologic.

2. ***Psihoprofilaxia secundară*** vizează oportunitatea și eficacitatea măsurilor terapeutice. Are ca scop scăderea manifestărilor și 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: pe baza comportamentului individului și a condițiilor prezente se prevede 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 sunt 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 netratate. În timp, se creează un adevărat 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 la nivel mental. În aceste situații, metodele obișnuite de tratament nu mai au nici un efect. În cazul dat, oamenii au nevoie de odihnă, concediu, plimbări în 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. 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, depresiei);
- **comportamental** (renunțarea la fumat);
- **fiziologic** (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 înțelese 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, consumului de alcool și droguri, a regimului alimentar incorect 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. Psihoigiena individuală și cea colectivă

O contribuție importantă la acțiunea de igienă mintală au adus-o cercetările din sfera antropologiei culturale prin psihiatria transculturală sau etnopsihiatrie (E. Kraepelin, H. Ellenberger, M. H. Murray) sau din sfera psihiatriei și 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 hrană 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 importantă 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 socio-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 sufletec 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 medicinei, igiena mintală, prin valențele sale multiple reprezintă un important instrument în activitatea medicului, psihologului, asistentului social, 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 psihologului se împletește cu cea a infirmierei, asistenței sociale, pedagogului, sociologului, juristului și economistului.

Orice acțiune de igienă mintală este o cooperare lărgită, în care Statul este obligat să intervină, susținând-o moral și material. Este în interesul instituțiilor de stat și guvernamentale să promoveze acțiunea de igienă mintală, pentru prevenirea creșterii riscului bolilor psihice în populație, a devianțelor sociopatice, a violenței, toxicomaniilor, alcoolismului, a diferitelor forme de perversiuni.

Este mult mai ușor să previi decât să combați sau să tratezi tulburări psihice sau sociopatice odată apărute. Este preferabil 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 la aceasta a stării de echilibru mintal, în raport direct cu starea de echilibru fizic, somatic, conform principiului „*mens sana in corpore sano*”.

Caracteristicile igienei mintale 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, agreabil, eficace, atunci când circumstanțele îi permit, făcând față cu suplețe 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 acțiune pozitivă, 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 acesteia; socială, culturală, morală, juridică, toate la un loc, constituind atitudinea față de boala psihică și bolnavul mental, 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 sociocultural prin sistemul său de valori.

În general, influența modelului sociocultural 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 acesteia;
- caracterul misterios și frica pe care o inspiră boala mintală;
- ideea că orice bolnav psihic este o ființă periculoasă și răufăcătoare pentru societate;
- tendința de a considera bolnavul mental 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 psihoigienă la persoanele de vârstă diferită și în diferite sectoare 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 sociopsihiatrice, demografice și medico-sociale de depistare a bolilor mintale, extinderea acestora, raportul dintre diferitele lor forme, dinamica psihosocială a acestora, tendințele de evoluție statistico-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 mintale, prin asimilarea cunoștințelor și formarea deprinderilor necesare întăririi și păstrării unei stări de sănătate mintală optimă;

f) studiul complex al factorilor etiologici ai bolilor mintale (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 sanitară; educația sexuală corectă a tineretului; introducerea obligatorie a certificatelor prenuptiale de apreciere a stării de sănătate mintală; acordarea unor sfaturi genetice în cazurile de afecțiuni fizice mutilante, boli infecțioase sau cronice (sifilis, tuberculoză), intoxicații cronice (alcoolism, stupeficate, medicamente psihotrope), influențe morale și sociale negative etc.;

h) cultivarea în rândul populației a unei mentalități 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 mintale 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) măsuri speciale de recuperare a deficiențelor psihice, de reorientare profesională etc.;

m) rezolvarea problemelor psihosociale ale copiilor inadaptați social, cu tulburări mintale sau de dezvoltare somatică, prin instituirea unor măsuri psihoigienice 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; delincvența juvenilă; tulburările de comportament, de adaptare; carențele afective familiale, adopțiunea;

b) igiena mintală a persoanelor de vârstă 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 toxicomaniilor;

e) cercetări de etnopsihiatrie privind formele și variațiile stării de sănătate mintală în perspectiva psihiatriei transculturale;

f) studii de epidemiologia bolilor psihice, cu instituirea unor programe adecvate pe psiho-profilaxie, conform necesităților;

g) studii privind clasificarea internațională a bolilor psihice;

h) cercetări de psihiatrie socială;

i) studii de psihiatrie biologică (genetică, biochimie, neuropsihologia, psiho-farmacologie etc.).

În scopul realizării acestor obiective pe care și le propune, igiena mintală utilizează o gamă complexă și variată de **metode**.

a) *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.

b) *Metodele de influențare a sănătății mintale* sunt metode psihoprofilactice de igienă mintală care urmăresc păstrarea, protejarea și stimularea sanogenezei, cu combaterea concomitentă a factorilor morbigenetici.

c) *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 acesteea. În acest sens se va ține seama de următoarele:

- planificarea riguroasă a regimului de muncă;
- evitarea eforturilor excesive sau a monotoniei;
- asigurarea unor condiții socioeconomice 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 morbigenetici cu acțiune psiho-traumatizantă asupra persoanei;
- accesul individului la valorile culturale, morale și spiritual-religioase favorabile dezvoltării ortopsihice a personalității sale;
- instituirea unor forme de educație sanitară 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 etnosociale, în raport cu variațiile unor modele socioculturale diferite. Se remarcă, în sensul acesta, mai multe niveluri de accepțiune a măsurilor de igienă: în raport cu tradițiile și cutumele statuate; în raport cu temperamentul specific grupei respective; în raport cu comportamentele și normele acestora. Din aceste motive, pentru a putea impune regulile igienei mintale, sunt necesare vederi largi, un spirit deschis de toleranță și înțelegere, bunăvoință, 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 postcură și recuperare (sanatorii, cămine-școală, școli profesionale protejate, învățământ special etc.). Un loc important îl au cabinetele de psihiatrie din rețeaua medicală de asistență ambulatorie 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, toxicomaniile, tentativele de suicid, delinvența etc.

Igiena mintală individuală sau a persoanei 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, L. Bellak, M. Bates, A. J. Bindmann și A. D. Spiegel, O. Bumke, J. A. Clausen, H. Carrol, G. Caplan, H. Grunebaum, 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 profesional, dezvoltarea încrederii în sine, formarea unor relații interpersonale pozitive, care să confere personalității o dinamică normală.

Această ramură a igienei mintale 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 sanogeneză, 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 psihoigienă adecvate**, care constau din următoarele:

- măsuri de psihoigienă 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 antisociale de tip sociopatic;
- educația sanitară 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-delinvenți 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 precădere al celor cu un potențial agresiv antisocial crescut.

Acțiunea de igienă mintală se desfășoară în trei etape:

a) Psihoprofilaxia acționează asupra cauzelor, a factorilor stresanți, atenuând sau chiar împiedicând acțiunea lor psihotraumatizantă asupra individului. Ea are două aspecte: profilaxia nespecifică sau medico-socială (în familie, la locul de muncă, în colectivitățile școlare, în comunitatea umană); profilaxia specifică sau psihoindividuală (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 suprimarea acesteia 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 recupereze, 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 revine rețelei de intervenție în criză „Hot-line”, – cea mai importantă formă de acțiune de igienă mintală cu caracter social.

Depistarea factorilor de risc morbigenic 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 acesteia; 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 psihoigienă 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 *igiена mintală*.
7. Numiți și explicați modelele de educație a sănătății organice și 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 Daniel *Metodologia cercetării clinice*. Iași: „Polirom”, 2006.
2. David Daniel *Psihologie clinică și psihoterapie*. Iași: „Polirom”, 2006.
3. Enachescu C. *Tratat de igiena mintală*. Iași: „Polirom”, 2004.
4. G. Ionescu *Psihoterapie*. București: Editura Științifică, 1990.
5. Iamandescu I. B. *Psihologie medicală. vol. I, Psihologia Sănătății*. București: „Infomedica”, 2005.
6. Tudose Florin *Fundamente în psihologia medicală. Psihologie clinică și medicală în practica psihologului*, București: Editura Fundației „România de Măine”, 2003.
7. Tudose Florin *Orizonturile Psihologiei Medicale*. București: „Infomedica”, 2003.
8. Tudose Florin *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București: „Infomedica”, 2000.
9. Tudose Florin; Tudose C. *Abordarea pacientului în psihiatrie*. București: „Infomedica”, 2002.

TEMA 15. APLICAREA METODELOR PSIHOTERAPEUTICE ÎN MEDICINĂ

Structura:

1. Definirea psihoterapiei.
2. Analiza tipurilor de psihoterapie în funcție de modalitatea de derulare a ședințelor.
3. Analiza orientărilor în psihoterapie.
4. Psihoterapia și consilierea psihologică.

Obiective 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.

Cuvinte-cheie: psihoterapie; tehnici de psihoterapie; consiliere psihologică; sugestie; autosugestie.

1. Definirea psihoterapiei

Cuvântul *psihoterapie* provine din – greaca veche, *psychē*, însemnând spirit, suflet 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 distresului 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 mintale 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 psihoterapie 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 mentale diagnosticabile sau problemelor cotidiene de relaționare și de satisfacere a scopurilor personale. Tratatamentul 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 natura 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, îi va da drumul, fiind în continuare în spatele acestuia pregătit să-l prindă dacă se va dezechilibra, 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 tehnicile utilizate, se consideră că cel mai important element în acest domeniu la ora actuală este *relația terapeutică* - factor comun în toate orientările terapeutice (Dafinoiu I., 2000).

Psihoterapia este practică de psihologi, medici, psihiatri, asistenți sociali, teologi, consilieri sau absolvenți de alte studii superioare și care au format în psihoterapie. În România, și, respectiv, în R. Moldova, 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 de care aparține respectivul terapeut.

Psihoterapia poate fi practică 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 căreia 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 din membrii cuplului. La terapia de cuplu apelează cei doi soți / prieteni 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);
- *hipnoterapia* (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.

Această formă de tratament se bazează pe teoriile lui Sigmund Freud asupra inconștientului dinamic și conflictului psihologic. Este o terapie de lungă durată ce se adresează tuturor 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 trei până la cinci ori pe săptămână de-a lungul unui număr de 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 îi afectează viața, adesea în mod inconștient. Scopul psihanalizei este reorganizarea structurală a personalității, rezoluția conflictelor inconștiente, conștientizarea evenimentelor intrapsihice și dispariția simptomelor de ordin psihogen.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală caută prin diverse metode să identifice și să modifice cognițiile 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 așezat pe scaun, față în față cu terapeutul. Pacientul trebuie informat ca psihoterapia cognitiv-comportamentală îl va ajuta să se ajute singur, iar terapeutul îl va învăța să achiziționeze abilități prin care să rezolve nu numai problema prezentă 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 viața 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 simpla nevroză și până la tulburările 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 mai 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 alți oameni duce la sentimentul lipsei de sens, care poate fi depășit numai prin crearea valorilor și 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 atât de a vedea cum a apărut problema, ci, 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 potriviți, ca și bolnavii suferinzi 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, creșterii testării realității, reasigurării, sfaturilor și ajutorului pentru dezvoltarea abilităților sociale.

În foarte puține cazuri, cercetările au demonstrat superioritatea eficacității unor psihoterapii în tratarea unor probleme specifice. De exemplu, este acceptat că cele mai bune rezultate în tratamentul fobiilor îl are terapia comportamentală, folosind tehnica desensibilizării sistematice. De asemenea, în cazul tulburărilor anxioase, în special în cazul atacurilor de panică, s-a demonstrat ca o terapie bazată pe relaxare musculară, restructurare cognitivă, expunere la diverși 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, tulburărilor sexuale, anxietății generalizate, 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 diferitele orientări psihoterapeutice se referă în primul rând la importanța modificării comportamentale (terapia cognitiv-comportamentală) versus importanța insight-ului (psihoterapiile de orientare psihodinamică). Cercetările recente arată însă că o combinație a celor două este cea mai eficace în tratament și că aderarea la una sau alta orientare depinde în mare măsură de modul în care psihoterapeutul însuși se descurcă cu tehnicile 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 intelectualizare. Acesta 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 atât cu individul cât și pentru optimizarea relațiilor interpersonale (relațiile dintre copii și părinți, relațiile dintre soți etc.) și/sau pentru autocunoaștere și dezvoltare personală.

Așa cum consilierea juridică este specifică juristului, consilierea medicală – medicului etc., consilierea psihologică este apanajul psihologului. Consilierea psihologică presupune intervenția specialistului pentru optimizarea vieții personale, a relațiilor, 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:

a) în scopul optimizării adaptării, cunoașterii de sine și dezvoltării personale și/sau

b) în scopul prevenirii apariției ori 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. Mai specific, termenul de consiliere descrie relația interumană de ajutor dintre o persoană specializată – *consilierul*, și o altă persoană care solicită asistența de specialitate – *clientul*. Relația dintre consilier și persoana consiliată este una de alianță, de participare și colaborare reciprocă.

Scopul fundamental al consilierii este functionarea 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:** funcționare optimă din punct de vedere somatic, fiziologic, mental, emoțional, social și spiritual.

2) **Dezvoltarea personală:** cunoaștere de sine, imaginea de sine, capacitatea de decizie responsabilă, relaționare interpersonală armonioasă, controlul stresului, tehnici de învățare eficiente, atitudini creative, opțiuni vocaționale realiste.

3) **Prevenție a:** dispoziției afective negative, neîncrederii în sine, comportamentelor de risc, conflictelor interpersonale, dificultăților de învățare, dezadaptării sociale, disfuncțiilor psihosomatice, 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, luare de decizii 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 suportivă creând un cadru în care clientul își poate exprima emoțiile, conflictele;
- se concentrează 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 viața de cuplu, dificultățile de relaționare, insomniile, tulburările de alimentație și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în faza de remisiune, unde vine în completare tratamentul 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 benefică persoanelor care sunt preocupate de dorința de autocunoaștere, de o mai bună înțelegere a propriului *eu* și de nevoia de evoluție în plan spiritual.

Intrebări și exerciții pentru consolidarea și autoevaluarea cunoștințelor:

1. 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: „Polirom”, 2006.
2. David D. *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*. Iași: „Polirom”, 2006.
3. Hâncu V. *Convorbirea non-directivă, tehnica, mecanismele și valențele sale terapeutice*. În revista: *Recuperarea și integrarea persoanelor cu handicap*. București: „INRESPH”, 1995.
4. Dafinoiu I. *Elemente de psihoterapie integrativă*. Iași: „Polirom”, 2000.
5. Pesseschkian Nossrat *Psychotherapy of Everyday Life*. Berlin: „Heidelberg”, 1996.
6. Oprea N., Revenco M. s.a. *Psihologie generală și medicală*. Chișinău: “Știința”, 1993.