

**Maria Dorina Pașca**

**Noi perspective în psihologia medicală**

**ISBN 973 -8406- 22-6**

**Editura ARDEALUL**

**Consilier editorial: *Eugeniu Nistor***

**Format: 16 / 61 x 86; coli tipo. 30**

**Toate drepturile rezervate: *Maria Dorina Pașca***

**Apărut: 2006**

MARIA DORINA PAȘCA

**NOI PERSPECTIVE  
ÎN  
PSIHOLOGIA MEDICALĂ**



**Editura ARDEALUL**  
*Biblioteca de psihologie,*  
Târgu Mureș, 2006



## MOTTO:

“Psihologia medicală își propune să readucă în medicină, omul ca persoană.”

(G.Ionescu-1973)



# CUPRINS

- Argument /11

## **Cap.1.- Ce este psihologia medicală/21**

1.1.-Definirea conceptului de psihologie medicală/23

1.2.-Legăturile interdisciplinare ale psihologiei medicale/30

## **Cap.2.- Boala și dimensiunea sa psihologică/41**

2.1.-Sănătatea ca stare de bine/43

2.2.-Boala și disconfortul psihic/49

## **Cap.3.-Normalitate și anormalitate din perspective psihologice/59**

3.1.-Normalitatea în similitudinea sănătății/61

3.2.-Relația dintre anormalitate și boală/74

## **Cap.4.-Între evenimentul de viață și vulnerabilitate/81**

4.1.-Stilul de viață-amprentă psihologică/83

4.2.-Evenimentul de viață între impact și efect/94

4.3.-Vulnerabilitatea ca stare de fapt/105

## **Cap.5.-Implicare-adaptare-stres/113**

5.1.-Adaptarea și mecanismele adaptării/115

5.2.-Valoarea psihică a stresului și-a agenților stresori/121

## **Cap.6.-Cunoașterea personalității umane/145**

6.1.-Schițarea trăsăturilor de personalitate/147

6.2.-Compartimentări ale tipologiei umane/156

6.3.-Personalitate normală-concept structural/172

6.4.-Configurații ale tulburărilor de personalitate/181

## **Cap.7.-Între durere și situația limită/193**

7.1.-Durerea-preambului suferinței și bolii/195

7.2.-Situația limită și atitudinea în fața morții/207

7.3.-Terapia durerii între acceptare și refuz/223

## **Cap.8.-Structuri ale comunicării și relaționării între medic-pacient vs. pacient-medic/231**

8.1.-Comunicarea medic-pacient vs. pacient-medic/233

8.2.-Relația între/dintre medic-pacient vs. pacient-medic/253

8.3.-Medicul în rolul de pacient/269



## **Cap.9.-Interrelația de vîrstă între pacient și medic/273**

9.1.-Ciclul vieții-moment evolutiv/275

9.2.-Pacientul copil-inocența/287

9.3.-Pacientul adolescent-căutarea/296

9.4.-Pacientul adult-stabilitatea/301

9.5.-Pacientul bătrîn-senectutea/303

## **Cap.10.-Rolul medicamentului în intervenția terapeutică/309**

10.1.-“Actul de identitate” al medicamentului/311

10.2.-Reacția psihologică la terapia medicală/317

10.3.-Incursiune în perceperea efectului placebo (E.P.)/322

## **Cap.11.-Elemente de psihotraumatologie/331**

11.1.-Trauma ca realitate psihică/333

## **Cap.12.-Elemente de psihoterapie/345**

12.1.-Elementele de identitate ale psihoterapiei/347

12.2.-Psihoterapia, complementara tratamentului medical/359

12.3.-Concept și accept privind terapia Balint/381

**Cap.13.-Intervenția psihologică în copingul bolnavilor  
de lungă durată/ 387**

13.1.-Noi repere HIV/SIDA/389

13.2.-Cancerul între timp și adevăr/407

**Cap.14.-Momentul psihologic al comportamentului  
adictiv/419**

14.1.-Elementele caracteristice adicției/421

14.2.-Alcoolismul, abordare atitudinală/424

14.3.-Drogul-drumul dintre curiozitate și  
dependență/433

**Cap.15.-“Foaia de ...jurnal “ a medicului  
practician/447**

15.1.-“Foaia de observație” a pacientului vs. “foaia de  
...jurnal” a medicului/449

Bibliografie/459

## **Argument-**

Pornind chiar de la **mottou**:

“Psihologia medicală își propune să readucă în medicină, omul ca persoană”, aparținând lui George Ionescu (1973), cartea dorește să suscite interesul cuvenit, atât din partea medicului cât și a psihologului, realizând “țesătura” unei structuri comportamentale a celui asupra căruia se îndreaptă atenția celor doi,- **persoana bolnavă-pacientul.**

Așa cum o demonstrează și vasta literatură de specialitate, psihologia medicală reprezintă și astăzi, un domeniu sensibil în care, accentul e necesar a fi pus, pe relația psihologică a medicului cu pacientul/bolnavul, făcând în așa fel încât, durerea, suferința și în final boala, să-și găsească mediu de ameliorare sau/și vindecare.

Considerăm că în compartimentul “psihologie medicală” încă nu s-a spus și scris totul, fiecare oferind celor interesați noi aspecte ale triadei-medic-pacient-boală, și din acest punct de vedere, cartea de față surprinde într-o structură personală de abordare, noi perspective ale conceptului și evoluției în sine a disciplinei.

În acest context, cartea este adresată în primul rând **studenților mediciști** și se dorește a fi **un bun îndreptar de bună practică** stând la baza formării psiho-medicale necesară pentru practicarea cu succes a viitoarei profesii, cât și un mijloc de a pune întrebări și găsi răspunsuri din partea bunilor practicieni. De aceea, mottoul, reîntorcându-ne la filosofia lui, dăruiește omului locul ce i se cuvine într-un domeniu în care, valoarea umană are datoria să primeze, fiind singura la care ne putem raporta.

Structurată pe parcursul a 15 capitole, cartea are fluența și cadența tematicii pe care și-o propune, plecând

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
de la concept și ajungând la “foaia de jurnal” a medicului,  
trecând printr-o evoluție constructivă a elementelor atât  
teoretice cât și practice surprinse de-a lungul întregii  
compartimentări a lecturii propuse.

Astfel, cartea abordează:

Cap.1.-Ce este psihologia medicală-definește conceptul  
cât și legăturile sale interdisciplinare, pornind de la cele  
menționate de Paul Popescu-Neveanu, că “psihologia  
medicală își poate restrânge studiul, la domeniile  
relațiilor interpersonale și ale grupurilor mici, având ca  
obiect psihologia bolnavului și a relațiilor sale cu  
ambianța, legăturile sale subiective cu personalul  
medico-sanitar și cu familia sa.

Totodată, ea studiază și reacția psihică a bolnavului  
față de agresiunea somatică și/sau psihică și mijloacele  
psihice de tratament”.

Cap.2.-Boala și dimensiunea sa psihologică-surprinde  
faptul că sănătatea este și trebuie să rămână o stare de  
bine psihică, somatică și socială a individului, fapt care

determină existența unui echilibru între aceasta și boală, cea din urmă văzută ca având puterea de a dezorganiza armonia ce face ca ființa umană să fie creuzetul vieții, amplificând dorința de a trăi, fără ca nimic să poată face ca omul în neștiința sa, s-o tulbure.

Cap.3.-Normalitate și anormalitate din perspective psihologice-remarcă faptul că cele două au un punct comun și anume, capacitatea omului de a trăi în „armonie” și de a manifesta atitudini în dezacord, având în vedere și faptul că, actul prin care ”abaterea” de la “unghiul drept” este sau nu semnificativă în planul activității umane.

Cap.4.-Între evenimentul de viață și vulnerabilitate- aduce în atenția celui interesat, importanța stilului de viață ca amprentă psihologică a ființei umane cât și faptul că vulnerabilitatea devine efectul cauzei, fiind în cazul nostru și evenimentul de viață, ancorate într-un mediu ce “justifică” cauzalitatea celor menționate anterior.

Cap.5.-Implicare-adaptare-stres-revine în actualitate, fiind o consecință așa cum Iamandescu I.B.(2002) sublinia că ”Stresul în sine nu este nici bun, nici rău, doar consecințele sale asupra corpului și psihicului unui individ ne permit să evaluăm dacă efectul său global este pozitiv sau negativ”.

Cap.6.-Cunoașterea personalității umane își propune a parcurge un traseu al cogniției, pornind de la schițarea trăsăturilor de personalitate, la compartimentările tipologiei umane, punctând totodată conceptul structural al personalității normale cât și configurațiile tulburărilor inerente într-o asemenea complexă structură.

Cap.7.-Între durere și situația limită-reprezintă momentul în care, conștientizarea durerii ca preambul al suferinței, face trecerea spre o reacție atitudinală asupra morții cât și a situației limită în implicarea directă și personală, prin acceptare și refuz în cazul aplicării terapiei durerii.

Cap.8.-Structuri ale comunicării și relaționării între medic și pacient vs. pacient-medic-sintetizează efectul pe care, în actul medical propriu zis, cele două formează diada complementară celorlalte-medic-pacient/sănătate-boală, acumulând concepte, atitudini și comportamente, menite a decodifica manifestările, trăirile și sentimentele celor aflați în suferință. Respectul reciproc cât și responsabilitatea celor doi-medic-pacient vs. pacient-medic, aduc în prim plan în cele din urmă, calitatea și valoarea umană.

Cap.9.-Interrelația de vârstă între pacient și medic-pune accentul în primul rând pe ciclul vieții ca moment evolutiv cât și pe importanța cunoașterii din perspectiva cronologică a identității umane, pornind de la inocență și căutare, ajungând la maturitate prin stabilitate, senectutea fiind înțelepciunea ce face ca “apusul de soare să fie totuși, răsărit”.

Cap.10.-Rolul medicamentului în intervenția terapeutică-identifică importanța în sine a



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
medicamentului, a reacției psihologice la tratamentul  
medicamentos cât și implicațiile de ordin bio-psiho-social  
al efectului placebo.

Cap.11.-Elemente de psihotraumatologie-menționează  
doar câteva momente ce ne introduc în cunoașterea  
complexă a fenomenului , având în prim plan, trauma ca  
realitate psihică.

Cap.12.-Elemente de psihoterapie-abundă în  
prezentarea sau/și schițarea unor terapii psihologice,  
dorite a fi parte componentă sau complementară a  
tratamentului medicamentos, ca efect al implicațiilor și  
relațiilor pozitive dintre medicină și psihologie.

Cap.13.-Intervenția psihologică în copingul bolnavilor  
de lungă durată- demonstrează faptul că lupta între viață  
și moarte, timp și adevăr, aduc spre lumină, repere noi în  
evoluția înțelegerii, acceptării și împăcării cu suferința,  
atunci când HIV/SIDA și cancerul sunt înscrise în rubrica  
bolii. Nimic nu poate fi mai trainică în dorința de a  
învinge și a trăi, decât ceea ce simte o fetiță de 7 ani.

-, „Când voi fi mare, îmi doresc să mă fac ...bunică”.

Cap.14.-Momentul psihologic al comportamentului adictiv-analizează elementele caracteristice adicției, abordând din perspective atitudinale atât alcoolismul cât și drogul, cel din urmă fiind considerat la început ca drumul dintre curiozitate și dependență. Interesant este faptul că “Dacă pe un individ îl tratezi așa cum este el, acesta va rămâne așa cum este; dacă va fi tratat așa cum ai dori să fie sau ar putea fi, el va deveni cel dorit sau cel care ar putea fi” remarca cu înțelepciune, Goethe.

Cap.15.-“Foaia de ...jurnal” a medicului practician-dă libertatea celui ce parcurge conținutul cărții și se implică în evoluția și valoarea ei, de a veni cu propria trăire, dar și observație și experiență, în întâmpinarea cunoașterii și autocunoașterii sale, a evaluării și autoevaluării actului medical în sine, neuitând nici o clipă că, harul alinării și vindecării celui suferind, Dumnezeu nu-l dăruiește orișicui.

Pe lângă tratarea personalizată a fiecărui capitol în parte, care cuprinde și nota de originalitate prin acele **cuvinte cheie** ce semnifică atenționarea asupra celor ce urmează a fi receptate și **post scriptum** ce are valoarea unui moment de reflecție care aduce în atenția cititorului, fie specialist sau nu, a esenței, ce surprinsă într-un gând sau remarcă, definește implicarea directă a celui aflat în cauză, dând girul valorii.

Sub aceste auspicii și perspective, am considerat de cuvință a da credibilitate într-un moment de căutare și redefinire a ființei umane în contextualitatea dezvoltării sale, dictonului “Mens sana in corpore sano”.

Șef de lucrări-lector univ.dr.  
psih. Maria Dorina Pașca



## **CAP.1. Ce este psihologia medicală**



## **Cuvinte cheie:**

**-definiție – concept – psihologie - psihologie medicală - legături- interdisciplinaritate - importanță**

### **1.1. Definirea conceptului de psihologie medicală**

A porni pe drumul lung al studiului psihologiei medicale, înseamnă a căuta și a găsi acele elemente care converg în relația lor, spre **om** aflat în cele două ipostaze, create de conjuncturi diferite: **medic** și **pacient**.

Căutările celor interesați în a „acoperi” acest domeniu, pornesc de la însăși definirea a ceea ce

reprezintă **psihicul**, dată de Paul Popescu Neveanu care-l consideră a fi 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 transformatoare. În același context, autorul menționat anterior, precizează și faptul că, **obiectul psihologiei generale** tratează procesele, sistemele și însușirile psihice integrând și problematica generică a personalității.

Rămânând în sfera abordării **psihologiei**, în Larousse-Dicționar de psihologie, Nourbert Sillomy-1996-subliniază faptul că , la început axată pe omul normal, adult și civilizată, ea și-a extins investigațiile la bolnav, la copil, la omul primitiv, la grupurile sociale și chiar la animal. Își probează existența și își demonstrează importanța în acțiunea sa practică. Câmpul ei de aplicație, care pare nemărginit, crește continuu. Tehnicile ei



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
particulare formează un ansamblu de neînlocuit de acțiuni  
și de cunoaștere a ființei umane.

În acest context, **psihologia medicală** așa cum  
menționa Paul Popescu Neveanu, își poate restrânge  
studiul, la domeniile relațiilor interpersonale și ale  
grupurilor mici, având ca obiect, psihologia bolnavului și  
a relațiilor sale cu ambianța, legăturile sale subiective cu  
personalul medico-sanitar și cu familia. Totodată, ea  
studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea  
somatică și/sau psihică și mijloacele psihice de tratament.

Pornind din acest punct, putem aborda conceptul  
de **psihologie medicală** urmând un traseu istoric al  
evoluției sale și ajungând la momentul în care **ea** (Tudose  
Fl.-2003) se referă la atitudinea față de bolnav și boală,  
față de sistemele de îngrijire a sănătății, atât ale  
individului bolnav, cât și ale celui sănătos, acest lucru  
incluzând logic și atitudinea medicului și a celor ce  
lucrează în domeniul medical față de propria profesiune.

Dacă am porni de la **Homer** ca fiind filosoful care face prima legătură dintre cap și suflet, afirmând că sufletul eroilor iese pe gură, dar despărțind pyche de timos-spiritul, localizat în diafragma cu care gândește și simte omul și ajungând la **Platon** care vede omul ca structură duală, în același timp, trup și suflet.. parcurgând încă un pas, **Aristotel** consideră corpurile vii, realități „care se hrănesc, cresc și dispar prin sine însuși”, și trecând printr-o metamorfoză, din dimensiunea antică, la cele apropiate nouă cu viteza gândului, **Myra și Lopez** (1952)-subliniază necesitatea unei orientări psihologice a medicinei, “refuzând un mecanism simplu, precum și o teoretizare abstractă și inoperantă”.

Anii 1950-1960 aduc noi concepte privind psihologia medicală, completând începutul lui **Myra și Lopez**, cu **Iracy Doyle** (1952)-care subliniază necesitatea unei baze psihologice a cunoștințelor medicale, **Bini și Bassi** (1954)-susțin că „psihologia medicală este o psihologie care posedă o semnificație medicală”, iar

**Ernest Kretschmer** (1956) întreprinde eforturi susținute pentru a îndepărta confuzia dintre psihologia medicală și psihiatrie.

Înaintând în evoluția conceptuală a secolului XX, se cristalizează noțiunile astfel încât **M.B. Lebedinski și V.N. Miasiscev** (1966)-remarcă faptul că „psihologia medicală studiază problemele teoretice și practice ale medicinei, legate de psihologie, precum și problemele psihologice ale oamenilor bolnavi. Ea elaborează problemele despre rolul și locul particularităților psihice ale personalității în prevenirea, apariția, evoluția și tratamentul afecțiunilor, în consolidarea și păstrarea sănătății”. Înaintând în timp, **W. Habley** (1992) surprinde trei domenii deja clasice ale psihologiei medicale:

- a) –**situația de a fi bolnav**
- b) –**relația medic-pacient**
- c) –**psihologia profesiei medicale,**

extinzând aria de cuprindere a acesteia spre psihologia sănătății și cea comunitară. **Besancon G.** (1999) întărește

prin opinia sa faptul că, spiritul psihologiei medicale e necesar a fi prezent în practica medicală curentă, făcând față de la simplu consult la cele mai sofisticate și complexe tratamente, având ca punct țintă boala vs. bolnavul.

La noi, autori ca **Sahleanu V., Ionescu G. (1973), Athanasiu A.(1983), Iamandescu I.B (2002), Tudose Fl. (2003)** –au încercat prin preocupările lor , de a surprinde noi modalități care, într-o contextualitate dată, marchează și/sau întăresc conceptul de psihologie medicală. Astfel, **Săhleanu V. și Athanasiu A.** consideră că psihologia medicală trebuie să fie psihologia care are în centrul ei „drama” persoanei umane, punând accentul atât pe datele obiective, cât și cele subiective, în primul rând introspecția bolnavului și intuiția medicală. Periplul poate continua adăugându-se cu fiecare concept, o nouă atitudine, totuși, cert rămâne faptul că **Tudose Fl. (2003), psihologia medicală** prin specificitatea obiectivelor și mijloacelor sale de cercetare, oferă

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_

posibilitatea unei mai bune precizări și aprecieri a tulburărilor psihice din evoluția unui proces de îmbolnăvire, demers cu reverberații atât în diferențierea actului terapeutic, cât și în cea a modalităților de asistență medicală, proiectată competent și în comprehensiunea față de persoana bolnavă, ambianță și factori de risc. Ea oferă în acest mod și investigarea posibilităților de prevenție sau de minimalizare a consecințelor unor stări psihopatogene, având drept corolar, păstrarea sănătății.

Totodată, în conținutul **psihologiei medicale**, **Popescu-Brumă S.** (2000) se înscriu o serie de date supuse unor rigori științifice cum ar fi: relațiile bolnavului cu mediul său de viață, atitudinea subiectului față de moarte, de boală, fenomenele de transfer și contratransfer în cadrul relațiilor terapeutice, modele de comportament ale echipei terapeutice și aspectele psihologice ale unor traume fizice sau psihice.

Subliniindu-se în timp rolul important al psihologiei medicale privind etiopatogenia elementului

psihogen, ajungem la idea prin care **Ionescu G**, (1973) folosește termenul de „coeficient de psihogenie” ca o potentare a simptomatologiei de către individ, determinat de cunoștința bolii propriu-zise, reușind a-l susține, implica într-o atitudine terapeutică adecvată menținerii sănătății umane sau/și reabilitării acesteia.

Concluzionând, **psihologia medicală** este parte a **psihologiei** și nu a **medicinii**, în aria ei înscriindu-se problematica psihologică a bolnavului, cât și atitudinea omului sănătos față de boală (Popescu-Brumă S.2000).

## **1.2. Legăturile interdisciplinare ale psihologiei medicale**

Legătura interdisciplinară poate porni de la faptul că **Ionescu G**. (1973) indiferent de accepțiunea, de sensul mai restrictiv sau mai limitativ al noțiunii de psihologie medicală- conținutul acesteia rămâne esențialmente

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
centrat pe studiul variatelor aspecte ale reacției insului la boală, ale relației medic-bolnav, ca și ale tratamentelor psihologice. Se constată astfel că nu numai insul, persoana –pe versantul normal sau patologic al existenței sale-este o entitate tridimensională-somato-psiho-socială, ci și problematica sănătății și a bolii este legată de cele trei domenii ale cunoașterii: medical, psihologic și social. Configurația de mai jos cuprinde triada amintită anterior:

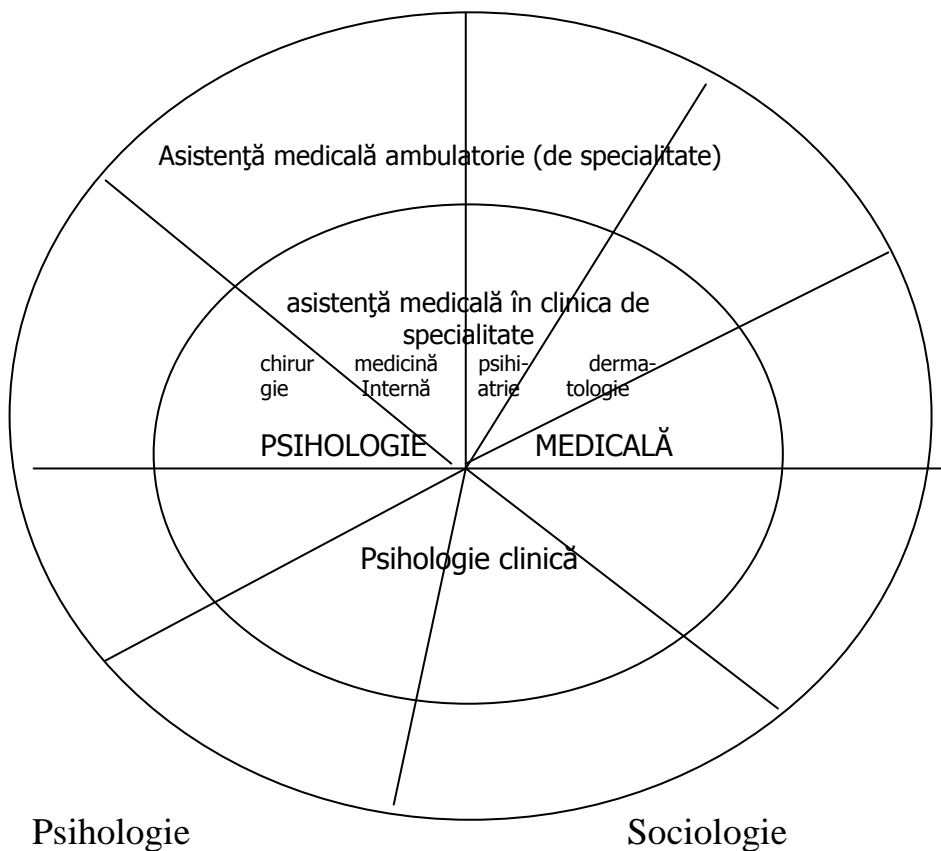


Figura nr.1.



Un loc aparte în înțelegerea finală a rezultantei o reprezintă relația ce se stabilește între **psihologia medicală** și **cea clinică**, cea din urmă fiind definită de Ionescu G. (1995) ca centrată asupra înțelegerii cazului particular al bolnavului, care își trăiește boala într-un anume fel determinat fiind de temperamentul său, de istoria vieții sale, toate acestea conducând la un diagnostic specificat și la o anumită conduită terapeutică. Ea reprezintă un corp de cunoștințe și abilități, orientat spre ajutorarea persoanelor cu probleme medicale și comportamentale, în scopul realizării unei adaptări personale satisfăcătoare, cu mai bune posibilități de autoexprimare. De aceea, psihologia medicală nu poate evolua și evalua eficacitatea decât prin raportarea sa la alte domenii de cunoaștere înrudite. Astfel, un loc aparte îl atribuie **psihologiei sociale**-prin prisma relației sociologice dintre medic și pacient, a legăturii cu alte profesii conexe (medici, biologi, chimiști, farmaciști) cât și a impactului pe care boala, bolnavul și omul

suferind le au asupra comunității ca „oglină” a stării de sănătate a întregii populații. O altă verigă în lanțul interdisciplinar o reprezintă **psihologia diferențială** care, folosind metodele psihometrice, testologia și psihodiagnoza, este esențială în evaluare, etalonare și diagnoză. Se adaugă **psihologia morală** care după Enăchescu C. (2002) are ca obiect atât Eul cât și Supra-Eul, concentrându-și studiul său asupra cunoașterii valorii morale, prin care persoana își construiește propriile sentimente morale, fiind complementară în acest sens, psihanalizei. Psihologia morală caută să înțeleagă natura individului din punct de vedere sufletesc și moral și să-i răspundă dilemelor legate de sensul vital și destin. Ea reface unitatea dintre prezența corporală ca exterioritate și interioritatea reprezentată de cunoștință și sentimentul moral.

„Psihologia medicală este în același timp clinică și experimentală, colectivă și individuală, normală și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
patologică, profilactică și terapeutică” -Lumache A,  
Burloud A, Davost P. -(1960), astfel încât îi găsim  
legăturile și cu: **psihopedagogia specială** din punctul de  
vedere al reabilitării persoanelor cu cerințe educative  
speciale-CES, **psihologia copilului** ca punct de pornire în  
abordarea și cunoașterea mai apoi a pacientului-copil, în  
toată complexitatea sa, a **psihologiei organizaționale**-ca  
reper privind relația dintre eșaloanele sanitare care vin în  
contact cu bolnavul, a **psihometriei**-prin implicarea  
rezultatelor testării psihologice a pacientului în  
cunoașterea acestuia, a **psihoterapiei** care subliniază  
necesitatea existenței în situații oportune și a  
tratamentului psihoterapeutic, iar “verigile” pot continua,  
parcurgând domeniul **științelor medicale și biologice**.

E momentul de a vorbi despre relația sa cu  
**psihiatria** ce reprezintă domeniul în care „tehnicile  
psihologice și datele obținute” sunt utilizate plenar-  
Tudose Fl. (2003) iar informația completează cunoașterea  
umană. Se adaugă **psihopatologia** ce mijlocește

cunoașterea din perspective patologice a pacientului, fiind așa cum menționa Sims A,(1995) „studiul manifestărilor tulburărilor mintale”. **Psihosomatica** Tudose Fl.(2003)-este o concepție medicală care stă la baza diagnosticului și a terapiei celui aflat în suferință și care înglobează datele furnizate de examenul medical „obiectiv”, constante biologice, date de examinare a corpului, explorări coroborate cu perspectiva psihologică și considerarea factorilor psihosociologici în determinismul bolii. Iamandescu I.B. (1999) consideră psomosomatica o adevărată mentalitate de abordare a pacientului, fapt ce l-a determinat a găsi următoarele caracteristici:

**„Concepția holistică (integrativă)-unitatea dintre SOMA și PSIHIE**

a)-Bază pe observații clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psiho-fiziologice , neuro-endocrinologice, etc.

b)-Includerea influenței mediului social (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii

c)-Reliefarea la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilități la stres:

-psihică

-de organ

d)-Impunerea stresului psihic ca factor de risc major în patogenează:

-aparent exclusiv

-sumativ”

considerând că este important din punct de vedere al impactului asupra pacientului a relației dintre psihologia medicală și unele științe umaniste. Astfel, **filosofia** îl ajută pe medic de a-și forma o concepție realistă despre viața și oameni în contextul în care relațiile interpersonale nu-și găsesc corespondentul în eficiență și valoare. **Sociologia** surprinde date legate de entități socio-culturale care se pot implica în decodificarea stării de sănătate a populației, cât și în găsirea unor modalități

de recuperare și resocializare a bolnavilor. Ca verigă de bază, **etica** aduce tot mai aproape morala de patul celui suferind, fiind alături și **religia** care apare pregnant surprinsă de capacitatea prin care bolnavul face din credință, ajutor, dar și liant în unele cazuri, luptând împreună pentru a învinge boala.

Din întregul nostru demers conceptual, rezultă faptul că psihologia medicală trebuie să-și găsească rolul dar și locul bine meritat în marea familie a medicinei unde, prin interdisciplinaritatea resurselor comunicate, valoarea umană este pusă în evidență, fiind păstrată sănătoasă și integră.

### **Post-scriptum:**

Președintele Asociației de Psihiatrie, Lopez-Ibor Alino J.J.-1999-preciza privind importanța studiului psihologiei medicale de către medici, următoarele:

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_

- nu se va trece la studiul psihiatriei de către studenții la medicină fără să se precizeze importanța patologiei psihiatrice în practica medicinei generale;
- prezentarea psihologiei medicale va permite folosirea acesteia în practica medicală curentă;
- vor fi prezentate fundamentele științifice, ținând de domeniul neuroștiințelor, științelor sociale și psihologiei generale.





## **Cap.2. Boala și dimensiunea sa psihologică**



## **Cuvinte cheie:**

**-sănătate-stare de bine-conflict-acceptare-boală-  
disconfort psihic-dualitate**

### **2.1.Sănătatea ca stare de bine**

Dacă ne-am opri o clipă la înțelepciunea poporului român, am putea constata că, pornind de la simplu salut pe care și-l adresează oamenii zilnic între ei, apar formulări ca: „Sănătate !”, „Mergi sănătos !”, „Hai noroc și sănătate !”, „Să fiți sănătoși !”, „Să dea Dumnezeu sănătate !”, „Mă închin cu sănătate ca la o luncă verde !”, „Rămâneți sănătoși !”, „Umblați sănătoși !”, „Bine-ai venit sănătos!”, „Bine te-am găsit sănătos !”, iar

derivațiile lor putând continua, **sănătatea** devine necesară și unică.

În aceeași notă de subscriere a **binelui** cu **sănătatea** sunt elocvente și proverbele, zicătorile care se remarcă prin mesaje ca:

- Sănătatea e o mare avere. (proverb arab)
- Sănătatea e mai importantă ca obiceiurile religioase. (proverb indian)
- Sănătatea e temelia bogăției. (proverb persan)
- Pentru omul sănătos în fiecare zi e sărbătoare. (proverb turc)
- Medicul te vindecă de boală, dar nu și de moarte; el e ca acoperișul care te apără contra ploii, dar nu și contra trăsnetului. (proverb chinezesc),

toate regăsindu-și chintesența în dictonul latin “Mens sana in corpore sano” (Minte sănătoasă în corp sănătos).

După acest imaginar periplu psiholingvistic privind elementul de **sănătate**, îl putem identifica alături de

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
**starea de bine** așa cum o definește Organizația Mondială a Sănătății. Pentru OMS, **sănătatea** nu este condiționată doar de absența bolii și disfuncția ei, ci se referă la un proces complex și multidimensional, în care starea subiectivă de bine este un element fundamental. Componentele **stării de bine** sunt:

1. **acceptarea de sine**=atitudine pozitivă față de propria persoană, acceptarea calităților și defectelor personale, percepția pozitivă a experiențelor trecute și viitoare;
2. **relații pozitive cu ceilalți**=încredere în oameni, sociabil, intim, nevoia de a primi și a da afecțiune, atitudine empatică, deschisă, caldă;
3. **controlul**=sentimentul de competență și control personal asupra sarcinilor, își crează oportunități pentru valorizarea nevoilor personale, face opțiuni conform cu nevoile proprii;
4. **sens și scop în viață**=direcționat de scopuri de durată medie și lungă, experiența pozitivă a trecutului și

relevanța viitorului, convingerea că merită să te implici, curiozitate;

5. **dezvoltarea personală**=deschidere spre experiențe noi, sentimentul de valorizare a potențialului propriu, capacitate de autoreflexie, percepția schimbărilor de sine pozitive, eficiență, flexibilitate, creativitate, nevoia de provocări, respingerea rutinei;

Concentrând largă definiție dată de OMS **sănătății**, ajungem la identitatea sa prin formula de: **starea de bine, psihic, somatic și social al individului**, fapt care determină a ne opri o clipă la ceea ce sublinia Athanasiu A.(1983), adică faptul că „Sănătatea este privită de către patolog ca o stare de **integritate**; de către clinician, ca o **lipsă de simptome**; de către bolnav ca o stare de **bien-etre** (valetudo).

Dacă P.Valery scria că **sănătatea** este starea în care funcțiile necesare se îndeplinesc „inevitabil sau cu plăcere”, putem să observăm cât de greu ne vine a da o definiție a stării de sănătate chiar dacă Iamandescu

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
I.B.(2002), pare la îndemâna fiecărui individ-întâmpină **dificultăți reale** cauzate, în primul rând de **posibilitatea evoluției „subterane”** (asimptomatică în plan subiectiv și la examenul clinic) a unor procese patologice care pot fi decelate doar cu mijloace paraclinice-fie ele simple, fie complicate. În al doilea rând, **subiectivismul bolnavului** face ca apariția bolii să fie mai târziu înregistrată ( „bolnavi ignorați”) sau, din contră, să fie semnalată în mod eronat ( „bolnavi închipuiți”).

Astfel, ajungem să decodificăm **sănătatea** ca fiind circumscrisă celor trei elemente:

a) **sănătatea umană**, Tudose Fl.(2000) 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;

b) **sănătos psihic**, afirmă Cornuțiu G. (1998) 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 activității, o caută, este voluntar, vrea să se afirme, să se împlinească. El are un set de valori ierarhizate și voluntare pe care le promovează.

c) **sănătatea somatică**, Iamandescu I.B.(2002) poate fi cuantificată pe baza unor indicatori care circumscriu statistic normalitatea (morfologici, funcționali, de rol social).

Putem conchide, așa cum, după Lăzărescu M. (1995) sănătatea presupune o **perspectivă dinamică** prin



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
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.

## **2.2. Boala și disconfortul psihic**

Dacă spunem că sănătatea poate fi în general admisă ca o stare de bine, **boala**-Mărgineanu N. (1973) rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dizarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluție al ființei, ci și pe cel al lumii și al societății. Toate acestea după ce Hipocrat ajunge a considera că **la tot ce supără i se spune boală**, Lăzărescu M.(1999) subliniază că domeniul bolii „se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul

dificitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare”.

În acest context, **boala** este în antiteză cu sănătatea, astfel încât aceasta **anticipează o serie de amenințări**, Iamandescu I.B.(2002) la adresa integrității și/sau capacității sale fizice, mergând până la pieirea sa, mai ales dacă informațiile sale despre cazuri similare îi sugerează astfel de posibilități. În câmpul vieții sale socio-profesionale și familiale apar, de asemenea, în caz de îmbolnăvire gravă, **fisuri** capabile-în anumite situații greu previzibile-mai ales la începutul bolii, să se adâncească și să-l facă pe bolnav să-și modifice, dacă nu statutul și rolul său, cel puțin **insertia la nivel de grup** până atunci satisfăcătoare sau chiar ideală.

Din această perspectivă, alături de boală, o atenție deosebită trebuie s-o acordăm **omului bolnav**, Ionescu G.(1973) existența umană aflată în această postură al cărei dramatism accentuează caracterul imediat și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
particular al bolnavului și îi schimbă modul de reflectare,  
ca și orientarea conduitei.

Implicarea factorului **om** ca “beneficiar” al stării de boală, suscită interes din punct de vedere al interpretării, opinia cunoscuților Tudose Fl. și Iamandescu I.B. surprinde cu multă responsabilitate-tot ce poate reprezenta **boala** în chintesența sa. Astfel, Tudose Fl. (2003), subliniază faptul că “boala umană se caracterizează în general, prin perturbarea la diverse nivele și din variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectiva corporal-biologică sau psihic conștientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus și o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăți obiective și subiective în prezența, adaptarea și eficiența în cadrul vieții sociale, dezadaptarea, involuția, moartea nefirească (prin accident)ori evoluția spre constituirea defectualității sau deteriorării grave”.

Iamandescu I.B.(2002) definește persoana bolnavă ca fiind totalitatea acelor abateri statistice de la normal (apreciate atât din punct de vedere somatic cât și psihic și social), abateri care, fie că alterează capacitatea omului de a activa în planul vieții sale personale, profesionale ori sociale (capacitatea văzută în dublă ipostază:fizică și psihică) fie că reprezintă (conțin) prin potențialul lor evolutiv, primejdia unei astfel de alterări.”

Rezultă din contextualitatea celor menționate anterior, că este destul de greu a surprinde în definiții, fenomenul-**boală**, dar și, paradoxal, i se acordă un timp fizic și psihic mult mai mare decât sănătății, deoarece ea, crează probleme, reușește chiar să ducă la apariția aceluși disconfort psihic ce cumulează atitudini și conduite comportamentale.

Sub acest aspect, după Lăzărescu M. (1999) **boala psihică** constă într-o denivelare (simplificare), dezorganizare (destructurare), dezechilibrare

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
(dizarmonie) a vieții psihice conștiente a persoanei. Tot  
autorul , (1995) subliniază faptul că “**boala psihică**  
anulează capacitatea de autodepășire și de creație a  
subiectului și poate conduce la diverse forme și intensități  
de **defect psihic**. Astfel, ca o consecință a stării de fapt,  
Cornuțiu G.(1998) un om devine **bolnav psihic** din  
momentul în care nu-și mai este suficient sieși, făcând  
eforturi pentru a se accepta ori neacceptându-se,  
neacceptându-i nici pe alții, acordând o atenție și o  
preocupare crescută pentru propriul corp, propria  
persoană, interogând fără a-și găsi răspunsul și liniștea în  
propriile valori, ori lipsindu-se de valori.

Suntem în momentul în care boala psihică  
răstoarnă înțelesuri și crează dizarmonie și disconfort  
atunci când **sănătății mentale** i se “uită” importanța și  
valoarea. De fapt, prin justapunerea celor două, viața își  
are zi și noapte, bucurie și tristețe, naștere și moarte.

Atunci, cu siguranță vom ști să acordăm **sănătății**  
atributele sale de **mental sănătos**, concurând prin

accepțiune, criteriile funcționale ale acesteia (după Hinsie L. și Campbell J.R.-1985) Tudose Fl.(2003).

- independență rezonabilă în relațiile cu ceilalți indivizi;
- autodirecționare;
- capacitatea de a avea o slujbă și de a lucra împreună cu ceilalți;
- capacitatea de a răspunde regulilor și autorității obișnuite;
- capacitatea de a depăși dificultăți curente;
- abilitatea de a avea relații de prietenie și iubire;
- capacitatea de a da și a primi afecțiune;
- toleranță la frustrare;
- simțul umorului;
- abilitatea de a se recrea, de a avea hobby-uri;
- capacitatea de a dezvolta sentimente altruiste;

Dualitatea sănătate-boală întruchipează, psihologic vorbind, achiziția și responsabilitatea actului viu, de a trăi, de a fi în viață, de a derula concepte, sentimente și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
atitudini. A oscila între sănătate și boală-e de fapt  
necesitatea de a ne găsi fiecare **echilibrul** între cele două,  
dând valoare **cuvântului**, crezare **omului** (medicului) și  
**trăind** cu multă cumpătare viața. De aceea, “balanța  
vieții”

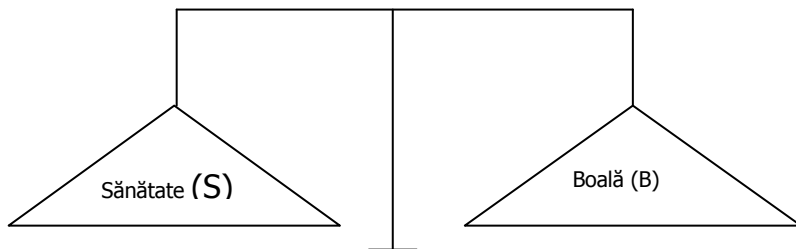


figura nr.2

necesită echilibru între S (sănătate) și B (boală),  
rezultanta lor decodificând stilul de viață și calitatea  
acesteia.

“Diferențele” dintre sănătate și boală zădărnicesc  
de multe ori înțelegerea importanței tratării fiecăruia la

valoarea ce-o reclamă. Dacă anterior se vorbea despre **omul bolnav**, identitatea sa așteaptă în unele cazuri prea mult, “deoarece, recunoașterea în **rolul de om bolnav, suferind**, presupune mutații bio-psiho-sociale importante. Întrebările care și le pune, neliniștile ce apar și dezechilibrul evident la un moment dat, converg spre cea ce este cunoscut sub forma de “krankenkarriere” (Ingrid Bock), adică, “ezitarea” celui în cauză de a se prezenta la medic, prelungirea unei stări în ideea că, “până la urmă, va trece durerea și totul va fi bine, va intra în normal”. Dar și atunci vorbim despre:

- apariția unor simptome;
- apelul la cunoștințele sale medicale dar mai ales la cele ale unor semiprofesiioniști;
- autoeducația;
- bagatelizarea simptomelor;
- prezentarea în ultimă instanță la medic;

cu implicații nefaste la adresa sănătății.



Dacă cel suferind ar reuși să “uite” și să nu apeleze la “amânările” de mai sus, boala s-ar diagnostica din timp iar întrebările de tipul:

- ce pot să știu?
- ce trebuie să fac?
- cât îmi este permis să sper?

kantiene în fond și care permit cunoașterea, vor face ca relația medic-pacient, și calitatea de bolnav/pacient, să manifeste structural conceptul de boală, dând valențe cognitive sănătății. Imaginea celor două nu trebuie să reprezinte distorsiunea dintre plus și minus, ci reciprocitatea între acceptare și înțelegere.

### **Post-scriptum:**

Sănătatea este și trebuie să rămână o stare de bine psihică, somatică și socială a individului, fapt care determină existența unui echilibru între aceasta și boală,

\_\_ MARIA DORINA PAȘCA \_\_\_\_\_

cea din urmă văzută ca având puterea de a dezorganiza armonia ce face ca ființa umană să fie creuzetul vieții, amplificând dorința de a trăi, fără ca nimic să poată face omul în neștiința sa, s-o tulbure.

## **Cap. 3. Normalitate și anormalitate din perspective psihologice**



## **Cuvinte cheie:**

**-normalitate-sănătate-anormalitate-boală-acceptare-  
înțelegere-dizarmonie**

### **3.1.Normalitatea în similitudinea sănătății**

Pentru a putea defini **normalitatea** în întreaga sa complexitate, considerăm că este necesar de a porni de la definiția pe care DEX-(1998) o cuprinde : cuvântul **normă**-ca fiind sănătos din punct de vedere fizic și psihic, aceasta luând în considerare etimologia cuvântului „normal” ce provine din latinescul “norma” egal cu un unghi drept. Această verticalitate, adică, nici o abatere spre dreapta sau spre stânga, deci, întotdeauna 90 de grade = unghi drept, decodifică practic elementul de

normalitate în similitudinea sa cu starea de bine, de sănătate.

Astfel, Sillamy N.(1995) în Larousse prezintă **normalitatea** ca o noțiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul și, în plus, precizează că, “în medicină există tendința de a asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care, la drept vorbind, nu există”. Acest deziderat este surprins și de Anaxagoras la care “omul este măsura tuturor lucrurilor” de aceea ni se pare “absolut normal” ca “totul să meargă bine”, să nu existe nici o abatere, de fapt nici un element care ar putea desfășura la un moment dat, o situație de dezechilibru, potențată ca deviere de la normă.

În întâmpinarea celor amintite Athanasiu A.(1983) reamarcă faptul că noțiunea de **normalitate** (normă, normativitate) ar constitui **fundalul stării de sănătate** care se constituie ca o calitate. Normalitatea vizează abordarea medicală, tradițională plasându-se în domeniul

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
medicinii curative, în timp ce sănătatea vizează abordarea psihosomatică, înscriindu-se în aria medicinei preventive.

Nevoia de normalitate apare și pe fondul unei ordini umane necesară atât în evoluție cât și în congruență cu celelalte valori care converg spre dezvoltare și cogniție. De aceea, în literatura de specialitate, normalitatea apare sub forma:

- a)- **normalitatea ca sănătate;**
- b)- **normalitatea statistică** (ca valoare medie);
- c)- **normalitatea utopică** (normal ideal, utopie);
- d)- **normalitatea ca proces;**

Pentru a ajunge la “disecarea” stărilor de normalitate, e bine a sintetiza **criteriile de normalitate** (după Ellis și Damond)-Tudose Fl.(20003) care pornesc de la:

- conștiință clară a Eului personal;
- capacitate de orientare în viață;
- nivel înalt de toleranță la frustrare;
- autoacceptare;

- flexibilitate în gândire și acțiune;
- realism și gândire antiutopică;
- asumarea responsabilității pentru tulburările sale emoționale;
- angajarea în activități creatoare;
- angajarea moderată și prudentă în acțiuni riscante;
- conștiință clară a interesului social;
- gândire realistă;
- acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajutorare a acesteia;
- îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă;

Sub această „sumă” de criterii, normalitatea are atuu dezvoltării și valorii umane.

Derulând:

**a) normalitatea ca sănătate** este privită din perspectiva inexistenței patologicului, limita, Tudose Fl.(2003) normal-patologic este extrem de complicată,



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
interferențele și imixtiunile celor două domenii fiind un imprevizibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decât psihismul și nici o nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare lovindu-se de un previzibil eșec. Ne află, în prezența unor nisipuri mișcătoare pe care este schițată fragila graniță dintre sisteme, unul căutând să-și crească, celălalt să-și scadă în permanență nivelul organizațional sau poate entropia informațională.

Și totuși, patologicul există și marchează “acel ceva” care depersonalizează deja starea de normalitate, de aceea **normalul** și **anormalul**, precum **sănătatea** și **boala**, formează cuplul siamez pornind de la faptul că Ionescu G.(1973)consideră sănătatea ca o stare ideală, ca un deziderat, pe când boala este un dezechilibru la toate nivelurile organismului.

**b) normalitatea statistică** se concretizează prin descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale, cunoscută fiind **Curba Gauss**. În cazul ei,

secvența mediană corespunde normalului, iar cele două extreme, ca deviate. Se poate observa, din punct de vedere psihologic, aceeași balanță a echilibrului, în cazul nostru “brațele-deviate”- ținute “pe linia de plutire” de către normalitate.

Deci, Tudose Fl.(2002) 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 atât timp cât nu există un model al normalului.

Dacă în general, valoarea statistică ca atare a normalității este folosită în biologie și psihologie, se observă recent, alăturarea psihiatriei care face uz sub o formă sau alta de scale și teste pentru identificarea unor manifestări psihice deviate.

c) **normalitatea utopică** stabilește o normă ideală (valorică) stabilind elementul de normalitate, atât din punctul de vedere al individului cât și al comunității. Normalitatea ideală se identifică prin ceea ce **ar trebui să fie individul și comunitatea**, raportate la întregul ce reprezintă valoarea sub aspectul culturii, civilizației, apartenenței la textura istorico-geografică a ancestralului. De aceea, a defini normalitatea ideală a suscitată și suscită și azi, “piatra de încercare” a multora, chiar dacă, formația lor, filosofică, medicală, artistică, psihologică sau științifică aduce conceptul mai aproape sau nu de utopic. Interesante prin valoarea lor din punctul de vedere al raportării enunțului la norma ideală, par a fi concepțiile lui :

- **A.Adler**-Capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productivă/ creativă sunt legate de sănătatea mintală; capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta.

- **L.Kubie**-Normalitatea este capacitatea de a învăța din experiență, de a fi flexibil și de adaptare la schimbările din mediu.

- **E.Erikson**-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.

- **O.Rank**-Normalitatea este capacitatea de a trăi fără teamă, vinovăție sau anxietate și aceea de a avea responsabilitatea propriilor acțiuni.

- **S.Freud**-Normalitatea este o ficțiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică.

- **M.Klein**-Normalitatea este caracterizată prin tăria de caracter, capacitatea de a face față emoțiilor conflictuale, capacitatea de a trăi plăcerea fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi.

- **K.Menninger**-Normalitatea este capacitatea de a se adapta lumii exterioare cu mulțumirea și cu capacitatea de a stăpâni fenomenul de aculturație.

E necesar a sublinia faptul că enumerarea anterioară nu a rezolvat problema, ci doar a surprins prin nuanțare, modalitatea variată de expresie a normalității utopice într-o contextualitate dată.

**d) normalitatea ca proces** reprezintă o rezultată a subsistemelor care operează și interacționează între ele, producând în final, schimbarea. În cadrul acestui concept, o atenție trebuie acordată în primul rând modului în care se circumscriu unei dezvoltări „in extenso” conceptul de normal și patologic, fapt care la un moment dat poate schimba scara valorilor umane.

În cadrul celor mai recente preocupări privind fenomenul de **normalitate**, literatura de specialitate adaugă celor cunoscute, legătura cu **adaptarea** și **comunicarea**, văzute cele două ca un demers cognoscibil

necesar noilor cerințe ale dezvoltării valorii umane într-o comunitate dată.

Astfel, Tudose Fl.(2003) surprinde elementul de legătură dintre **normalitate** și **comunicare**. După același autor „normalitatea presupune o capacitate de comunicare și elaborare continuă a informației care să asigure armonia la nivelul subsistemului individual, familial, social sau grupal”.

Relația dintre **normalitate** și **adaptare** presupune acea legătură care poate porni de la faptul că adaptarea, după Tudose Fl.(2003), este un echilibru care se stabilește între personalitate și lumea înconjurătoare, lume constituită din persoane, situații, spațiu cultural, obiecte, etc.

Fiind un proces mai complex, adaptarea se raportează și la modalitatea în care asumarea unui risc sau a unui eșec, poate influența în final, un comportament adaptiv al unei persoane, ca efect al existenței sau nu a elementului de normalitate.

Ce-ar fi normalitatea în fapt? Poate, așa cum spunea R.E.Money-Kryle “capacitatea de a atinge deplina conștiință de sine care de fapt nu este niciodată pe deplin obținută”.

Și cu toate acestea în opinia lui Rafe J. există 5 criterii sau “puncte cardinale” când “omul va fi considerat cu atât mai **normal** , cu cât este mai aproape de punctul cardinal teoretic”. Astfel, Athanasiu A.(1983) unul dintre cei pentru care “psihologia medicală” este cea de **cunoaștere reală a vieții psihice**, interpretează catalogarea enunțată interior sub forma:

1. **interdependența psihofizică** = omul este cu atât mai sănătos cu cât își simte mai puțin organismul funcționând, iar fenomenele psihonormale trebuie să-și păstreze o autonomie cât mai neîntreruptă față de eventualele afecțiuni somatice;
2. **calitatea funcțiilor psihice** = organele, în calitatea lor de instrumente trebuie să fie intacte, iar funcțiile psihice se cer cât mai perfecționate prin exerciții;

3. **direcția (orientarea) formelor efective** = se pretinde un just raport între “autodefiniție” (apărarea și afirmarea de sine) (Selbstbehauptung)) și dăruirea, devotamentul (Hingabe);
4. **raportul cu realitatea** = în mijlocul “valorilor vieții”, **izotonia** se cere menținută în ciuda eșecurilor care deprimă, în ciuda succeselor care exaltă-și aceasta printr-o neîncetată și obiectivă examinare a realității;
5. **menținerea unității sufletești** = aceasta însemnând:
  - a) -unitatea de tonus (egalitate de dispoziție, continuitate de efort)-care se menține prin intervenția inițiativei;
  - b) -unitate de conducere (coeziune psihică, acord între idei și între gând și fapte)-perfectată prin străduință;
  - c) -unitate de atitudine-garantată de adeziunea masivă a afectivității noastre la câteva “constante”.

Căutarea între existența elementului de normalitate poate continua și e necesar acest lucru, atât



din partea psihologului cât și a medicului, deoarece, așa cum afirma Rudică T, Costea D.(2004) **“normalitatea psihică** nu exprimă altceva decât acea nevoie de coeziune, de coerență a sistemului personalității, care-l menține pe individ, pentru un timp mai îndelungat, consecvent cu sine însuși, pentru a putea persevera astfel pe linia scopurilor sale fundamentale în viață”.

De fapt, este o recunoaște a ceea ce Mărgineanu N.(1944) prezenta prin elementul de sănătate, ca fiind o colaborare armonică între forțele psihice, corporale și sociale, un **“rezultat al adaptării sau integrării forțelor sufletești ... la sine, la corp și la societate”**. Același autor amintește faptul că persoana sănătoasă sufletește se poate recunoaște după două trăsături principale și anume:

a)-sentimentul de bună stare, liniște și pace interioară;

b)-relații “normale” cu semenii și societatea, iar omul normal e un **“om de înțeles, cu care conviețuirea nu e numai cu puțință, ci chiar plăcută”**.

În același context al exprimării, Mărgineanu N.(1944) vorbește și despre sentimentul de suferință care este uneori rezultatul unui efort spre mai multă ordine și echilibru, subliniind faptul că sunt “negația ideii de boală, iar adaptabilitatea depinzând de grup și individ, știind că “geniul nu a fost niciodată iubit de cei din jurul său”.

### **3.2. Relația dintre anormalitate și boală**

În antiteză cu starea de normalitate, apare cea de **anormalitate** definită ca fiind o “abatere de la normă” fapt care determină apariția bolii ca o discontinuitate a vieții normale.

De aceea, **anormalitatea** Iamandescu I.B.(2002) apare mai degrabă în raport cu o perturbare de fundal, iar boala implică întotdeauna un aspect procesual; anormalitatea se referă mai ales la structura și organizarea psihică, iar boala implică un proces morbid.

Se profilează a fi o relație indesctribibilă între boală și starea de anormalitate? În această situație “compatibilitatea” este aceeași, astfel Lăzărescu M.(1994) remarcă faptul că, boala se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare. Practic, este momentul în care, din punct de vedere psihologic, boala vs. anormalitatea, crează acel **disconfort** psihic și fizic ce aduce disfuncționalitatea, pe o perioadă de timp limitativ sau nu, fapt observat mai ales în cadrul comunicării cu semenii și apartenenței sau nu la comunitate.

De fapt, calitatea stării de anormalitate poate să ducă sau nu la destructurare și dezadaptare. Aici este

momentul de a puncta faptul că anormalitate poate crea prejudecăți atunci când, orice reacție la o stare de normalitate, aduce suspiciunea anormalității, nemaitrecută prin prisma de “abatere”. Astfel, curente din literatură și artă s-au constituit la un moment dat într-o astfel de “anormalitate” ele fiind de fapt, o exprimare a creativității și unicității celui în cauză. De aceea, atât normalitatea vs. anormalitatea cât și anormalitatea vs.boala, e necesar a fi decodificate având o structură aparte, ele dând situației respective, girul patologic sau nu. A cataloga și înregimenta “ad literam” întreaga experiență umană între cei doi poli, ai normalului și anormalului, reprezintă pasul înapoi și nu înainte al cunoașterii valorii umane. Certificând practic cele spuse, Coleman J. și Broen W.E.Jr.-stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca:boală psihică, comportament neadecvat, tulburări emoționale, tulburări comportamentale, tulburări psihice-arătând că nici unul dintre aceștia nu este suficient de clar pentru

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
delimitarea sferei unui asemenea comportament care  
variază în funcție de o serie de criterii și modele (Tudose  
Fl.-2003). Astfel ajungem la apariția comportamentelor  
anormale, fapt care înclină balanța spre abordarea  
psihiatrică a individului, pornind de la “abaterea vieții  
psihice” a celui în cauză.

În acest context Enăchescu C.(2001)-surprinde  
evoluția spre **anormalitate**, în patru tipuri  
comportamentale și anume:

- 1) **-comportamentul de tip criză bio-psihologică** de  
dezvoltare sau involuție (pubertate, adolescență,  
climax, 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 crează dificultăți  
de adaptare;

- 3) **-comportamentul de tip sociopatic**, constând din conduite delictuale, agresive, toxicomanice 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).

Toate converg în principiu spre chintesența spuselor lui Hipocrat și anume “nu există boli ci numai bolnavi”, fapt ce denotă că “boala” se dezvoltă nu numai în funcție de natura și intensitatea agentului patogen, ci în funcție de reactivitatea bio-psihică a individului, de coeficientul de psihogenie pe care acesta îl dezvoltă față de agresiunea psihică sau somatică, de experiența sa patologică, în ultimă instanță, în funcție de personalitatea sa”, Ionescu G.(1973).

Acceptarea stării de anormalitate sau/și de situații anormale într-un “nomeclator” al evenimentelor vizavi de normalitate, reprezintă în fond, actul prin care “abaterea”

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
de la “unghiul drept” este sau nu semnificativă în planul  
activității umane. Atunci, psihicul își manifestă forța de  
a echilibra dezechilibrul și a armoniza dezarmonia.

### **Post-scriptum:**

Normalitatea și anormalitatea-“oglinzi paralele”  
care totuși “au un punct comun”, anume, capacitatea  
omului de a trăi în armonie și de a manifesta atitudini în  
dezacord cu dezvoltarea ființei umane. Când se înclină  
balanța spre anormalitate? Atunci când, spunea L. Blaga  
“neînțelesul se preschimbă-n neînțelesuri și mai mari”.





## **Cap. 4. Între evenimentul de viață și vulnerabilitate**



## **Cuvinte cheie:**

**-stil de viață-experiență-eveniment-vulnerabilitate-  
cauze-consecințe-efect-**

### **4.1. Stilul de viață-amprentă psihologică**

Dacă în popor se spune că-l poți cunoaște pe om după vorbă și “călcătură” (adică pas-cum pășește), așa și psihologii adaugă unei observații a individului și **stilul său de viață**. De fapt, Rudică T, Costea D (2004) aminteau faptul că “stilul de viață interioară al unora este curiozitatea de a înțelege un fapt de viață până în ultimele lui rădăcini și consecințe, iar al altora, onoarea față de întrebări, în fapt față de conștiință”.

Atunci, **stilul de viață** presupune după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C(2004), un comportament repetitiv habitual, condiționat de nivelul de cultură și de nivelul de trai, aflat totuși sub controlul limitat al familiei și individului, în cadrele impuse de resursele lor economice.

Stilul de viață se personalizează, de aceea schimbarea, atitudinea și conduita, sunt cele care-l influențează cumulând de fapt, dependența celor doi factori, Weber M.(1993)- și anume:

- 1) **comportamentul de viață** , făcând referire la opțiunile pe care oamenii le au în alegerea unui anumit stil de viață;
- 2) **șansele vieții**, ca reprezentând probabilitatea realizării practice a acestor opțiuni personale, având în vedere condițiile structurale necesare obținerii unui anumit stil de viață, aprecierea făcându-se în mod special pentru cele economice;

Pentru că, la un moment dat **stilul de viață** poate “acumula” variate influențe pornind unele de la etică și morală, ajungând până la realizarea relației comportament-comunitate, stilul de viață suscită și azi interes, atât din partea psihologilor cât și a medicilor. Dacă cei din urmă privesc de cele mai multe ori stilul de viață prin prisma alimentației și viciilor (alcool, tutun, drog) într-un cuvânt-al biologicului, psihologul surprinde și alte aspecte care, cu siguranță converg spre menținerea sănătății atât psihice cât și fizice.

Chiar dacă am avea impresia că pare puțin “desuet”-Driscoll R. și Eckstein D. au elaborat o tipologie a stilurilor de viață folosind descrieri împrumutate din lumea animală:

- **tigrul** = o persoană în general agresivă, îi place să-și exercite autoritatea asupra anturajului, să fie în centrul atenției și insistă să-și croiască un drum propriu în viață;

- **cameleonul** = conformist, flexibil, înfruntă problemele existențiale în mod indirect;
- **broasca țestoasă** = persoana este retrasă, discretă, serioasă, descurcăreață și plină de zel, duce o viață stabilă, echilibrată;
- **vulturul** = individualist, egoist, nu ține seama de părerea opiniei publice, calcă în picioare interesele altora pentru a-și realiza scopurile personale;
- **somonul** = persoană dârză, opozantă, preferă să “înoate împotriva curentului”, nu împărtășește valorile dominante din comunitatea în care trăiește.

(după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C-2004) .

Mergând în aceeași notă, de a surprinde din varii perspective stilul de viață, vom atinge și secvența de **optimism** și **pesimism** care, influențează atât starea de sănătate a individului, personalitatea acestuia cât mai

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
ales, relația dintre medic și pacient, în ideea că actul medical presupune comunicare și relaționare.

Este un punct de vedere pe care consider că din compartimentări psihologice, în dualitatea sa, are o importanță deosebită, știind că starea de spirit a pacientului abordată și din perspectiva stilului de viață, este influențată atât de optimism cât și de pesimism.

S-au remarcat astfel că, Seligman M.E.P.(2004) pornind de la propriile cogniții, exprimări ca:

-modul în care gândim, mai ales despre sănătate, ne influențează sănătatea;

-optimiștii iau mai puține boli decât pesimiștii;

-optimiștii au obiceiuri de îngrijire a sănătății mai bune decât pesimiștii;

-sistemul nostru imunitar poate funcționa mai bine dacă suntem optimiști;

-avem dovezi că optimiștii trăiesc mai mult decât pesimiștii;

Sunt sigură că, un pesimist poate “demonta” fiecare din reflecțiile anterioare, dar de fapt, important este de a deține fiecare **controlul personal** asupra vieții, dând valoare trăirilor unice. De fapt, Seligman M.E.P.(2004)-“optimismul învățat nu înseamnă redescoperirea gândirii pozitive. Însușirile optimiste nu derivă din lumea roză a evenimentelor fericite. Nu înseamnă să înveți să spui lucruri pozitive despre propria persoană. În timp am descoperit că afirmațiile pozitive despre sine au un efect foarte mic, presupunând că îl au. **Crucial** este ce gândești atunci când eșuezi, folosind puterea “gândirii non-negative”. Să schimbi lucrurile distructive pe care ți le spui atunci când ai parte de necazurile pe care viața ni le rezervă tuturor, iată cheia optimismului”.

Sub acest aspect, e necesar a învăța să fim optimiști, să nu rezumăm reacțiile noastre la “începuturi cu NU” (nu pot, nu știu, nu are rost, nu mai încerc, nu iar), ca fiind mult mai ușor decât a lupta. Așa apare și



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
**neajutorarea învățată** care, paradoxal, ne salvează de la luptă și este reacția de renunțare, de abandonare, generată de credința că orice ai face, nu contează, cât și **stilul explicativ** ca fiind maniera în care explicăm de obicei de ce au loc evenimentele.

Ca și un pansament, **stilul explicativ optimist** pun capac neajutorării, pe când cel **pesimist**, favorizează neajutorarea. Este în fapt, lupta dintre DA și NU- ca și “cuvântul din suflet” și care , prin încărcătura lor afectivă, pot să fie de multe ori cele care țin loc de : bun și rău/ frumos și urât/ zi și noapte/ viață și moarte/ pace și luptă. Altfel spus, stilul explicativ derivă din opinia personală despre locul pe care-l ocupăm în această lume, indiferent dacă ne credem sau nu valoroși, meritoși, inutili sau fără perspective, știind în final dacă suntem optimiști sau pesimiști.

Seligman M.E.P.(2004) surprinde trei dimensiuni de exprimare a stilului explicativ și anume:

- 1) **permanentă** =determină pentru cât timp renunță o persoană; explicațiile permanente ale evenimentelor negative produc o neajutorare de lungă durată, iar explicațiile temporare produc rezistență;
- 2) **puterea de răspândire sau generalizare** = explicațiile generale produc neajutorare în multiple situații, iar explicațiile specifice produc neajutorare numai în zona cu probleme;
- 3) **personalizarea** = ea controlează numai ceea ce simți față de tine, fiind cea mai ușor de falsificat;

Cu alte cuvinte, totul se poate reduce la “ce simți și ce faci” cât timp ești neajutorat sau te afli în varii situații.

De fapt, toate se leagă de modul în care avem succes sau nu, gândim pozitiv sau nu, oprindu-ne în cele mai multe cazuri de a da “explicații personale, permanente și generale, evenimentelor negative”, lăsându-le în final, să ne copleșească. Riscăm mai mult sau mai puțin dacă suntem optimiști sau pesimiști? Trăim

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
mai intens? Ne cunoaștem mai bine? Întrebări la care, dacă vom trece printr-un traseu în care ne dorim succes, selecția noastră se va face ținând cont de: atitudini, motivație și optimism.

Dacă subliniam anterior câteva conotații privind **optimismul**, în același mod vom aborda și **pesimismul**, Selingman M.E.P.(2004):

- pesimismul duce la depresie;
- pesimismul generează inerție, în loc să îndemne la acțiune atunci când te confrunți cu neplăceri;
- pesimismul induce o stare sufletească neplăcută: tristețe, anxietate, griji, lipsă de speranță;
- pesimiștii nu rezistă în fața situațiilor dificile și de aceea eșuează mai des, chiar dacă succesul ar putea fi obținut;
- pesimismul este asociat cu o sănătate fizică proastă;

- stilul explicativ al pesimistului transformă necazul prevăzut într-un dezastru, dezastrul într-o catastrofă;

Iată cum, dacă pe “talerele balanței echilibrului” am avea optimismul și pesimismul, cel dintâi ar câștiga datorită: încrederii, dorinței de schimbare, noului, dar mai ales, implicării. De aceea, optimismul și sănătatea se întâlnesc și converg spre conturarea stilului de viață al fiecărei persoane. Remarcăm în acest caz, patru **modalități** prin care **optimismul influențează sănătatea persoanei**, notând:

- a) – prevenirea neajutorării, menținând în formă apărarea imunității;
- b) – adaptarea cu strictețe a regimurilor de sănătate și recurgerea la ajutorul medical;
- c) – numărul de evenimente negative întâlnite în viață;
- d) – spiritul social;

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
poate întărind ecuația atât de posibilă și veridică la un moment dat: “pesimism (P)=boală (B)=sănătate precară (S.P.).

Am încercat sub modalitate nouă prin concept și abordare, de a surprinde și un alt imput de cunoaștere a stilului de viață care, adaugă calității vieții: coerența, veridicitate și responsabilitate. Atât psihologul cât și medicul pornesc în actul cunoașterii de la modul personal de exprimare a individului. Cunoscându-i stilul de viață dar și implicarea bio-psiho-socială a vieții, rezultanta trebuie și este alta. Calitatea vieții după Revicki și Kaplan (1993)-reflectă preferințele pentru anumite stări ale sănătății ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității și care se exprimă printr-un singur indice ponderat-ani de viață standardizați în funcție de **calitatea vieții**.

Fiind rezultanta celor trei componente:fizică, psihică și socială, **calitatea vieții**, așa cum stipulează Organizația Mondială a Sănătății (OMS)-1994, este dată

de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile trebuințe, standarde și aspirații.

Dacă poate reprezenta calitatea vieții: fericire, împliniri, satisfacții și reușită? Demersul nostru, prin abordarea stilului de viață, cu pași optimiști se îndreaptă spre această realizare. Cum și cât? Aici totul depinde de individ și raportarea sa la comunitate.

## **4.2. Evenimentul de viață între impact și efect**

**Evenimentul** se constituie în structura sa internă, ca un fapt, o situație specială, o experiență de viață care, toate cumulate, dau caracteristicile “acelui ceva” trăit de către o persoană.

**Evenimentul de viață** reprezintă efectul impactului pe care-l realizează discontinuitatea, disconfortul și modificările unei stări de fapt cunoscute, asupra persoanei care este sau nu este pregătită pentru a face față situației create.

De aceea, **delimitarea** dintre modul în care un eveniment de viață poate să dobândească sau nu caracter patogen, incumbă o multitudine de factori care imprimă sau nu elementul ce poate duce la efectul malign. În acest context, e necesar a găsi **cauza și efectul**, delimitând unde, când, cum și cât intervine evenimentul în declanșarea problemelor patologice. Este pierderea unui copil, eveniment ce poate declanșa depresia de doliu a unei mame? Când se bazează fobia școlară pe un eveniment de viață? Ce efect are șomajul asupra tentativei suicidare la un tânăr sau adult? Momente în care, Tudose Fl.(2003) problema fundamentală este de a ști dacă un **eveniment** , indiferent care este angajarea

subiectului, este în măsură să arunce o persoană, deja vulnerabilă, pe plan psihologic, într-o stare patologică.

De asemenea, încă se mai caută răspuns la întrebarea care ar crea sau nu responsabilitatea noastră asupra evenimentelor pe care le trăim, independent de voința noastră sau nu. Aici, apare elementul declanșator al evaluării impactului negativ al evenimentului asupra noastră, ce poate deveni în substratul său, patogen. Preocuparea celor în drept de a “contabiliza” evenimentul de viață, a făcut să apară o serie de liste, procente și tabele în care să se cuprindă “reacția, efectul la ...”. Astfel, Dohren Wend B. și Colal (1978) acordau 500 de puncte evenimentului etalon-căsătoria-ordonându-le pe restul, consemnând totuși:

- infidelitatea conjugală → 558 puncte
- schimbarea domiciliului → 437 puncte
- moartea unui copil → 1036 puncte,

cu tendința de a ocupa primul loc. Remarcile pot continua, previziunile aduc sau nu ceva în plus, cert este



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_

faptul că, Brown și Harris (1978) avansează astfel ipoteza că evenimentele majore care se produc în cele trei săptămâni ce preced debutul maladiei, sunt cele determinante. Astfel, LEADS (Life Events and Difficulties Schedule) cuprinde evenimentele posibil de a fi trăite de o persoană în cursul unui an , punctajul dându-i viabilitate sau aderență la implicare, prin simpla neapariție pe scala respectivă. Scala evenimentială după Holmes și Rahe (Social Readjustment Scale-1967) cuprinde:

-figura nr.3

1. Decesul unuia dintre soți	-100
2. Divorțul	- 73
3. Separarea maritală	- 65
4. Sfârșitul detenției în închisoare	- 63
5. Decesul unui membru apropiat al familiei-	53
6. Accident sau maladie personală	- 50
7. Căsnicie	- 50
8. Concediere	- 47

9. Reconciliere maritală	- 45
10. Pensionare	- 45
11. Modificarea stării de sănătate a unui membru din familie	- 44
12. Gravitatea	- 40
13. Dificultăți sexuale	- 39
14. Intrarea unui nou membru în familie	- 39
15. Reorganizare profesională	- 39
16. Schimbarea statutului financiar	- 39
17. Decesul unui prieten apropiat	- 38
18. Schimbare în orientare profesională	- 37
19. Schimbarea frecvenței disputelor conjugale	- 36
20. Ipotecă mai mare de 10.000 ESD	- 35
21. Scadența unui împrumut sau sechestrul în urma ipotecării	- 31
22. Schimbarea responsabilității la serviciu	- 30
23. Părăsirea domiciliului de către un fiu sau o fiică	- 29
24. Neplăceri juridice	- 29

25. Realizare personală incompletă	- 28
26. Debutul sau finele carierei soției	- 26
27. Debutul sau finele școlarizării	- 26
28. Schimbarea condițiilor de viață	- 25
29. Revizuirea obiceiurilor personale	- 24
30. Dificultăți cu șeful	- 23
31. Schimbări de orar sau de condiții de muncă	- 20
32. Schimbare de domiciliu	- 20
33. Schimbarea școlii	- 20
34. Modificări în programul de distracții	- 19
35. Schimbări în activitatea religioasă	- 19
36. Schimbări în activitățile sociale	- 18
37. Ipoteca sau împrumutul mai mic de un salariu mediu anual	- 17
38. Modificări în obiceiurile legate de somn	- 16
39. Schimbare în frecvența reuniunilor familiale	- 15
40. Modificări de obiceiuri alimentare	- 15
41. Vacanțe	- 13

42. Sărbători de Crăciun - 12  
43. Încălcări minore ale legii - 11

Din cele prezentate anterior, rezultă faptul că, evenimentul provoacă neplăceri, disconfort, determină o atitudine sau alta, afectând în multe cazuri, dacă și găsește condițiile necesare, sănătatea mentală. Astfel, Thoits (1983) surprinde dimensiunea evenimentelor care au efecte specifice asupra stării sănătății fizice și mentale a individului. Rezultă astfel faptul că, cantitatea de schimbări provocate este mai puțin determinantă în comparație cu faptul că schimbările nu sunt dorite. Ajungem să identificăm astfel elementele ce determină dimensiunea controlului evenimentului prin:

a)-**indezirabilitatea** evenimentelor ca fiind elementul determinant în ceea ce privește sănătatea mintală, indiferent de tipurile de indici utilizați, de diagnosticile tradiționale de depresie, schizofrenie, indiferent de suferința sau de comportamentele psihopatologice;

b)-**absența sentimentului de stăpânire (control) a evenimentului** e determinantă în dezvoltarea tulburărilor de tip depresiv;

c)-**anticipația** exemplificată prin modificări de genul căsătoriei, menopauzei sau/și pensionării, au mai puține consecințe asupra sănătății mintale, decât schimbările neașteptate , neprevăzute în ciclul vieții precum: șomajul, boala, divorțul, moartea.

Toate demersurile de până acum, indică faptul că echilibrul în viața individului își are importanța sa majoră, știind că în fiecare clipă, psihic și fizic, organismul uman “este bombardat” cu imputuri ce pornesc de la **știri bune**, momente de reușită, succese, împliniri dar și **tracasări** (neîmpliniri, nereușite, eșecuri, indispoziții, situații neprevăzute) care determină apariția evenimentului. Atât momentul bun cât și tracasarea nu pot fi legate de o anumită vârstă sau status social, ele apărând și avându-și importanța în orice ciclu al vieții

evidențiind și caracteristicile ce se desprind ca rezultante ale implicațiilor avute.

În completarea “acumulărilor” ce declanșează evenimentul, apare și **constrângerea de rol**, definită de Peralin (1983) prin “dificultățile, înfruntările, conflictele și celelalte probleme de aceeași natură, pe care oamenii le traversează în timp, atunci când se angajează în rolurile sociale ale vieții”. Același autor clasifică tipurile de roluri de constrângere sub forma:

1)-**constrângerile datoriei** = pot fi legate de disproporția dintre venit și efortul depus sau exploatarea unor atitudini; se remarcă cele două extreme ale câmpului ocupațional:

a)-cu sarcini repetitive;

b)-în posturi de mare responsabilitate;

2)-**conflicte interpersonale** = sunt cu atât mai mare cu cât individul este mai angajat în acest rol iar relațiile sunt condiționate de așteptările actorilor(ele apar între două persoane care de obicei sunt angajate în aceeași situație

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
de rol);

3)-**multiplacitatea rolurilor și conflictele interpersonale** = apar mai ales la persoanele care au posibilitatea să deplaseze temporar unul dintre roluri pe un loc secundar, în favoarea altuia (angajamentele luate într-un anumit domeniu sunt deseori incompatibile sau în contradicție cu cele pe care le luăm în alte domenii, și se ajunge astfel într-o situație dilematică);

4)-**înțepenirea în rol** = apare la persoanele care sunt profund nemulțumite de rolul în care sunt captive;

5)-**schimbarea rolurilor** = se manifestă ca eveniment critic (intrarea și ieșirea dintr-un rol);

6)-**restructurarea rolurilor** = inhibiția determinată de comportamente învățate și adaptarea unor comportamente contrare, pot produce o tensiune foarte mare (apare în situația de schimbare a poziției într-o relație care ne-a legat de o anumită persoană);

Sub aceste aspecte, constrângerile de rol pot fi implicarea în declanșarea unor evenimente cu recul în viața psihică a individului.

În “curgere”, evenimentul se identifică în dimensiunea sa prin:

- a)-**durată**- ca **amenințare pe termen lung**;
- b)-**dificultăți de viață**- considerate **majore** pentru că sunt **asociate cu dificultăți serioase**;
- c)-**factori de vulnerabilitate**- ce pot **produce evenimente**;

Sub o altă structură, **evenimentul**, care a suscitât și suscită încă interes atât în plan psihic cât și fizic, se găsește **legat de rol** mai mult decât de dificultăți, dacă ne referim la **debutul unui episod depresiv** și anume (după Tudose Fl.-2003):

- a)-**evenimente E** = sunt asociate unui angajament profund de implicare într-unul din cele cinci **domenii** : copii, căsătorie, munci casnice, servicii, activități exterioare.



b)-**evenimentul D** = dificultatea trebuie să se întindă pe mai mult de șase luni, dar nefiind ea cauza evenimentului, el provoacă adesea o reacție de disperare.

c)-**evenimentul R** = conflictul de roluri, dar și ambiguitatea rolurilor.

Din sumara prezentare a implicării evenimentului în debutul depresiei, se remarcă faptul că, atunci când acumulările cantitative și calitative ale acestuia sunt **cauza, efectul patologic** apare. Pentru medic, “preludiul” evenimentelor de viață își are importanța sa deoarece prin el se identifică amprenta depresivă sau nu a acestuia, cât și impactul social prin noul rol pe care individul îl poate avea, acela de pacient/bolnav.

### **4.3. Vulnerabilitatea ca stare de fapt**

Pornind din latinescul “vulnerabilis” ajungem în DEX-(1998)-la vulnerabil, dar mai ales –**punct**

**vulnerabil** care reprezintă partea slabă a cuiva, punctul sensibil, nevralgic a unei persoane.

Cu alte cuvinte, Lăzărescu M (1994) afirmă că **vulnerabilitatea** este un concept modern care tinde să ia locul conceptului de determinism endogen.

În acest context, **vulnerabilitatea**, Tudose Fl.(2003) este un catalizator care amplifică efectul unui agent declanșator, fie el eveniment major sau dificultate de viață serioasă și care nu este eficace decât în legătură cu aceștia.

Printre factorii de vulnerabilitate, cei mai întâlniți și care “se justifică”, putem aminti:

- a) –factori bio-psihologici;
- b) –factori genetici;
- c) –noxe din perioada pre și post-natală;
- d) –o personogeneză deficitară,

acestea în contextul în care **vulnerabilitatea** întrepătrunde și se raportează la , după Tudose Fl. (2003).

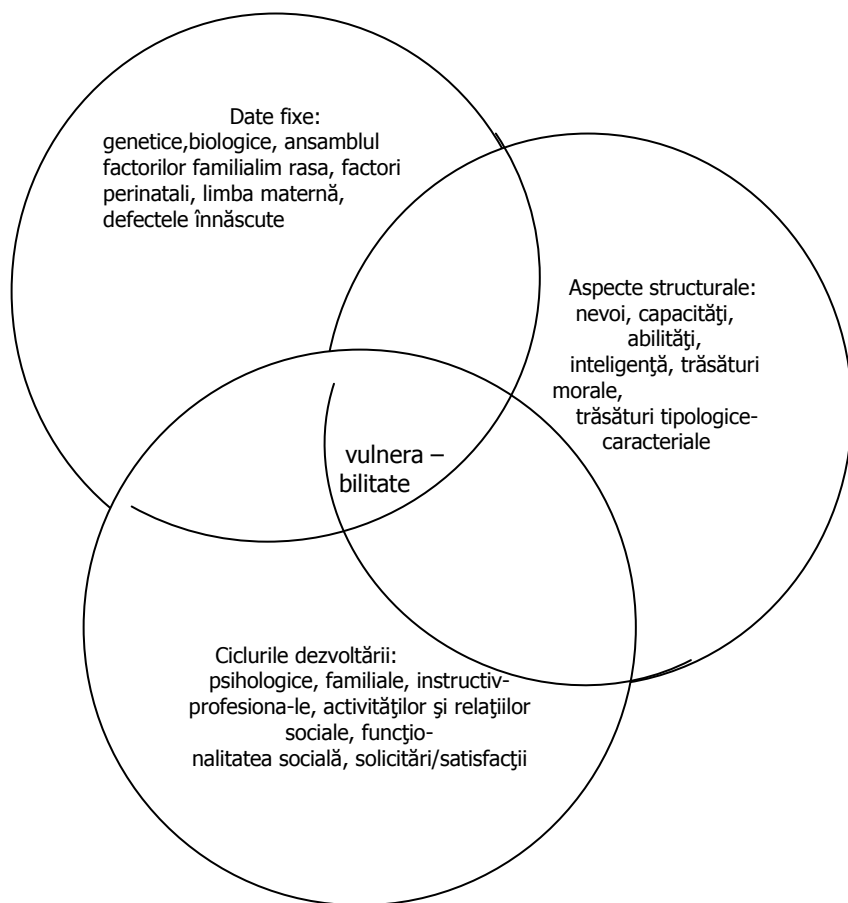


fig. nr.3

Este de remarcat faptul că, vulnerabilitatea își poate modifica “cursul”-condiționată fiind de :

- a)-perioadele de criză;
- b)-modificarea statutului și rolului social;
- c)-existența suportului social;
- d)-absența suportului social,

toate concurând la declanșarea bolilor psihice. De aceea , vulnerabilitatea trebuie văzută din situația în care individul tinde să ajungă dependent de ceva sau/și cineva, lăsând spre starea de regres, autoevaluarea. Astfel, singur în fața unor situații, individul pare sau/și este vulnerabil, dobândind o sensibilitate ce poate duce la boală psihică, atunci când rolul social își pune amprenta pe dezvoltarea personalității celui în cauză. Coroborarea statusului și rolului social cu existența sau nu a suportului social, duc în cele mai multe cazuri la declanșarea **crizelor de viață** văzute ca momente în care echilibrul existențial este zdruncinat sau cel preexistent este înlocuit cu unul nou.

**Echilibrul**, Tudose Fl (2003) desemnează o stare relativ stabilă pe care o resimte subiectul raportat la cei din jur, la orizontul socio-cultural.

Toate perioadele evoluției umane pot trece prin anumite **crize ale vieții** sale sau existențiale, important este **cum** reușește individul a le depăși, fără a determina apariția elementelor patologice. Preșcolarul, școlarul mic, adolescentul, tânărul, persoana adultă și chiar cea în vârstă, reușesc la un moment dat, din punct de vedere psihologic, de a declanșa o anumită criză existențială cu toate “ingredientele” specifice perioadei. Deoarece în momentul actual în literatura de specialitate, legat de **vârsta a treia**, se face substituit, vorbindu-se de **vârsta psihologică**, e interesant a urmări, după Steichean R. modul în care adultul își trăiește criza existențială în raport cu procesul de îmbătrânire, trecând prin:

Figura nr.4

Perioada critică	Caracteristici
Autonomizare (18-30 ani)	Desprinderea față de mediul familial și mediul formativ-educativ și angajarea socială și afectivă.
Remodelare (39-35 ani)	Este marcată de primele deziluzii profesionale, sociale și afective, conducând către o reevaluare a obiectivelor alese și noi opțiuni.
“Jumătatea vieții” (35-45 ani)	Este marcată de conflictul dintre dorința de împlinire și reducerea posibilităților de împlinire; percepția limitelor personale și materiale duce la restrângerea timpului și a spațiului trăit.
Pensionarea (60-65 ani)	Reorganizarea stilului de viață, o reactualizare a crizei anterioare la cote mai grave.

Se observă predispoziția spre vulnerabilitate, fiind necesară intervenția atât a celui în cauză cât și celor din jur, deoarece pot apărea schimbări atitudinal-comportamentale ce pot modifica un status de rol sau influența un stil de viață. Important este de a ajuta individul de a depăși acea stare de vulnerabilitate, dând valoare actului evolutiv, și a nu folosi **vulnerabil** cu identitatea sa de adjectiv =care poate fi rănit (în cazul nostru sufletește).

### **Post scriptum:**

Metamorfoza Eu-lui într-un eveniment de viață și vulnerabilitatea aduc noi conotații atât psihice cât și patologice la un moment dat, fapt care determină noi interpretări ce vizează persoana celui în cauză.

Cu multă înțelepciune, Benjamin Franklin spunea “După predici și înfrângeri, oamenii se dezvoltă cu mai multă modestie și înțelepciune”.





## **Cap.5. Implicare-adaptare-stres**



## **Cuvinte cheie:**

**-adaptare-stres-distres-eustres-stres    psihic-agenți  
stresori-antistres -**

### **5.1. Adaptarea și mecanismele adaptării**

Chiar dacă vine din grecescul “kolophos” ce înseamnă “a lovi”, cuvântul “**adaptare**” a evoluat, primind noi conotații atât lingvistice cât și psihologice, în cazul de față. Astfel, Sillamy N.(1996) în Larousse vorbește despre faptul că “Procesul vital necesită o perpetuă reajustare a organismului pentru restabilirea unui echilibru mereu rupt. Această ajustare se operează printr-o suită de schimbări neîncetate între corp și mediul

său, în cadrul dublei acțiuni a subiectului asupra obiectului (asimilare) și a obiectului asupra subiectului (acomodare). Aceste două moduri de acțiune, interdependente, se combină fără încetare, pentru a menține starea de echilibru stabil care definește **adaptarea**”.

Există **adaptare** remarcă Piaget J.(1971) atunci când organismul se transformă în funcție de mediu, iar variația are ca efect un echilibru al schimbărilor între mediu și el, favorabil conservării sale. Același autor subliniază faptul că, viața psihică ascultă de aceleași legi structurante ca viața organică. Inteligența se construiește printr-o permanentă ajustare între schemele anterioare și elementele unei experiențe noi.

Nu numai J. Piaget a fost interesat de implicarea adaptării în evoluția umană, ci și alții, dând credit în concepție, diferitelor “fațete” și/sau “componente” ale adaptării. Ne-am oprit asupra unor exprimări de genul:

- **Haan (1982)**-“Adaptarea este încercarea de a învinge dificultățile. Este o ciocnire la care oamenii, odată ajunși, folosesc resursele interne și externe pentru a reuși să echilibreze impactul produs de dificultăți”.
- **Pearlin, Schooler (1978)**-“Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare care servește la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoționale”.
- **Lipowski (1970)**-“Adaptarea reprezintă toate acțiunile cognitive și motorii pe care o persoană suferindă le folosește pentru a-și menține funcționalitatea fizică, integritatea psihică, pentru a-și redobândi echilibrul funcțional și a compensa la limita posibilului pierderile ireversibile”.
- **Lazarus, Launier (1978)**-“Adaptarea este efortul împreună cu acțiunea orientată și acțiunea psihică de a conduce (tolera, reduce,

minimaliza) cerințele interne și externe și conflictele care apar odată cu aceste cerințe și care scad sau epuizează resursele proprii”.

- **Stone, Neale (1984)**-“Adaptarea reprezintă acele comportamente și gânduri care sunt conștient utilizate de către individ pentru a conduce sau controla efectele anticipării sau trăirii unor situații stresante”;

iar șirul ar putea continua. Important este faptul că în cele menționate anterior se regăsesc aceleași elemente componente, astfel încât, Tudose Fl.(2003) conchide, astfel:”**Adaptarea** este promovarea creșterii și dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea și prevenirea stresului generat de condițiile externe/interne”.

Cu alte cuvinte, **adaptarea** este liantul necesar individului de a supraviețui și evolua în cadrul grupului ce poate aduce experiențe noi în “arhiva” dezvoltării personalității sale, punctând astfel, transformarea și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_

adekvarea la mediu ca stare biunivocă, necesară în raport cu posibilitățile acestuia, fiind dinamică și creatoare. În acest context, organismul uman și mediul exterior dezvoltă o relație care, în anumite condiții poate cuprinde și un comportament anacronic celui normal, scontat în mod obișnuit. Apare ușor voalat, elementul de **neadaptare**, ca o stare de regres, de opoziție, de inadecvări adaptative, când subiectul renunță la echilibru, în favoarea conflictului și dificultăților. Apariția bolii psihice în acest moment este foarte aproape, agentul stresor fiind cel care o poate declanșa, determinând uneori reacții neprevăzute. De aceea, efortul privind adaptarea recurge la anumite strategii care să împiedice declanșarea unor scheme comportamentale patologice și care blocate la timp, să prevină reacții și conduite ale relației dintre organism și mediu.

Adaptarea nu este și nici nu poate fi un element rupt de tot ce înseamnă sănătate și boală, normalitate și anormalitate/acceptare și vulnerabilitate. Astfel, relația

dintre starea de sănătate și adaptare devine intrinsecă, în ideea în care poate boala știind că, Matheny, Aycock, Curlette și Cannella (1986) “**adaptarea** reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conștient sau inconștient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de suporta efectele lor cu cât mai puține daune”.

Suștin această idee a relației și Pearlin, Schooler (1978) prin:

- a) –eliminarea sau modificarea condițiilor care crează probleme;
- b) –perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
- c) –păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile;

Ca o rezultată a celor enunțate anterior, Tudose Fl.(2993) subliniază faptul că, alături de medici, indivizii sunt responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
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 o șansă de a trece dincolo de  
psihopatologie.

## **5.2. Valoarea psihică a stresului și a agenților stresori**

**Stresul (S)** în general și **stresul psihic (SP)** în  
special, reprezintă și astăzi un punct pe “harta”  
cunoașterii bio-psiho-sociale a individului, reducând  
astfel din factorii ce pot favoriza apariția și întreținerea,  
în cele mai multe cazuri, a unei boli. În cadrul unor  
asemenea considerente, **stresul** “ și-a îmbogățit

identitatea” prin adăugarea în timp, a noi concepte. Astfel, dacă Selye H.(1936) introducea pentru prima dată cuvântul **stres** în literatura de specialitate pentru a desemna o reacție generală, nespecifică a organismului la acțiunea externă a unor factori-agenți stresori-de natură variată (fizică, chimică, biologică și psihică), astăzi, mult mai aproape de noi, A von Eifl, după Iamandescu I.B. (2002), îl definește susținând că este o reacție psiho-fizică a organismului generată de agenți stresori ce acționează pe calea organelor de simț asupra creierului, punându-se în mișcare-datorită legăturilor cortico-limbice cu hipotalamusul-un șir întreg de reacții neuro-vegetative și endocrine, cu răsunset asupra întregului organism.

Cu toate acestea, una dintre cele mai “uzuale” definiții legate de **stres** este cea a lui Guillemun R. (după Tudose Fl.-2003) unde apare ca stare tradusă printr-un sindrom specific corespunzător tuturor schimbărilor nespecifice induse astfel într-un sistem biologic. Am putea spune că tot ce acționează din punct de vedere

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
psihic și/sau fizic asupra noastră în anumite condiții, poate declanșa o stare de stres. Întâlnit la locul de muncă, în școli, în familie și în orice alt domeniu de activitate, stresul face “cumul” de disconfort, conflicte, dificultăți, deficit, deziluzii și în șirul “D”-putând intra multe altele, denumite mai târziu ca **agenți stresori (AS)** și fiind, Fraisse P. (1967) totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu își găsesc soluția.

Atunci când **agenții stresori** pot declanșa un stres psihic și nu numai, putem să-i clasificăm în:

- a) –cei ce sunt reprezentați prin cuvintele, ideile și procesele gândirii (acești agenți sunt caracterizați sub forma de situații psihotraumatizante);
- b) –cei senzoriali externi (putând fi agenți stresori atunci când se bombardează scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută sau/și în cazul când au o semnificație pentru subiect);

Catalogarea atât a agenților stresori ca factori de natură a distruge un echilibru bio-psiho-social al individului, cât și a stresului ca o sumă , Alexandrescu L.(2000) îl clasifică pe cel din urmă în opt grupe, cu aplicabilitate la orice nivel, ținând cont de vârstă și sistem de boli psihice, sub forma:

-**grupa A** = Stresul excepțional sau catastrofic se referă la stresuri masive, acute, de regulă neașteptate, evenimente ieșite din comun, din cotidian, deloc mai puțin influențabile de către subiect și care afectează practic pe oricine într-o mare măsură. Acest tip de stres include dezastre și calamități naturale, dezastre și catastrofe (războaie, poluări, bombardamente); accidente colective; stresul catastrofic individual; violența nesexuală sau sexuală, tortura;

-**grupa B** = Stresurile vieții-inclue stresuri concordante sau necontradictorii cu etapa eriksoniană de viață, cu intensitatea moderată medie sau mare, care afectează

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
practic pe oricine, dar într-o măsură variabilă. Include  
șase sub-grupe de:

- 1) -stresuri scurte-pierderi reale (cunoștințe, rude),  
pierderi simbolice;
- 2) -stresuri legate de boala tranzitorie;
- 3) -stresuri cu post-efecte prelungite-pierderi reale  
(partener, marital, copil), pierderi materiale majore;
- 4) -stresuri cu acțiune prelungită-suprasolicitări lungi,  
boala cronică, conflicte cronice;
- 5) -stări stresante-stresul existenței ca handicap sau ca  
sechelar grav; stresul existenței în condiții precare  
financiare și/sau de mediu;
- 6) -stresuri legate de schimbări majore de statut, mediu,  
condiție de viață;

-**grupa C** = Stresuri care decurg din desfășurarea  
neobișnuită a unor acte de viață obișnuite;

-**grupa D** = Stresul necazurilor și al solicitărilor  
cotidiene. Specifice sau nu grupului de apartenență,  
aceste stresuri induc, cel mult manifestări tranzitorii sau

fragmentare. Au un posibil rol pentru determinarea rezistenței sau lipsei de rezistență la stresuri mai mari. Adesea produc o anumită frustrare;

-**grupa E** = Stresul endemic-stresul general și impersonal constituit de veștile proaste ale zilei sau perioadei: inflație,, șomaj. Stresul endemic nu are decât un rol de fond;

-**grupa E1** = Stresurile speciale condiționate de expuneri particulare. Include stresul unor profesii sau ocupații cunoscute ca stresante și al altor profesii ce implică risc individual;

-**grupa E2** = Stresurile condiționate de vulnerabilități individuale particulare:

- a) –stresul determinat de psihopatologia preexistentă:  
stresul determinat de anxietatea fobică, stresul fenomenelor compulsive și cel consecutiv tulburării de control al impulsurilor; stresul resimțit de pacienții cu schizofrenie, cu epilepsie;

- b) –stresul consecințelor unor acte psihice/știri crepusculare, confuzie, comportament delirant-halucinator în psihoze majore;
- c) –stresul amintirilor, determinat de retrăirea sau evocarea unor situații stresante anterioare;
- d) –stresul sărbătorilor ce evidențiază subiectului singurătatea ori inadecvarea vieții pe care o duce;
- e) –stresul determinat sau facilitat de prezența unei patologii somatice care modifică vulnerabilitatea.

**-grupa F** = Stresurile speciale-stresuri ce se constituie ca atare, prin vulnerabilități și/sau expuneri particulare;

**-grupa G** = Stresul experimental-nu are de regulă urmări patologice durabile. El se referă la diferite proceduri de laborator care induc, la voluntari, stresuri scurte și strict limitate ca intensitate și gamă de conținuturi;

**-grupa H** = Stresul situațiilor extreme este stresul experimental sau natural, indus în legătură cu existența sau pregătirea pentru existența în medii intens nefavorabile vieții omului.

În consecință, enumerarea anterioară acoperă întreaga plajă pe care o poate dezvolta stresul ca rezultat sau nu la o reacție de adaptare a organismului în varii situații. Astfel, în demersul structural al stresului, se înscriu și cele două tipuri fundamentale fenomenului și anume:

- a) —**distresul** —Iamandescu,I.B.(2002), desemnează stresurile care au potențial nociv pentru organism, cunoscut și sub formula de **stres negativ** și care, după același autor are ca și caracteristici:
- calitatea agenților stresori (neplăcuți, amenințători, suprasolicitanți);
  - tipuri de reacții = active (furie, rușine, groază), pasive (tristețe, neajutorare, nesiguranță, lipsă de speranță);
  - tipuri de situații = conflict, suprasolicitare, frustrare, pierderi majore (deces, divorț, concediere);



- reacție endocrină = creșterea catecolaminelor și/sau a cortizonului plasmatic;
  - sistem imun = scade capacitate de apărare contra infecțiilor;
  - aparat cardiovascular = crește tensiunea arterială, tahicardie, palpitații;
  - modificări psihice = cognitive și afective (mergând de la scăderea atenției și memoriei până la neîncredere în sine, lipsa de speranță, supraaprecierea dificultăților, respectiv –pe plan afectiv-de la iritabilitate, revoltă, mânie, furie, neliniște, până la scăderea voinței sau încăpățănare);
  - modificări comportamentale = apar în stresul cronic/stresul psihic prelungit;
- b) –**eustresul** –Iamandescu, I.B.(2002) reprezintă tot o stare de stres, validată printr-o reacție însoțitoare moderată catecolaminică și cortizolică, cunoscut de asemenea sub formula **stresului pozitiv**. A von Eiff

subliniază faptul că diferența față de distres este fundamentală atât din punct de vedere al agenților stresori (stimuli cu semnificație benefică pentru individ, excitanți plăcuți ai ambianței sau trăiri psihice pozitive ori “palpitante” de la emoții până la sentimente, etc.) cât și al consecințelor sale pentru organism care sunt, în general, favorabile.

Mai e necesar a pune întrebarea legată de echilibrul dintre distres și eustres? Important rămâne faptul de **a nu confunda eustresul cu orice emoție plăcută**, subscriind celor enunțate de Iamandescu I.B.(2002) “vom menține conceptul de eustres, considerându-l extrem de util pentru concentrarea numeroaselor și variatelor tentative antistres-spontane sau psihoterapeutice”, derivând astfel ceea ce Derevenco (1992) încadra noțiunii de eustres (nu numai psihic) acele situații capabile să genereze o activare psihoendocrină moderată, exemplificând cu un efort fizic de intensitate medie ori o activitate

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
profesională ergonomic organizată. Dansul este de  
asemenea, un exemplu ideal de eustres.

Putem codifica implicarea dar și importanța  
**distresului** și **eustresului** în relația **sănătate-boală**,  
atribuind primului calitățile factorului de **risc** pentru  
boală, iar celui din urmă, premisa **longivității** atunci când  
produce o creșterea imunității antiinfecțioase și  
antitumorale. Tabelul alăturat, după Iamandescu I.B  
(2002) certifică acest lucru:

Fig.nr.6

	Distres	Eustres
Calitatea agenților stresori	<b>Neplăcuți</b> , amenințători, suprasolicitanți	<b>Plăcuți</b> , solocitare moderată într-un climat afectiv, pozitiv
Tipuri de reacții	<b>Active</b> : furie, rușine, groază, etc. <b>Passive</b> : tristețe adâncă, neajutorare, nesiguranță, lipsă de speranță	Bucurie, triumf, extaz, ”senzații tari”, râsul în cascade, excitație sexuală, dragoste, etc. Efort fizic Moderat
Tipuri de situații	Conflict, suprasolicitare, frustrare, ”examen”, pierderi majore (deces, divorț, concediere etc.) N.B. Buddeberg și Willi consideră: a) situații de <b>distres activ</b> (implicare activă prelungită dar cu posibilitate de control redus) b) situații de <b>distres</b>	Câștiferi financiare și morale, contemplare extatică (opere de artă, în special muzica, peisaje naturale) surse de răs (lecturi, spectacole, etc.). N.B. Situații de provocare directă (jogging-ul sau jocul de noroc) sau indirectă (filme polițiste) în care subiectul este solicitat dar activarea fiziologică

	<p><b>pasiv</b> (“pierderi” fără posibilitatea oricărui control, cu caracter de lipsă de perspectivă și “neajutorare”</p>	<p>rezultată are loc pe fondul siguranței asupra controlului “provocării” (eustresul “activ” = creșterea moderată a cortizolului)</p>
<p>Reacție endocrină</p>	<p>a) catecolamine ↑↑ + cortizol ↑</p> <p>b) catecolamine ↑↑ + cortizol ↑</p>	<p>atecolamie + endozfine + serotonină</p> <p>prolactină + CRF</p>
<p>Sistem imun</p>	<p>Inhibiție (cel NK ↓, fagocitoza ↓, Interferon y ↓)</p>	<p>Imunostimulare (cel NK ↑, Interferon y ↑, IgAs ↑)</p>
<p>Aparat cardiovascular</p>	<p>Predomină creșterea TA</p>	<p>Predomină creșterea TV</p>

Retorica întrebare reappare: E necesar echilibrul? Da, pentru a preveni apariția **stresului psihic** (SP) care reprezintă “o stare de tensiune, încordare, disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor motivații (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme” în accepția lui Golu M.(2002). Cu alte conotații, **stresul psihic** este o reacție a organismului care se edifică în funcție de evaluarea cognitivă a situației și de strategii de ajustare.

În acest context, Iamandescu I.B.(2002) prezintă unii termeni ca “părți componente” a unor definiții ale stresului psihic (SP) sub forma de:

- 1)- **amenințare** = este semnificația de anticipare a unui pericol;
- 2)- **frustrare** = ia naștere când un obstacol se întrepune în realizarea unui scop;

- 3)- **conflict** = situația creată de indiferență a două sau mai multe solicitări cu motivații opuse, realizând o adevărată competiție;
- 4)- **rezolvarea unor probleme** dificile sau imposibile (în raport cu contextul situațional de rezolvare);
- 5)- **suprasolicitarea peste limitele capacității intelectuale** (inclusive parametrii atenției, memoriei, rezistenței la perturbații, etc.);
- 6)- **remanența unor stări afective negative** (pierderea unei ființe dragi, eșec profesional sau de altă natură) sau **redeșteptarea lor sub acțiunea unor excitanți condiționali** ori **readuse la suprafața conștiinței** prin vise, asociații de idei, etc.(experiențe anterioare);
- 7)- **subsolicitarea** = deprivarea senzorială (cu monotonie, lipsă de informație sau lipsă de activitate soldate cu o gamă largă de stări psihice, mergând de la simpla plictiseală și până la izolare externă);

Toate acestea există și sunt recunoscute în manifestările zilnice, mai ales atunci când stresurile mici

și repetate, Lazarus R.S.(1966) pot învinge copingul și pot conduce la stresul psihic (SP) și boală. Astfel, **agenții stresori psihologici**, mai ales cei verbali, au o importanță deosebită pentru o persoană, fiind și cei ce pot declanșa un parcurs al stresului psihic (SP) care ține cont de particularitățile personalității; biografia individului; vulnerabilitatea sa și conferirea unor semnificații, nocive, imaginare sau reale și un comportament de reacție facil care indică elementele stării patologice.

Un **stres psihic (SP) prelungit** poate fi constituit prin sumarea unor stresuri zilnice minore în care agenții stresori sunt de mică intensitate, dar au o durată prelungită de acțiune și apariție frecventă. Konner (după Iamandescu I.B.(2002) face o listă a acestor stresuri zilnice minore, dar care au totuși, implicația lor constantă:

- prea multe lucruri de făcut;
- timp insuficient;



- prea multe responsabilități;
- gânduri deranjante ("nu-ți dau pace");
- obligații sociale;
- stabilirea priorităților;
- rătăcirea sau pierderea lucrurilor;
- nu găsești timp pentru a dormi suficient;
- probleme cu copiii;
- supraîncărcare cu responsabilități familiale;
- neplăceri la serviciu;

structurate în capitole legate de: **starea sănătății-muncă-casă și familie-personal și social** cu valențe în atitudinea în final a individului față de el însuși și comunitate, raportul oscilant în unele situații, ducând spre interpretări patologice a situațiilor și fenomenelor.

De aceea, Tudose Fl.(2003) insistă asupra legăturii dintre **stresori și adaptare**, astfel încât comportamentele adaptării în acest caz să includă patru dimensiuni independente și anume:

- a) –**activ-pasiv** (discutând direct acțiunea, tratând spre stresori sau evitând stresorii);
- b) –**cognitiv-emoțional** (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională, catarsisul și expresia);
- c) –**controlul** (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor)
- d) –**acțiunea psihologică/acțiunea socială** (sfera autorealizării sau suportul social);

Atenuarea efectelor pe care stresul psihic le are, prin gândirea unor strategii de adaptare specifice asupra individului, face ca manifestarea patologică să fie minimă sau/și măcar preventivă. În această situație se poate afla și **evenimentul de viață** care devine **stresor** atunci când, limita nu mai există. Lăzărescu M.(2002) delimitează situații ca:

Fig.nr.7

psihotrauma	eveniment secvențial care impresionează 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)
frustrare	nesatisfacerea unor dorințe, pulsuni, nevoi sau pretenții legitime (circumstanțială, prelungită sau cronică)
conflictul interpersonal trenant	stare de tensiune și conflict 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 este urmat de satisfacții (poate fi provocată de un stil particular de viață)

lipsă de perspectivă vitală	situații nefavorabile din care subiectul nu are nici o perspectivă de a ieși
conflictul intrapsihic	egodistonia realizată de sentimentul vinovăției (poatefi conștient sau preconștient)
crizele existențiale sau de conștiință	perioadele critice se referă lapersonegeneză și circlurile vieții-apar în perioadele de bilanț individual
învățărilor patologice	mai frecvente în copilărie, dar posibile pe tot parcursul veții

Dacă nici adaptarea și evenimentul de viață nu sunt niște concepte străine de stresul psihic mai ales, pornind de la stres și agenți stresori, e necesar a surprinde și trata în contrapartidă, elementul de **antistres**, considerat o sumă de conduite anti-distres, pro-eustres, sanogenetice, creșterea eficienței filtrelor antistres și conviețuirea cu stresul. Toată această înșiruire a componentelor antistresului, recurg la metode prin care se înlătură sau în unele cazuri, se elimină, starea de stres.

Astfel, **conduitele anti-distres** se referă la:

- limitarea/înlăturarea consecințelor;

- evitarea lui;
- provocarea de distresuri controlate;

încercând a “ne antrena față de distres” și a elimina tarele pe care o persoană le suportă în asemenea situații.

**Conduitele pro-eustres** privesc:

- cultivarea eustresului,
- procurarea de eustresi,

cunoscând posibilitățile bio-psiho-sociale ale individului, susținându-l pe acesta în demersurile făcute în a păstra “energia de stres”.

**Conduitele sanogenetice** sunt necesare în a gestiona stresul, astfel încât subiectul să se conformeze, unor reguli/norme ce-l pot proteja împotriva stresului psihic și care-l ajută în a-și mări durata vieții și în scăderea riscului apariției bolilor atât organice cât și psihice.

**Creșterea eficienței filtrelor antistres** materializate prin modelarea sistemelor de convingeri, unde autoreglarea cognitivă prin experiența de viață a

individului cât și a întregului său comportament vizând sistemul de convingeri, reprezintă un punct viabil de plecare în a soluționa o situație problemă creată. Optimizarea strategiilor de coping se alătură celor anterioare considerând “ieșirea din impas” ca o modalitate absolut personalizată pentru fiecare individ aflat în pragul cunoașterii și stăpânirii stării stresante sau a agenților stresori în care se află. **Conviețuirea cu stresul** reprezintă “piatra de încercare” a viețuirii moderne de astăzi, lăsând fiecărui individ, posibilitatea și disponibilitatea de a-și găsi strategiile personalizate necesare în acest “mariaj”.

Astfel, ascultându-ne și cunoscându-ne foarte bine Eul, dar și propriul corp, vom putea depăși sincopel apărute de-a lungul vieții, știind a apela atât la conduitele antistres cât și la stres ca atare, văzut ca o “boală molipsitoare”.

## **Post scriptum:**

“Trebuie să adăugăm că ceea ce este dăunător nu este atât mediul stresant, cât modul în care abordăm un anumit stil de viață. Stresul în sine nu este nici bun, nici rău: doar consecințele sale asupra corpului și psihicului unui individ ne permit să evaluăm dacă efectul său global este pozitiv sau negativ”-Iamandescu I.B.(2002)





## **Cap.6. Cunoașterea personalității umane**



## **Cuvinte cheie:**

**-cunoaștere-trăsături-personalitate-tipologii-valori-  
atitudini- comportamente-**

### **6.1.Schițarea trăsăturilor de personalitate**

Dacă am porni într-o “lungă călătorie” a cunoașterii umane, implicit prin prisma personalității, prima remarcă ce-ar suscita interes ar fi atunci “când personalitatea noastră cuprinde potențialități valorice de necontestat, avem obligația nu numai de a le proba prin fapte, ci și de a admite dreptul celor din jur de a manifesta un anumit nivel de exigențe față de calitatea acțiunilor noastre-indică T.Costea D.(2004). Altfel spus, Sillamy N.-Larousse-1996-**personalitatea** este în esență

elementul stabil al conduitei unei persoane, ceea ce o caracterizează și o diferențiază de o altă persoană, adică, “Cognito ergo sum” (Cuget, deci exist.)

De aceea, cunoașterea **trăsăturilor de personalitate**, reprezintă punctul de pornire în a evidenția cea ce este specific, mai precis, unic persoanei respective. Astfel, pornind de la “constelația de trăsături” (Guilford P.) ce dau prestață unei personalități, și ajungând până la teoria lui Allport G. care consideră că în fiecare individ se pot evidenția una-două trăsături cardinale (dominante și determinante în raport cu celelalte) 10-15 trăsături principale (caracteristice) și o multitudine indeterminată de trăsături secundare, drumul cunoașterii este destul de sinuos, perceput câteodată cu “o cursă contracronometru”.

În acest context, Ionescu G. (1973), face remarci asupra faptului că se confundă frecvent noțiunea de **trăsătură a personalității** cu adjectivele care încearcă să

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
caracterizeze personalitatea, insistând asupra faptului că  
cele dintâi menționate sunt selecționate după:

- analiza observațiilor empirice;
- observația anomaliilor personalității;
- aplicarea analizei factoriale care la rândul ei  
prelucrează date obținute prin:
  - scalele de apreciere întocmite de  
examinator;
  - chestionarele completate de către cel  
examinat;
  - testele “obiective” de personalitate;

Să ne reamintim cu toate acestea, faptul că  
trăsăturile:

- a) -sunt particulare și personale;
- b) -nu pot fi apreciate decât în interdependența lor;
- c) -trebuie descoperite, aflate în fiecare caz  
(individual);
- d) -sunt implicite, inaparente, incluse;

Concentrate, trăsăturile se pot referi la aspectele:

- morfologice (dimensiuni și raporturi somatice);
- fiziologice (forță, echilibru, mobilitate, etc.);
- psihologice

Pornind de la aceste considerente unde criteriul **este trăsătura** după Ionescu G.(1973), personalitatea poate fi văzută ca:

**1)-individualitate structurată:**

În acest caz, trăsăturile sunt Allport G.(1937) întotdeauna biofizice în natura lor, concrete și personale în organizarea lor, contemporane în efectul lor, capabile de autonomie funcțională, dar interdependente din punct de vedere structural. Același autor sistematizează trăsăturile în:

a)-comune = care pot fi întâlnite la un grup socio-cultural;

b)-personale = care diferă de la o persoană la alta, împărțite în:

- cardinale = caracteristice insului determinându-i conduita;
- centrale = care descriu în mod obișnuit persoana;
- secundare = care exprimă aspecte mai puțin importante ale persoanei;

În acest caz, este de menționat faptul că, personalitatea nu include numai ceea ce este personal, caracteristic individului, ci și ceea ce este important pentru el.

## **2)-ansamblu comportamental**

Cattell R.B.(1964) apreciază trăsăturile în funcție de intensitatea și de gradul lor, astfel încât personalitatea devine un ansamblu comportamental, al cărui grad de coerență este în funcție de interdependența trăsăturilor. Același autor consideră că personalitatea este aceea care

permite să prevezi ceea ce va face un ins într-o situație dată.

### **3)-fiind bazată pe factori și niveluri de organizare**

După Eysenck N.J.(1959), teoria trăsăturilor presupune o distribuție normală a caracteristicilor măsurate, ceea ce face ca în stadiul clinic al personalității autorului distinge:

- a) –factori generali, comuni tuturor trăsăturilor;
- b) –factori de grup, comuni unor trăsături sau teste, dar absenți altora;
- c) –factori specifici, proprii unui test sau unei trăsături;
- d) –factori de eroare, prezenți doar în unele împrejurări,

care corespund practic categoriilor logicii formale de : gen, specie, propriu și accident.

Tot după Eysenck N.J.(1959)- personalitatea este înțeleasă ca ansamblul modurilor actuale sau potențiale de comportament al organismului, determinate de



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
ereditate și mediu, reușind a dezvolta de-a lungul  
interacțiunii funcționale, sectorul:

- cognitiv = inteligența
- conativ = caracterul
- afectiv = temperamentul
- somatic = constituția

#### **4)-având caracterul, element esențial și determinant în formarea personalității:**

Acest fapt este subliniat de Levitov N.D.(1952) care consideră că structura personalității este alcătuită din temperament, aptitudini și caracter. Analizându-l pe cel din urmă, Lavitov distinge:

- a) –orientarea = care este alcătuită din intenții, scopuri, interesii, criteriile, principiile, idealurile;
- b) –aparatură operațională ce cuprinde:
  - trăsături voliționale (inițiative, bărbăție, curaj, fermitate, hotărâre, independență în acțiune, etc.);

- trăsături globale (originalitate, unicitate, complexitate, integritate);

### **5) izvor al condiției de bază a personalității:**

Aici, Uznadze D.N. (1959) prezintă montajul ca o stare pregătitoare, preacțională, determinată de dispozițiile psihobiologice care orientează și susțin îndeplinirea unor activități. Montajul- caracteristică psihologică de bază a activității insului- are nu numai un rol orientativ al acțiunii, ci și un scop organizatoric și integrator al forțelor potențiale și reale ale persoanei.

Din această perspectivă, personalitatea este considerată ca organizarea integral-individuală a sistemelor de montaj, în vederea unui comportament determinat-adekvat.

### **6) având atitudinea la baza construcției personalității:**

În acest caz se pornește de la Maisiscev V.N.(1948) ce folosește ca element de bază, atitudinea,

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
astfel încât însușirile temperamentale și caracteriale se manifestă prin ea. Astfel, personalitatea are la bază:

- un conținut orientativ, exprimat prin atitudini;
- o structură operativă, realizată prin: temperament, aptitudini și caracter;

**7) expresie a subiectivității insului sub influența condițiilor ambiantei:**

Rubinstein S.L.(1962) distinge insul ca entitate în sistemul relațiilor sociale ca unitate a relațiilor sociale și ca purtător real al acestora. Totodată, portretul persoanei nu ar fi complet dacă nu s-ar ține seama de faptul că el exprimă un conținut ideativ, că insul este purtătorul și, deseori, promotorul unei idei, care, fiind în concordanță cu aspirațiile sale, sunt adoptate și uneori, ridicate la rangul de principii și criterii, în baza cărora persoana apreciază acțiunile celorlalți, precum și propria-i conduită.

Este necesar de menționat în mod special faptul că, chiar dacă această compartimentare a suscitat în timp

critici mai mult sau mai puțin viabile (valide, pertinente), evoluția conceptuală este certă și de aceea am considerat de cuvîntă a fi prezente ca punct de pornire pentru noile construcții cognitive, legate de personalitate în accepția modernă de astăzi, fiind de necontestat valoarea acestora.

## 6.2. Compartimentări ale tipologiei umane

După Sillamy N.(1996)-Larousse, **tipologia** reprezintă studiul caracterelor fizice și mentale ale ființelor umane, clasate într-un anumit număr de tipuri. Există astfel tipologii care se bazează pe:

- a) – studiul organizării specifice corpului utilizând măsurătorile morfologice și datele fiziologice;
- b) – conduite și atitudini față de lume;

De asemenea, în aceeași contextualitate a **tipologieie**, autorul mai identifica:

1)-pe planul valorilor socio-culturale:

a)-cei care caută puterea politică și economică;

b)-cei pasionați de idei;

c)-cei ce se devotează semenilor;

d)-cei care vor să unifice lumea și pe oameni;

2)-pe plan politic:

a)-tipul radical, care dorește schimbarea sistemelor stabilite;

b)-tipul conservator;

3)-pe plan medical:

a)-hiperactivii (tipul A), întotdeauna zoriți, nerăbdători, ambițioși;

b)-placizii (tipul B), destinși, așezați;

Este evident faptul că, enumerarea tipologică având **un anumit punct caracteristic**, nu s-a terminat aici. Astfel, cea mai “vehiculată” tipologie, aparține compartimentului dinamico-energetic, fiind **temperamentul**, având caracter înăscut, care structurează din punct de vedere formal, conduita umană, și care

reprezintă o sinteză a diferitelor grupuri ale **forței**, **mobilității** și **echilibrului**:

1) **Forța** reprezintă energia, capacitatea de lucru și surprinde:

a)-tipul puternic = suportă tensiunea psihică, ferm, stăpân pe sine, energic în executarea acțiunilor;

b)-tipul slab = nu rezistă la efort, uneori este temător, nesigur, irascibil, sensibil, emotiv;

2) **Mobilitatea** reprezintă rapiditatea înlocuirii reciproce a excitației și inhibiției și surprinde:

a)-tipul mobil = trece ușor de la o formă de lucru la alta, își formează rapid noile deprinderi, le modifică și le înlocuiește pe cele vechi, ia decizii rapide, are inițiativă;

b)-tipul inert = suportă greu variațiile în succesiunea activităților, schimbărilor și vitezelor mari, surprizele, își formează greu noile deprinderi, mișcările sunt lente; preferă activitățile tipice și fără variabilitate;

3) **Echilibrul** se produce între excitație și inhibiție și reprezintă cantitatea de energie mobilizată:

a)-tipul excitat = neechilibrat, cu energie tumultuoasă, agresiv, irascibil, nechibzuit;

b)-tipul normal = mișcări proporționale cu solicitările; directe și suficient de rapid, vorbire echilibrată și expresivă;

c)-tipul inhibat = se concentrează greu, obosește repede, învață încet;

Pornind de la aceste considerente, putem clasifica ceea ce începuse Hipocrat, ajungându-se practic astăzi, la a delimita cele patru tipuri temperamentale:

1)- **coleric** = puternic-mobil-needechilibrat;

2)- **sangvin** = puternic-mobil-echilibrat;

3)- **flegmatic** = puternic-inert-echilibrat;

4)- **melancolic** = slab-mobil/inert-needechilibrat,

recunoscute prin reacții ca:

1)-**colericul**-reacții emoționale puternice și reactivitate motorie accentuată;

- impulsiv și uneori chiar violent, agresiv;
- face risipă de energie, reușind însă să-și dovedească rapid capacitățile;
- inconstant cu relațiile cu ceilalți;
- vorbire inegală, înclinație spre exagerare;

2)-**sangvinicul**-violet, vesel, bine dispus, trece totuși

rapid de la o trăire afectivă la alta;

-se adaptează rapid, reușind să se stăpânească relativ ușor, ceea ce îi permite stabilirea rapidă de relații sociale;

-abundență a expresiei verbale și fire comunicativă;

-ia ușor decizii, simțind nevoia variației situațiilor;

3)-**flegmaticul**-calm, imperturbabil, chiar lent;

-echilibru emoțional, fiind puțin reactiv din acest punct de vedere, dar cu sentimente durabile;



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_

- caracterizat de răbdare și toleranță;
- se adaptează mai greu și trece cu o oarecare dificultate de la o activitate la alta;
- meticulos, înclinat spre rutină;

4)-**melancolicul**-emotiv și sensibil, are dificultăți de adaptare;

- capacitate de lucru redusă, dar obține un randament progresiv
- înclinat spre reverie și interiorizare;
- puternic afectat de insuccese, compensează insuccesele prin închiderea în sine;
- capabil de activități de migală;

I.P.Pavlov stabilește pe baza studiilor de laborator existența unei corespondențe între tipurile de activitate nervoasă superioară și tipurile temperamentale, făcând corespondența:

- 1.-tipul puternic, neechilibrat, excitabil = colericul
- 2.-tipul puternic, echilibrat, mobil = sangvinicul
- 3.-tipul puternic, echilibrat, lent = flegmaticul
- 4.-tipul slab = melancolicul

**C.G.Jung** (1928) pornește de la contradicții bipolare de tipul: zi-noapte, flex-reflex, nașterea-moartea, inspirație-expirație-ajungând să distingă:

a)-tipul extravertit = este orientat spre exterior, spre cunoașterea lumii externe, evită singurătatea, este sociabil, agreat de comunitate, animator și poate deveni conducător de grup;

b)-tipul introvertit = este inapt pentru dezvoltarea unor relații sociale, slab adaptat la realitate, evită lumea, se complace în singurătate, este uneori egoist și bizar, găsim în sine ceea ce extrovertitul găsește în ceilalți;

**Rorschach N.**(1941) abordează tipologia în funcție de rezonanța afectivă, sub forma:

a)-tipul extratensiv = facilitatea realizării unei legături  
interpersonale, labilitate,  
instabilitate, renunțare;

b)-tipul introtensiv = se caracterizează printr-o oarecare  
rigiditate, fermitate, discreție;

c)-tipul coartat = este retractat, cu o slabă energie  
instinctivă;

d)-tipul ambiegal = apare firea ambivalent;

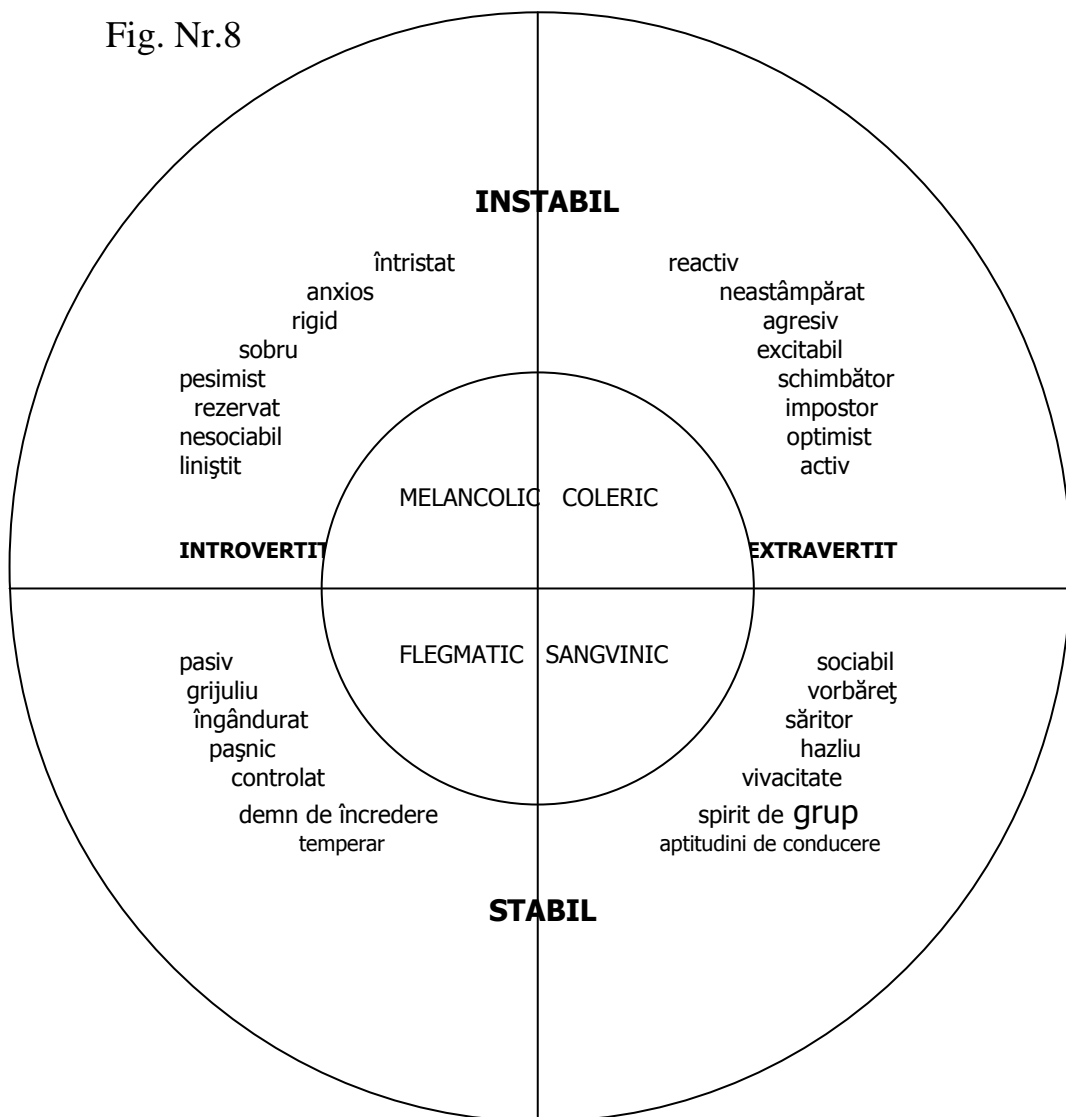
**Eysenck N.** (1963) care reia teoria în acest fragment al cunoașterii umane a lui C.G.Jung, făcând diferența dintre persoanele stabile din punct de vedere emoțional și cele instabile și construind următoarele tipuri temperamentale sub forma:

- colericul = extravertul instabil
- sangvinul = extravertul stabil
- flegmaticul = introvertul stabil
- melancolicul = introvertul instabil,

dovedind că, flegmaticul și melancolicul sunt introverțiți iar colericul și sangvinicul, extravertiți.

Această configurație poate fi surprinsă și sub forma:

Fig. Nr.8



**Heymans G.și Wiersma E.D.** își bazează teoria tipologiei temperamentale, în funcție de trei parametri și anume:

a)-emotivitatea = se referă la reacțiile de ordin afectiv, unele persoane fiind emotive, altele non-emotive;

b)-activismul = predispoziția unor persoane spre acțiune în raport cu altele, renunțarea cu ușurință la unele acțiuni pe când altele sunt simulate de eventualele obstacole;

c)-ecoul-“amprenta” pe care evenimentul de viață o lasă asupra unor persoane, diferența constând în:

-primaritate (preocupare pentru prezent, superficialitate, optimism, ceea ce denotă un ecou slab al evenimentelor)

-secundaritate (persoane la care evenimentele au un ecou puternic, influențând accentuat prezentul și viitorul). Astfel, se înscriu pe baza acestor parametri, opt tipuri temperamentale și anume:

- 1) -**pasionații**-emotivitate-activism-secundaritate;
- 2) -**colericii**-emotivitate-activism-primaritate;

- 3) -**sentimentalii**-emotivitate-non-activism-secundaritate;
- 4) -**nervoșii**-emotivitate-non-activism-primaritate;
- 5) -**flegmaticii**-non-emotivi-activism-secundaritate;
- 6) -**sangvinicii**-non-emotivi-activism-primaritate;
- 7) -**apaticii**-non-emotivi-non-activism-secundaritate;
- 8) -**amorfii**-non-emotivi-non-activism-primaritate

O ultimă remarcă în periplul nostru tipologic, care nu se încheie cu cele prezentate anterior, o facem având la bază, tipologia, în funcție de stilul cognitiv, cea mai acceptată fiind propusă de **Kirton M.**(1976) ce face referire la clasificarea oamenilor în **adaptativi** și **inovativi**. Această clasificare se referă la stilul cognitiv implicat în:

- a)-creativitate (generarea noului);
- b)-rezervarea problemelor (soluționarea noului);
- c)-adaptarea deciziei;

Pragmatic privind evoluția tipologică a celor două ipoteze-adaptative (A)-inovativ (I) în funcție de stilul cognitiv, se poate remarca:

a) **adaptativul:**

- realizează progresul, schimbarea;
- păstrează paradigma, consolidând-o, îmbunătățind-o;
- se mișcă doar în interiorul paradimei (statu-quo-ul existente, acceptat, verificat);
- perfecționarea datului existent (“a proceda mai bine”);
- adoaptă din mers paradigma la noile cerințe;
- este eficient în situații de stabilitate;
- nu optează întotdeauna pentru o transformare capitală și simulată;
- realizează schimbarea prin evoluție ;

b) **inovativul:**

- atacă paradigma, restructurând-o, înlocuind-o sau chiar părăsind-o pentru a face alte incursiuni;

- obsesia lui este de “a proceda altfel”;
- este abil în utilizarea normelor existente;
- preferă să sfărme normele existente;
- practică o schimbare de tip revoluție;

Din perspectiva **atitudinii față de problema** primită spre rezolvare:

a) **adaptativii:**

- preferă situații bine stabilite și structurate;
- sunt preocupați de rezolvarea problemei;
- au tendința să accepte problema așa cum îi este prezentată;
- preferă să avanseze puține idei de rezolvare;
- ideile sunt rezonabile ancorate în realitate, fără riscuri, dar cu eficiență imediată și eficientă;
- se bucură de încrederea colectivului;
- sunt excelenți în includerea de noi date sau evenimente în structurile deja existente;
- rezolvă problema prin îmbunătățiri și eficiență sporită;



b) **inovativii:**

-redefinesc situațiile ambigue, instabile, mai puțin structurate;

-sunt descoperitori de probleme;

-fac risipă de variante la problemă;

-ideile sunt mai puțin bizare, par inacceptabile și au bătaie lungă;

-nu se bucură de încrederea colectivului;

-dacă idea dă greș, opinia publică are sentimentul că acest lucru era previzibil;

-stabilesc noi structuri sau strategii;

-fac saltul direct la soluții;

**Diferențele** preponderent **structurale** de personalitate relevă:

a)-**adaptativii** ca oameni de o mare eficiență (se definesc prin precizie, exactitate, soliditate, prudență, spirit metodic, disciplină, conformitate, logici, normative, acceptă regulamentele, dependenți și inspiră încredere) care în colaborare cu inovatorii oferă stabilitate, ordine,

continuitate, coeziune și cooperare în grup, fiind în general sensibili la ceilalți oameni.

b)-**inovativii** sunt mai puțin eficienți dar mai originali (indisciplinați, abrazivi, surse de dezacorduri, schimbă regulile, ilogici, nepractici, respect redus pentru tradiție, șochează pe oponenți, capabili de muncă de rutină și detaliu foarte scurt timp și nu acordă atenție opiniei unanime a grupului) și care în colaborare cu adaptativii, reprezintă factorul dinamic în momentele periodice de schimbare radicală.

În același demers, e necesar a surprinde modul în care cei doi “A” și “I” se percep reciproc. Astfel, **adaptativii** sunt considerați inovativi ca: stabili, conformiști, prudenți, previzibili, inflexibili, păstrători ai sistemului și intoleranți-față de situații ambigue, pe când **inovativii** sunt văzuți de adaptativi ca: plini de farmec, impresionanți, nestabili, fără spirit practic, asumându-și riscuri, incomozi, persoane care perturbă sistemul existent și crează dezacordur.

Aceste stări de fapt, îl ajută pe cel în cauză, de a stabili factorii care corelează cu stilul cognitiv adaptativ-inovator și anume:

- intro-extraversiunea (inovativii sunt îndeobște extravertiți);
- controlul impulsului (mai prezent la adaptativi);
- nevoia de structură (adaptativi);
- asumarea riscului (inovativi);
- căutarea de senzații (inovativi);
- sexul (bărbații sunt oarecum mai inovativi);

Și o astfel de tipologie ajută la întregirea cunoașterii personalității umane fapt care concură la o decodificare în timp, a unor manifestări pe care medicul, în relația sa cu pacientul le poate depista, analiza, folosi și/sau anihila.

Multiplele fațete ale tipologiilor umane subscriu variațiilor, variabilele schimbării, fiind percepute de factorii morfologici, fiziologici și psihologici, surprinși în context, sub conotații structurale diferite și având

implicații în compartimentările cunoașterii personalității în ansamblul ei.

### **6.3. Personalitate normală-concept structural**

Surprinsă încă de la începutul capitolului prin definiție, **personalitatea** care este întotdeauna unică și originală, trebuie să cuprindă următoarele:

- apartenența de speța umană;
- calitatea de ființă socială și deci membru al societății;
- calitatea de ființă conștientă dotată cu gândire și voință;
- participarea la cultură, dotarea cu valori și orientarea după aceste valori,
- potențialul creativității,

astfel încât să se raporteze la un sistem bio-psiho-socio-cultural bine constituit. Roșca Al.(1976)-surprindea

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_

“**personalitatea** reprezintă imbinarea non-repetitivă a însușirilor psihice care caracterizează mai pregnant și cu un mai mare grad de stabilitate omul concret și modalitățile sale de conduită”, astfel încât personalitatea se identifică cu subiectul uman concret, ca obiect al acțiunii, cunoașterii și valorizării propriei ființe și a mediului în care trăiește.

Privind terminologia ce desemnează ființa umană în integritatea ei, e necesar a sublinia faptul că alături de personalitate, apar termeni ca:

a) individ =unitate distinctă a speciei din care face parte, deci individul este orice organism, inclusiv omul.

b) individualitate =ansamblul particularităților proprii unui individ care îl deosebesc de ceilalți indivizi.

c) persoană = desemnează numai natura umană în ceea ce are ea specific, și nu include aspectele concrete legate de vârstă, ocupație, sex, mediu, etc.,

Totuși, în literatura de specialitate denumirea de personalitate fiind utilizată acreditată ca atare cel mai mult, prin complexitatea definirii sale.

Cu alte cuvinte, Tudose Fl.(2000) amintește faptul că:

- a) –personalitatea este un concept global, o structură care nu se poate descrie decât prin elementele sale structurale;
  - b) are un anumit grad de personalitate, o dinamică și o economie proprie;
  - c) este rezultanta dezvoltării potențialităților înnăscute într-un mediu de dezvoltare precizabil din punct de vedere socio-cultural;
  - d) dezvoltarea personalității este secvențială,
- atenționând că personalitatea umană nu se poate forma și dezvolta armonios fără ereditatea naturală, fără influențe educaționale și culturale , corespunzătoare.

Toate acestea în condițiile în care dezvoltarea psihică nu este liniară, ea putând fi privită ca pe o

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
alternanță temporară de faze, de echilibru și stabilitate, cu  
perioade de criză caracterizate de modificări profunde.  
Deoarece personalitatea poate fi surprinsă dintr-o  
varietate de ipostaze, pornind din punctul nostru de  
vedere de la Piaget I.(1973) care vorbește despre cele trei  
însușiri ale structurii:

- a) totalitatea = nici un fapt psihic nu poate fi descris ca  
străin sau petrecându-se în afara personalității;
  - b) transformarea = personalitatea este într-o continuă și  
necesară transformare;
  - c) reglajul = personalitatea este supusă în permanență  
unei continue determinări exterioare,
- invariabil vom ajunge la S. Freud care prin modelul său  
psihanalitic, reprezintă și astăzi n “cap de pod” privind  
cunoașterea personalității umane.

Freud a constatat că psihicul uman are o organizare  
nivelară-inconștient-preconștient-conștient, definind:

- 1) inconștientul = este nivelul cel mai profund al  
psihicului, neaccesibil direct, fiind totodată, sediul

instinctelor sexuale, agresivității, dorințelor și actelor refulate, etc.;

- 2) preconștientul = este sediul deprinderilor dar și a informațiilor care deși nu sunt conștiente, pot fi activate la un moment dat în funcție de necesitățile concrete;
- 3) conștientul = este suprafața psihicului nostru constituit dintr-un flux continuu de informații și trăiri emoționale, deținând un rol important în modul specific de a fi al ființei umane.

Practic, cele trei niveluri ale psihicului uman, vor fi mult mai târziu, tot în accepția lui Freud –cele trei **instanțe ale psihicului uman**; -Sine-Eu-Supraeu sau Id-ul-Eul-Supereul-care implică:

- Id-ul = tendințe instinctive, trebuințe și emoții
- Eu-l (Ego-ul) = contactul cu lumea externă
- Supraeu-l (Super-Ego-ul) = interiorizează normele etico-morale.



Cu alte cuvinte Ionescu G.(1973), aceste trei instanțe ale personalității, deși au funcțiuni proprii, principii operante și mecanisme particulare, cel puțin în situații normale nu acționează divergent și dezorganizat, ci într-o interdependență și completare funcțională dialectică, în virtutea aceluiași deziderat adecvat-adaptativ al persoanei. Astfel, implicarea fiecărui element, constituie acțiunea de cunoaștere profundă a ființei umane. În acest caz:

1)-**Id-ul**, așa cum menționa însuși Freud este “o realitate psihică adecvată” care nu are însă conștiința realității obiective, fiind și rezervorul energiei psihice, exponent al lumii interioare și al experienței subiective. Rolul său este de a reduce tensiunea, asigurând astfel: echilibrul, liniștea și persistența organismului.

Pentru a reduce tensiunea, Id-ul recurge la: acțiunea reflexă (reacții autonome înnăscute și imediat operante în reducerea tensiunii) și procesul primar (reacție psihologică complexă care duce la diminuarea

tensiunii sau obținerea gratificației pe plan imaginativ și simbolic). Astfel interpretat, Ionescu G.(1973) această satisfacție imaginativă, acest procedeu imaginativ-substitutiv, constituie singura realitate a celei mai reale componente a personalității-Ed-ul.

2)-**Ego-ul** operează cu ajutorul procesului secundar, care este întruchipat de gândirea realistă, având în subordinea sa, funcțiile mentale cele mai înalte, cognitive și intelectuale. El este executorul personalității, Ionescu G.(1973)întrucât el detectează căile de acțiune, cercetează posibilitățile ambianței, testează modalitățile de răspuns ale acesteia, apreciază gradul și maniera în care tendințele instinctivo-hedoniste ale insului vor fi îndeplinite.

3)-**Superego-ul**, constituie expresia existenței individului în mediul social, fiind purtătorul normelor etico-morale și al regulilor de conviețuire socială, avându-și originea tot în Id, dar se dezvoltă în interrelația

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
ocazionată de experiențele Ego-ului în cadrul  
personalității.

După Ionescu G.((1973) Superego-ul călăuzește  
insul pe căile lipsite de pericole și surprize ale  
circumspecției și prudenței. Armă morală a personalității,  
el reprezintă mai degrabă idealul decât realul și în  
virtutea acestui fapt, el caută să încorporeze insului  
modele “ideale” din realitate, prin mecanismul de  
“introiecție”. Prin rolul și statutul său bine definit,  
Superego-ul:

- refulează impulsurile Id-ului, atunci când acestea  
sunt de natură instinctivo-afectivă sau agresivă;
- obligă Ego-ul la substituția scopurilor realiste , a  
scopurilor moraliste;
- împinge Ego-ul în lupta spre perfecțiune și sublim,  
ceea ce duce la identificare Id-ului ca și component  
biologic al personalității, Ego-ul, component psihologic  
și Superego-ul, component social, făcând astfel încât,  
Ionescu G.(1973) teoria freudiană a personalității, apare

ca fiind deschisă și permeabilă oricărei influențe (biologice, psihologice, sociale), iar nota ei de realism constă în accentul care se pune pe una din cele trei componente. Oricum universul lui Freud atât pentru psiholog cât și pentru medic, rămâne un domeniu permanent de cunoaștere a individului prin prisma elementelor, ce după autor, marchează în evoluția sa, personalitatea umană, așa precum Constantin Rădulescu Motru sesiza “Personalitatea se cristalizează în jurul Eului, dar în structura sa, în afară de Eu se cuprind și alte elemente sufletești. Eul este licărirea de fulgere care dezvăluie încotro merge anticiparea sufletului. Personalitatea este mașinăria solidă care mijeste realizarea anticipației. Eul trăiește în clipita actualității, personalitatea în durata trecutului. Unul este momentul, celălalt vectorul forței”.

## **6.4. Configurații ale tulburărilor de personalitate**

Continuând investigația, subliniem faptul că Ey H.(1963) consideră personalitatea, o istorie ce se construiește ca o biografie care înlănțuiește într-o serie de evenimente, modalitățile de a fi ale Eului, punând accent pe conștiința de sine ca fundament al dezvoltării persoanei, evidențiind:

- a) –conștiința propriu-zisă, ce se referă la actualizarea experienței trăite;
- b) –conștiința care se dezvoltă în sistemul personalității,

astfel încât personalitatea apare ca o achiziție ulterioară și superioară, reprezentând în plus, sistemul de valori

integrative, ca și intenționalitatea după care se organizează experiența trăită.

Este de remarcat acest fapt deoarece același autor apreciază că **tulburările personalității** sunt inversiuni și dezorganizări ale “ființei” și ale raporturilor sale, care au fost constituite pe baza unui statut și criteriu valoric personal.

Asfel, remarca lui Ey vine apriori de la cea ce DSM-IV-1994 înscrie “**tulburarea de personalitate** este un pattern persistent de experiență interioară și comportament care deviază în mod clar de la așteptările pe care le avem din partea insului; acest pattern este persuasiv și inflexibil, cu debut în adolescență sau timpuriu în viața adultă, stabil în timp și care determină disfuncționalitatea”. În demersul nostru conceptual, se identifică și ceea ce subliniază Iamandescu I.B.(2002), **tulburarea de personalitate** este o deviație semnificativă sau extremă de la modelul sau modelele de comportament existente în grupul socio-cultural

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
respectiv; absența răspunsurilor emoționale profunde în  
corelație cu poziția egocentrică și neputința de a profita  
de experiență, alături de lipsa de respect și considerare a  
normelor sociale.

Adăugăm ceea ce I.C.D-10-1992 notează și  
anume, **tulburarea specifică de personalitate** este o  
perturbare severă în constituția caracteriologică și  
tendențele comportamentale ale individului, implicând de  
obicei mai multe arii ale personalității și asociate aproape  
întotdeauna cu o considerabilă disrupție personală și  
socială. Tulburarea de personalitate tinde să apară în  
copilăria tardivă sau în adolescență și continuă să se  
manifeste în viața adultă. Din această cauză, este  
improbabil ca diagnosticul de tulburare de personalitate  
să fie cel corect pentru un pacient care nu a împlinit încă  
16 sau 17 ani.

Mai concis decât cele enunțate, Tudose Fl. și  
Gorgos C.(1985) susțin că **tulburările de personalitate**  
au ca elemente definitorii:

- controlul incomplet al sferelor afectiv-voliționale și instructive;
- nerecunoașterea defectului structural;
- incapacitatea de integrare armonioasă în mediul social,

bazate pe **trăsăturile de personalitate** care arată o persistență maladadaptativă și inflexibilitate. După Tudose Fl.(2000) trăsăturile de personalitate sunt patternurile durabile ale comportamentului, atenționând asupra faptului că:

- a) –trăsăturile nu sunt patologice și nici nu sunt diagnosticabile ca tulburări mintale;
- b) –recunoașterea acestor trăsături poate fi folositoare oricărui medic în înțelegerea reacției față de stres, boală sau oricare altă situație cu implicații medicale.

În practică, medicul se întâlnește cu elemente ce duc implicit spre tulburări de personalitate. Astfel, identificare la timp a unor caracteristici care pot orienta medicul spre o ipostază diagnostică privind tulburările de



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
comportament este mai mult decât utilă, devenind absolut  
necesară. După Tudose Fl.(2000) **caracteristicile  
obișnuite ale pacienților cu tulburări de personalitate  
sunt:**

- modele de comportament cronice și durabile, nu episodice;
- blamarea constantă a altora;
- ușor de înfuriat sau de făcut geloși;
- ego-sintonic;
- funcția socială și ocupațională tulburată;
- dependență sau independență excesivă;
- frecvent “dezamăgiți” de către partener;
- impulsivi sau compulsivi;
- exarcerbare produsă de afecțiunile SNC, traumatism cranian și stres;
- standarde și opinii inflexibile;
- iritabilitate;
- abilități empatice reduse;

- înșelarea persoanelor pentru a ajunge la un rezultat final;
- egocentrism;
- deseori, rezistență la tratament;
- trecere de la subevaluare la supraevaluare;
- relații interpersonale tulburi sau instabile;

În contextualitatea celor menționate anterior, este important a cunoaște atât de către medic cât și de psiholog, și a “relației cauzale” ce poate interveni între **temperament și boală**, privită ca un preambul al depistării tulburărilor de personalitate ce pot apărea la un viitor pacient. Astfel, Torris G.(1954) surprinde, chiar dacă pare empirică sistematizarea astăzi, caracterologia Heymass-Wiersma-La Senne (după Athanasiu A.(1983), astfel:

1)-**Nervoșii** sunt anxioși în fața bolii:ei se alarmează și se calmează tot atât de ușor. Nu urmăresc cu perseverență vindecarea, schimbă des tratamentele și medicii, preferă

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
câteodată pe “vindecători”. Tind a impune medicului o interpretare personală a bolii și chiar un anumit tratament.

2)-**Sentimentalii** sunt înclinați către ipohondrie. Pot stabili un raport afectiv deosebit de strâns cu medicul dacă acesta nu-i înhibă, dar au față de el o atitudine critică sau de suspiciune și pot fi ușor dezamăgiți, nu sunt totuși fideli. Boala este pentru sentimentali, un eveniment grav. Se autoobservă și-și expun detaliat suferințele; rețin date utile în anamneză și documente privind bolile din trecut. Sentimentalii au mai multă încredere în medic decât în medicină și n-au încredere în propria lor soartă.

3)-**Colericii**, anxioși și ei în fața bolii, recurg la medic fără întârziere; exagerează și sunt lipsiți de curaj. Boala le apare nu numai ca un obstacol ci chiar un scandal. Fidelitatea față de medic pare accentuată, dar-în fond, este fragilă; colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, însă atitudinea colericului este deseori ușor insolentă.

4)-**Pasionații** nu alcătuiesc un grup omogen-unii sunt apropiați de tipul sentimental, alții de constituția

paranoidă. Interesul pasionatului este îndreptat asupra operei la care lucrează, ajungând uneori la neglijarea propriei sănătăți. Când s-a decis să facă apel la medic, dă dovadă de perseverență, de bunăvoință și de spirit de colaborare. Încrederea sa față de medic este deplină, însă eventuala decepție este resimțită profund; de multe ori renunță la medicul respectiv chiar fără să-i dea nici o explicație. Este curajos în fața actului medical.

5)-**Sangvinicii** sunt cei mai puțini anxioși în fața bolii. Ei se supun tratamentului cu oarecare înțelegere, dar așteaptă “ultimul moment” pentru a se consulta. Sunt indiferenți față de boală și relativi, sănătoși.

6)-**Flegmaticii** consultă doar pentru tulburări precise, având o atitudine ce poate fi corectă sau “indiferentă” în sensul de a lăsa medicul să suporte tot greul tratamentului. Dacă sunt fideli, constanți și ascultători , acest fapt este legat mai mult de un anumit simț al datoriei, decât de participarea afectivă la propria dramă.

7)-**Amorfii** sunt nerăbdători în fața bolii, conștiincioși în aplicarea prescripțiilor , fideli, ei sunt legați de obișnuință și de ascultare mai curând decât de încredere și de rațiune. Totodată ei sunt relativ inerti iar comunicarea lor în dialogul medic-pacient este redusă.

8)-**Apaticii** se prezintă de obicei cu o simptomatologie abundentă, expunerea ei fiind confuză. Atitudinea lor este un complex de indiferență și de supunere. Persoana lor îi interesează destul de puțin, iar persoana medicului, deloc. Tendințele lor conservatoare îi fac să ia medicamentele cu regularitate, până la obișnuință sau toxicomanie. Nu caută să influențeze pe medic.

În aceeași notă de implicare a temperamentului în a cunoaște tiparul psihologic al individului-Păunescu-Podeanu A.(1981) pe baza tipologiei lui Pavlov(după Athanasiu A.(1983), întrevade modalitățile lui de comportare în calitate de pacient: în fața bolii și în fața ordonanței terapeutice. Se poate conta, în boală, pe psihicul indivizilor puternic echilibrați, fie ei mobili sau

inerti (adică **sangvini sau flegmatici**), implicit pe reacțiile lor psiho-vegetative și biologice, care sunt pozitive, favorabile, utile în genere; dar nu pe al indivizilor puternici dar dezechilibrați (**colerici**) și mai ales pe al indivizilor stabili (**melancolici**), ale căror reacții sunt nearmonice, apatice, dezordonate. Cel echilibrat tare, mobil, se observă conștiincios, urmează conștiincios prescripția, dar trebuie susținut prin comenzi repetate (având tendința de a abandona repede un lucru început). **Colericul** este nedisciplinat, “pacient incert” care se cere supravegheat. La **melancolic**, ca disciplină terapeutică trebuie “susținut, stimulat, revigorat”.

Reținem faptul că același autor e preocupat de o clasificare ,(după Schweisshamer, modificată) a oamenilor chiar după tipul lor psihoreacțional la boală, deosebind profiluri:

- nepăsătorul;
- nerăbdătorul;
- grijuliul (hiperconștiinciosul, meticulosul);

- ipohondricul;
- normalul (echilibratul);

(după Athanasiu A.-1983).

Modalitatea de cunoaștere a personalității umane în general și în cazul de față, special, având ca punct de pornire, tulburările de personalitate, face ca întrepătrunderea unor fenomene, reacții, exprimări cognitive să realizeze în final, o atitudine pozitivă de acceptare și cunoaștere de către medic, a pacientului, sub toate aspectele sale, atât evolutive cât și involutive, astfel cunoașterea personalității umane înscriindu-se în ecuația valorii.

### **Post-scriptum:**

“Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care

determină gândirea și comportamentul său caracteristic”(G.W.Allport-1981).

Personalitatea reprezintă sistemul însușirilor stabile și specifice unei ființe umane concrete care își pune amprenta decisiv asupra manifestărilor psihocomportamentale ale acesteia.



## **Cap.7.Între durere și situația limită**



## **Cuvinte cheie:**

**-durere-suferință-situații limită-terapie-acceptare-refuz-moarte-**

### **7.1. Durerea-preambulul suferinței și bolii**

Ne întrebăm de multe ori dacă durerea este începutul bolii sau dacă ea, sfârșește odată cu frământările și gândurile noastre morbide. Oricum, durerea a fost, este și poate va mai fi încă un “punct nevralgic” care-l leagă pe medic de pacient. Suscitând interes, durerea a trecut și trece încă, prin fazele definițiilor, a caracteristicilor cât și a perspectivelor pe care le poate implementa (cea psihologică cât și cea

medicală). De aceea, considerăm că putem porni în demersul nostru structural legat de **durere** de la faptul că ea poate imprim acei 5 W și fiind codificată și sub forma:

- unde apare?
- când apare?
- cum apare?
- de ce apare?
- cât ține?

realizându-se, în final o relație între cauză și efect, pornind tocmai de la primele elemente de identitate ale acesteia.

Astfel, am putea considera **durerea** un sentiment? Poate, atunci când reușim să trăim unii stimuli dureroși ca pe niște sentimente și/sau emoții în timp ce-ar putea declanșa o senzație.

Poate fi **durerea** și un comportament? Răspunsul necesită confirmarea lui DA, atunci când fenomenul agresiv devine semnificantul durerii, iar situația este trăită ca o reacție afectivă. Cu alte cuvinte, Athanasiu

A.(1983), durerile elementare, acute, organice, cronice, duc în clinică, la comportamente variabile după vârstă, nivel, cultural, profesiune, boală, ca și după motivații, tendințe, educație, etc. În același context, durerea elementară este, în multe cazuri (după Athanasiu A.-1983) “păzitoarea vieții și a sănătății” (Foerster), “sentinela protectoare” (Bergson)-dar uneori “un obstacol în calea vieții” (Buytendij K.), un fenomen ce face mai penibilă și mai complicată o situație irevocabilă” (Leriche). Este un semn înșelător. Durerea-comportament, în algiile cronice rebele, în suferințele morale și psihogene, acoperă de multe ori o situație de eșec. Omul suferind este mai preocupat de durere decât de ceea ce se ascunde sub ea.

Celor amintite, Loebel J.(1935) le adaugă definind **durerea** ca o senzație umană deosebit de importantă care asigură reacții adecvate ale individului față de elementele agresive ale mediului și care acționează ca un gen de consilier care ne avertizează asupra pericolelor. Și,

ajungem în timp, a defini **durerea** Iamandescu I.B.(1997) ca fiind o senzație particulară, de obicei dezagreabilă, însoțită de o serie de fenomene somato-vegetariene reflexe și de o coloratură psihoafectivă negativă, determinată de acțiunea unor stimulim nociceptivi asupra receptorilor specifici (sau asupra oricăror receptori, dacă se depășește un anumit prag de intensitate și durată).

Poate fi liniștită **durerea**? Amintindu-ne vorbele lui Hipocrate –“Sedare dolorem-divinum opus”-se pare că da, dar, gășind loc în “rețetar”, atât medicamentului clasic cât și psihoterapiei.

Clasăm **durerea** după ceva? De-a lungul studiului, durerea a ajuns Athanasiu A.(1983) să fie **primară** resimțită imediat, acut și localizată cu ușurință, **secundară** care “implică personalitatea”, Zborowski M.(1952) **naturală** care desemnează senzația dureroasă provenită de la o boală sau de la un traumatism și **aplicată**, acceptată și așteptată de individ în cursul unei activități culturale, cât și Ferster, ținând cont de

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
subiectivitatea individuală, în **superficială**, cu o tonalitate clară, rece (nete, ascuțite, tranșante) și **profunde**, cu o tonalitate “închisă”, de tip arsură, imperioase, încărcate afectiv. Totodată, întâlnim, **dureri apropiate** de Eu ”ichnah”, cele de la cap, torace, abdomen și **dureri depărtate** de Eu -”ichfern”, cele de la membre, Iamandescu I.B.(1997).

Și cu toate acestea, cea mai cunoscută și uzuală clasificare, după autorul amintit, este cea **anatomofiziologică** ce permite decelarea celor două mari clase de dureri:

a)-cea cu suport real-unde există cu certitudine un agent nociceptiv (extern sau intern) care interacționează cu organismul; ce la rândul ei poate fi:

- somatică = ce rezultă din acțiunea unor stimuli (potențial) nocivi asupra receptorilor dureroși
- neuropatici = care rezultă din lezarea/degenerarea căilor somatosenzoriale, fapt ce duce la

existența/persistența senzațiilor dureroase, în absența unui stimul nociv;

b)-psihogene-aceste dureri pe lângă faptul că nu se pot pune în evidență nici un fel de modificări de natură organică sau acțiunea unui sistem nociceptiv, extern sau intern, se mai caracterizează și prin aceea că apariția lor reprezintă practic un simptom cu valoare, diagnostică în psihiatrie, tratamentul lor fiind de competența medicului psihiatru;

Din multipla și variata prezentare a fațetelor **durerii**, se remarcă faptul că e absolut necesar a privi fenomenul, din punctul nostru de vedere, mai ales din perspective psihologice recunoscând că ea face parte atât din **viața normală** cât și **patologică** a individului. De aceea, importantă este și tipologia creată de Fervers (1940) implementată în cazul tratamentului și care surprinde anumite “tipuri” ce-și găsesc în mare parte corespondentul în cotidianul atât medical cât și



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
psihologic. Astfel, Fervers (1949) se oprește la (după Athanasiu A.-1983):

a)-tipul “tetanic”-reacționează la durere prin agitație (hipermotrică), revoltă, fiind posibilă o atitudine “dușmănoasă” față de partea bolnavă (mai ales la schizotimi și introverți). Este un tip simpaticotonic și afectiv. Persoana se interesează de pronostic, privește critic măsurile terapeutice, este mai greu de tratat. Tensiunea afectivă-motorie se poate sublinia: durerea poate da pînă la creație.

b)-tipul patetic “se plînge”-este hipotonic, are tendință de colaps, dar și răbdare. Se gîndește la moarte, dorește liniște, caută un “tu” pe care să se sprijine, este sinton (stabilind relații afective cu persoanele ce-l înconjoară). Dacă este autostăpînit, se resemnează. Tipul patetic oscilează între inactivitatea depresivă și o stare de cvasi-beție euforică; are nevoie obiectivă de medicamente.

Surprinde astfel, modalitățile de prezentare și catalogare a durerii, fiind posibilă, cu toate că la prima

încercare de explicare a cuvântului **durere**, nu ne-am duce mai departe de: incomod, disconfort, neplăcere sau “ceva ce trebuie să treacă cât mai repede”.

În această contextualitate a **timpului durerii** apare o nouă tipologie propusă de Corman și Tossot (după Athanasiu A.-1983)-construită în funcție de reacțiile individului la durere, deosebind:

a)-un tip hipoexcitabil, la care “leziunea depășește iritația” ceea ce face ca manifestările clinice să fie frustrate, vagi, neclare, incomplete, înșelătoare, tardive din punctul de vedere al posibilităților de intervenție;

b)-un tip hiperexcitabil la care suferințele nu sunt proporționale cu intensitatea leziunii și nu au valoare prognostică.

Încetul cu încetul, reacția pacientului la durere începe să prindă conturul unor noi manifestări atitudinale care devin cu fiecare etapă, particularizate astfel încât putem nota faptul că se ajunge la un adevărat “arsenal al

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
durerii” pornind de la **pragul durerii**, vs. suportabilitatea  
stării de fapt, creată de un anumit sistem.

**Cum** suportă copiii durerea? Câtă importanță-i dau? **Cât** ignoră tinerii durerea? **Când** se implică adultul în procesul nesfârșit uneori al durerii? **De ce** pragul pentru durere este mai coborât la bărbați decât la femei? **Ce** facem cu durerea? Iată cei 5 W care pot atenționa apariția pragului durerii. Iamandescu I.B.(1997) sublinia faptul că, în ansamblu se poate spune că durerea este o senzație foarte personală, ce poate fi teoretic descrisă de la individ la individ, prin descompunerea ei în elementele componente:

- a) –calitatea (tăioasă, surdă, sfredelitoare);
- b) –localizarea și extinderea (scuțită, punctiformă, regională);
- c) –procesualitatea (ritmică, stabilă, fulgerătoare);
- d) –intensitatea (vagă, slabă, medie, puternică);

Remarcăm însă faptul că, în practică, ea nu este o simplă sumă, ci un summum al acestor parametrii, pe care se mulează personalitatea fiecăruia.

Concluzionând, am putea remarca faptul că, chiar dacă prin prezentarea mai ales **tipologică**, durerea pare a fi **statică**, ea este de fapt, **vie**, chiar **foarte vie**, declanșând: reacții, sentimente, atitudini, comportamnte, ce-o transformă, prefigurând apariția **suferinței**.

În această situație, **perceperea sferinței** incumbă o complexitate a fenomenului. Dacă am porni de la simpla remarcă că unele persoane nu pot trăi o suferință și până la implicarea credinței, drumul suferinței este cu siguranță interesant și poate chiar, imprevizibil.

Astfel, periplul suferinței, nu neapărat într-o cronologie strictă a evoluției fenomenului, poate începe și cu **Balzac** care scria că ”cei ce au suferit mult, au trăit mult” și cu **omul** ce-și pune probleme existențiale atunci când suferința devine miezul vieții conștiente. În același demers, Athanasiu A.(1983) **creștinismul** tinde să

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
considere **suferința** ca pe o valoare; ea poate fi învinsă, dominată odată cu progresul spiritual la care contribuie și venind în contra punct cu atei care consideră **suferința** ca lipsită de sens în măsura în care nu are utilitate biologică, ajungând în căutarea noastră până la Dardignes care spunea că dacă am asculta glasul Pământului, am auzi rumoarea suferinței. Existența suferinței în lume constituie și astăzi un prilej constant de meditație și de argumentație pentru filosofi atei cât și pentru oamenii religioși, așa cum s-a notat anterior.

Se poate fără suferință? Grea întrebare și prețios răspuns,,atunci când, în cele mai multe cazuri, durerea-suferința, sunt preambulul bolii. De aceea, **boala** poate fi percepută de: (Athanasiu A.-1983)

- omul sănătos-ca un spectru amenințător ori de câte ori recepționează informații verbale sau scrise despre stări morbide;

- omul bolnav-nu numai ca o limitare a libertății sale actuale, ci ca o perturbare posibilă în realizarea speranțelor sale de viață.

Din alte perspective, **boala** poate fi o prevestire a morții, a rupturii afective cu mediul, a separării și îndepărtării de o ambianță dragă, a frustrărilor privind plăcerile sau și datoriile vieții; ea este o atingere a narcisismului (cea ce explică reîntărirea acestuia, manifestată prin egocentrism) surprinde “meticulos” fenomenologia bolii-Schneider P.B.-1963, fapt care duce la apariția, în literatura creștină, a unor cugetări de genul: “Dumnezeu îngăduie boala nu ca să ne înjosească, ci pentru a ne face mai buni, mai înțelepți și deplin supuși voii Sale, căci acestea sunt temeiurile mântuirii noastre”, cât și “Mai mult decât suferința în sine, ceea ce-l macină pe om este durata bolii și mulțimea necazurilor aduse de ea. Ele strecoară în suflet: gânduri negre, deznădejde, tristețe, akedie, nerăbdare, iritare, revoltă”.

Și toate converg spre vorbele înțelepte ale Sfântului Ioan Gură de Aur care spunea că:”dacă sufletul este sănătos, boala trupească nu-i poate pricinui omului nici o pagubă”.

Și-atunci retoric întrebând, durerea-suferința și boala, paradoxal, mai pot aduce alinare trupescului?

## **7.2. Situația limită și atitudinea în fața morții**

După DEX (1998) **limita** reprezintă momentul în care se fixează anumite granițe, se mărginește, se restrânge sau se îngrădește ceva. Tot aceeași sursă ne informează asupra faptului că **situația**, figurativ, poate denumi o stare sufletească, o anumită dispoziție. Cu alte cuvinte, **situația limită** ar reprezenta momentul sau pragul la care ajunge un individ în ideea că drumul de întoarcere spre normalitate e greu și necesită efort, iar cel spre patologie este foarte aproape. Altfel spus, individul vs. pacientul ajunge în acel punct în care, gradul de

suportabilitate a situației este maxim, fapt ce determină un nou comportament și o nouă atitudine. Este timpul în acel moment, a unei schimbări ce poate interveni în întreaga istorie a vieții unei persoane.

Suntem în **situație limită** în fața unei boli incurabile în fază finală, suntem martorii unei catastrofe naturale sau a unui accident sau/și trăim o experiență terifiantă ca: tentativa de viol, viol, tentativă suicidară, tentativă de omor, crimă, comă, moarte clinică.

**Situația limită** poate apărea ca “rezultantă” a unor perioade lungi de “atac” al agenților stresori, întâlnind-o totodată și la unele persoane pentru care spitalizarea reprezintă o îngrădire a libertății de mișcare. În același context, privarea de lungă sau de scurtă durată a libertății (detenția) duce în cele mai multe cazuri, la apariția unor situații limită, declanșate de manifestări atitudinal-comportamentale, dar și de implicații personale legate de perceperea timpului, spațiul personal, spațiul intim,



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
granița personală, toate putând concura la un moment dat  
spre: dezacord, dizarmonie, dezechilibru și instabilitate.

În această derulare de evenimente ce se găsesc la  
granița dintre:

- suportabil -insuportabil
- normal -anormal
- sănătos -patologic,

declanșarea evoluției din situația limită în starea de limită  
vs.caz limită este foarte aproape.

Astfel, Sillamy N.(1996) face similitudinea dintre  
**starea de limită** și **cazul limită** , moment în care  
subiectul se situează într-o zonă de frontieră, la granița  
dintre două clase sau două stări psihologice. În același  
concept, Dicționarul de psihologie-Larousse (1998),  
menționează faptul că **starea limită**(border line)-**caz**  
**limită** care se definește pe plan nosologic și structural ca  
fiind intermediar sau “la frontiera” dintre o structură  
nevrotică și o structură psihotică.

Atunci, ne aflăm într-o **stare limită** sau într-o **situație limită** care e vorba de a avea o atitudine personală în fața morții?

Metaforic, poetul George Coșbuc în “Moartea lui Gelu” surprinde atitudinea în fața morții:

“Nu cerceta aceste legi  
Că ești nebun de **le-nțelegi**  
De **rupi** din codru-o rămurea  
Ce-i **pasă** codrului de ea,  
Ce-i **pasă** unei lumi întregi  
De moartea mea”.

Tripticul-**durere-suferință-situație limită**, fiind realizat prin: **neînțelegere, nepăsare, rupere și moarte**.

Într-o anumită perioadă dar și situație, a vorbi despre **moarte** a fost și mai este pentru unii încă și astăzi, un subiect **tabu**. Ce este moartea? Opusul vieții? Trecerea dincolo sau cea pe care n-o văd dar unii pacienți o simt atât de aproape? E necesar a o avea în vedere medicul? Părerea noastră este că DA, dând posibilitatea

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
celui dintâi, de a putea lupta cu toate forțele împotriva ei, învingând-o sau dacă nu, măcar amânând-o pentru o multă bucată de vreme.

De-a lungul vremii, a culturilor și tradițiilor, **moartea** a ajuns să fie la vechii greci-**acceptarea** destinului, pe când omul modern dorește a afla **sensul** ei, ajungând chiar a nega sensul vieții. Dintr-o altă perspectivă, G.Barbarin (după Athanasiu A.-1983), **moartea** cu majuscule, craniul cu orbite goale, este opera pictorului, a zugravului și a poetului. În realitate, moartea nu are nici înfățișare, nici esența, nici personalitate. Ceea ce ne înspăimântă nu este, de fapt, **moartea noastră**, ci **moartea celuilalt**, ale cărei faze se desfășoară dramatic în fața noastră. Moravurile sociale au făcut din **cazul de moarte**, un **spectacol** exterior, în timp ce el ar trebui să rămână un act intim. **Suferința este prețul vieții**. Suferim mai îndelung pentru a ne însănătoși decât pentru a muri.După același autor, rădăcina **luptei cu moartea** se găsește în rezistența oricărei creaturi conștiente față de

gândul dispariției sale-rezistență determinată de mândrie, de obișnuință sau de spaimă.

Și-atunci, ajungem a avea o **atitudine** mai mult sau mai puțin “umană” în fața morții. Astfel:

a)-frica de moarte-este dată de modul cum înțelegem trecerea, negăm sau nu sfârșitul vieții;

b)-indiferentismul față de viață sau moarte, apare în cazul traumatizmului afectiv suferit în timp;

c)-argumentarea vieții și a morții ca o stare de a afla locul fiecăruia și-a găsit rostul uneia și-a celeilalte;

d)-obsesia morții-ca neputința de a scăpa de inevitabil;

e)-reducția morții-ca împărăție a liniștii și a păcii, venind în antiteză cu **viața** . Athanasiu A.(1983)-există o diferență esențială între a trăi:

- pentru că îți place,
- din “conformism” social,
- pentru că ți-e frică de moarte,
- din obligație,

fapt ce duce la a cita tot din G.Coșbuc, care adresează

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
îndemn de data aceasta, **vieții-**

“O luptă-i viața, deci te luptă

Cu dragoste de ea, cu dor”,

făcându-ne astfel părtași la trecerea noastră pe Pământ  
când, ziua-precede noaptea, râsul-plânsul, bucuria-  
tristețea, nașterea-moartea, când toate sunt pietrele ce  
alcătuiesc drumul spiritual al omului ce știe atât de bine,  
că este un **muritor**.

Totodată, atitudinea în fața morții/față de moarte,  
poate crea suspiciuni și confuzii-astfel încât ajungem la:

- perspectiva morții (toți oamenii sunt muritori);
- amenințarea morții (boală gravă);
- iminența morții (boală incurabilă);
- frica de moarte (trecerea dincolo, în neant)

cât și la paradoxuri:

- incurabil-suferință;
- frică de moarte-dragoste de viață;
- iubirea de moarte-frica de viață,

determinând interpretări diferite dar și neînțelegeri ale fenomenului ce nu-și mai au înțelegeri.

Evoluând în concepții și atitudini, ajungem la situația în care **moartea** reprezintă un **fenomen sociologic**, surprins în numeroase lucrări de specialitate, ajungând la o veritabilă **sociologie a morții** (Cox G.R, Fundis R.J-1990), având în vedere următoarele domenii:

- atitudinile față de moarte;
- perspective transculturale asupra morții;
- relațiile dintre viață, moarte și etică;
- medicină, tratament și deontologie medicală;
- aspecte juridice ale morții;
- filosofia și moartea;
- atitudinile copilului față de moarte;
- copiii care mor;
- profesia medicală și moartea;
- azilul;
- tratamentul bolilor incurabile;
- dirijarea suferinței;

- riscul de a muri;
- moartea violentă;
- moartea în război;
- fumatul, drogurile și moartea;
- suicidul;
- prevenirea suicidul;
- ceremoniile funerare:abordări culturale comparative;

Ajungem astfel, de a decodifica comportamentul pe care pacientul îl poate avea în momentul în care-diagnosticul medical al bolii și rolul său social duc la mutații prin care cuvântul **incurabil**, declară **mort** actul vieții, adică, după Kalish R.(1966):

- a) –atunci când individul se definește el însuși ca fiind **mort** sau ca și cum ar fi murit deja;
- b) –atunci când individul este definit ca atare de alții, ceea ce grăbește moartea bolnavului incurabil;

Toate implicațiile psihosociale în acest caz, aduc schimbări în întregul concept al vieții cât și al dorinței de a mai lupta împotriva morții.

De aceea, mai ales pentru **bolnavul incurabil** perceperea morții, are suișuri și coborâșuri, acceptări și neacceptări, timp sau iminent sfârșit, fapt care a determinat în literatura de specialitate, **etape** în drumul spre moarte. Timpul face trecerea prin toate etapele sau, din contră, comprimă totul încât nu se mai rostuiesc sentimentele și înțeleșurile. Astfel, Glaser B. și Strauss A.-1965 (după Rădulescu S.M.-2002) surprind patru **contexte de conștientizare** a morții iminente:

- a) -conștientizarea închisă (restrânsă)-pacientul nu recunoaște că moartea sa este iminentă, deși ceilalți știu acest lucru;
- b) -conștientizarea presupusă-pacientul bănuiește că va muri, dar ceilalți nu-i spun nimic despre acest lucru;
- c) -prefăcătorie reciprocă-fiecare dintre părți, inclusiv pacientul, știe că moartea este inevitabilă, dar acționează și se comportă ca și cum prognosticul bolii ar fi optimist;



d) -conștientizarea deschisă-toate părțile recunosc deschis și discută între ele caracterul inevitabil al morții.

Aici, suntem practic în faza în care, medicul și/sau familia, protejează sau nu bolnavul prin decizia de a comunica sau nu **diagnosticul**, făcând din relația celor doi, un permanent joc. Cât și cum protejăm bolnavul? Cine pe cine se protejează? Atingem coarda egoismului bolnavului sau/și a familiei în dorința unora de a trăi sau muri? Toate întrebările-și găsesc cât de cât un corespondent, de fapt vizează o **atitudine** în fața morții, specificând cele cinci etape surprinse de Kluber Ross E.(1968), sub forma reacțiilor tipice (după Rădulescu S.M.2002) și anume:

1)-**refuzul și izolarea** = este caracterizat de șocul pe care îl are bolnavul odată cu aflarea diagnosticului, existând reacții de tipul: **Nu e posibil! Nu mi se poate întâmpla tocmai mie!**; acceptarea diagnosticului de boală incurabilă echivalează de fapt cu eșecul, cu

recunoașterea faptului că nu mai e nimic de făcut în fața unui destin implacabil;

2)-**furia** = este determinată de conștientizarea faptului că moartea l-a ales tocmai pe el, având reacții de genul: **Nu mie! De ce tocmai mie?**; furia reprezentând de fapt, singura resursă de care mai dispune în raport cu situația caracterizată de incapacitate, suferință, alinare și mai ales neputința de a schimba destinul, lipsind practic orice alternativă;

3)-**negocierea** = apare ca strategie a prelungirii cât mai mult posibil a timpului ce i-a mai rămas de trăit, ce se poate “încheia” cu familia, medicul, dar mai ales cu Dumnezeu, având reacții ca: **Dacă tu, Dumnezeu meu, îmi mai acorzi un an de trăit, voi deveni un bun creștin sau Pentru încă un an de viață, îmi voi dona organele cuiva care are nevoie de ele**; reprezentând în fapt, o schimbare de conduită în schimbul prelungirii vieții;

4)-**deprimarea** = se edifică în momentul în care procesul negocierii s-a încheiat și urmează actul final al morții, bolnavul având comportamente imprevizibile câteodată, începând chiar “ a se pregăti”, adoptând un gen de conduită similară unei **morți simbolice**, care-l desparte de toți ceilalți și de realitățile vieții;

5)-**acceptarea (resemnarea)** = nu se manifestă ca o renunțare sau o abdicare în fața morții, ci mai degrabă ca o conștientizare pozitivă a lucrurilor care au fost realizate de bolnav sub forma: **Mi-am pus la punct afacerile personale, am rezolvat toate problemele, de acum pot să mor liniștit**, această conștientizare echivalând cu un gen de rememorare sau bilanț al lucrurilor bune sau rele realizate în viață, reprezentând o etapă care îi face egali pe cei care se pregătesc să moară cu cei care abia încep să trăiască.

Trebuie menționat încă odată faptul că nu toți indivizii trec prin cele cinci (5) stadii, neparcurgându-le în această ordine, deoarece, varietatea situațiilor și

conduitele determinate de anumiți factori sociali și culturali, permit sau nu acest lucru.

În actul atitudinal al nostru asupra morții, poate apărea și **eutanasia** ca atitudine? Întrebarea are pro și contra, iar noi nu ne propunem a da nici soluții și nici verdicte, ci doar dorim a face o constatare în acest domeniu, conștientizând faptul că **fenomenul există**. Pornind de la însăși termen, **eutanasia**, Athanasiu A. (1983) are trei accepții principale și anume:

- a) –bonne mort douce et sans souffrance. Tf.Bacon  
“omul este incapabil să se bucure în chip sănătos de viață, dacă nu are idei senine despre moarte”;
- b) –curmarea vieții “inutile” sau împovărătoare;
- c) –curmarea vieții chinuite-fiind singura care interesează direct medicul terapeut.

De fapt, Athanasiu A.(1983), trebuie să facem o deosebire între prognosticul îndepărtat și cel apropiat, între **sensul** de desfășurare al procesului morbid și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
posibilitățile de a îmbunătăți **starea prezentă**.

Diagnosticul de boală incurabilă nu înseamnă întreruperea **imediată** a vieții active sau a vieții care aduce satisfacții; **prelungirea** vieții este o misiune tot atât de nobilă ca și **vindecarea** bolii-dar, de obicei, îndeplinirea ei este **practic** mai dificilă.

Acestea în contextul în care, comunitatea este direct implicată în aplicarea eutanasiei într-un moment sau altul, pe care-l trăiește bolnavul. Practicată încă din antichitate sub diferite forme și aplicată în anumite condiții, remarcă făcută de Athanasiu A. (1983) are conotații cu totul aparte: “Eutanasia modernă este de ordine sentimentală; este o **chestiune de nervi**; iar indicația dominantă este suprimarea durerii; nu există o diferență de **vină**: culpabilitatea constă în faptul că o **luăm** înaintea destinului, curmând o viață omenească” (Forgue).

În aceste condiții, eutanasia devine o problemă **etică**, de aceea, Rachels I.(1986) (după Rădulescu S.M.-

2002) aprecia că moralitatea “tradițională” conform căreia scopul principal al bunăstării trebuie să-l reprezinte maximizarea **fericirii**, tinde în prezent să fie înlocuită cu o concepție etică utilitaristă, în virtutea căreia principalul obiectiv al bunăstării trebuie să-l reprezinte nu fericirea, ci **interesele** indivizilor, subliniind:

a)-dacă o anumită acțiune promovează cele mai bune interese ale unei persoane, atunci o asemenea acțiune este acceptabilă și chiar dezirabilă din punct de vedere moral;

b)-eutanasia se află în concordanță cu principiul promovării celor mai bune interese ale indivizilor;

c)-de aceea, ea este o practică acceptabilă din punct de vedere moral;

“A fi sau a nu fi”-întrebarea hamletiană poate fi și este încă receptată ca ambivalentă pentru eutanasiu.

Și totuși, datoria atât a medicului cât și a pacientului este să lupte împreună atât timp cât rămâne o **speranță** (dum spiro, spero), astfel încât atitudinea în fața

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
morții să fie, așa cum spunea Goethe “murim, numai  
dacă vrem să murim”.

### **7.3. Terapia durerii între acceptare și refuz**

Pentru a înțelege în timp importanța psihoterapiei (vezi cap.13) e bine a menționa succint câteva elemente legate de **psihoterapie**. Astfel, psihoterapia, Watson (1963) este definită ca o acțiune planificată și intențională, având la bază un sistem teoretic conceptual bine pus la punct și ea trebuie exercitată de către un psihoterapeut calificat (psiholog sau medic) asupra pacientului. Ea utilizează metode și acțiuni specifice și nu se poate confunda cu simpla acțiune caldă și simpatetică pe care o exercită la nivelul empiric, o rudă, un preot sau un prieten foarte apropiat. În același context, Holdevici I.(1996) psihoterapia poate fi privită și ca o relație

interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a-l elibera pe pacient de suferință.

Este de remarcat faptul că, după întreaga literatură de specialitate ce abordează psihoterapia, obiectivele pe care le vizează aceasta sunt:

- 1) –scoaterea pacientului din criza existențială în care se află;
- 2) –reducerea sau eliminarea simptomelor;
- 3) –întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului;
- 4) –rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;
- 5) –modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;



- 6) –reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ;
- 7) –modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;
- 8) –dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității personale.

Pornind de la “contabilizarea” obiectivelor, vom ajunge în practică la a găsi și apoi aplica acele psihoterapii care să înlătore suferința psihică, manifestată uneori sub forma unor atitudini, sentimente, tipuri de comportament sau simptome care creează tulburări pacientului și de care acesta dorește să se elibereze. În acest caz vorbim de acele terapii psihologice (psihoterapii) menite a îndepărta, anihila sau ameliora durerea și care alături de mijloacele farmacologice în tratamentul prescris, sunt mai mult decât binevenite. Ar fi de preferat ca acolo unde diagnosticul medical nu numai că permite dar și reprezintă o necesitate, tratamentul

psihoterapeutic să fie absolut necesar, dând o nouă valență relației medic-pacient și celei noi: medic-psiholog(psihoterapeut)-pacient.

În cadrul abordării noastre, Worden (1992) face distincția necesară între:

- a) –**consilierea durerii**-este cea care facilitează durerea normală, necomplicată;
- b) –**terapia durerii**-fiind cea care ajută la rezolvarea durerii patologice;

În practică, același autor descrie zece principii capabile de a ajuta o persoană aflată în suferință, să-și depășească durerea, cum ar fi:

- 1) – actualizarea durerii (descrierea morții, a circumstanțelor, etc);
- 2) – identificarea și exprimarea sentimentelor (furie, culpabilizare, etc.);
- 3) – detașarea de cel decedat (luarea unor decizii, schimbări);

- 4) – înlocuirea emoțională a persoanei decedate (stabilirea de noi relații);
- 5) – stabilirea unui termen-limită pentru doliu;
- 6) – reasigurarea normalității sentimentelor;
- 7) – recunoașterea diferențelor individuale în procesul durerii;
- 8) – accesul la suport non-intensiv pe termen lung;
- 9) – explorarea stilurilor de a face față (punctând riscul alunecării spre folosirea unor metode neadaptative);
- 10) – identificarea durerii nerezolvate;

Cele zece principii amintite anterior fac trimitere directă la cea mai acută durere suferită de o persoană, **moartea** celui apropiat, dar se regăsesc și elemente ce subliniază și suferința, până a ajunge la **deces**.

Terapia durerii trebuie să facă față unor stări depresive, anxietate, tulburări psihosomatice, conduite comportamentale de risc, etc. fapt ce determină plierea

unor “remedii” în acest caz. Amintim astfel, (ele fiind descrise într-un capitol aparte):

- terapiile cognitiv-comportamentale;
- terapii suportive;
- terapii centrate pe client;
- terapii de relaxare și imagerie;
- terapia prin hipnoză,

reușind a înlătura în timp și cu dorința de cooperare și reușită a pacientului, impasul din punct de vedere psihic în care se află la un moment dat, datorită bolii și reacțiilor la ea.

Există, așa cum viața o demonstrează, situații și situații comportamentale și relaționări variate privind acceptarea și/sau refuzul unei terapii psihologice, chiar dacă aceasta este absolut necesară într-un anumit caz.

Copil sau adult, reacția poate fi diferită, ținând de multe ori de cultură, tradiție, educație și comunitate.

Când vorbim despre **copil**, mai ales în cazul unei pierderi, atenția trebuie să fie deosebită, astfel încât

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_  
suferința/durerea să nu regenereze. În acest caz e bine să  
ținem seama de faptul că el nu suferă la fel cu adultul și  
că:

- îi este teamă de a pierde atașamentul și dragostea părintească;
- poate pierde mediul familial stabil;
- poate să se manifeste pe loc prin: negare, refuz, protest, apatie, disperare imediată.

Durerea unui copil include trei faze:

- 1) –durerea de început ce include reacții legate de negare, alarmă și panică;
- 2) –durerea acută;
- 3) –durerea subsidiară;

Pentru a interveni cu eficiență e necesar ca prin tehnici de lucru specifice, să putem înlătura: tristețea, furia, frica, singurătatea, dar să avem grijă și de fericirea lui. Doar o dată cu înaintarea în vârstă încep să se manifeste și unele refuzuri, dar în general, după trecerea de către adult a “probei de foc”-acceptarea, lucrurile

încep cu siguranță să se schimbe în bine, evoluând spre gândirea pozitivă.

Pentru **adult**, la care intervine și conștientizarea stării ca atare, de acceptare și/sau refuz, poate complica sau nu, perioada de recuperare atât fizică cât și psihică. Apariția depresiei e semnul că intervenția terapeutică nu și-a găsit încă eficiența. Important este ca adultul să dorească și să participe conștient la un program terapeutic, realizând astfel o “reîncărcare a bateriilor” și o continuare a eforturilor de a trece peste impasul avut, atât din punct de vedere biologic cât și psihologic.

### **Post scriptum:**

“Există în fiecare dintre noi ceva mai adânc decât noi înșine”

(Sfântul Augustin)

**Cap.8.-Structuri ale comunicării și  
relaționării între medic-pacient  
vs. pacient-medic**





## **Cuvinte cheie:**

**-comunicare-relație-medic-pacient-diagnostic-  
implicare-cooperare-**

### **8.1. Comunicarea medic-pacient vs. pacient- medic**

**Comunicarea interumană**, după Lupu I., Zancu I., Săndulescu C. (2004) este definită drept “transfer al informației și înțeleșului (semnificației) de la o persoană la alta” (Dawis și Newstrom, 1985). Ea este considerată ca o punte de legătură între oameni “un mijloc prin care o persoană transmite un mesaj alteia, așteptându-se un răspund” (Johson-1986). Ea presupune cel puțin două

persoane în care fiecare poate juca, alternativ, atât rolul de transmițător (emițător), cât și de receptor.

După opinia lui Stantov N.(1955), **prin intermediul procesului de comunicare** se urmăresc întotdeauna patru scopuri principale și anume:

- 1) –să fim recepționați (auziți sau citați);
- 2) –să fim înțeleși;
- 3) – să fim acceptați;
- 4) –să provocăm o reacție (o schimbare de comportament sau de atitudine);

E.La Monea (1994)-după Lupu I, Zanc I, Săndulescu I (2004), reține nouă scopuri care, izolate sau combinate între ele, pot fi regăsite în orice proces de comunicare și anume:

- a învăța, transmite sau primi cunoștințe;
- a influența comportamentul cuiva;
- a exprima sentimente;

- a explica sau a înțelege propriul comportament sau al altora;
- a întreține legături cu cei din jur/a te integra într-o colectivitate sau un grup social;
- a clarifica o problemă;
- a atinge un obiectiv propus;
- a reduce tensiunile sau a rezolva un conflict;
- a stimula interesele proprii sau ale celor din jur;

Într-un alt registru, vorbim despre două tipuri de bază ale **comunicării**:

a)-**verbală** = reprezintă tot ceea ce este scris sau spus având, după Jakobson R.(1964), șase elemente (funcții): emotivă, conativă (persuasivă), referențială (cognitivă), fatică, metalingvistică și poetică.

b)-**nonverbală** = se referă în general la limbajul corpului: mimică, gestică, postură, privire, tonul și ritmul vocii, Stanton N.(1995) fiind cel care depistează unsprezece indici non-verbali, sub forma:

- expresia feței = un zâmbet, o încruntare;

- gesturi = mișcarea mâinilor și corpului pentru a explica sau accentua mesajul verbal;
- poziția corpului = modul în care stăm, în picioare sau așezați,
- orientarea = dacă stăm cu fața sau cu spatele la interlocutor;
- proximitatea = distanța la care stăm față de interlocutor, în picioare sau așezați;
- contactul vizual = dacă privim interlocutorul sau nu, intervalul de timp în care îl privim;
- contactul corporal = o bătaie ușoară pe spate, cuprinderea umerilor;
- mișcări ale corpului pentru a indica aprobarea sau dezaprobarea sau pentru a încuraja interlocutorul să continue;
- aspectul exterior = înfățișarea fizică sau alegerea vestimentației;

- aspectele non-verbale ale vorbirii = variații ale înălțimii sunetelor, tăria lor și rapiditatea vorbirii, calitatea și tonul voci (paralimbaj);
- aspecte non-verbale ale scrisului = scrisul de mână, așezare, organizare, acuratețe și aspectul general;

În esență, putem remarca faptul că întregul comportament al comunicării, influențează relația de **rol**, în cazul nostru, medic-pacient vs. pacient-medic, astfel încât, integrarea în comunitate să se facă și din această perspectivă. Astfel:

-**tăcerea** își are valențele sale și reprezintă legătura cu ascultarea în vederea recepționării corecte a mesajelor; lăsându-l în cazul nostru, pe pacient de a se putea exprima liber, fără constrângere, referitor la problema ivită;

-**spațiul** care cuprinde elementul de apropiere sau/și de depărtare ce marchează un rang, o poziție socială și o putem subclasa în (legat de o persoană):

- zona intimă –până la 46 de cm

- zona apropiată –până la 15 cm de trup
- zona personală –46 cm-1,22 m
- zona socială –1,22 m-2,20 m
- zona îndepărtată –2,20 m-3,60 m
- zona publică –peste 3,60 m

Această enumerare, deloc întâmplătoare în acest cadru, ajută la comunicarea medic-pacient privind acceptarea în spațiu, sau “violarea” acestuia propunându-și în final, relaționarea ambelor părți.

În contextualitatea celor prezentate ca un preambul al comunicării, **comunicarea medic-pacient**, Tudose Fl.(2003), 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 precise ale întrevederii și anume:

- aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate;

- remediile propuse pentru înlăturarea acestora;
- modalități practice de acțiune;

De fapt, în domeniul medical, o bună comunicare este o stringentă necesitate, deoarece, actul în sine nu poate avea eficiență maximă altfel. Se vorbește tot mai mult în literatura de specialitate despre **fereastra de comunicare DONA** (doctor-pacient) Tudose Fl.(2003), unde cei doi parteneri, față în față, **comunică**. Decodificată, **DONA** se prezintă astfel:

Fig.nr. 8

<b>DESCHISĂ</b> INTERACȚIUNE	<b>ORBĂ</b> VULNERABILITATE
<b>ASCUNSĂ</b> INTIMITATE	<b>NECUNOSCUTĂ</b> DEZVĂLUIRE

-**Zona D** = reprezintă comportamentul cunoscut de sine și de ceilalți și 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;

- Zona O** =este zona oarbă și reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți;
- Zona N** = este zona activității necunoscute unde comportamentul nu este cunoscut nici de individ și nici de ceilalți;
- Zona A** = reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți.

Dacă privim **sinele** în aceeași fereastră DONA, Tudose Fl.(2003) putem distinge:



Fig.nr.9

	Cunoscut de către sine	Necunoscut de către sine
Cunoscut de ceilalți	<p style="text-align: center;"><b>D</b></p> <p><b>Partea publică a sinelui</b></p> <p>Date despre mine și comportarea mea, cunoscute atât mie, cât și celorlalți.</p> <p>Nu am probleme cu aceste aspecte</p>	<p style="text-align: center;"><b>O</b></p> <p><b>Partea inconștientă a sinelui</b></p> <p>Date despre mine, pe care ceilalți le observă, dar pe care eu nu le cunosc.</p>
Necunoscut de ceilalți	<p style="text-align: center;"><b>A</b></p> <p><b>Partea privată a sinelui</b></p> <p>Date despre mine, pe care le știu numai eu și necunoscute de ceilalți.</p>	<p style="text-align: center;"><b>N</b></p> <p><b>Partea potențială a sinelui</b></p> <p>Date despre mine, care sunt necunoscute atât pentru mine, cât și pentru ceilalți.</p>

acestea venind într-un contrapunct în care unele elemente ale comunicării, în speță, cele non-verbale, lasă de dorit din partea atât a medicului cât și a pacientului. E necesar ca medicul **să știe cum să recepteze informația** care o primește pe acest canal, neuitând **a se controla** în permanență, astfel încât să nu inducă pacientului reversul comportamentului dorit, chiar și într-o comunicare non-verbală.

Sunt arhicunocute din literatura de specialitate, implicațiile gesturilor, a mimicii, a posturii așa cum o parte din ele le-am amintit la început de capitol. De aceea, vom încerca a **particulariza** unele elemente ale comunicării non-verbale pe care le considerăm deosebit de utile într-o asemenea relație, aceasta fiind: fața (ochi, gură), mâna, râsul și plânsul.

După, Athanasiu A.(1983), se poate spune că **fața** este un **index de valori psihice**. De aceea Pârvu N.(1967) nota că **fața** reprezintă două centre, focare de convergență a mișcărilor expresive:

-**ochiul** = privit ca o mișcare și caracterizat după mobilitate (privire obosită, vie, fermă, blândă, rătăcită, nelimitată) și direcție (ascunsă, pedantă, visătoare), el având și valoare de simbol multivalent;

-**gura** = văzută prin expresia dată de **zâmbet**, acesta având și o valoare psihodiagnostică dar existând și zâmbetul față de situație (exprimând o atitudine), Athanasiu A. (1983) printre nuanțele interesante pentru medic cităm, **zâmbetul**:

-dulce (surâsul, adeseori intenționat-tinzând la captarea bunăvoinței și eventual, la derutare prin “fermecare”);

-blând;

-amar;

-“înțepat”;

-disprețuitor;

-ironic;

-de “gură-cască”;

Aminteam anterior că **fața** este un index de valori psihice, argument ce poate fi susținut și de Pârvu N. (1967) după care **fața** exprimă:

1)-emoții înnăscute, primare (dezgust, groază, teamă, simpatie, tristețe, plăcere, etc.) legate de trebuințe sau instinct;

2)-emoții secundare, câștigate, mai complexe (abandonarea, dezolarea, îngrijorarea, duiosia, speranța, pudoarea, rușinea, suferința, etc.)

3)-însușiri constitutive ale temperamentului-mai ales iritabilitatea și emotivitatea;

4)-starea de “nebunie” în contradicție cu cea normală;

5)-trăsături morale de caracter (se pot crea standarde de exprimare-“figură” de artist, comerciant, bărbier,... de medic).

Este cunoscut faptul că **mâna**, “adună” semnele bolilor dar poate diagnostica și identifica persoana umană, căci, ea este, așa cum se învață în Kabala, “microscopul sintetic al evoluției umane”, un **rezultat al**

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
**tuturor rezultatelor.** Astfel, chiar dacă după D'Arpentigny (1843) și Desbarolles, Athanasiu A.(1983), întâlnim șapte tipuri fundamentale de mâini:

- elementară,
- necesară (a omului practic; cu policele mari și în formă de spatulă sau pătrată);
- artistică (efilată, conică);
- utilă (unghiulară sau pătrată-de funcționar ordonat);
- filosofică (noduroasă);
- psihică (ascuțită);
- mixtă;

Tot în jurul aceluiași ani, Carus C.G.(1846) descrie patru tipuri de **mâini**:

- elementară;
- motrice;
- sensibilă;
- psihică;

ajungând la remarcă lui Vaschide N.(1909) “asociată gândirii în mod continuu, **mâna** traduce-ca și fața- și

contribuie la fizionomie ...**mâna** poate servi într-adevăr ca un criteriu al mentalității umane”.

Totodată, din punct de vedere **psihosocial** mâna este, Athanasiu A.(1983) “organul contactelor noastre concrete cu viața socială”, de aceea un medic poate “simți” după **strângerea de mână** a pacientului, acel punct de plecare pentru o diagnosticare și mai precisă, fiind de asemenea și cea cu care recoltează date ale examenului fizic, prin palpate, percuție, reprezentând în asemenea situații și un organ al mângâierii, al atingerii, dând în multe cazuri, încrederea și acceptul necesar celor doi parteneri (medic și pacient) în dialogul ce-l poartă.

Legat de **râs**, e bine să nu uităm că și el are mai multe fețe și că de fapt, nu se învață, ci e un dar înăscut pe care nu-l dobândești. Astăzi se vorbește despre râsul sănătos ce e necesar ca fiind o descărcare nervoasă care detensionează, readucând “pe linia de plutire”, trăiri, sentimente, chiar dacă câteodată “facem haz de necaz”. Apelăm în unele situații la râsoterapie ca la ceva ce ne

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
poate învăța să râdem din nou, să avem încredere în  
puterile noastre, oferindu-ne, oare a câta oară, o nouă  
șansă.

Dacă cu râsul medicul se întâlnește mai rar, făcând  
abstracție de cel nervos, **plânsul** în schimb, este prezent  
în “arsenalul” de multe ori a pacientului venit la consult.  
Se poate învăța ușor, apare la comandă în unele situații,  
este de convenție sau mimat, **plânsul** cel adevărat, aduce  
compasiune, tristețe și suferință, fiind totodată și un  
semn, atunci când pacientul îl folosește ca “purător de  
informații” pe care medicul trebuie să le recepteze corect.  
Pornind de la țipătul celui mic și ajungând la plânsul în  
barbă sau în pumni a vârstnicului, **drumul** plânsului  
decodifică stări, manifestări, neputințe, clipe chinuitoare  
și poate rar, “plâns de bucurie”. Și totuși, e o artă să știi a  
râde și-a plânge dând relevanță fiecărei trăiri afective în  
parte, legitimându-și identitatea și valoarea umană.

Și cu toate acestea, pot exista o serie de **factori ce**  
**perturbă** procesul comunicării, fapt care crează în timp,

disfuncționalității în derularea actului medical desfășurat între medic și pacient. Tudose Fl.(2003) în acest context, remarcă trei categorii de **factori** și anume:

a) **fizici:**

- deficiențe verbale (balbismul, bolile laringiene);
- deficiențele acustice (hipoacuzia, surditatea);
- amplasamentul (poziția vorbitorului în raport cu ascultătorul);
- iluminarea (slaba iluminare împiedică receptarea comunicării non-verbale);
- temperatura (căldura excesivă sau frigul crează stări neplăcute celor doi parteneri);
- ora din zi (în cea de a doua parte a zilei comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării oboselii);
- durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite sunt ineficiente);

b) **interni:**

- implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă cât și cea negativă tulbură precizia comunicării, precum și felul



în care ea este percepută de auditor);

- frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută sau cea a ascultătorului-că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul);
- amenințarea statutului (dacă cel ce comunică nu este sigur de faptul că ceea ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el);
- presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent și mesajul va fi distorsionat);
- preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare-pecuniară, erotică-mesajul va fi perturbat);
- fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă, despre propria

persoană, diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea);

c) **somatici:**

-vocabularul incomplet sau prea tehnicist vor face imposibilă comunicarea ;

-gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere și depreciind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medicul);

-sintaxa (construcțiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relația de comunicare);

-conotațiile emoționale ale unor cuvinte (numite cuvinte, cu semnificație deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenției sau suprasemnificarea unor fragmente de mesaj);

Acești factori, apar și în momentul în care, medicul nu face apel nici la **răbdare** și nici la **empatie**, ce reprezintă starea prin care poți să simți ca și celălalt, iar

**empatizarea** cu pacientul este deosebit de importantă, deoarece se pot crea atât din partea medicului cât și pacientului, o stare de **incompatibilitate** datorită unor **bariere** create reciproc. După Eggener B.(1997) cele mai importante bariere sunt:

**1)-bariere create de medic:**

- se pierde prea mult timp;
- consumul nervos crescut, mai ales la un medic obosit, după gardă sau după un număr mare de consultații, ori bulversat de propriile necazuri;
- pierderea controlului asupra problemelor bio-medicale ale anamnezei;
- “nu este treaba mea”-reprezintă o formulă de respingere a problematicii psihosociale ce acompaniază orice suferință patologică sau închipuită;
- medicul nu se poate, în mod obiectiv, pune în situația pacientului;

**2)-bariere create de pacient:**

- tentativa de a-și ascunde emoțiile în fața medicului;
- teama de a fi pus într-o situație jenantă;
- dorința de a se conforma așteptărilor doctorului, de a nu devia de la prezentarea “tehnică” a simptomelor;
- teama de a fi grav bolnav;
- teama (eventual respectul excesiv) față de medic;

Dar, aceste carențe empatice pot fi înlăturate, atunci când viitoarele scheme comportamentale de empatizare a medicului cu bolnavul, după Cohen-Cole (1991), pornesc de la:

- reflecție
- legitimare
- respect
- suport
- parteneriat

Și după o asemenea incursiune în domeniul comunicării, cuvintele lui I.Sfez sunt remarcabile “A comunica semnifică a pune sau a avea ceva în comun”.

## **8.2. Relația între/dintre medic-pacient vs. pacient-medic**

Ca o constantă, Ionescu G.(1973) susține că și astăzi, cheia de boltă a psihologiei medicale, o reprezintă **relația medic-pacient** care, spre deosebire de o relație psihologică obișnuită, în care o persoană nu intră în legături subiective cu o alta sau cu un grup, aici, în cadrul acestei relații interpersonale, bolnavul întâmpină o altă persoană, care vine în ajutorul lui. Actul intersubiectiv care se naște din întâlnirea celor două persoane, are o anumită semnificație și conține întotdeauna o contradicție neantagonică; ea se datorește faptului că cele două persoane se află pe planuri diferite în traiectoria lor socială.

De aceea, Tudose Fl. (2003), relațiile dintre doctori și pacienți implică o varietate de impresii, comentarii, mergând de la idealizarea romantică și până la disperarea clinică. După modul în care fiecare pacient 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 dezamăgiri. Relația dintre cei doi este și trebuie să devină în timp, una specială, deoarece, liantul este **boala** fapt care și determină un anumit comportament. **Rolul** atât a medicului cât și a pacientului, se concentrează pe depistarea focarelor ce-au dus la apariția bolii, fapt care necesită a fi luat în considerare. Astfel, Tudose Fl.(2003) după Lipkin (1989) medicul e nevoie a face uz în relația sa cu pacientul de **întrebări** care, prin provocarea unor răspunsuri, încep a decodifica anumite structuri comportamentale:

1. –Care este problema dumneavoastră?
2. –Ce credeți că a provocat-o?

3. –De ce credeți că a început în acel moment?
4. –Prin ce vă supără boala?
5. –Cât de severă este? Ce evoluție a avut?
6. –De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu suferința dumneavoastră?
7. –Care sunt dificultățile esențiale pe care boala vi le provoacă?
8. –Ce fel de tratament ar trebui să primiți? Care sunt cele mai importante rezultate pe care le sperați de la tratament?
9. –Ce ați făcut până acum pentru a vă trata boala?

Și aceste întrebări pot fi considerate un început atunci când **anamneza** stă la baza cunoașterii pacientului de către medic, având totodată posibilitatea ca pe lângă folosirea empatiei în beneficiul relației, să se folosească și de **respect**, ca fiind încă una din calitățile terapeutice esențiale, după Carl Rogers (1989). El amintea câteva **reguli** legate de respectul medicului față de pacient, și anume:

1.-să te prezinți clar și să specifici motivul pentru care te afli acolo;

2.-să te interesezi cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații, etc.);

3.-să discuți stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poți fi ușor urmărit, văzut și auzit;

4.-să previi 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;

5.-să reacționezi astfel încât pacientul să fie conștient că ai auzit ce spune;

Ar putea părea anoste și aride aceste reguli altele care vor mai veni, într-un așa zis “calup”, dar ele pot decodifica pentru tânărul medic căruia îi sunt adresate structuri comportamentale ale personalității pacientului, fiind **un bun îndreptar, de bună practică medicală.** Numai prin respectarea unor coduri scrise sau nescrise, medicul vs. pacientul, pot relaționa între ei, făcând



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
posibilă și o **relație psihologică** ce poate certifica la un moment dat, **actul medical în sine, consultanța**. Astfel, Tudose Fl.(2003) medicul trebuie să învețe să accepte faptul că, oricât de mult ar dori să controleze totul în îngrijirea pacientului, această dorință nu se poate realiza niciodată deplin, evitând de asemenea, eschivările din anumite situații în care consideră că le este foarte greu să se descurce datorită propriilor susceptibilități, prejudecăți sau ciudățeni, atunci când aceste probleme sunt importante pentru pacient.

Ca un argument în plus la cele amintite anterior, Ionescu G.(1973) precizează faptul că "...e necesară reechilibrarea denivelării relației medic-bolnav și stabilirea unei comuniuni printr-un efort reciproc de înțelegere. Medicul va trebui să înțeleagă starea subiectivă a persoanei din fața sa, tratând omul-indiferent de afecțiune- ca pe o existență cu un înalt grad de subiectivitate. La rândul său, bolnavul va trebui să

înțeleagă sensul actului investigației sau terapeutic și să-l accepte, cu convingerea utilității și eficienței sale".

Putem vorbi astfel în literatura de specialitate, de existența unor **modele** ce fac trimitere la relația și comportamentul celor doi în timpul acțiunii medicale. Tudose Fl. (2003) vorbește despre **modelul**:

a)-**activ/pasiv** = 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 este adecvat atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delirum.

b)-**profesor/student** = Dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control. Rolul pacientului este în mod esențial unul de dependență și așteptare. După punerea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă într-o manieră mai mult sau mai puțin autoritară și apreciază cooperarea pacientului; pacientul poate decide să aibă o opinie prin care să demonstreze că apreciază și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
înțelege cele ce i se spune (dar se constată că el greșește  
adesea în aprecierile pe care le face).

c)-**modelul participării mutuale** = Implică egalitatea  
între medic și pacient, ambii având nevoie și depinzând  
de aportul celuilalt. Această participare presupune un  
model psihologic foarte complex și mai evoluat:  
pacientul poate aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar  
medicul trebuie să evalueze cât mai corect trebuințele  
momentane sau cele constante ale pacientului.

d)-**prietenia** = Reprezintă adesea 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.

Tot în penoplia **modelelor relaționale medic-pacient** putem include și următoarele, Iamandescu I.B.(2002) după Balint (1966):

a)-**tutore autoritar** = pretinde o ascultare necondiționată din partea bolnavului, fără a-i da acestuia explicații asupra bolii;

b)-**mentor** = adoptată în general în afecțiunile cronice sau în care este necesară o profilaxie a recidivelor și la bolnavii cooperanți;

c)-**savant detașat** =care lasă pacientului libertatea alegerii uneia dintre variantele terapeutice după ce a analizat avantajele și dezavantajele fiecăreia. Este utilă în relația cu pacienții ce au un nivel intelectual ridicat și tendințe ipohondrice cât și pentru cei ce vin cu “prejudecăți terapeutice”;

d)-**bun părinte protector** = care caută să-l ferească pe pacient de o serie de noutăți neplăcute în evoluția bolii și să-l menajeze de acele responsabilități greu tolerate;

e)-**avocat al adevărului înainte de toate** = este acel medic a cărui concepție implică necesitatea de a spulbera îndoielile bolnavilor (cu rol cert stresant) prin comunicarea adevărilor chiar neplăcute, având speranța în beneficiul unor noi măsuri (terapeutice sau de extindere a explorărilor) de restabilire a securității emoționale a pacientului.

Același autor menționat anterior, notează și opinia autorilor germani (Boetcher citat de Rösler N.D și colaboratorii-1996)-care clasifică medicii după anumite **tipuri atitudinale** cum ar fi:

1).**Tipul demonstrativ**

a) **Calități:**

- activ, plin de elan, simpatic;
- boala este pentru el “un meci al vieții”;
- pentru toate el găsește o soluție;
- poate obține mai mult (cu o batistă umedă) decât alții cu o jumătate de farmacie;
- fiecare pacient este pentru el o provocare;

-deschis, spontan, direct;

b) **Defecte:**

-sensibil la admirația/laudele pacientului;

-se demobilizează ușor și îi scade repede interesul pentru pacient, în caz de insucces terapeutic;

-îi lipsește răbdarea și dispoziția pentru o muncă migăloasă;

-iubește efectele spectaculoase;

-practică polipragmazia și este adeptul noilor medicamente;

-ordinea, liniștea și obiectivitate nu îi sunt specifice;

2). **Tipul autoritar (tiranic):**

a) **Calități:**

-constant grijuliu, responsabil, consecvent și perseverent;

-competență profesională, nu îi scapă nimic din ceea ce are pacientul;

-examinare minuțioasă (palpare, auscultație);

-ordine desăvârșită în sectorul său;

-operează riguros, coordonând impecabil echipa operatorie;

b) **Defecte:**

-conservatorism, axare excesivă pe reguli;

-teama de a omite ceva ce îl macină;

-poate dezvolta la pacienții săi, reacții de tip ipohondric;

-idealizează încrederea în forțele naturale sanogenetice ale organismului;

-susține într-un mod agresiv legea, ordinea și datoria, ca și ierarhia;

-tinde să se ferească permanent de greșeli, dispărându-i spontaneitatea;

-“aerul glumeț” sau pasional;

3) **Tipul depresiv:**

a) **Calități:**

-căldură, apreciere față de bolnav;

-harnic, eficient;

-tăcut dar comunicativ;

**b) Defecte:**

- nu poate să spună “nu”;
- vulnerabil la bolile psihosomatice (devotat până la sacrificiul de sine);
- autoculabilizare;
- neîncrezător în propriile forțe;
- incapabil de agresivitate;

**4) Tipul schizoid:**

**a) Calități:**

- subtilitate, superintelență;
- obiectivitate maximă în evaluarea suferinței pacientului;
- calm olimpien, eficiență maximă operatorie;

**b) Defecte:**

- răceală, distanță;
- închis în sine;
- poate favoriza un climat impersonal în clinică;

Derulate și acceptate în mare măsură, modelele și tipologiile relației medic-pacient, se pot identifica într-o



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
căutare perpetuă a celui care desfășoară un act medical în sine, punând în aceeași balanță: cunoștințele medicale, pregătirea psihologică, responsabilitatea, corectitudinea, acceptul reciproc, dar și **adevărul** privind anunțarea sau nu a unei vești neplăcute bazate pe diagnosticul medical confirmat, alături de **secretul profesional** mai ales în situația bolnavului incurabil.

Importantă ni se pare a reliefa dacă medicul respectiv are pregătirea psihologică necesară comunicării unui diagnostic. **Cât** se implică emoțional și **ce** atitudine profesională și personală ia? **Cum** gestionează sentimentele pacientului? **Unde** pot duce dizarmoniile comportamentale ce pot apărea? Este necesar a comunica diagnosticul și **de ce**? Iată întrebări la care practica medicală are răspunsuri **pro** și **contra**.

Comunicarea veștilor proaste incumbă respectarea unor reguli, în ideea menajării atât cât este posibil, atât a unei părți cât și a celeilalte. Astfel, Tudose Fl., Badea

M.(2000) propun o serie de asemenea reguli de respectat în **comunicarea veștilor** rele și anume:

1. –Stabiliți un moment cât mai puțin dureros pentru pacient.
2. –Comunicați vestea personal, nu prin telefon.
3. –Alocați un timp adecvat pentru discuția în care se vor comunica veștile.
4. –Folosiți un limbaj simplu și clar.
5. –Evitați tentația de a minimaliza o problemă.
6. –Asistați starea emoțională a pacientului.
7. –Exprimați păreri de rău pentru ce i se întâmplă pacientului. Continuați discuția.
8. –Urmăriți sentimentele pe care pacientul le are după ce a primit veștile rele.
9. –Reasigurați pacientul că și în continuare sunteți disponibil cu tot ce vă stă în putere.
- 10.-Comunicați planul de îngrijire, dar nu promiteți o vindecare.

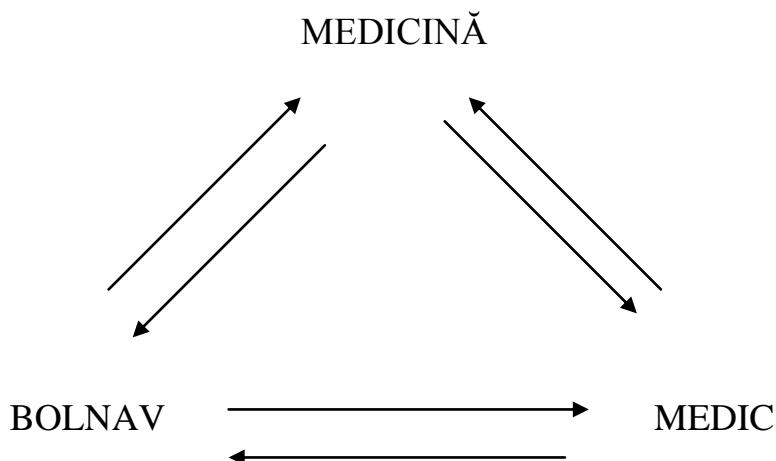
Ajungem astfel și la elementul de **confidențialitate**

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
care prezent și în jurământul lui Hipocrate, stipulează că  
“cee 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”.

Atunci oare, n-ar fi mai bine de a avea un medic  
“purtător de cuvânt al diagnosticurilor” ce oscilează între  
adevăr și secret profesional? Oricum, oricare ar fi  
răspunsul, practica medicală relevă faptul că, **nu** orice  
medic știe a comunica în plenitudinea sa profesională, un  
diagnostic. Dar, în timp, experiența, acumularea și etica  
profesională, vor aduce răspuns și la această întrebare.

În acest ultim context, Ionescu G.(1973) vorbește  
despre relația devenită triumfiulară, **bolnav-medic-  
medicină**, realizând din bolnav un aliat, medicul va  
îndrepta dezechilibrul aprioric al relației, situând-o pe o  
bază nu numai afectivă, ci și cognitivă, susceptibilă să-i  
confere caracterul etic necesar.

Fig.nr. 10



Același autor remarcă cu un deosebit spirit profesional ca “Așezarea relației medic-pacient pe o bază afectivo-cognitivă va răspunde nu numai dezideratului etic al actului medical, ci va asigura și confortul moral al bolnavului; consecințele pozitive ale unei astfel de relații asupra bolii sunt mult mai profunde și mai importante decât par în perspectiva unei aprecieri teoretice, într-o-cât dialectica dialogului socratic dintre medic și bolnav, în

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
autentica sa comprehensiune, va duce nu numai la  
ameliorarea penibilei situații morale a bolnavului, ci va  
avea și consecințe terapeutice favorabile”.

### 8.3. Medicul în rolul de pacient

Dacă de-a lungul expozeului nostru ne-am oprit  
asupra **medicului** în întregul său arsenal din rolul social  
creat, e momentul în care putem a-l aborda ca simplu  
**pacient**, parafrazând cunoscuta expresie “Și medicii se  
îmbolnăvesc” nu-i așa?

Pentru unii dintre ei, rolul de pacient atrage o  
ignorare completă a tuturor implicațiilor ce ar decurge  
din faptul că și ei pot suferi, avea dureri sau/și să se  
îmbolnăvească, în sensul că de fapt, boala nu ocolește pe  
nimeni.

În acest context, medicul pare neglijent cu sănătatea sa, nu-i acordă importanță, nu ia atitudine, fiind chiar suspicios, la orice remarcă făcută pe acest “teritoriu” de vreun coleg.

Aceasta ar fi una din “fațetele” medicului pacient care-și suprasolicită însăși calitatea pe care o are. După Tudose Fl.(2003) un studiu făcut în Canada (1998) remarca următoarele:

- medicul bolnav tinde să subestimeze simptomele și să-și maximizeze tratamentul ;
- el dorește depășirea rapidă și eficientă a suferințelor sale și nu-și acordă de regulă, nici un timp de recuperare;
- consultațiile medicului suferind de către un confrate sunt rareori structurate și pregătite de o cerere de consultație (consultații de coridor);
- medicul suferind are tendința de a se autodiagnostica și de a-și administra automedicația, aceștia fiind

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
principalii factori de risc care produc agravarea bolii și  
întârzierea diagnosticului corect;

După un asemenea studiu, medicul-pacient este **dificil** cu toate că, Tudose Fl. (2003) “Medicii bolnavi sunt pacienți cunoscuți în mod notoriu ca umili și modești și aceasta deoarece medicii sunt educați să controleze situația medicală și să stăpânească relația medic-pacient. Pentru un medic, să fie pacient, poate însemna să predea controlul, să devină dependent, să apară vulnerabil și înfricoșat, sentimente pe care majoritatea medicilor sunt educați să le reprime”.

Putem observa această **oscilare** de la un comportament la altul, care face din medicul bolnav, un pacient cu foarte multă personalitate, dar în momentul în care acesta redevine **om**, totul intră într-o normalitate acceptată de orice medic practician. Și cu toate acestea e bine să dăm „Cezarului ce e a Cezarului” și să facem astfel încât și relația medic-pacient, să fie viabilă prin însăși implicarea plină de responsabilitate a celui

\_\_ MARIA DORINA PAȘCA \_\_\_\_\_

“hărăzit pe Pământ cu harul de-a vindeca și alina suferința”.

### **Post scriptum:**

“Doamne, acordă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curaj să pot schimba lucrurile pe care le pot schimba și înțelepciunea de a vedea diferența”.

(Rugăciunea Seninătății)



## **Cap. 9. Interrelația de vîrstă între medic și pacient**



## **Cuvinte cheie;**

**-ciclul vieții-inocența - căutarea – stabilitatea –  
senectutea - interrelația - pacientul**

### **9.1. Ciclul vieții-moment evolutiv**

Făcând din nou apel la Dicționarul de psihologie-Larousse (1998), descoperim faptul că, **ciclul vieții** “life cycle” reprezintă o succesiune de faze pe care le traversează un individ sau un grup natural, de la constituire și până la dispariție. Ne este relevat de fapt **parcursul sau distanța** dintre cei doi poli-**nașterea** (începerea ciclului vieții) și **moartea** (acceptarea încheierii ciclului vieții), între care noi ne dezvoltăm ca indivizi ce pot evolua sau nu, ce-și găsesc sau regăsesc **sensul vieții**, ce caută răspunsul la hamletiana întrebare

“a fi sau a nu fi”. În fond, acceptarea propriului ciclu al vieții reprezintă o provocare, dar și o victorie asupra întregii noastre evoluții pornind cu nașterea, ca **prim pas**, și terminând cu **ultimul pas** ce în clipa dinanitea plecării rememorează totul.

Interesant de interpretat, este încărcătura psihologică pe care putem s-o atribuim **ciclului vieții**. Dăm acest gir mai ales momentului **pierderii** cât și **sfârșitului**, lăsând a interpreta personal remarcile ce urmează:

- Erikson E. “...personalitatea sănătoasă acceptă pierderea și nu permite nici o substituție ca parte a propriului și singurului ciclu al vieții”.

- Rudica T., Costea D, (2004) “Ajuns la sfârșitul ciclului vieții, omul re trăiește, ca într-un film mental, principalele etape sau momente ale vieții sale. De unde oare această nevoie ca, în ultimele momente ale vieții sale, omul să-și retrăiască

întreaga existență, uneori până în cele mai mici și neînsemnate amănunte? Să fie oare o

- lege a firii ca măcar în aceste clipe să fim cu adevărat obiectivi cu noi înșine, adică justițiar? Simțim oare sacralitatea unei lumi de dincolo în așa măsură încât resimțim în aceste ultime clipe ale vieții, nevoia de a face pasul cel mare cu un suflet cât mai cinstit, cât mai neîntinat de false evaluări și credințe despre sine?”

Cele două exprimări surprind în fond felul în care putem percepe **ciclul vieții**, “umanizând” sau nu zilele care vin unele după altele și pe care le putem umple și împlini cu structuri ale personalității noastre. Și astfel, în acest context, etapizările, grupările sau/și structurările ciclului vieții, au suscitată și suscită încă un viu interes, atât pentru psiholog cât și pentru medic. Ierarhizarea în cadrul concepției noastre, nu standardizează ci constată evoluția unei etape. Astfel, Schiopu U. și Verza E. (1981)

subliniază pregnant existența a trei mari cicluri ale vieții după cum urmează:

- a) **ciclul de creștere și dezvoltare** din primii 20 de ani de viață-ce cuprinde câteva perioade de viață care la rândul lor încorporează fiecare sub-stadii oarecum specifice;
- b) **ciclul adult**, ce prelungește dezvoltarea psihologică a omului, se extinde până la 65 de ani, în care personalitatea umană se antrenează în responsabilitățile sociale și profesionale contribuante;
- c) **ciclul vârstelor de regresie** (al bătrâneții) se extinde de la 65 de ani până la moarte, timp în care se delimitează perioadele ce duc până la regresia finală sau ciclul terminal;

Totodată e momentul a face o remarcă, permisă și de autori, între:

- a) **vârsta cronologică**, privită ca o constantă, variabilă, relativ egalitară pentru toate persoanele născute la aceeași dată;
- b) **vârsta psihologică**, ca entitate generală, nu se referă atât la complexitatea personalității, cât la stratificarea de conduite adaptative care permit forme ascendente de adaptare și de aport social;

Pentru unele aspecte ale vârstei psihologice rămân mai semnificative aspectele de structură. În contextul dezvoltării dizarmonice sau de decalaj transversal, interesează compoziția caracteristicilor psihice de bază mai încărcate de energie, ce se virtualizează, dar și caracteristicile potențiale, rezervele sau suplimentele, aptitudinile neantrenate, deoarece acestea constituie o forță importantă a personalității și crează coloratura sa specifică.

În condițiile de viață ce se modifică, supleanțele pot intra în acțiune și facilita readaptarea. În astfel de condiții, caracteristicile psihice mai fragile pot să se

deterioreze, ceea ce crează tabloul tulburărilor de dezvoltare și a dezvoltării patologice, subliniau Șchiopu U. și Verza E.(1981).

Pornind din acest punct, incursiunea privind ciclul vieții în evoluția structurii sale, va marca amprentelor tipologice a lui Freud, Jung, Mahler, Piaget, ajungând la Erikson, exemplificând momentul cheie al percepției vieții. Sub acest deziderat, după Tudose Fl. (2003),

a)-**Freud S.**-clasifică perioadele de dezvoltare în:

-faza orală (de la naștere la 1 an)

-faza anală (de la 1 an la 3 ani)

-faza falică (de la 3 ani la 5 ani),

peste 5 ani vorbindu-se despre faza latentă până la pubertate, fiind marcată de diminuarea interesului sexual care se va reactiva la pubertate;

b)-**Jung C.G.**-consideră că factorii externi joacă un rol important în procesul de dezvoltare a personalității și în adaptarea ei”;



c)-**Sullivan N.V.**-stabilește că dezvoltarea umană este în mare măsură modelată de evenimentele externe și în mod specific, de interacțiunile sociale;

d)-**Mahler M.**-delimitează patru subfaze ale procesului de separare-individuație ce se dezvoltă din a patra sau a cincea lună de viață și se încheie la vârsta de 3 ani:

- diferențierea = când copilul este capabil să facă distincție între el și alte obiecte;
- perioada practică = copilul își dezvoltă capacitatea de separare fizică de mama sa, ținându-se și cățărându-se, dar are încă nevoie de prezența ei pentru a-i asigura securitatea, apare mișcarea liberă, pe verticală (7-10 luni-15-17 luni);
- apropierea = nevoia crescândă și dorința ca mama să împărtășească cu el noile experiențe și deprinderi, are nevoie de dragoste maternă (16 luni-25 de luni);

- consolidarea = dobândirea unei individualități definite și atingerea unui anumit grad de constanță obiectuală (26 de luni-36 de luni).

e)-**Piaget I.**-elaborează formularea diferențelor calitative în procesul dezvoltării cognitive, mai pregnant a dezvoltării proceselor gândirii, distingând patru perioade majore în dezvoltarea intelectuală:

-senzorio-motorie, de la naștere până la 2 ani;

-preoperațională, de la 2 ani la 7 ani;

-perioada operațiilor concrete, între 7 și 11 ani;

-perioada operațiilor formale (11 ani-vârsta adultă, inclusiv);

f)-**Levinson D.**-postulează o nouă schemă a fazelor de dezvoltare în perioada adultă, patru perioade cu o durată de aproximativ 25 de ani:

-copilăria și adolescența, de la naștere până la 22 de ani;

-perioada timpurie a etapei de adult, de la 17 la 45 de ani;

-perioada medie a etapei de adult, de la 40 la 65 ani;

-perioada adultă târzie, după 60 de ani.

g)-**Erikson E.** (1950)-având cele mai cunoscute și folosite actual, etape ale ciclului vieții, concretizându-se în:

1)-**primul an (încredere-neîncredere)**-Definitorie pentru instalarea la copil a stării de încredere sau dimpotrivă a celei de neîncredere, este calitatea relației pe care acesta o stabilește cu propria sa mamă, în primul an de viață. Numai o prezență maternă caldă, tonică și receptivă la trebuințele sugarului poate inocula acestuia sentimentul confortabil și atât de vital al optimismului și siguranței de sine.

2)-**prima copilărie (autonomie-rușine-îndoială)**-Această etapă antagonică caracterizează intervalul dintre 2-3 ani, când are loc o dezvoltare apreciabilă a capacităților copilului. Dacă părinții îi stimulează exagerarea acestor abilități naturale, se schițează un

sentiment de autonomie. Dimpotrivă, un cuplu parental prea protector și inhibant, sau unul prea exigent în fața inerentelor stângăcii ale copilului, vor eroda nu numai încrederea în forțele proprii, ci vor determina apariția îndoielii și rușinii.

**3)-vârsta preșcolară (inițiativă-vină)**-Stadiul respectiv se extinde între 3-5 ani, când activismul și spiritul interogativ al copilului, devin debordante. În alternativa că familia sprijină dezvoltarea particularităților respective, se cristalizează spiritul de inițiativă. În schimb, dacă părinții sunt prea punitivi sau reticenți, în fața acestor manifestări, se manifestă un sentiment de culpabilitate extrem de nociv.

**4)-copilăria mijlocie (activitate-inferioritate)**-Este vârsta care acoperă ontogeneza între 6-11 ani, fiind marcată de începutul școlarizării, respectiv, de un eveniment crucial pentru destinul individului. Acum, roadele activității școlare devin determinante, în sensul că un șirag de eșecuri îl complexează, iar succesele îi vor

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
dezvolta nu numai apetitul pentru această activitate, ci și  
un spirit competitiv, emulatoriu.

**5)-adolescența (identitate-confuzie de rol)**-Etapa  
respectivă coincide cu adolescența,adică cu acea vârstă  
frenetică, dar destul de tulbure când, la capătul tuturor  
furtunilor bio-psihologice pe care le traversează, tânărul  
vrea să știe cine a devenit. Așa se explică de ce în acest  
stadiu, criza de identitate și confuziile de rol, îl frisonază  
atât de frecvent.

**6)-adultul tânăr (intimitate-izolare)**-Această  
secvență ontogenetică este dominată de nevoia  
imperioasă a individului de a pune bază unor relații  
sociale statornice, dar în același timp, de a găsi un  
partener autentic de sex opus, care să-i populeze  
intimitatea. În caz contrar, el se refugiază într-o soluție  
apăsătoare, fără a găsi o rezolvare optimă pentru  
conflictul care îl devorează.

**7)-adultul mijlociu (carriere-retragere în sine)**-Se  
referă la vârsta când individul pendulează între două

alternative, cea de a trudi în contul viitorului (față de noua generație) printr-o multitudine de activități sau cea a centrării pe sine. Această ipostază din urmă, stopează evoluția.

8)-**bătrânețea (integritate-disperare)**-Ultimul stadiu ontogenetic este însoțit de un inevitabil bilanț, existențial. Când la capătul inventarului retrospectiv realizările sunt mai numeroase decât eșecurile, individul încearcă un binecuvântat sentiment de mulțumire și seninătate. Dimpotrivă, în caz contrar, aripa regretelor târzii și scadența apropiată a morții implacabile, îl confundă în cea mai dezolantă deznădejde.

Dacă ne-am reîntoarce la imaginea persoanei sănătoase, care percepe ciclul vieții ca însăși propria sa evoluție, am surprinde acea dezvoltare bio-psiho-socială și responsabilitate, marcând valoarea umană în întreaga sa plenitudine.

## 9.2. Pacientul copil-inocența

Acestui comportament putem înscrie copilul de la nașterea sa și până în jurul vârstei de 11 ani. Venirea pe lume face ca mama să se implice în rolul său sau să rămână doar “purtătoarea unui făt”, adică biologică, fără acceptarea afectivă necesară în acest caz. **Noul născut care oscilează între încrederea bazală și neîncrederea bazală** de la naștere și până la un an, are nevoie de **mama** ce-i dă siguranță, încredere, realizându-se în fapt, un **liant** între cei doi.

Specialiștii au remarcat de-a lungul anilor de studii, că se formează un concept legat de **potrivirea** și **nepotrivirea** celor doi: mamă-copil-fiind de fapt evidențiată, **compatibilitatea**, astfel încât:

- a)-potrivirea parentală-“contabilizează” armonia și înțelegerea părinților cu copilul, creându-se în timp, structuri comportamentale sănătoase;
- b)-slaba potrivire parentală-duce la incompatibilitate și în timp, la dezvoltarea unor atitudini carentiale afective;

Putem constata în esență, existența și cultivarea unei **relații pozitive** între părinți și copil, formându-se deja, **familia** ce se afla în construcție până la venirea copilului sau/și a copiilor, închizându-se cercul conceptual.

Copilul crește, depășind anumite obstacole pe care, **pașii** deja inițiați, îl fac să le ocolească. **Îndoiala, rușinea dar și autonomia** (1-3 ani), fac din această perioadă, un univers aparte. Este momentul în care “**desface**”, “**distruge**”, jucării, le duce la gură, le percepe, le cunoaște și recunoaște, fapt care-l conduce în final pe copil, spre lumea sau vârsta **întrebărilor** “**de ce?**”, culminând cu propria sa descoperire ca ființă,



Tudose Fl.(2003), copilul capătă un sentiment de mirare în fața vieții și se simte bine cu propriul rol în această viață. Tot acum, crește **rolul părintelui** care e necesar a conștientiza responsabilitatea pe care o are, cât și faptul că **jocul** își găsește deja locul în viața copilului. E iarăși clipa în care se pun bazele **socializării** copilului, acesta descoperind prin frecventarea creșei, că există și altceva la care să se raporteze, în afara familiei, adică apare **grupul social**.

Înaintând în creșterea și dezvoltarea sa, copilul între 3 și 5 ani, descoperă atât **inițiativa** cât și **nevinăvăția**, fiind totodată **vârsta preșcolară**, moment în care, așa cum aminteam anterior, raportarea se face și la alt grup decât familia. În întreaga sa evoluție, un lucru cert apare, acela al dezvoltării sale complexe, acesta apreciind deja, jocul, independența în mișcare, comunicare, relaționarea, cât și modul personal de a descoperi lumea. Ajungem a vorbi despre “**psihologia buzunarelor pline**”, ca strategie cognitivă a lumii, ce

adună tot ce suscită interes și probează curiozitatea și imaginația, grefate pe-o inteligență, ce se apropie de perioada preoperațională a lui Piaget.

Își primește identitatea de **preșcolar** și Iamandescu I.B. (2002), de la vârsta de trei ani, **se recunoaște ca individ separat de ceilalți**; are dorința de a comunica, este curios, tinde spre dobândirea independenței; încearcă să placă celor din jur; îi imită pe adulți în jocurile sale; **se identifică cu părinții** care devin un ideal de viață; își exprimă îndoielile; apare spiritul autocritic;

Vârsta școlară-6-11 ani-sau **copilăria mijlocie**, caracterizată prin: **activitate, hărnicie, perseverență, inferioritate** reprezintă participarea mai aprofundată la un program organizat de educație. Participarea ca elev în școala primară, îl aduce **pe copil**, ce-și transformă statusul social **în elev**, de a percepe timpul ca **timp pedagogic** (oră, pauză, semestru, vacanță, an școlar), determinând apariția etapei operațiilor concrete, după Piaget, ceea ce duce la modificări structurale ale acestuia.

Tot după Iamandescu I.B. (2003) în această perioadă, **este sensibil**, mai puțin egocentrist; devine mai **sigur pe el în cadrul familiei**; începe să se îndoiască de valoarea părinților, răspunde mai bine la sugestii decât la ordine, îi place societatea, este conștient de diferențele de sex. Este momentul în care copilul descoperă și lumea sub alte aspecte, adică, **familia** sa poate să sufere: un deces, un divorț, un abandon, sau el ajunge a se simți sufocat de către o mamă supraprotectivă sau din contră, abandonat de proprii părinți. Toate aspectele menționate anterior îl marchează pe copil, dar în mod special, **divorțul părinților**-Tudose Fl, (2003) reprezintă un fenomen care determină tulburări semnificative de tip emoțional și comportamental la toate grupele de vârstă. În acest context, **tipul de dominare parentală**, Iamandescu I.B. (2002) își pune amprenta pe întregul comportament structural al familiei. Identifică autorul **părinți**:

a)-**autoritari** = care combină autoritatea și fermitatea în luarea hotărârilor ca o modalitate de relație

rezonabilă cu copilul căruia îi cultivă independența și recunoașterea drepturilor;

b)-**hiperprotectori** = superprotecția parentală apărând în cazurile unui contact excesiv între mamă și copil, la vârsta la care ar fi trebuit să se fi instalat relația lor independentă; această stare prezentă din timpul copilăriei generează lipsa de eficiență și competitivitate socială, tulburări emoționale și sexuale la vârsta adultă;

c)-**indulgenți** = sunt cei care nu reușesc să controleze adecvat activitatea copilului, acceptând să se supună fără discernământ cererilor lor; reprezintă un aspect disruptiv al relației părinți-copii și survine în situații familiale dizarmonice;

d)-**severi** = îi recunoaștem după faptul că nu lasă inițiativa copilului obligându-l să se supună fără comentarii unor măsuri educative aspre; măsurile de severitate excesivă conduc la creșterea agresivității și ostilității copilului, producând tensiuni și conflicte între părinți-copii;

e)-**agresivi** = sunt cei ce provin din rândul indivizilor cu experiențe dezastruoase în timpul copilăriei, care au situații tensionate în familie, neîncadrați sociali, iar un copil agresat sexual sau victimă a unui incest, prezintă acuze psihosomatice sau tulburări de comportament.

Din aceste adnotări, se desprinde cu ușurință **calitatea relației părinte-copil** ca fapt definitoriu în dezvoltarea viitoare a celui din urmă, ca **purtător** a tuturor genelor familiale, atât genetice cât mai ales, educaționale.

Dacă vorbeam anterior de relația dintre părinte-copil, o altă diadă se conturează și anume:

a) –**copil-boală**

b) –**medic-pacient copil**

a)-Față de boală, copilul poate manifesta o atitudine, după Athanasiu A.(1983) ce depinde în mare măsură de atitudinea părinților. Atitudinea de supraprotecție, ca și cea pesimistă, este egal de dăunătoare. De obicei, boala

se însoțește de o emoționalitate crescută. Spitalizarea poate complica situația prin privațiune afectivă, ducând la manifestări de ostilitate. O bală îndelungată afectează **status**-ul social în grupul de copii, stânjenește dezvoltarea comportamentului social, crează handicapuri în participarea la joc și în performanțele școlare, generează sentimente de frustrație.

În aceste condiții relația dintre medic și pacientul copil, trebuie să fie una specială.

b)-E necesar ca medicul să cunoască atât etapele de dezvoltare bio-psiologice ale copilului, dar mai ales să dovedească **metodă** în a aborda copilul, făcându-l cooperant, reușind a realiza o **anamneză** eficientă. Va trebui să cunoască relația dintre copil și părinți vs. părinți și copil, să știe cum își petrece acesta timpul liber cât și cel pedagogic, dar mai ales, să-l trateze pe pacient cu foarte multă **responsabilitate**. Astfel, medicul e necesar a aborda sub formă de **joc**, întreaga consultație aceasta ținând cont de vârsta pacientului având grija de a nu crea

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
stări de panică și destructurări comportamentale. De  
aceea, Iamandescu I.B.(2002), pentru a crește eficiența  
îngrijirii medicale acordate copilului, este util ca **medicul  
clinician:**

- să cunoască și să înțeleagă dezvoltarea copilului;
- să evalueze comportamentul copilului având în vedere că multe comportamente sunt doar inadaptații situaționale sau manifestări normale la o anumită vârstă (în multe cazuri nefiind justificat un consult psihiatric);
- să își construiască un set de tehnici cu ajutorul cărora să poată rezolva diferite tulburări de comportament, ținând cont însă de faptul că nu există o tehnică unică, valabilă pentru toți copiii și că aceste tehnici, se modelează după nevoile copilului și ale familiei sale.

În asemenea condiții, se diminuează atât atitudinea copilului și implicit a familiei legate de elementul de spitalizare cât și cel al relației cu medicul, văzute prin

prisma unei regresii a fenomenului de inadaptare și necooperare la anumite situații date.

Dar, cel mai important lucru îl reprezintă elementul de cunoaștere, acceptare, înțelegere și ajutor reciproc – medic-pacient copil vs. pacient copil-medic.

### **9.3. Pacientul adolescent-căutarea**

Ajungem la perioada **identității** și/sau **a confuziei de rol**, unde începând cu preadolescența și apoi adolescența (11-20 de ani) căutările sunt cele care dau nota definitorie timpului. De fapt, Tudose Fl.(2003) perioada amintită, din punct de vedere al procesului psiho-social, este adesea conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore și anume:

- a) –transformarea dintr-o persoană dependentă într-una independentă;



b) –stabilirea unei identități;

În acest context, căutarea de sine și permanenta întrebare: “cine sunt?”, “ce fac?”, “la cine mă raportez?” pot să creeze și un demers Tudose Fl.(2003) o identitate sănătoasă ce se construiește prin succesul individual în parcurgerea primelor trei etape psiho-sociale și, identificarea, fie cu părinți naturali, fie cu cei adoptivi. Identitatea implică apariția unui sentiment de solidaritate internă cu ideile și valorile unui grup social. După Piaget, suntem deja în perioada operațiilor formale, unde se cristalizează cogniția iar structurile de personalitate se bazează mai mult pe comportament. Adolescentul este în căutarea rolului, astfel fiind posibile anumite confuzii, alăturări la “găști” dar și conflicte privind relația cu familia, școala sau/și comunitatea. Se manifestă nonconformismul, sfidarea, dar și teribilismul ce poate duce la consumul de alcool și/sau de drog. Cu toate acestea, adolescentul se poate conforma unor standarde, reguli, dar și asumarea unor responsabilități, acestea fiind

rezultatele elementelor de flexibilitate și compatibilitate cu un nou super-ego, dând în timp, stabilitatea și coerență în creștere și dezvoltare.

Legat de **starea de sănătate**, Iamandescu I.B.(2002) subliniază faptul că, în comparație cu alte grupe de vârstă, la **adolescenți** ratele morbidității și mortalității sunt semnificativ reduse, dar comportamentele inadecvate sunt cele care determină incidența crescută a bolilor cu transmitere sexuală, a sarcinilor nedorite, a consumului de alcool, tutun, droguri, a violenței și a tentativelor suicidare, dar în general (omțând cele amintite anterior), **ei nu au** probleme de sănătate, ele apărând doar în condițiile amintite anterior.

Tot acum, se manifestă și acei factori de risc ce influențează starea de sănătate: familia conflictuală, comportamente delictuale/delincvența precoce, juvenilă, orientarea sexuală-homosexualitatea, abordând pragul maxim atunci când se vorbește despre educația sanitară

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
deficitară. Din perspectiva caracteristicilor psihologice, Păunescu-Podeanu (1969), subliniază că ele “pot da mult de lucru medicului, familiei”, fiind vârsta “alunecărilor posibile” spre indisciplină, erori de comportament, vicii, excese și imprudențe, toate ducând spre, Athanasiu A.(1983) **adolescență**, ca o perioadă frumoasă, dar “ingrată” prin conflictele ce pot apărea ca urmare a transformărilor personalității.

Cu un asemenea pacient, medicul are nevoie de multă subtilitate în abordare, astfel încât, Iamandescu I.B.(2002) **interviul** luat unui adolescent, trebuie să furnizeze informații utile și reale sub aspecte ca :

- realizarea unei relații interpersonale medic-pacient bazată pe **încredere**;
- tratarea cu **respect, fără a fi criticat**;
- asigurarea din partea medicului că **discuția este confidențială**;

- discuția să se desfășoare conform **vârstei și nivelului de dezvoltare cognitivă** a adolescentului;
- abordarea unor subiecte cu caracter intim să fie făcută cu **tact și delicatețe**;
- **ascultarea activă și empatică** a opiniilor adolescentului;
- explicarea importanței abordării unor **comportamente sanogenetice**;
- **flexibilitatea, simțul umorului,** lipsa prejudecăților, favorizează comunicarea;

Același autor subliniază în mod deosebit faptul că, **adolescenții** se caracterizează printr-o stare bună de sănătate, motiv pentru care nu apelează la asistența medicală. Ca grup social, ei reprezintă un segment important, în special prin faptul că vor deveni adulții de mâine. În acest sens, dezvoltarea lor psihosomatică și comportamentală în condiții corespunzătoare sunt

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
asigurate prin efortul concertat al familiei, școlii,  
serviciilor de sănătate, societății.

#### **9.4. Pacientul adult-stabilitatea**

Este momentul în care, se împletește **intimitatea cu izolarea și cariera cu retragerea în sine**, parcurgându-se o perioadă ce pornește de la 20 de ani la 65 de ani. Predispusă la schimbări, această etapă adultă obligă individul de a fi capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară, marcând faza de maturitate a adultului. În această perioadă se produc fenomene ca: angajarea profesională prin depășirea educației, apariția șomajului, apariția instituției căsătoriei, creșterea copiilor duce la aprofundarea și responsabilizarea calității de părinte cât și pregătirea psihologică în cazul unui deces, divorț, sau a îmbolnăvirii și reacții la fenomene stresante.

Dacă Jung vorbește despre vârsta de 40 de ani ca “amiază a vieții”, Erikson surprinde trei calități pe care perioada adultă trebuie să le dobândească pornind de la: intimitate, pro (creație) și integritate.

Realizarea unei situații stabile de rol, face ca adultul să dovedească în timp, și actul de creație ca un corolar psiho-social cât și ca un izolat în momentele în care dezorientați și nefericiți, spre 60-65 de ani, să se declanșeze “criza perioadei medii de viață”, atunci când evenimentele vieții declanșează stagnarea. Munca ce-l definește pe adult, poate reprezenta prin încetarea ei, (pensionare, șomaj, alt loc de muncă) un hiatus în viața psihică a adultului. Aici este momentul în care, elemente ca: reconversie profesională și resocializarea, să ia locul izolării, stărilor ipohondrice, făcându-și din medic, aliat, sfătuitor, confident, dar mai precis, prieten de ... sănătate.

Medicul va trebui să parcurgă un alt drum în cunoașterea pacientului adult față de celelalte cazuri,

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
marjând mai ales pe încredere , responsabilitate, conștientizare și respect reciproc. De multe ori, sfatul său, ajută mai mult pacientul adult, gășind prilejul de a-și face din medicul de familie, **membru** al familiei, acordându-i **șansa** de a-l menține sănătos. De fapt, doar împreună, cei doi vor realiza echipa ce va trebui să lupte și cu izolarea, și cu stagnarea, făcând loc maturității fizice, psihice și sociale. Filosofia vieții îl apropie pe adult de reflecții asupra perioadelor trecute, făcând trimitere cu precădere asupra vârstei psihologice, chiar dacă pot pleca de la fidela “și mâine mai e o zi”.

## 9.5. Pacientul bătrân-senectutea

Până ajungem să vorbim despre **înțelepciunea vârstei**, peste 65 ani, ne sunt mai aproape **integritatea, disperarea și izolarea**. După Athanasiu A. (1983) îmbătrânirea trebuie înțeleasă ca un proces complex de

involuție și restructurare, declin și compensare, eventual și de câștig, fiind considerată uneori ca o schimbare de interese, dacă reprezintă expresia adaptării la ierarhia nevoilor fundamentale.

Atitudinea față de muncă, dar și cea legată de propria viață, face ca perioada în sine să fie pentru unii, destul de stresantă. A avea sau nu o familie, a fi sau a nu fi singur, a fi sănătos sau bolnav, dar mai ales a te teme sau nu de moarte și a fi pregătit pentru “lunga călătorie”, reprezintă tot atâtea întrebări dar și mai multe răspunsuri pe care persoana bolnavă, aflată la senectute, le trăiește, făcând de cele mai multe ori trimitere la “un stil de viață” personal, creându-se în timp “biografii”.

După Iamandescu I.B.(2002) vârstnicul trăiește un veritabil complex de inferioritate amplificat de apropierea pensionării sau de ieșirea la pensie, ca și de anturajul său social, constând din:

- sentimentul de inutilitate socială;
- subapreciere personală;



-pierderea sensului existenței,

toate regăsindu-se ca modificări ale **imaginii de sine**.

Asistăm de asemenea la **tulburările cognitive și afective** ce apar concretizate în: scăderea memoriei, a funcțiilor sensorio-motorii, probleme legate de apariția stării depresive, a anxietății cât și a unor veritabile modificări comportamentale.

Legat de relația medicului cu pacientul vârstnic, cel dintâi are nevoie de mult profesionalism în vederea aprecierii corecte a stării de sănătate a celui consultat. E nevoie ca, Iamandescu I.B.(2002) să aprecieze modificările psihologice ale individului ca o devenire, conservând-de regulă- nucleul personalității. Acest mod de a vedea bolnavul ajuns în zona senectuții permite medicului să recunoască elementele de bază ale personalității bolnavului conservate-sub trecerea timpului- și, în același timp, să sesizeze eventuala apariție a unor modificări patologice, în afara procesului de îmbolnăvire.

De fapt, medicul trebuie să știe să comunice și să relaționeze cu pacientul vârstnic, începând de la **ascultare**.

După N.Van Dyk-ascultarea eficientă presupune 10 sfaturi:

1)-**încetează să vorbești** = nu poți asculta în timp ce vorbești;

2)-**ușurează situația vorbitorului** = ajută-l să se simtă liber să vorbească;

3)-**arată vorbitorului că vrei să-l asculți** = privirea și comportamentul să denote interesul; nu citi notițele, corespondența sau ziarul în timp ce vorbește cineva; ascultă pentru a înțelege, nu pentru a te opune;

4)-**renunță la gesturi care distrag atenția** = nu mâzgăli, nu bate “darabana” cu degetele, nu umbla cu hârtii;

5)-**pune-te în pielea vorbitorului** = încearcă să vezi din punctul lui de vedere;

6)-**fii răbdător** = acordă destul timp, încearcă să nu întrerupi, evită să pleci în timp ce altul vorbește;

7)-**nu te înfuria** = furia poate duce la interpretări greșite;

8)-**nu fi dur în dispute și critici și nu te impune ca atotcunoscător** = această poziție îi face pe oameni mai defensivi, tăcuți sau furioși;

9)-**pune întrebări** = îl încurajează pe vorbitor, îi demonstrează că **îl asculți**, că poți și vrei **să-l ajuți** să-și dezvolte și să-și încheie demonstrația;

10)-**încetează să vorbești** = primul și ultimul sfat, deoarece celelalte depind de acesta;

Și alături de ascultare, răbdarea, încrederea și corectitudinea, pot da girul unei înțelegeri reciproce. Pacientul vîrstnic simte că “motoarele reduc turația” și greul poate începe, iar medicul e dator a înțelege neînțeleșuri și mai mari , dând încă vieții, sens și valoare.

**Post scriptum:**

Copilul râde:

“Înțelepciunea și iubirea mea e jocul!”

Tânărul cântă:

“Jocul și-nțelepciunea mea-i iubire!”

Bătrânul tace:

“Iubirea și jocul meu e-nțelepciunea!”

(Lucian Blaga-Trei fețe)

## **Cap.10. Rolul medicamentului în intervenția terapeutică**



## Cuvinte cheie:

**-medicament-bolnav-impact-acceptare-încredere-  
Placebo-publicitate-**

### 10.1. “Actul de identitate” al medicamentului

Pentru încă foarte mulți dintre noi, medicul cel mai bun este cel care “știe” să scrie medicamente, adică, nu se poate să pleci de la cabinet, doar cu starea de bine creată printr-o discuție plină de substanță și gândire pozitivă, ci e nevoie de un rețetar întreg în a sublinia că de fapt, **tu, ca pacient**, raportezi **binele, încrederea și sănătatea**, la **medicament** cu “M mare de tipar”. Astfel, se ajunge ca la un moment dat, fără coerență și substanță, să catalogăm și ierarhizăm corpul medical după **cantitatea**

de medicamente prescrisă și nu **calitatea** acestora. În acest context, Reyman P. (1966) după Tudose Fl. (2003), 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 psihologic și psihopatologic. Adesea, medicamentul a devenit simbolul nivelului de viață dintr-o țară. Cu acest titlu, el poate fi considerat, pe drept cuvânt, drept un factor de progres. Cu toate acestea, trebuie reținut că populația unei țări mari consumatoare de medicamente, nu este și populația cea mai bine îngrijită.

Apar aceste considerente de ordin mai mult economic și raportat la comunitatea de consum, chiar dacă după definiție Larousse (1996)-**medicamentul** este “o substanță administrată ca remediu, destinată combaterii unei tulburări sau leziuni și, în final, să conducă la obținerea vindecării”. În acest caz, putem remarca cele două aspecte ale medicamentului, legat de acțiunea sa:



- medicamentoasă
- psihologică,

astfel încât, activitatea sa să fie suportată atât organic, dar și să “lucreze” din punct de vedere psihologic asupra remedierii sănătății pacientului aflat în terapie medicamentoasă.

Astfel, înainte de a prescrie medicamentul în sine, **imaginea** sa face în unele cazuri, **eficiența** să fie în strânsă legătură cu aceasta. Putem remarca existența unei imagini:

- a) **interne**-Tudose Fl.(2003), ca o reprezentare inconștientă cu puternică încărcătură afectivă care este elaborată pe parcursul dezvoltării individului, prin mecanisme de introiecție și rejecție cât și faptul că imaginea medicului și a locului pe care-l ocupă în ierarhia reprezentărilor pacientului, influențează starea de fapt;
- b) **externe**-care se raportează la industria farmaceutică ce promovează prin reclama publicitară , efectul și

durata soluției medicamentoase produsă clientului. De fapt, Tudose Fl.(2003), între imaginea externă a medicamentului, așa cum este ea difuzată în media, așa cum este ea receptată de către utilizator și proprietățile sale farmacologice, avându-se în vedere că se insistă asupra succesului pe care îl va avea medicamentul în funcție de parametri precum: culoarea, prezentarea, modul de utilizare, etc.

De fapt, în cele mai multe cazuri, pornind de la copil și până la adult, se practică “stilul arici” sau “broască țestoasă” sau “melc” în ideea că există aceea reacție mai puțin controlată și conștientă de **refuz** a medicamentului, indiferent pe ce cale este administrat. Și în congruență cu cele amintite anterior, vine de fapt **experiența primară** pe care a avut-o pacientul față de medicament. El va fi considerat, bun sau rău, acceptat necondiționat sau nu, va vindeca sau distruge, toate găsindu-și “refugiul” pe modelarea ce are loc plecând de la structura personalității pacientului.

Astfel spus, în funcție de cultura și formația sa, de educația și implicarea sa și în final, de **credibilitatea actului medical** în sine, incluzând și terapia medicamentoasă, pacientul va reacționa pozitiv sau negativ în fața **identității medicamentului**. Fie că e pastilă colorată, de dimensiuni variate, cu reclamă sau nu, pregătirea psihologică pentru **acceptarea** terapiei medicamentoase trebuie să primeze. Realizarea unei relații bipolare între :

-sănătate  $\longleftrightarrow$  medicament (vindecare)

va duce în final la **remodelarea unei atitudini**, față de medicament, știind că **percepția sa psihologică** este foarte importantă.

Din acest punct de vedere, se poate realiza o altă relație care se stabilește direct între:

medic  $\longleftrightarrow$  pacient

având la bază și fiind susținută de , așa cum distingea Iamandescu I.B.(1995):

a)-**momentul prescrierii** desfășurat în cadrul unei veritabile confruntări între așteptările bolnavului și argumentele medicului, unde “cererea” și “oferta” oscilează între o veritabilă “tocmeală amorsată” de experiențele pacientului și “dezamorsată” de asigurările date de către medic, referitoare la utilitatea sau inutilitatea medicației aflate în discuție;

b)-**momentul acțiunii farmacologice** a medicamentului, capabil să genereze reacții subiective sau obiective din partea pacientului și interpretate de către acesta pe baza, fie a unei culturi medicale, fie a experienței anterioare a administrării aceluiași medicament sau a altor medicații. În acest punct se poate vorbi deja despre reacția psihică pro și contra medicamentului implicând direct pacientul în efectul scontat sau dincontră;

c)-**momentul bilanțului** când bolnavul poate aprecia ca o reușită, acțiunea benefică a medicamentului, căpătând încredere pentru eventualele readministrări ale

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
acestuia în cazul unor recidive, și, invers, când bolnavul poate fi decepționat de eșecul tratamentului primit și trebuie să reia sisific tratamentul cu un nou medicament , având nevoie să fie asigurat de către medic că “a pierdut o bătălie, dar nu un război”.

Necesar dar de multe ori controversat, medicamentul rezistă și face “istorie”, reținând marca și amprenta atât prin prisma medicului care este cel ce decelează în administrarea lui, cât și de psihologul ce încearcă a”asana” tărâmul aplicării lui, din punct de vedere psihic.

## **10.2. Reacția psihologică la terapia medicamentoasă**

Dacă anterior vorbeam de acea “închidere-carapace” a pacientului față de medicament ca impact

psihologic în unele cazuri, ajungem a identifica câteva elemente care crează starea de **reacție adversă**, dată de:

a)-efectele secundare pe care unele medicamente le pot avea asupra pacientului și acestea pot dezvolta o stare de teamă, neîncredere și regres în fața bolii crescând starea de anxietate a acestuia;

b)-efecte secundare care acționează direct asupra sistemului nervos sau/și asupra psihicului, dând manifestări nedorite cu implicații neașteptate.

Implicațiile acestei neconcordanțe între

efect  $\longleftrightarrow$  cauză,

influențază calitatea vieții pacientului, dar pot declanșa și reacții nedorite, astfel încât, Iamandescu I.B.(2003), încercând o clarificare personală a problemelor de ordin psihologic care se nasc în cazul existenței unor antecedente personale ale **bolnavului de tip alergic** distingând în funcție de cei doi membri ai relației medic-pacient, următoarele aspecte:

**1)-pentru bolnav:**

a)-teama de un nou accident, foarte probabil în cazul în care boala este cronică și necesită administrări repetate de medicamente;

b)-riscul de instalare a unei veritabile fobii a medicamentelor conjugat cu apariția unor preocupări obsedante de preîntâmpinare a unor astfel de accidente, realizându-se tabloul clinic al unei adevărate nevroze;

c)-asumarea unei intense suferințe cauzate de dureri atroce și în care teama unei reacții medicamentoase este evidentă;

d)-reacții neuro-vegetative zgomotoase la orice nouă tentativă de administrare a unor medicamente, fără risc pentru bolnav;

e)-extrapolarea reacțiilor alergice declanșate de câteva medicamente la întregul arsenal medicamentos, existând expresii ca “sunt alergică la toate medicamentele”.

**2)-pentru medic:**

a)-intrarea într-o stare de alertă excesivă în fața acestor bolnavi, reacția medicului fiind una deosebită;

b)-evitarea sau “pasarea” acestor bolnavi la alți colegi medici;

c)-temporizarea tratamentului medicamentos, creând riscuri mai mari dat asumarea riscului ipotetic al acestor medicamente, diferite de cele care au declanșat accidentele anafilactice;

d)-confundarea reacțiilor neuro-vegetative ale bolnavului la administrarea unor medicamente (anxietate, angoasă, etc.);

e)-atitudini vizând testarea bolnavului alergic la medicamente, pornind de la posibilitatea avută în vedere de către medic a unei condiționări reflexe între acțiunea anterioară a acestora și reacțiile neuro-vegetative asociate asociate (testarea se face după tipul efectului placebo);

f)-evitarea de către medic la acești bolnavi, a polipragmaziei a medicamentelor, având în vedere



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
punerea în balanță a efectelor terapeutice urmărite și a  
riscurilor de accent alergic.

Rolul psihologului în cazul unui asemenea tip de  
bolnav, este acela de a înlătura efectele unei  
medicamentații care implică elemente ce pot avea efect  
negativ asupra structurii de personalitate a acestuia.

O atenție deosebită e necesar a fi acordată situației  
în care medicul este asaltat de presiunile exercitate de  
către: pacient, companii producătoare de medicamente,  
casele de asigurări județene de sănătate, factori de natură  
administrativ-politică, etc., care, în demersul lor mai  
puțin constructiv, determină un anumit comportament cu  
reale implicații psihosociale asupra celor doi cuprinși în  
relație-medic vs.pacient.

Dar, cel mai important element este acela de a  
menține balanța între, din nou cei 5W:

- când** administrăm medicamentele;
- cum** le administrăm;
- câte** prescriem;

-**care** sunt cele mai eficiente;

-**de ce** acestea și nu altele,

vom reuși a face din acest pur exercițiu administrativ pentru unii, o discuție constructivă, agreată, pertinentă, dar mai ales preventivă, privind starea de sănătate a pacientului, știind că “nu există boli, ci bolnavi”, ce necesită îngrijire de calitate din partea specialiștilor (în cazul de față, medicul curant).

### **10.3.Incursiune în perceperea efectului placebo (E.P.)**

Dacă am redeschide dicționarul și-am căuta cuvintele de-adună alinare și liniște, găsim cu siguranță cuvântul **placebo** ce reprezintă forma la viitor a verbului latin **placebo** = **plăcere** fiind tradus în sens strict ca “**voi plăcea**”, **voi fi plăcut** (agreabil). Cu alte cuvinte, cel asupra căruia ne-am oprit, **placebo** are sensul de :

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
agreabil, plăcut, având înțelesul de **promisiune**, definind astfel, **așteptarea** unui **bolnav** pentru care, acțiunea medicului e necesar a fi utilă și plăcută.

Realizăm de fapt, **din punct de vedere psihologic**, o nouă percepere a medicamentului cât și a efectului acestuia asupra bolnavului. În acest context, al **factorilor psihologici** care însoțesc actul terapeutic, Ionescu G.(1985) remarcă faptul că “**efectul placebo** cuprinde ansamblul manifestărilor clinice care apar la un bolnav sau persoana sănătoasă căruia i s-a administrat, în scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmacodinamic”. Același autor face remarcă legată și de **fenomenul placebo** care se referă la “ansamblul modificărilor psihologice și psihofiziologice pe care bolnavul le prezintă în legătură cu utilizarea unei substanțe placebo”.

De fapt, Delay J. și Pichot P.(1962) după Tudose Fl. (2003), **efectul placebo** se referă la modificările obiective sau subiective ale stării unui subiect căruia i se

administrează un placebo. Putem sublinia în acest moment, caracteristicile generale ale efectului placebo (E.P.), Illhart-1988, după Iamandescu I.B. (2002), fapt ce remarcă importanța acestuia în medicația dar și în **legătura** indestructibilă ce trebuie să se realizeze între medic și pacient, având la baza ei: încrederea reciprocă, acceptarea nemijlocită și stima de sine aduse la rang de respect. Menționăm printre caracteristicile generale ale E.P., următoarele:

- a) –substanța administrată este **inertă** farmacodinamic;
- b) –efectul este **simptomatic** (atât simptome psihice cât și comatice);
- c) –**durata** efectului este, de regulă, **scurtă**;
- d) –instalarea efectului este **mai rapidă** decât cea necesită de ajungere în sânge a unei substanțe farmacodinamice active;
- e) –acțiune **nespecifică** (indiferent de natura bolii)

Rolul nostru în această incursiune nu este **de a da verdict** vizând efectul placebo (E.P.) ci de a **constata**

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
existența și importanța lui în terapia medicamentoasă  
hotărâtă cu multă responsabilitate de către medicul curant  
al bolnavului aflat în tratament.

Există, cum este de așteptat poziții pro și contra,  
important fiind faptul că avem o **alternativă** ce poate  
influența momentul vindecării celui care suferă, iar  
folosirea sa în practica medicală, suscită și astăzi, vii  
comentarii. Considerăm ca o datorie mai ales că acest  
E.P. are implicații psihologice atât pentru bolnav cât și  
medic de a enumera, fără a comenta, atât **indicațiile** cât și  
**contraindicațiile** efectului placebo, constituite sub forma  
**placeboterapiei**, astfel (Iamandescu I.B.-2002):

1) **indicații:**

a)-cazurile care beneficiază de o relație terapeutică  
excelentă (medic optimist, apropiat, autoritar, preocupat  
de bolnav iar acesta-încrezător în medic și medicament);

b)-simptomele bolii nu pot fi tratate cu medicamente  
active sau aplicarea acestora are efecte echivalente fără a  
fi grevate de efectele secundare;

c)-situații în care se urmărește sevrajul unui medicament care-după ce și-a îndeplinit rolul terapeutic-nu mai este necesar, dar s-a instalat o dependență;

d)-situații care necesită scăderea dozelor unui medicament activ, cu efecte secundare importante;

e)-situații în care se urmărește dovedirea bazei funcționale (absența substratului organic)al unor simptome “zgomotoase”.

## 2) **contraindicații:**

a)-existența unei medicații active și fără efecte secundare marcate pentru simptomele de tratat;

b)-bolnavii placebo negativ, ca și cei care stabilesc o relație interpersonală “neviabilă”, deficitară cu terapeutul;

c)-cazurile de aplicare repetată a E.P. la care acțiunea terapeutică diminuează progresiv și la care, adesea apare efectul Nocebo, caracterizat prin simptome negative, scăderea efectului terapeutic chiar la medicamente active;

d)-discriminarea între bolnavii tratați cu Placebo și cei cu preparate active în cazul evaluării unor medicamente noi la bolnavii aflați într-o stare critică-(Illharat consideră că “acolo unde Placebo nu mai este un factor terapeutic ci un factor perturbator sau devine un surogat al terapiei, atunci apare problema etică”)

De fapt, adevărata problemă pe care o poate isca sau nu, efectul placebo (E.P.) e datorată de strategia medico-psihologică pe care medicul o poate aplica, având permanent în vedere, ameliorarea sau/și vindecarea stării malade existente. În aceste condiții, e necesar a induce bolnavului o **stare psihică** menită a crea dorința de a vindeca, de a fi optimist, de a găsi o soluție la problema medicală ivită, înlăturând atât cât este posibil, starea de neputință, neajutorare, neimplicare, depresivă, anxietatea și angoasa, culminând cu perceperea pesimistă a întregului act medical ambulatoriu sau/și de recuperare la care participă și pe care medicul împreună cu psihologul vor trebui a o înlătura, făcând posibilă în bune condiții și

în continuare, a menținerii sănătății organice și mentale a persoanei bolnave sau posibil de a fi bolnavă.

Acest demers menționat anterior, Lange (1987) îl sintetizează considerând că nu este posibil să se contureze un tip de personalitate legat de comportamentul față de efectul Placebo (E.P.), ci există o interacțiune dinamică (pacientul cu medicul și-între ei-medicamentul) prin care se construiește acțiunea Placebo-ului.



**Post scriptum:**

“Prescripțiile trebuie formulate cât mai clar, medicul asigurându-se că a fost înțeles de bolnav și anturajul acestuia, mergând până la încercarea de a obține o administrare corectă a tratamentului”.

(Articolul 71 al Codului Deontologic al  
Colegiului Medicilor din România)



## **Cap. 11. Elemente de psihotraumatologie**



## **Cuvinte cheie:**

**- traumă – leziune – situație – reacție – experiență –  
terapie – psihotraumatologie -**

### **11.1. Trauma ca realitate psihică**

Luată ca **fapt**, **trauma** reprezintă o rană, o leziune, pricinuită de un agent exterior, iar privită ca **trăire**, ea reprezintă o tulburare psihică, o zguduire, o rană sufletească așa cum surprinde etimologic cuvântul, Dicționarul de neologisme-Marcu Fl., Maneca C. (1978).

De la această încadrare etimologică a cuvântului “**traumă**” valoarea sa structurală crește, astfel încât Fischer G. și Riedesser P. (2001) pornind de la o înțelegere situațională, o definesc ca fiind “o experiență

vitală de discrepanță între factori situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire, care decurge cu sentimente de neajutorare și abandon lipsit de apărare și astfel produce o zdruncinare durabilă a înțelegerii de sine și de lume”.

Trauma implică **situația traumatică** ce se constituie în esență, într-o coexistență între **trăire și comportament**, pe când, **reacția traumatică** are la bază **timpul**, iar **experiența traumatică** conduce spre **trauma psihică**. Acest periplu, schematic, deoarece scopul nostru este de a schița tendința noului în demersul medical și psihologic al traumei, după Fischer G. și Reidesser P.(2001) conduce spre **trauma psihică** definită ca o “experiență vitală de discrepanță între factori situaționali amenințători și capacitățile individuale de stăpânire, care este însoțită de sentimente de neajutorare și abandonare lipsită de apărare și care duce astfel la o prăbușire de durată a înțelegerii de sine și de lume”.

De fapt, paradoxal, trauma “evoluează” de la **zdruncinare** la **prăbușire** prin durată, în ultimul caz, având implicații psihologice. Ne permitem în continuare a face doar **demersuri conceptuale**, literatura direct implicată în proces, fiind cea care decodifică structura interioară a fenomenului surprinzându-i specificitatea. Astfel, se face trecerea cronologico-etimologică spre – traumatism:

- traumatism psihic
- traumatizare
- psihotraumatologie
- traumatologie,

implicațiile conceptuale decurgând dintr-o etapă evolutivă în alta.

Trauma incită la reflecție filosofică, dar și la încărcătura psihică, fapt ce denotă multitudinea de aspecte sub care poate fi privită, formând “familia”. În acest sens, **traumatismul** suscită un viu interes în definire astfel încât:

a)-Dicționarul de filosofie (1998) Larousse surprinde “ansamblul de tulburări provocate de o rănire, de o boală (schimbare intervenită în echilibrul personalității), sau de un șoc emoțional (pierderea memoriei, dezadaptare);

b)-Breban V.(1987)-DEX-specifică “nume generic dat leziunilor produse în urma unei lovituri, a unei tăieturi, etc. cauzate de un factor extern (mecanic, fizic, etc.);

c)-Larousse-Dicționarul de psihologie (1996) ca fiind- “un șoc violent susceptibil de declanșarea unor tulburări somatice și psihice”.

Acestei laconice prezentări, notațiile lui Freud întregesc spectrul prezentării menționând faptul că “**traumatismul** este orice eveniment care perturbă echilibrul afectiv al unei persoane și provoacă declanșarea mecanismelor sale de apărare.” Tot el amintește faptul că “spre a împiedica invadarea aparatului psihic de mari cantități de excitații, organismul se zăvora în fața oricărui stimul suplimentar prin leșin, pseudocecitate, pseudosurditate, etc; el se va sili, de



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
asemenea, să le rețină, pentru ca apoi să obțină  
descărcarea lor progresivă, prin și în special a  
automatismelor de repetiție”.

În această contextualitate, efectul achizițiilor de  
definire conduc inevitabil spre **traumatismul psihic**  
care, plecând de la elipticul “tulburare, suferință psihică  
provocată de un factor extern”, -Bredan V.(1987)-DEX,  
trece prin-Larousse-Dicționarul de psihiatrie (1998)-  
definit ca fiind un “eveniment suferit de un subiect, care  
resimte o foarte puternică zdruncinare afectivă și  
emoțională ce pune în joc echilibrul său psihologic și  
determină adesea o decompensare de tip psihotic sau  
nevrotic, sau diverse somatizări”. Autorul relevă în  
continuare faptul că în prezent, termenul este rezervat  
descrierii tulburărilor nevrotice și psihosomatice care  
sunt consecința directă a unor emoții violente cauzate de  
accidente, de agresiuni dramatice și de catastrofe.

Înaintând în concept, **traumatizarea** implică  
acțiunea de a traumatiza, fapt ce confirmă existența unei

diade **agresor** și **victimă**, efectul subliniind existența unui conflict destructural, ajungând în timp la **psihotrauma** ca rezultată a disfuncției echilibrului valoric a situației problemă creată și incapabilă de a fi rezolvată în mod favorabil.

Se surprind cauzal, elementele ce constituie baza **psihotraumatologiei** ca pornind de la Fischer G. și Riedesser P. (2001) o teorie orientată interdisciplinar asupra leziunilor psihice și multiplelor lor urmări negative pentru cei în cauză. Totodată, psihotraumatologia în accepția acelorași autori, reprezintă studiul leziunilor psihice în ceea ce privește condițiile lor de apariție, desfășurarea lor actuală, cât și consecințele lor imediate și pe termen lung (traumatizare, modelul desfășurării traumatizării psihice).

Predictiv, ajungem a defini **traumatologia** Donovan D.M.(1991) ca studiul traumelor naturale și al celor provocate de oameni (de la traumele “naturale”, de la accidente și cutremure până la grozăviile cruzimii

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
omenești neintenționate și intenționate) studiul  
consecințelor lor sociale și psihobiologice și al regulilor  
de intervenție, predictive și preventive care rezultă din  
acest studiu.”

Până în final, demersul cauzal al **traumei**, va  
atinge și segmentul **terapiei** sale, fapt care elimină  
“situația fără ieșire” cum ar putea-o numi unii.

Terapia traumei adună în sub existența sa, atât  
elemente de psihanaliză, cât și pe cele ale terapiei  
comportamentale astfel încât, Fischer G. și Riedesser  
P.(2001) **procedul terapeutic** constă în elaborarea  
structurilor de apărare sfărâmate, alături de o întărire a  
structurilor și funcțiilor sănătoase ale personalității și  
țintește la retrăirea, perlaborarea și înțelegerea experienței  
traumatice.

Consider că, pentru aplicarea unei terapii având ca  
subiect trauma, respectarea unor **reguli**, va face munca  
celor doi ce se constituie echipa (clientul și terapeutul) ca

benefică și cu rezultate stabile. Fischer G. și Reidesser P. (2001) consideră cele mai importante reguli și anume:

1)-**acceptare non-judicativă a victimei**, adică victima se simte adesea prinsă în trauma ei ca într-o falie, crezând că nimeni nu poate înțelege că nimeni altcineva , nici chiar terapeutul nu a împărtășit experiența pe care a trăit-o ea;

2)-**intervenția imediată a ajutorului, susțin procesul de descărcare**, victima având nevoie urgentă de cât mai mult ajutor social, psihologic și economic, pentru a putea restabili un sentiment fundamental de siguranță;

3)-**așteptarea de reacții contratransferențiale masive**, terapeutul trebuie să se aștepte la reacții sentimentale puternice proprii și greu controlabile;

4)-**disponibilitatea de a se lăsa pus la încercare**, apare fenomenul din partea victimei pentru a “proba” credibilitatea terapeutului;

5)-**transferul este un proces de reluare a legăturii** , fiind văzut ca un proces de reconstruire a relațiilor

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
distruse de traumă;

**6)-pornirea de la ipoteza că simptomul de supraîncărcare psihotraumatică a fost provocat de evenimentul traumatic**, în acest caz, pacientul se simte acceptat și se poate lansa în elaborarea experienței traumatice;

**7)-informația despre natura și dinamica reacțiilor traumatice este o parte componentă a terapiei traumei**, important fiind ca pacientul să se simtă “fortificat”, dacă învață să își înțeleagă simptomele ca o reacție la o situație care nu lasă nici o modalitate de stăpânire adecvată (situație traumatică”);

**8)-evenimentele traumatice pot să ducă la orice vârstă la alterări ale dezvoltării Eului și identității**, constatativ fiind și faptul că, experiența traumatică poate însă întrerupe și de la sine continuitatea sentimentului de sine;

**9)-negarea, clivajul și formele de —→ disociere aparțin —→mecanismelor de apărare care urmează**

**unei traume psihice**-duce la o alterare durabilă a personalității, de aceea e necesar ca terapeutul să le ia în considerare;

**10)-încercările de autovindecare prin alcool sau droguri sunt răspândite, în cazul sindroamelor de suprasarcină posttraumatică,** nu sunt recomandabile, utilizarea excesivă a tranchilizantelor;

**11)-transformarea cu succes a experienței traumatice, poate avea drept consecință, dezvoltarea unor trăsături pozitive de caracter,** fapt ce-l ajută pe pacient să iasă din abisul traumei, fără să I se impună o așa-zisă “găsire a sensului”;

**12)-angajamentul social și vorbitul despre traumă, favorizează procesul de vindecare** astfel încât, persoanele traumatizate pot trece mai ușor peste problemele avute;

**13)-transformarea traumei este un proces pe durata vieții,** este de reținut faptul că, indicarea liniilor de legătură între situația experienței actuale și trauma din

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
trecut, este un proces terapeutic care îi poate ajuta pe supraviețuitorii traumelor să relativizeze situația prezentă și să își regăsească echilibrul psihic.

Prezentarea acestor reguli, face și mai incitantă nevoia cunoașterii sub toate aspectele atât a elementelor ce caracterizează trauma vs. trauma psihică, cât și implicarea medicului și psihologului în “vindecarea” leziunii trupesti și/sau sufletești.

### **Post scriptum:**

“Măsurile traumapreventive sau traumaprofilactice, pot să se refere la individ, ca grupurile mici ca familia sau la instituții și grupuri mari. Dimensiunea politică a acestei sarcini poate să fie explicată în cazul traumelor multigeneraționale, ca în “ciclul violenței” în care adesea sunt implicate mai multe generații ale unor popoare sau națiuni”.

(Fischer G. și Riedesser P.-2001)





## **Cap. 12. Elemente de psihoterapie**



## **Cuvinte cheie:**

**-psihoterapie – problemă – client – implicare –  
psihoterapeut - medic – consiliere -**

### **12.1. Elementele de identitate ale psihoterapiei**

**Psihoterapia** așa cum amintea (vezi cap.7) Holdevici I.(1996)-se bazează pe supoziția conformă căreia, chiar în cazul unei patologii de tip somatic, modul în care individul va percepe și evalua starea sa precum și strategiile adaptative pe care le folosește, joacă un anumit rol în evoluția tulburărilor și aceste strategii vor trebui modificate în cazul în care dorim ca afecțiunea să

evolueze favorabil, putând fi privită ca o relație interpersonală dintre pacient și psihoterapeut, relație menită să investigheze și să înțeleagă natura tulburărilor psihice ale pacientului în scopul de a corecta aceste tulburări și a-l elibera pe pacient de suferință.

Totodată, **psihoterapia** se aplică la o gamă de largă de tulburări psihice, începând cu crizele existențiale, tulburările din sfera personalității, nevrozele, afecțiunile psihosomatice, bolile organice cronice și terminând cu susținerea psihoterapeutică a unor pacienți psihotici aflați în fază de remisie, unde vine în completarea tratamentului psihiatric.

Dar, să nu uităm că **nu** beneficiază de tratament psihoterapeutic, Holdevici I.(1996): deficienții mintali care sunt incapabili să înțeleagă sensul interpretării realizate de psihoterapeut și să ajungă la descoperirea cauzelor și soluțiilor propriilor lor probleme, cât și acele persoane care nu reușesc să realizeze un contact uman, unii psihopați, pacienți, psihotici, dar mai ales,

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
schizofrenici.

Același autor remarcă faptul că, contextualitatea dată anterior, **psihoterapia vizează** în principal următoarele aspecte:

- 1) –scoaterea pacientului din criza existențială în care se află;
- 2) –reducerea sau eliminarea simptomelor;
- 3) –întărirea eului și a capacităților integrative ale personalității pacientului;
- 4) –rezolvarea sau restructurarea conflictelor intrapsihice ale pacientului;
- 5) –modificarea structurii personalității în vederea obținerii unei funcționări mai mature, cu o capacitate de adaptare eficientă la mediu;
- 6) –reducerea (sau înlăturarea dacă este posibil) a acelor condiții de mediu care produc sau mențin comportamentele de tip dezadaptativ;
- 7) –modificarea opiniilor eronate ale subiecților despre ei înșiși și despre lumea înconjurătoare;

8) –dezvoltarea la subiecți a unui sistem clar al identității personale;

Să nu concluzionăm, spunând că psihoterapia se adresează doar persoanele bolnave, din contră, acestea reprezintă un tratament psihologic, Ionescu G.(1990) pentru:

- omul sănătos aflat în dificultate, căruia îi conferă confort moral și o mai bună sănătate;
- celui cu dificultăți de relaționare pe care îl ajută spre o mai bună integrare;
- celui suferind somatic, pe care îl conduce spre alinare;
- celui alienat, căruia îi dezvoltă capacitatea de orientare în viață și de resocializare;

Privită dintr-o asemenea perspectivă, psihoterapia prin **metodele** sale se va îndrepta spre rezolvarea conflictului intrapsihic în contextul unei relații transferențiale imaginare și frustrante cât și adaptarea la realitatea curentă în contextul unei alianțe terapeutice

reale și gratificante. De asemenea, **evaluarea succesului psihoterapiei**, Strupp și Nadley (1977)-cuprinde trei criterii principale și anume:

- a) –trăirea subiectivă a pacientului (dispariția simptomelor, se simte mult mai bine, e mai mulțumit, mai fericit, mai împăcat cu sine):
- b) –recunoașterea socială (progresele realizate de pacient în profesie, familie, la învățătură, etc.);
- c) –materializarea expectațiilor psihoterapeutului în ceea ce privește modificările realizate în sfera personalității și în comportamentul subiectului.

Se desprind cu certitudine, **obiectivele** psihoterapiilor ce pot fi imediate ce vizează starea de sănătate a pacientului, urmărind: Ionescu G.(1990)

- intervenția în criză și eliminarea anxietății;
- reducerea simptomatologiei specifice;
- rezolvarea unor probleme limitate;
- realizarea unei clarificări într-o zonă circumscrisă de conflict;

cât și de **perspectivă**, orientată asupra reorganizării personalității și ameliorării comportamentului, și au în vedere:

- reducerea intensității conflictului;
- întărirea defenselor și a capacităților integrative;
- reorganizarea structurilor defensive;
- modificarea conflictelor inconștiente fundamentale;
- redistribuția mai mult sau mai puțin profundă a investițiilor afective în vederea unei dezvoltări armonioase a personalității;
- modificarea organizării personalității în direcția funcționării adaptative și mature;

După stabilirea întregului itinerariu, putem trece concret la aplicarea psihoterapiei individual cât și în grup. Datorită ultimelor cercetări, **psihoterapiile în grup** sunt considerate cele mai viabile mijloace de a provoca schimbarea în comportament cât și modificarea atitudinii



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_  
clienților. În această situație, **grupul terapeut** va lua în considerare cadrul, scopul și categoria de pacienți. Totodată, **selecția** pacienților va avea în vedere recomandarea pentru psihoterapia de grup a clientului atât din partea medicului cât și a psihologului. Există pacienți care:

-a) –nu au urmat niciodată nici un fel de psihoterapie, acestora trebuind a li se prezenta date privind natura tratamentului psihologic, modul de desfășurare, durata, implicarea;

-b) –au urmat o psihoterapie individuală și care este recomandat pentru grup, acesta prezentându-i-se comportamentul grupului cât și modalitățile de întraajutorare;

-c) –sunt sceptici, intelectuali de obicei, cu anumite cunoștințe în domeniu, cărora li se explică caracterul relațiilor în grup;

-d) –foarte receptivi pentru psihoterapie, solicitând singuri înscrierea în grup și cărora li se explică oportunitatea prescrierii acestui tratament;

-e) –reductanți-fiind cei care opul rezistență, chiar dacă din explicațiile daterezultă că în grup vor fi înlăturate reținerile și ezitățile de orice natură;

-f) –timizi, introvertiți, susțin că nu se simt niciodată bine în grup, de aceea li se cere la încveput o prezență facultativă necesară pentru o acomodare treptată, stabilindu-se în mod tacit, o comunicare afectivă.

La acestea Ionescu G.(1990) se adaugă elementele legate de **compoziția** grupului-unde **numărul** ideal este între 6-10 membri, 8 fiind în general mediu; **vârsta** oscilează, la cei tineri 20-40 ani, mijlocie 40-60 ani, omogenitatea grupului fiind benefică funcționării acestuia; **sexul**-femeiesc și bărbătesc-controversate părerile, mixt sau nu, depinzând de tematica ședinței și psihoterapia aplicată; **nivelul socio-cultural și**

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
**intelectual** al membrilor grupului, favorizează “gradul de conștientizare”, activizând grupul.

**Structura grupului** face referiri la gradul de **omogenitate**, distingându-se cel **heterogen** cuprinzând pacienți diferiți sub aspectul vârstei, sexului, diagnosticului sau formei de manifestare a simptomelor; **omogen**, pacienți de același sex, vârste, simptome și manifestări clinice asemănătoare; **intermediar** reunește stiluri de viață, comportamente și personalități similare care dezvoltă tulburări psihice diferite; **special** îi reprezintă pe cei care au aceeași problemă majoră. Tot la structura grupului surprindem: grupul **închis** care cuprinde pacienții selecționați și care încep și continuă împreună până la încheiere, psihoterapia; **deschis**-funcționează “continuu” în ideea că este legat de timpul pacientului, rezultatele tratamentului, astfel încât acest grup servește:

- unei psihoterapii preparatorii, în vederea participării ulterioare a pacientului la ședințele unui grup închis;
- pacienților care au urmat o psihoterapie de grup intensivă, dar care mai au nevoie de o legătură psihoterapeutică complementară;

cât și **închis-deschis** ce se realizează într-o situație de compromis, în care un nou membru este primit numai în măsura creării unui loc liber.

Alături de componența și structura grupului, se adaugă **funcționarea** acestuia ce depinde în mare măsură de :**locul și ambianța** sălii, fiind aleasă în general forma de cerc; **prezența la ședință** fiind nevoie de instituirea unor reguli interne ale grupului; **ritmicitatea ședințelor**- în general, săptămânal, în aceeași zi, la aceeași oră și loc; **durata**-între 60-120 de minute, media fiind de 90 minute, **numărul**-ședințelor-între minimun două și maxin 50, în funcție de tematica psihoterapiei, eficiența întâlnirilor cât și durata spitalizării (în cazul celor internați), aceasta în

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
cazul psihoterapiilor de grup pe termen scurt.

Dacă remarcăm faptul că în cele mai multe situații, psihoterapeuții apelează la formula de **grup**, important este în obținerea rezultatelor, de a cunoaște atât indicațiile cât și contraindicații folosirii cu eficiență a acestei entități structurale de organizare. Astfel, Ionescu G.(1990):

1) **indicațiile** surprind aspectele:

a)-general-psihologice care se referă la persoane, care în relația diadică, dezvoltă inhibiții față de terapeut, ca și la cei care (datorită problemelor psihodinamice) prezintă dificultăți relaționale;

b)-particular-nosografice-care se referă la tulburările psihice (nevroze, tulburări de personalitate, tulburări somatoforme, psihoze în stadiul de remisiune, etc.) și psihosomatice din rândul cărora sunt citate: astmul, cardiopatia ischemică, ulcerul gastro-duodenal, durerea cronică, de asemenea, obezitatea, alcoolismul și neoplasmul, prezintă bune indicații pentru psihoterapia în grup;

2) **indicațiile relative** se referă la tulburările mintale organice, anumite tulburări de personalitate (schizoidă și paranoidă), tulburări disociative și disfuncții psiho-sexuale:

3) **contraindicațiile** cuprind:

a)-general-psihologice care au în vedere pulsunile agresive (fizice sau verbale), ideația delirantă și comportamente suicidare;

b)-particular-nosografice-care cuprind episoade afective expansive, sindroamele paranoide, tulburarea de personalitate impulsivă, explozivă și antisocială (care prezintă un slab control al impulsurilor), acești pacienți fiind incapabili de comuniune afectivă și întrajutorare, neputând învăța din axperiența altora cât și neasimilând constructiv interpretările celorlalți;

Psihoterapiile se pot adresa mării majorități a tulburărilor psihosomatice ale pacienților, important fiind a compartimenta de la început: felul terapiei, grupul țintă, tehnicile de lucru, cât și obiectivele urmărite, evaluarea

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
făcându-se pe baza rezultatelor obținute. Astfel, psihoterapia acoperă întregul segment al pacienților, începând cu 4-5 ani și terminând cu vârsta celor de peste 60 de ani, ținând cont în primul rând de particularitățile lor de vârstă cât și de compatibilitatea și acceptul la o psihoterapie, pornind de la dictonul “Primo non nocere” (În primul rând să nu faci rău).

## **12.2. Psihoterapia, complementara tratamentului medical**

Pentru că **psihoterapia** este limitată în timp și are obiective clar definite, **reușita** e absolut necesar a ține cont de următoarele etape ce-o premerg și anume:

- a) –stabilirea diagnosticului;
- b) –efectuarea interpretării psihologice;
- c) –cunoașterea tehnicilor propriu-zise de intervenție;

d) –structurarea relației:

- terapeutice;
- empatice;
- congruente;
- de colaborare;
- de acceptare necondiționată a subiectului;

La această reușită, concură cele nouă puncte de bază de care **psihoterapeutul** este obligat să țină cont și anume:

- nu începe terapia fără o analiză temeinică și complexă a problemei;
- nu lucra singur, ci în cuplu cu clientul;
- nu aborda probleme intime din prima ședință;
- nu da lecții de moralitate;
- nu face predicții de la început;
- nu spune “sunt mai multe cazuri cu aceeași problemă”;
- discută orice aspect al terapiei cu clientul;
- modelează-te pe problemă și client;



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
astfel încât, reușita demersului are doi învingători:  
clientul și terapeutul.

Considerată complementară tratamentului medical,  
psihoterapia surprinsă sub diferite forme de exprimare,  
face, în cazul nostru, uz de:

A)-terapiile ocupaționale

-meloterapie;

-artterapie;

-ergoterapie;

-expresie verbală (povestea și basmul terapeutic);

B)-psihoterapia-cognitivă;

-cognitiv-comportamentală;

-suportivă;

-de susținere;

-a realității;

C)-ludoterapia,

urmând ca fiecare să-și găsească implementarea în  
cadrul unui tratament medical la care este supus  
pacientul, fie copil sau adult.

În acest context, **terapia ocupațională**, după Preda V.(2003),conform definiției propuse de “Council on Standards” (1972), este arta și știința de a dirija participarea omului pentru îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a restabili, susține și spori performanța, de a ușura învățarea acestor abilități și funcții esențiale pentru adaptare și productivitate, de a diminua sau corecta aspectele patologice și de a promova și menține sănătatea. Terapia ocupațională se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi sunt amenințate de tulburări de dezvoltare, infirmități fizice, boli sau dificultăți de natură psihologică sau socială.

De asemenea, cunoscând importanța **terapiilor ocupaționale** ca demers de recuperare în situații speciale și nu numai, este necesar a sublinia faptul că, în aceste momente de activitate, se poate stimula dezvoltarea sentimentelor de cooperare și întrajutorare, a spiritului de

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
stăpânire de sine și de autocontrol, găsind satisfacții și  
împliniri în ceea ce fac.

În cadrul terapiilor ocupaționale:

1)-**Ergoterapia**, Preda V,(2003) are ca scop, crearea unor obiecte și, acestea, eventual, învățarea unor tehnici cu scopul readaptării psihosomatice. Totodată mai poate fi înțeleasă ca orice activitate de muncă manuală, cu rol educativ, indicată în scop terapeutic pe o perioadă de timp. Ocupă un loc important în terapia ocupațională ca “educație terapeutică a abilităților”formând abilități și deprinderi manual-profesionale care să-l conducă în final la prestarea efectivă a unei munci. În cadrul ergoterapiei , subiectul este participant activ, iar activitatea se poate realiza individual sau în grup, cuprinzând totodată trei obiective principale și anume:

a)-recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă, asigurând o autonomie economică și socială;

b)-încadrarea sau reîncadrarea profesională și socială a subiectului;

c)-amplificarea procesului de maturizare;

2)-**Meloterapia**, Preda V.(1993), vizează utilizarea judicioasă a muzicii ca instrument terapeutic pentru a menține, a restabili sau a ameliora sănătatea mintală, fizică și emoțională a persoanei. Se remarcă faptul că **muzica** de-a lungul anilor a suscitât și suscită și astăzi încă interpretări privind proprietatea sa de a crea o anumită stare sufletească. Athanasiu A.(2003) amintește faptul că totuși, toți autorii admit că există două domenii în muzicoterapie și anume:

a)-muzicoterapia receptivă bazată pe audiție;

b)-muzicoterapia activă bazată pe expresia muzicală și pe creativitate.

Același autor care s-a ocupat special de legătura între muzică și medicină, notează atât bucăți muzicale pentru destindere , calmare, relaxare, stabilind totodată și **obiectivele tehnice ale muzicoterapiei în grup** și anume:

- de a permite bolnavilor să se lase pătrunși de muzică, în condiții de audiție diferite de acelea în care asistă la un concert;
- de a provoca comunicarea între auditori cu privire la alegerea preferințelor, prin intermediul comentatorilor;
- de a permite terapeutului care coordonează ședința (după alegerea bucății muzicale), abordarea reacțiilor, a respingerilor, tăcerilor și comentariilor fiecărui bolnav din grup, se realizează astfel o mai bună cunoaștere a problemelor sale și se culeg date utilizabile în psihoterapia verbală;

O'shea I.(1990) vorbește totuși și de limitele muzicoterapiei, reținând faptul că unii pacienți opun rezistență la acest gen de terapie cât și a acelor care nu sunt receptivi la muzică. Tot la limite, Athanasiu A.(2003) remarcă limitele de eficacitate, amintind că muzicoterapia nu înlocuiește nici chimioterapiile, nici

alte psihoterapii, ci se asociază acestora. Ea nu este un remediu universal al tuturor tulburărilor. Precizând cu grijă la ce ne putem aștepta de la ea și la indicațiile sale, vom da pacientului maximum de șanse de a beneficia de ea.

Ne permitem de a prezenta din L'echevin P.(1981) câteva exemple de bucăți muzicale după Athanasiu A.-2003)

a) pentru **destindere**:

-Claude Debussy –Sonata pentru flaut alto și harfă;

-Niccolo Paganini-Concertul nr.4 pentru vioară și orchestră în re minor;

-Camille Saint-Saens-Simfonia cu orgă nr.3 în do minor;

-P.I. Ceaikovski-Prolog la Frumoasa din pădurea adormită

b) pentru **calmare**:

-P.I.Ceaikovscki-scena și dansul reginei din Lacul Lebedelor;

-Ludwin van Beethoven-Concertul imperial nr.5 .  
Adagio din Sonata pentru violoncel și orchestră în  
sol minor;

-Claudio Monteverdi-psalmul laudate Dominum;

c) pentru **relaxare**:

-G.Fauré-Requiem op.48-Introit;

-Vanghelis Papatanasiu-Apocalipsul animalelor;

Acestei “liste”, Preda V.(2003) adaugă:

a)-**tensiunea nervoasă**:

-Chopin-Nocturna a V-a

-Wagner-Uvertura la “Parsifal”

b)-**surmenaj**:

-Smetana-Poemul “Vltava”

c)-**insomnii**:

-Schuman-Reverie

-Schubert-Ave Maria

-Mozart-Concertul pentru pian și orchestră nr.21

d)-**eliminarea tristeții profunde**:

-Mozart-Recviemul

-Mozart-Concertul pentru pian în re minor

**e)-combaterea migrenelor:**

-Beethoven-Uvertura “Fidelio”

-Mozart-Opera “Don Juan”

-Gershwin-Un american le Paris

**f)-stări conflictuale și depresive:**

-Debussy-Clar de lună

**g)-stimularea generală și creșterea stenicității:**

-Verdi-“Marșul triumfal” din oper “Aida”

-Gounoud-Actul V din opera “Faust”

-Wagner-Uvertura de la opera “Maeștri cântăreți” și  
“marele marș” din opera “Tanhauser”.

Se poate spune că în meloterapie, ideea utilizării diverselor muzici este totalmente acceptată, dar, totuși, acest demers trebuie să fie rațional, ținând seama de impactul psihologic al diferitelor structuri muzicale asupra subiecților. Meloterapia poate fi indicată fie cadrul unei relații duale, fie în cadrul unui grup mic, fiind inclusă în cadrul unei abordări complexe, produsă de o



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
echipă multidisciplinară (Preda V.-2003).

În cazul **copilului**, **meloterapia** produce o determinare emoțională, surprinzând în structura sa, două secvențe:

-**prima** fiind aceea de identificare a tipului de muzică preferată de copil, observând-o pe cea care-i face plăcere dar și cea ce-l agasează, enervează, indispuce;

-**a doua** reprezentând provocarea copilului la o discuție comună privind motivația alegerii muzicii respective.

După ce s-au obținut orientările asupra influenței directe a muzicii cât și a semnificației acesteia pentru copil, se poate deja trece la realizarea terapiei, atât individual cât și în grup:

-**individual** = ședința va consta în audierea împreună (copil-terapeut) timp de aproximativ zece minute a muzicii preferate, după care începe discuția liberă de tip, psiho-analitic;

-**în grup** = în cadrul ședinței se poate asculta un fragment muzical, urmărind modalitățile de exprimare a celor participanți.

Pornind de la muzica ritmată la cea lentă, cu text sau fără text, Pașca M.D.(2002) copilul reușește să-și exteriorizeze trăirile afective, detensionându-se emoțional sau să-și “altereze” comportamentul. Activitatea terapeutică poate fi corelată și cu alte elemente de ergoterapie sau artterapie, realizând o complexă exprimare afectivă.

3.**Artterapia**, Preda V.(2003) se dorește a fi “psihoterapie prin mediere artistică”. Dintre termenii utilizați ca fiind echivalenți, amintim: psihoterapie artistică; terapie de expresie; psihoterapie de creativitate. Art-terapia este o modalitate de psihoterapie mediată prin producții vizual-plastice (picturale, grafici, de modelaj, sculptură, măști colaje, etc.) și prin alte moduri de exprimare artistică (muzică, poezie, teatru, dans, expresii corporale). Wiart (1993) preferă să considere

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
practica **art-terapiei** ca o formă de psihoterapie cu expresii plastice, încercând, printre altele, să o diferențieze de ergoterapie și de terapia ocupațională. El subliniază mai ales faptul că în art-terapie se utilizează un produs singular, conceput liber și personalizat, indicându-se adesea și o verbalizare secundară. Pentru Wiart, psihoterapia cu expresii plastice permite o exprimare imediată a unor trebuințe sau dorințe ale subiectului, făcând să intre în joc operații mintale proprii inconștientului.

Întregul demers conceptual amintit anterior, plasează artterapia în complexitatea sa, fapt care îi conferă posibilitatea de a realiza detensionarea emoțională ce se declanșează desenând și/sau pictând. Clientul se simte mult mai relaxat după o asemenea ședință mai ales când ea este întregită de discuțiile ce se poartă pe marginea conținutului.

#### 4. Expresia verbală

a) **Povestea terapeutică**, Pașca M.D.(2004) prin nararea faptelor, “comprimă” la maximum experiența de viață, menite a semnala o stare de fapt și a atenua **criza** ce, inevitabil apare la un moment dat, declanșată, precum, filosofic vorbind, de neînțeleșuri , ale înțeleșului, știutelor și neștiutelor. Povestea terapeutică **se povestește**(se spune) și **nu** se citește. Ea trebuie să fie liantul dintre trup și suflet, gând și gest, trăire și exprimare. Ea nu poate fi spusă de către oricine, oriunde și oricum. Trăind în simbioză cu cel suferind, povestea terapeutică își are legile nescrise ale vulnerabilității sale, ceea ce face ca simpla virgulă, să nu mai acorde o șansă, iar punctul, o certitudine și o reușită.

Pornind de la un caz real sau fantastic, povestea terapeutică își îndeplinește menirea de mediator a durerii și suferinței, aducând mult mai aproape pe cel aflat în**tr-**

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
un impas, sincopă a vieții, de lumea în care legile care guvernează pot declanșa apariția unor resurse vitale de a învinge frica, teama, neliniștea, neputința, nesiguranța și a descoperi speranța și șansa, conjugând verbele “a vrea”, “a putea” și “a dori”, la timpul prezent. În acel moment, povestea terapeutică își dovedește utilitatea, făcând prin puterea cuvântului ca lumea pentru cel în suferință “să se miște altfel”, să fie percepută prin prisma noilor conotații cognitive ale elementelor de identitate personale, dând unicitate clipei trăite.

**Obiectivul** poveștilor este să “păcălească” subiectul prin blocarea mecanismelor sale de apărare și intrarea în contact cu inconștientul și multitudinea de soluții depozitate în acesta. Povestea terapeutică devine astfel un instrument prețios care va scoate la iveală emoții și sentimente ce riscă să rămână ascunse în inconștient: angoase, frici, dorințe, obsesii, culpabilități, invidii, întrebări la care nu le-am găsit nici un răspuns. Astfel, funcția metaforelor și a poveștilor este aceea de a ajuta

“ascultătorul” să înapace propriile sale pulsuni cu cerințele realității externe și regulile societății, deloc ușoare în unele cazuri.

**Conținutul** alegoriilor nu e necesar să și placă, sub aspect estetic, dar dacă ele întrunesc și calitatea de : plăcut, acceptat și accesibil, reușita în timpul terapeutic de aplicare a lor, este meritoriu.

În acest sens, din istorioara metaforică, subiectul va percepe prea puțin prin conștient și cu mult mai mult, inconștient, **legăturile dintre poveste și propriile sale probleme**. Ca o certitudine, subiectul va avea mult mai târziu o revelație (!insight”) cu privire la mesajul poveștii și cu siguranță că acest moment temporal va coincide cu începutul vindecării, a rezolvării într-o manieră nouă, a impasului său existențial, dat într-o stare de fapt.

Deci, povestea terapeutică nu se citește, ci se relatează, tonul vocii, intensitatea, amplitudinea, mimica și gestică fiind deosebite în acest caz, cât și faptul că ea nu trebuie explicată. Ea se adresează atât copilului cât și

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
adultului, pornind și luând în considerare: optimismul, gândirea pozitivă, dorința de vindecare și autovindecare, învățând și unul și celălalt, să devină un învingător și supraviețuitor.

b) **Basmul terapeutic**, Filipoi S. (1998) demonstrează faptul că indiferent de vârstă, iluminează, deoarece se adresează intuiției și fanteziei, lărgind spațiul interior al copilului, reprezentând totodată o lecție de viață care sparge vechiul tipar al conflictului insurmontabil cu care este familiarizat. El aduce soluții cu totul neașteptate, cu efort emoțional pozitiv, ajungând chiar să contrazică logica și obișnuința, subiectul având posibilitatea să lărgescă sensul original al mesajului terapeutic, deoarece basmul transmite un tip de creativitate.

Ca mesaj terapeutic, basmul poate fi folosit în combinație cu un instrument de comunicare deoarece, crează subiectului o bază de identificare protejându-l și învățându-l totodată să se autoînțeleagă, să se

autoaprecieze pozitiv cât și să-și descopere propria putere interioară de a se “autovindeca”.

Ca și povestea terapeutică, basmul se povestește și **nu** se citește putând fi folosit și de părinte, acesta având grijă în a alege mesajul, fără să adreseze întrebări la sfârșit, urmărind reacția copilului cât mai ales, să aibă dispoziție pentru narare.

Cu alte cuvinte, Filipoi S.(1998), basmul terapeutic este un vehicul foarte potrivit pentru modele comportamentale și valori morale, schimbarea de poziție fiind doar sugerată, având mai mult un caracter de joc.

B) De remarcat faptul că psihoterapia aleasă, e necesar să fie eficientă în anumite situații probleme ce trebuiesc rezolvate. Astfel:

1) **Terapia cognitivă (T.C.)**, vizează modificarea stilului particular de gândire a clientului, pe care-l orientează asupra conștientizării caracterului distorsionat și eronat al convingerilor sale cât și în evaluarea realistă, prin confruntarea cu realitatea. Totodată, terapia



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
cognitivă este esențial pragmatică și empirică, punctul ei de plecare fiind reprezentat de observarea atentă și exhaustivă a tuturor situațiilor în care survine o serie de probleme, un accent deosebit punându-se pe existența unei relații așa-zise “secretă”, nefiind vorba de “sfaturi bune”, ci de o serie de propoziții, întrebări și mai cu seamă, ajutorul care e necesar clientului pentru ca el să-și conștientizeze propria disfuncție psihică.

2) **Terapia cognitiv-comportamentală (T.C.C.)**, se bazează pe faptul că, pentru a schimba un comportament sau un mod de gândire, trebuie să încerci să afli cum au fost deprinse acestea și să-l faci pe client să dobândească altele. În terapia cognitiv-comportamentală, totul este centrat pe **aici** și **acum**, fiind orientată spre dobândirea unor noi comportamente în confruntarea cu problemele actuale, învățând clientul să-și însușească modele normale de comportament, fiind definită ca mod de rezolvare de probleme, având ca scop ajutorarea clientului de a găsi soluții la problemele sale și nu doar să

gândească mai rațional, principiul de bază postulând că, modurile în care clientul se comportă, sunt determinate de situațiile imediate și de felul în care sunt interpretate.

3) **Terapia centrată pe client (T.C.C.)**, pornește de la premisa că oamenii sunt fundamentali **buni**, scopul ei fiind acela de a-l face pe client să se împace cu sine însuși cât și de a-l ajuta să-și clarifice gândurile despre problemele pe care le are, dobândind o mai mare înțelegere a acestuia. Factorul cheie al terapiei centrate pe client sau Rogersiană (Carl Rogers) este faptul că clientul își poate controla tot mai mult destinul, găsind soluții satisfăcătoare pentru problemele sale, încercând să se accepte pe sine, având puterea și motivația de a se ajuta singur, devenind mai deschis la noi experiențe și perspective, mai bine integrat, ajungând în final **a se accepta pe sine**.

4) **Terapia suportivă** e necesară datorită decompensării psihologice manifestată la client,

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
susținerea lui emoțională fiind esențială, evaluând  
totodată problemele reale și reacțiile la ele , **ajutând  
clientul să-și rezolve problemele**, iar în cazul în care  
acest lucru nu este posibil, va fi învățat să se detașeze de  
ele.

5) **Terapia de susținere** vizează și obține o înlăturare a  
simptomelor, prin întărirea măsurilor de apărare și  
dezvoltarea mecanismelor de control, încercând **să-l  
ajute pe client să-și înțeleagă problemele cotidiene**,  
urmând totodată să-l facă pe client mai adaptativ și  
tolerant în cazurile în care dezvoltarea personalității lasă  
de dorit.

6) **Terapia realității** subliniază faptul că **clientul nu se  
poate ajuta decât singur**, îmbunătățindu-și relația  
prezentă, devenită o problemă. În acest cadru, se evită pe  
cât posibil, trecutul și se descoperă în schimb, relația  
actuală, aducând clientul la momentul înțelegerii teoriei  
alegerii, necesară pentru a alege mai bine și a învăța să-și  
stăpânească problemele ivite la un moment dat.

C) **Ludoterapia** are în centru acțiunii sale **jocul** ,  
întâlnindu-se:

-jocul –executiv

-jocul –simbol

-jocul –reguli

În cazul nostru în cadrul ludoterapiei, ne vom opri asupra **jucăriei** care face și trebuie să recunoaștem acest lucru, dintr-o anumită vârstă, reprezentând o identitate și/sau o atitudine față de o manifestare comportamentală. Fie că e de pluș, pânză, plastic, lemn sau alt material, jucăria pentru copil are o importanță deosebită, deoarece **ea**, poate fi primită de la cineva drag, (se crează legătură afectiv-emoțională) l-a putut însoți în spital unde toată suferința i-a fost spusă, a făcut parte din familie, ține loc de familie, doarme cu ea, este sora sau fratele care lipsesc, are practic valențele sale specifice în comportamentul unui copil.

Copilul **simte** când se poate despărți de **jucăria lui**, abandonarea ei venind atunci când locul ei este luat

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
de persoanele din jur sau/și actul de maturizare s-a  
impus. Despărțirea cu forța, prin apostrofare, ascundere,  
ardere sau distrugere în fața copilului, pot crea traume  
care cu greu se vor uita, iar raportarea la “momentul  
brutal” trăit, poate fi un punct nedorit de referință într-o  
anumită conjunctură dată.

De aceea, jocul ca și jucăria în ludoterapie, își au  
locul lor bine definit, fiind modalitățile cele mai  
accesibile de a realiza o legătură viabilă între dorința de  
cunoaștere, înțelegere și acceptare a unui nou mod de a  
fi.

### **12.3. Concept și accept privind terapia Balint**

Terapia Balint în România, n-a ajuns încă să-și  
sărbătorească 15 ani (1993) dar numără destui membrii  
ce-și găsesc aici răspunsurile la întrebările puse.

De aceea, cu rezerva celui care nu dorește a influența dar nici a nega un concept ce încă, poate în unele situații mai necesită cunoaștere, ne permitem a face câteva **adnotări** în cunoștință de cauză și știind că în **relația medic-pacient Michael Balint a avut ceva de spus.**

\*Astfel, Iamandescu I.B.(2002), remarcă faptul că tehnica se încadrează în noțiunea de **psihoterapie comportamentală** reunind diverse proceduri de abordare a psihologiei umane. La fundamentul conceptului se regăsește ideea că, pentru un **om bolnav**, cel mai eficace și mai valoros medicament este **însuși medicul**, care va trebui să se cunoască bine pe sine însuși, precum și efectul pe care-l poate exercita asupra bolnavului. Astfel și doar astfel poate deveni esența activității medicale **relația medic-pacient** și nu atitudinea medicului față de o boală oarecare, fie ea acută sau cronică. Această interrelaționare analitică presupune **o comunicare la**

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
**nivelul inconștientului și una afectivă**, fiind completată de elemente emoționale.

Același autor subliniază că, din înfîrșirea unei comunicări subtile, uneori imperceptibile, între medic și pacient, va rezulta un dialog analitic, o formă abstractizată dar totdeauna și mai complexă a relației medic-pacient. Balint a conceput această relație doar la o docilă înțelegere, la o ascultare răbdătoare a bolnavului și la o empatie cvasi-necesară. În viziunea lui, această relație poate să poarte în pântec, chiar și sâmburele unui conflict potențial-boala-care să atragă după sine o instabilitate flancată uneori de un succes, alteori de un eșec.

etnemele ățumurpmî tniláB ,tpecnoc uăș lugertnî nÎ \*  
de psihanaliză, operând însă cu ele la alte nivele de percepție și conștientizare decât analistul (rezistența, transferul, regresia, refularea).

iș tniláB adotem ertnî eișnitcsid ecaf eS \*  
psihodrama-Balint (Anne Cain) reprezentând fiecare note  
conceptuale și anume:

a) –Metoda Balint, Noel Montgrain (după Cain A.-  
2003) este o experiență destinată să supervizeze medicul,  
prin combinarea unei priviri critice asupra atitudinii  
propriu-zis medicale, cu o privire psihanalitică asupra  
inconștientului relației. Așadar, pe de o parte ea este  
interesată de aspecte ca etica și deontologia relației, iar pe  
de altă parte, ea lucrează asupra avatarurilor fantasmatic  
din inconștientul medicului. În metoda Balint, ceea ce se  
privește cu lupa analitică este tocmai relația transfer-  
contratransfer, adică o relație ce privește atât inconștientul  
bolnavului cât și cel al medicului.

Metoda Balint clasică, reprezintă un demers de  
deschidere spre ceea ce se joacă inconștient în relația  
medic-bolnav, iar una din principalele diferențe dintre  
psihodrama Balint și metoda Balint, rezidă în “nu vorbiți,  
jucați!”. metoda Balint le acordă “spuselor” cea mai



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
mare importanță, dacă ne gândim că tocmai asta lipsește  
din relația medic-bolnav, în ce-l privește pe medic.

b) –Psihodrama-Balint, Ion Vianu (după Cain A.-2003), poate fi descris ca un joc unde un transfer, cel dintre medic și bolnavul său, este redat în interiorul unei rețele complexe de transferuri, cele ivite în jocul psihodramatic însuși.

Totodată, Noel Montgrain (după Cain A.-2003) psihodrama-Balint se joacă deci pe o fâșie foarte fină, în sensul că se încearcă o clarificare a relației contratransferențiale fără amestecul în viața personală a medicului. Contratransferul este abordat fără ca grupul să reprezinte un grup terapeutic. Psihodrama-Balint nu trebuie să fie, pentru medic, o ocazie de a face analiză personală și nici, pentru grup, o ocazie de a-l trata de medic.

iș refsart nu enupuserp ălacidem etativitca ecirO \*  
un contratransfer: în timp ce are de-a face cu medicul, pe  
pacient îl încearcă emoții, îi vin amintiri, stabilește

analogii și situații trecute, adesea arhaice. Diagnosticul, activitatea terapeutică sunt înscrise într-un context relațional individualizat. Fiecare relație medic-bolnav este ceva unic, ceva ce nu se va mai reproduce niciodată (Ion Vianu).

### **Post scriptum:**

...tratamentul psihologic modern și realist privește bolnavul nu numai din punctul de vedere al organismului dereglat, ci și din punctul de vedere al subiectivității sale, al naturii sale umane. Datorită acestui fapt, psihoterapia, ca și psihologia medicală în general, a introdus în medicină, omul ca subiect.

(Ionescu G.-1973).

**Cap. 13. Intervenția psihologică în  
copingul bolnavilor de lungă  
durată**



## **Cuvinte cheie:**

**–coping – HIV – SIDA – cancer – conciliere –  
acceptare - luptă -**

### **13.1. Noi repere HIV/SIDA**

Sfârșitul secolului XX și începutul secolului XXI au fost și sunt dominate încă de acele boli care “sfâțșesc repede și aduc durere îndelungată”. Altfel spus, boala incurabilă face reacția celui care o și are să fie specifică, așa cum și cei din jurul său, cât și comunitatea, acceptă, acționează, reacționează și se resemnează în fața unui asemenea caz. Cu alte cuvinte “balanța suferinței” se echilibrează. Și pentru că întotdeauna arma cea mai

eficientă de apărare, a fost atacul, bolnavul incurabil reacționează, caută, cunoaște, se pregătește și se apără , astfel încât, să fie pregătit pentru acel necunoscut ce se apropie sau/și vine, fără a mai dori să mai plece.

Cu alte cuvinte **copingul** este un răspuns la evaluarea unei amenințări și se definește ca un ansamblu de eforturi cognitive și comportamentale pentru a putea răspunde cererilor specifice interne și/sau externe evaluate ca fiind epuizante sau excesive pentru resursele persoanei. “Construirea apărării” pare a fi preocuparea persoanei bolnave, deoarece ea dorește să înțeleagă marele mister al “DE CE”-ului, astfel încât, găsirea unui presupus vinovatsă fie palpabilă, cu toate că în cele mai multe cazuri, ilar pare totul, dar speranța continuă să dăinuie.

În acest context, Popescu-Brumă S.(2005) amintește despre cele cinci mari clase de strategii legate de coping:

a)-**căutarea informației** ce reprezintă o strategie cognitivă elementară care răspunde, la anumite persoane, unei reale nevoi de a cunoaște pentru a putea atribui o semnificație coerentă evenimentelor și în felul acesta se poate continua lupta rațiunea de a trăi.

b)-**organizarea acțiunii** se constituie ca un ansamblu de conduite interne și externe care orientează comportamentul subiectului în mediul său de viață, în funcție de scopurile proiectelor și de soluțiile reprezentate pentru rezolvarea unei dificultăți; strategia reflectă cererea unei proiecții în viitor și se opune improvizării, având efectul de tampon între eveniment și persoană.

c)-**inhibiția acțiunii** este utilizată în fața bolii atunci când subiectul nu poate să-și organizeze o acțiune pe termen lung, putând fi trăită ca o decizie luată pentru a salva stima de sine și calitatea vieții pe termen scurt, deoarece proiecția viitorului pe termen lung este prea dificilă pentru subiect.

d)-**procesele intrapsihice** se constituie într-o categorie vastă de strategii care înglobează pe de o parte procesele cognitive destinate reglării emoțiilor, iar pe de altă parte, strategii cognitiv-comportamentale.

e)-**utilizarea suportului social** ce reprezintă căutarea unei proximități relaționale și sociale cu care subiectul să împartă îngrijorările și în care să se simtă susținut și protejat.

Pornind din acest punct, putem repera noi dimensiuni legate de boala incurabilă.

Astfel, e necesar a menționa faptul că , literatura de specialitate, atât cea medicală cât și psihologică, acordă spații tot mai largi și optici tot mai complexe problemelor legate de boala incurabilă, în cazul nostru-HIV/SIDA și cancer. De aceea, nu vom relua elementele deja cunoscute, ci încercăm a da o nouă perspectivă cunoașterii în acest domeniu, oprindu-ne asupra **sindromului imunodeficienței dobândită (SIDA)** ce în foarte multe cazuri apare ca o rezultată a infecției cu



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
virusul imunodeficienței (HIV). Boala se declanșează în urma infectării organismului cu retrovirusi care afectează celulele imunitare ale sistemului nervos. Infecția care se produce la nivelul sistemului nervos central, determină dezvoltarea sindroamelor neuropsihice, adăugându-se efecte organice cât și sindroame psihiatrice independente și diferite forme de stres psihosocial. O astfel de sumară prezentare, răspunde strict cunoștințelor medicale, ceea ce este interesant în receptarea corectă a fenomenului SIDA, se constituie a fi **modelul de sănătate** (filosofie) a lui Richard Ebert care face acceptarea în sine a ideii, mult mai accesibilă și coerentă pentru o mare parte din eșantionul de populație interesat în perceperea corectă a bolii și a consecințelor.

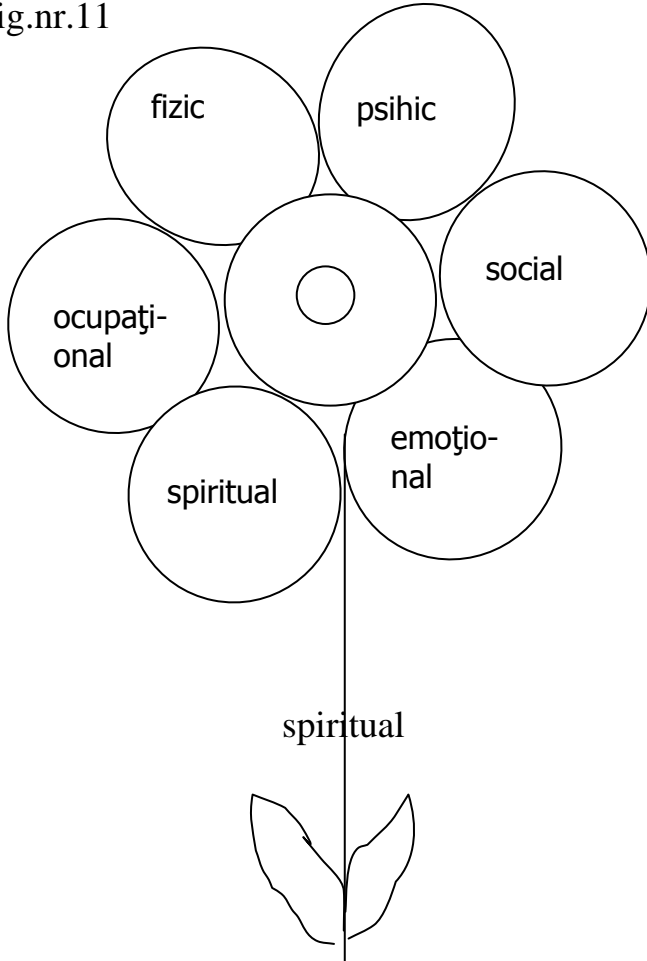
De fapt, totul poate fi redus la sugerarea faptului că **starea de sănătate** ar reprezenta o intersecție a șase cercuri fiecare fiind important față de celelalte. Interdependența celor șase cercuri reprezintă faptul că orice persoană într-o parte a fieții sale (cercul) se

repercutează asupra celorlalte părți (cercuri). Orice decizie luată de o persoană legată de sănătatea ei fizică, de exemplu, se va repercuta asupra celorlalte părți ale sănătății persoanei respective. Cele șase dimensiuni ale sănătății se găsesc enumerate sub forma:

- |                |     |                             |
|----------------|-----|-----------------------------|
| a) - fizicul   | sau | b) - fizică                 |
| - mentalul     |     | -intelectuală<br>( psihică) |
| - emoționalul  |     | - emoțională                |
| - socialul     |     | - socială                   |
| - eticul       |     | - spirituală                |
| - vocaționalul |     | - ocupațională,             |

identități sub care, pot apărea în construcția “Florii sănătății”

fig.nr.11



### 1) **Emoțională:**

Dimensiunea emoțională pune accentul pe conștientizarea și acceptarea sentimentelor (trăirilor) unei persoane. Sănătatea emoțională include măsura în care cineva are o atitudine pozitivă și entuziastă în raport cu propria sa persoană și cu viața în general. Include capacitatea unei persoane de a-și coordona sentimentele și comportamentele corelate cu acestea, inclusiv evaluarea (aprecierea) într-o manieră realistă a limitelor persoanei respective, dezvoltarea spiritului de autonomie și priceperea de a face față stresului în mod eficient. Persoana sănătosă din punct de vedere emoțional, menține relații satisfăcătoare cu ceilalți.

### 2) **Fizică:**

Dimensiunea fizică încurajează activitatea fizică regulată, stimulează asimilarea de cunoștințe despre alimente și alimentație, descurajează activitățile care își

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
aduc aportul la câștigarea unei excelente sănătăți,  
incluzând autoîngrijirea medicală și folosirea corectă a  
sistemului de asistență medicală.

### 3) **Ocupațională:**

Dimensiunea ocupațională este implicată în  
pregătirea pentru muncă în care o persoană poate dobândi  
satisfacție personală și bunăstare materială. Dimensiunea  
ocupațională e legată de atitudinea pe care o persoană o  
are față de munca pe care o prestează.

### 4) **Intelectuală (psihică)**

Dimensiunea intelectuală încurajează activitățile  
creative care stimulează activitatea mentală. O persoană  
sănătoasă din punct de vedere intelectual, folosește  
resursele disponibile pentru a-și lărgi sfera cunoașterii și  
a cunoștințelor. O persoană sănătoasă din punct de vedere  
intelectual, utilizează activitățile intelectuale și culturale  
împreună cu resursele umane disponibile în cadrul  
comunității căreia îi aparține persoana respectivă.

### 5) **Spirituală:**

Dimensiunea spirituală presupune căutarea sensului și scopului existenței umane. Ea include dezvoltarea unei aprecieri profunde a duratei vieții și a forțelor naturale care există în Univers. Presupune de asemenea dezvoltarea unui puternic sistem de valori de către fiecare dintre noi.

### 6) **Socială:**

Dimensiunea socială încurajează participarea la ambientul uman și fizic și al unei persoane pentru bunăstarea generală a comunității din care face parte persoana respectivă. Include de asemenea urmărirea realizării armoniei în familie.

Este evident faptul că, modelul filosofic prezentat presupune:

- a) –luarea deciziilor ce conduc spre o viață sănătoasă și în special spre prevenirea SIDA (implicit, infectarea cu virusul HIV);
- b) –necesitatea informației corecte;

- c) –înțelegerea faptului că toate deciziile pe care le luăm, afectează diferit viața noastră și de aceea ele trebuie luate cu foarte mare grijă;

Întreaga desfășurare a bolii, de fapt evoluția sa, este în cea mai mare parte cunoscută, surprinzând momente ce caracterizează infecția HIV prin:

- manifestări stadiale începând cu infecția acută și continuând cu diverse semne de boală, unele mai mult sau mai puțin caracteristice, până la stadiul final care este SIDA;
- apariția unor semne de boală determinate direct de HIV și a altora care țin de scăderea imunității, respectiv, numeroase infecții cu viruși, bacterii, ciuperci, paraziți;
- persistența pe viață avirusului în persoana infectată, durata infecției cu HIV putând să extindă și peste 10 ani;
- o perioadă de incubație lungă în general și variabilă în funcție de numeroși factori, dintre

care au importanță deosebită, calea de transmitere, vârsta în momentul infecției cât și subtipul de virus.

Ajungem la atitudinea bolnavilor SIDA, Iamandescu I.B. (2002) în funcție de trăsăturile lor de personalitate, vor reacționa diferit. Bolnavii defensivi vor deveni izolați, depresivi, resemnați, nepăsători, inactivi, anxioși, se autoculpabilizează și, în final, se desocializează. Bolnavii ofensivi sunt revoltați, (împotriva celor care i-au îmbolnăvit), agresivi, răbdători și astfel se antisocializează. Se declanșează astfel un modul de a reacționa al fiecărui individ la impactul și perceperea bolii, psihologii stabilind o anumită “ierarhie” pornind de la :

a) **șocul** = persoana se simte copleșită de implicațiile aflării rezultatului pozitiv al testului. Apare sentimentul de stupeoare, de gol imens, o stare de toropeală, o lipsă de interes general, persoana nu mai este receptivă la ceea ce o înconjoară;



b) **negarea** = prezenței bolii, a severității simptomelor, de evitare a realității. În fapt, este un mecanism de apărare, o etapă cu o lungime variabilă în funcție de perioada asimptomatică a bolii;

c) **furia** = este începutul acceptării seropozitivității și se manifestă prin reacții verbale greu tolerate de anturaj, căutarea vinovatului sau a țapului ispășitor și nu în ultimul rând, furia îndreptată asupra sinelui dacă el reprezintă și sursa infecției;

d) **depresia** = manifestată prin semne vegetative (plâns, facil, tristețe); la un moment dat, persoana realizează că nimic nu va funcționa, se simte fără speranță, se izolează de toată lumea și poate avea idei sinucigașe;

e) **negocierea** = reprezintă o manifestare a ideii de “tărguială” pentru o șansă, pentru amânarea posibilității morții, găsirea unor soluții; acesta este momentul, mai ales pentru punerea în aplicare a unor proiecte, a unor

acțiuni militante de angajare în luptă, de acceptare a terapiei;

f) **acceptarea** = este etapa în care toată lumea acceptă că este infectat HIV pozitiv, se împacă cu situația și realizează planuri de viitor care să-I redea sensul vieții prin acțiuni concrete;

Aceste etape descrise anterior, nu se derulează întotdeauna în ordinea amintită și nici nu sunt trăite la aceeași intensitate. Căderile și revenirile provocate de diferite evenimente din viața celor apropiați acestuia precum: rezultatele proaste ale unor analize, prescrierea unei noi terapii, așteptarea unor rezultate pozitive datorate tratamentului, pierderea unui prieten etc. Unii pot rămâne furioși pe tot parcursul bolii, alții pot reveni și oscila între două, trei faze (etape). Pot trece de la negare la acceptare și apoi din nou la negare. Nu există o delimitare strictă a acestor etape, iar apariția lor este declanșată de evenimente din viața socială a individului și care țin și de starea lui de sănătate.

Că este copil și/sau adult, bolnavul în cazul nostru, își formează în timp o structură aparte, atât prin atitudinea față de cei din jur, cât și legat de el însuși. Întrebările curg începând cu cea legată de “a spune sa a nu spune ceea ce are”, de a “rămâne sau nu în comunitatea sa (școală, facultate, familie) de a mai lupta pentru a acuza pe cineva sau nu”. De fapt, esența a cea ce se întâmplă în acest caz, este dacă EL devine sau este deja o PĂRIA. Și din acest moment, se poate structura o strategie în care: gândirea pozitivă, curajul, înțelegerea, acceptarea și lupta trebuie să caracterizeze perioada în care **împreună** vor fi, EL, și restul (familia, prietenii, comunitatea). Abundă întrebările, apare graba pentru a face tot ce n-a reușit să facă, dar poate exista și dorința de a trăi, sfidând tot ce l-ar duce spre regres și neputință.

Și-atunci, lupta împotriva fricii, a panicii și neputinței, se declanșează. Se stabilesc elementele de psihoterapie atât pentru bolnav cât și pentru familie,

știind că încercarea, durerea și suferința, se instalează atât de-o parte cât și de cealaltă.

Familia începe “s-adune” amintirile și tot ce lasă urma celui care a plecat să nu dispară (camera copilului lăsată așa, fotografiile peste tot, doliu, tipărirea unor poezii ce i-au aparținut, apariția unor fundații), înțelegând că acceptarea situației ca face trecerea și durerea mai normală. De fapt, prin consilierea și psihoterapia aplicată, particularizată fiecărei familii, se abordează pierderea la dimensiunea ce crează declanșarea durerii, important fiind ca ea să nu devină patologică, iar implicațiile să nu complice “curgerea evenimentelor”.

Copilul care-i pierde pe cei dragi din cauza acestei boli, încearcă a “strămutarea” durerea pe dorința de a trăi clipa și de-a găsi acel “înger păzitor” care-i aduce împăcarea , înțelegerea și liniștea.

De fapt, atât perceperea ca atare a bolii cât și evoluția sa, sunt sub semnul înțelegerii, acceptării și raportării bolnavului la ea. E greu să găsești calea spre

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
sufletul celui aflat în “catacombele” acestei boli și de  
aceea, alături de tratamentul medicamentos, cel  
psihoterapeutic este absolut necesar.

Interesantă pare a fi perceperea bolii de cel  
sănătos, astfel încât accepția prezintă alte considerente.  
Am ales din multitudinea de psihoterapii, **povestea  
terapeutică**, Pașca M.D. (2004), care se adresează ca  
expresie verbală atât copilului cât și adultului, dând și  
posibilitatea celui bolnav vs. sănătos, a scrie **povestea sa**  
care cu siguranță **implică și îl implică**.

Apare ca remarcată în acest caz, povestea unui  
copil sănătos, Laura, 11 ani care în 2004 scria cu toată  
responsabilitatea vârstei sale, povestea. Lectura ei, dar  
mai ales mesajul ce-l conține, considerăm că nu mai  
implică explicații și interpretări:

### **Povestea mea**

Filmul meu preferat este “Prietenii și rivalii”. Aici  
se vorbește despre SIDA. Am auzit că SIDA este veșnică

și cum zice colegul meu de bancă, Adrian, “nu trece ca o simplă răceală”.

I-am spus și Cristinei că nu se transmite prin atingere, așa că, abia aștept să mergem cu toții la copiii doamnei noastre de la spital și să ne jucăm. Ce să vă spun vouă? Cu mintea mea? Că, atât cât ai această boală, trăiește cât mai ai de trăit, da fi fericit în toate clipele. Lângă mama și tata, lângă prietenii adevărați ce sunt și la bine și la necaz și mai ales, găsește fericirea.

Copile, ești bolnav? Contează pe ziua de azi și fi fericit!

Comentariul nu-și găsește locul dar implicarea da, atunci când, întrebată o fetiță de 7 ani, infectată HIV, ce-și dorește când se va face mare, mi-a răspuns repede, dar cu multă responsabilitate și dorință de a trăi:

-Când voi fi mare, îmi doresc să “mă fac...bunică”.

Și cred că, am spus TOTUL.

## 13.2. Cancerul între timp și adevăr

Privit ca o suferință îndelungată, cancerul, Vaida A.(2005) reprezintă o provocare cu un impact puternic și de durată atât asupra vieții cât și în ceea ce privește îngrijorările permanente legate de starea de sănătate, privită sub aspectul emoțional, social, fizic cât și al abilității de a funcționa normal, fiind un punct final de evaluare a tratamentului anticanceros.

“A fi bolnav de cancer” susține de fapt **modificarea în timp** a calității de bolnav, fiind rezultanta unei boli ce poate depăși o lungă perioadă de ani în care, evoluția și stagnarea, pot succeda perioadele de identitate. Astfel, bolnavul înmagazinează experiențe de viață, ajungând în timp la **incertitudine** Popescu Brumă S.(2005) ce reprezintă probabil noțiunea prin care se poate conștientiza cel mai bine situația unei boli de

lungă durată privind complexitatea acesteia, traiectoriile ei și dificultățile de gestionare, cum ar fi: incertitudinea diagnosticului și a prognosticului, întebări legate de starea pacientului, de responsabilitatea atribuită pentru sine sau atribuită unor factori externi în ceea ce privește declanșarea bolii. Incertitudinea este de asemenea legată de unele aspecte ale vieții persoanei atinse de ruptura biografică și de boală, cum ar fi viața cotidiană, dereglată de impactul simptomelor ca și de survenirea unor incidenre imprevizibile, interzicând astfel proiectele de viațăși amenințând identitatea.

Același autor subliniază și faptul că **a suporta** boala de lungă durată înseamnă pentru bolnav, ca și pentru anturajul său, un proces fără sfârșit, presărat adesea cu dificultăți foarte mari. Aceasta presupune din partea pacientului docilitatea față de directivele medicului și nu pasivitate, ci, dimpotrivă, necesită cheltuirea unei vaste energii psihice, fizice și materiale în



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
cadrul relațiilor pe care le întreprinde cu instituțiile de specialitate și cu grupul de profesioniști.

Nu în ultimă instanță, trebuie luate în considerare eforturile de a controla angoasa care însoțește bolnavul și de a menține legăturile sale sociale în ideea restaurării unei identități amenințate. Specificitatea esențială a cancerului rezultă, fără îndoială, din faptul că acesta reclamă considerarea caracteristicilor extreme care privesc o boală de lungă durată. Cu alte cuvinte, implicațiile medico-psihologice ce apar în această situație, se adresează bolnavului care:

- trebuie să se obișnuiască cu ideea că suferă de o boală care îi amenință viața;
- trebuie să facă față unor tratamente de multe ori greu de suportat și longevive;

Astfel, așa cum aminteam la începutul capitolului , abordarea bio-psiho-socială a cancerului nu mai este o premieră, iar literatura de specialitate confirmă acest lucru, fapt pentru care “pledoaria” noastră spre

cunoașterea cazuisticii și a fenomenului se dorește a fi alta.

Începând cu șovăiala și incertitudinea diagnosticului, se poate ajunge la **cancerofobia** ce înregistrează o seamă de “senzații cancerigene” fără a avea fundamente diagnostice stabile. De asemenea, **reacția** celor din jur, prieteni, familie, grup de referință, într-un final comunitatea, este diferită, pornind de la o compătimire și ajungând spre o evoluție bună, de acceptare și ajutor, punând accentul pe cooperare, resocializare și integrare și nu izolare și marginalizare.

Bolnavul de cancer, fie copil sau adult, își trăiește propriile spaima și temeri, mutilări sufletești și trupești, ajungând de la negare și trecând prin negociere, la adevăr și acceptare. Marea întrebare a **adevărului** este dacă ea declanșează revoltă sau resemnare. Realitatea devine crudă când pregătirea acceptării sale nu este minuțios și gradual realizată de medic și/sau psiholog, deoarece ea poate bulversa totul, starea de șoc fiind mai mult decât

foarte aproape.

Se comunică diagnosticul? Se protejează bolnavul și/sau familia? Răspunsurile pro și contra pot contura o conduită etică între medic și cel în cauză, parcurgând drumul spre acceptare. Și-atunci, Popescu-Brumă S.(2005)-impactul pe care diagnosticul de cancer , boala și tratamentul îi au asupra stării emoționale a pacienților, variază foarte mult în intensitate și complexitate, de la bolnav la bolnav, coparticipative fiind și disfuncțiile emoționale și psihologice care apar în asemenea situații:

- frică și suspiciune înainte de începerea primei cure;
- incertitudine și anxietate, depreșie;
- dispoziții, stări sufletești oscilante;
- iritabilitate;
- dificultăți de concentrare și cogniție în timpul tratamentului;
- efecte secundare fizice asociate chimioterapiei;

- complexul “Nu mai sunt eu însumi”;
- impactul psihologic al schimbărilor în funcțiile sexuale;

Acestora, Iamandescu I. B.(2000) le adaugă în plus, acei factori care țin de bolnav, implicați în perceperea incurabilității, cum ar fi:

- a)-**cunoștințele** (medicale, cultură generală) ale pacientului și familiei acesteia;
- b)-**tipul de personalitate** al pacientului ce poate avea aceleași influențe în percepția bolii, fie exagerarea, fie resemnarea declanșate de boală;
- c)-**antecedentele psihologice și psihiatrice ale pacientului;**
- d)-**caracteristicile socio-economice ale pacientului și familiei** acestuia;
- e)-**specificul rolurilor sociale și al interacțiunilor din cadrul familiei;**
- f)-**specificul relației medic-pacient** cu caracteristicile proprii fiecărei specialități;

Într-o întregă contextualitate de atitudini la adresa celui aflat în suferință, interferența dintre factorii psihosociali și comportamentali și cancer, se studiază și în zilele noastre având în plin plan, direcțiile legate de:

- 1) –factori psihosociali de risc în apariția cancerului;
- 2) –diagnosticul bolii și tratamentul asupra funcționării psihologice și neuropsihologice;
- 3) –reacție și adaptare psihologică la cancer;
- 4) –impactul factorilor psihosociali asupra cursului bolii, tratamentul și supraviețuirii;

Psihoterapia pune de fapt accentul pe riscul, abandonul și neimplicarea în fața bolii, urmărind în final o conștientizare a celor ce se derulează, având valoarea experienței sau/și evenimentului de viață. Modelată după bolnav, incluzând aici toate caracteristicile sale biopsihologice, psihoterapia trebuie să răspundă momentului de exprimare ce-l poate identifica la un moment dat. Aici se încadrează din nou **povestea terapeutică**, Pașca M.D.(2004), atât pentru copil și/sau

adult, ce ajută în găsirea unui punct de referință unde, dreptul de a spune, are caloare de catharsis.

Povestea a doi copii bolnavi de cancer. Ana-10 ani-2004 și Eu-13 ani-2004, invită la meditație, dar și responsabilizează prin recul, actul medical în sine.

### 1). **Povestea baticului meu**

Mie-mi plac florile și baticul meu e cu flori. Da, am 10 ani și port încă batic pe cap. Ce face? Păi, ține loc de ...păr. Sigur că nu glumesc, dar pot să și glumesc, chiat dacă am 10 ani, așa cum și tu o să poți. Când? Când vei face raze ca și mine. Să nu te temi nici de ele și nici de batic. Știi, băieții poartă șapcă cu cozoroc. Ce haioși sunt!!!

De fapt, noi în spital ne recunoaștem după batic și ne salutăm. NOI nu suntem fricoase, ci învingătoare.

Cât îl mai port? Bineînțeles că n-o să aștept să se usuce florile de pe batic și să le pun în ierbar, ci numai încă vreo câteva zile. De ce? Păi, am descoperit azi

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
dimineată în timp ce-mi zâmbeam în oglindă, vreo două-  
trei fire de păr pe cap.

Ura! Ura! Crește! Grozav! Gata!

Sigur în toamnă să m-aștepți la școală. Vin în clasa  
a V-a cu o mare surpriză pentru voi, dragii mei colegi de  
clasă. Cu ce? Cu ...flori de pe batic puse în ...ierbar!

## **2) Suntem niște învingători**

Știu că cei de pe coridorul spitalului ne privesc și se  
întreabă. Dar, eu și cu mama nu ne mai mirăm și ne  
zâmbim.

Știi, și eu și mama avem aceeași boală. N-am vrut  
să fie așa, dar, noi doi suntem puternici. Am aflat acu  
aproape un an că mama are cancer la sân și m-am  
supărat. Dacă a fost supărarea de vină nu știu, dar, la  
puțină vreme, m-am îmbolnăvit și eu de cancer.

Dacă ne-a fost greu sau ne este și acum? Tu ce  
crezi?

Mama a făcut deja radiații și se simte mult mai bine. Le-a suportat așa de bine că, merge spre normal. Cum a putut? Eu i-am fost alături și-am susținut-o chiar și când a avut batic cu flori pe cap.

Acum, mama stă lângă mine și mă sprijină. Eu fac perfuzii, dar nu mă tem de nimic. Ne avem unul pe altul, ne zâmbim mult și nici ție nu trebuie să-ți fie frică.

Nu vreau să ne compătătimească nimemi. De ce? Stai să-ți spun secretul. Doctorii ne-au dat mari șanse pentru că noi doi am răzbit aproape boala. Eu merg așa de bine că în toamnă mă voi întoarce la școală, iar mama și ea va fi bine.

Așa suntem noi, învingători și nu mă jenez când lumea se uită la mama și la mine.

Îi privesc și le zâmbesc. Asta e arma noastră secretă. Zâmbet cu speranță!

Orice comentariu ar fi de prisos deoarece trăirea afectivă își are încărcătura momentului, iar mesajul completează atitudinea pozitivă asupra bolii în



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
dezvoltarea evoluției bio-psiho-sociale a bolnavului, fie  
el copil și/sau adult.

### **Post scripsum:**

“ –Când voi fi mare, îmi doresc să mă fac...bunică”

(Eu-7 ani-2005)



**Cap.14.Momentul psihologic al  
comportamentului adictiv**



## **Cuvinte cheie:**

- **adicție- alcool – drog – sevraj – terapie – dependență – atitudine -**

### **14.1. Elementele caracteristice adicției**

Același Larousse-Dicționar de psihiatrie (1998) la care de-a lungul investigației noastre, am făcut atâtea trimiteri de specialitate, completează în mod fericit și cazul de față, subliniind faptul că **adicția** reprezintă relația de dependență alienantă, în special farmacodependență , vicii sau toxicomanie. Prezentând într-un stil „mai plastic”, **adicția**, să recurgem la aceeași sursă, care pornește de data aceasta în explicații, de la

termenul ce provine din latinescul *addictus* = „sclavaj pentru datorii-cel devenit sclav din cauza datoriilor” sau, „constrângere fizică”, desemnează metaforic toxicomania, într-o concepție psihologică, care ar face din dependența fizică echivalentul unei pedepse autoaplicate. Cheia dependenței ar fi de căutat în sursa acelui sentiment de datorie în trăirea subiectului. „...este vorba de a examina în urma căror carențe afective, subiectul dependent este determinat să plătească cu corpul său angajamentele menținute și contractate pe altundeva” (J.Bergeret).

Cu alte cuvinte, „viciul îmi biciuiește trupul și sufletul pentru că eu nu mai lupt, nu-mi mai găsesc drumul, nu pot să mă mai iubesc și respect pe mine însumi”. Și-atunci, trăiesc o asemenea stare de sclavie, voit indusă, ce-mi crează protecți, îmi ia din responsabilități, dându-mi și hrănindu-mă cu ...himere. În acest context, Popescu-Brumă S.(2005), se ajunge la dimensiunea înțelegerii adicțiilor, la a ști că ceea ce caută

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
înaintea de toate o persoană dependentă este, **găsirea plăcerii**; ceea ce primează nu este dorința de a-și face rău. Chiar dacă persoana dependentă **se poate simți sclava** obiectului ei sau a comportamentului adictiv, scopul său nu este în nici un caz acela de a-și face rău; dimpotrivă, ea gândește că această cale este cea a unui obiect bun, în sensul că el îi provoacă înaintea de toate o stare de bine și chiar, în cazuri extreme, poate fi perceput ca ceea ce-i dă sens vieții.

Implicațiile pe plan psihologic ale adicției rezidă din faptul că individul „se sustrage voit” de la mersul vieții ce adună stilul și calitățile acesteia, făcând loc „căderii necontrolate” a stimei și imaginii de sine, submințnd cu propria știință, calitatea de om.

Se dorește cu adevărat omul scavul plăcerii?

## **14.2. Alcoolismul, abordare atitudinală**

Să credem că nu era banchet la care romanii să nu aclame „In vino veritas”? nu putem crede acest lucru știind că, vinul are curgerea sa lină, dar a face ca alcoolul să-ți devină prieten și nu dușman, duce cu siguranță la dependență, chiar dacă unii mai spun cu destulă seninătate „că-și îneacă amarul într-un pahar cu vin”.

Cultura, tradiția și alte „ingrediente”, au făcut ca de-a lungul anilor, să asistăm la fenomenul specific doar oamenilor, de-a ajunge consumator de alcool, alcoolic, trecând spre alcoolism și dependență, evoluție nedorită de specia umană. Astfel, Fallding și Mills (1974) după Brumă-Popescu S.(2005) distinge patru modalități normale sau sociale de a consuma alcool:



- a) -mijloc de a cuceri ambianța într-o societate și de a facilita comunicarea, diminuând tensiunea ;
- b) –act ritual și simbolic;
- c) –scădere a tristeții și a depresiei;
- d) –reacție expresivă pentru a îndepărta furia îndreptată împotriva celorlalți sau împotriva propriei persoane;

Gruparea amintită nu justifică cupla celui care în timp devine alcoolic având întotdeauna reacția de a **nega** starea sa ce-l duce spre un eșec inevitabil.

Alcoolicul este cel care trăiește o așa zisă experiență de eliberare, dar devine agresiv , impulsiv, starea sa de „beatitudine” devenind permanentă, lăsând loc fanteziilor, iluziilor, dorind chiar a-și demonstra că are voință să înfrunte greutățile. Este doar o amăgire căci evadarea din realitate îi crează acea stare de bine la care el singur se raportează și definește. Se ajunge astfel în a diagnostica dependența de alcool, prin cele 19 trăsături – după Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.(2004) -având ca

sursă Laurence D.A. et al (1997)-Clinical pharmacology-  
New York, Churchill Livinestone, regăsite sub forma:

- 1 –consum ocazional de alcool pentru consolare;
- 2 –debutul consumului permanent de alcool pentru consolare,
- 3 –consumul clandestin de alcool;
- 4 –nașterea sentimentului de culpabilitate;
- 5 –incapacitatea de a discuta problemele;
- 6 –inculpat pentru conducere în stare de ebrietate;
- 7 –pierderea controlului;
- 8 –comportament megaloman și agresiv;
- 9 –incapacitate de îndeplinire a promisiunilor;
- 10 –izolare de familie și prieteni;
- 11 –apariția problemelor financiare și profesionale;
- 12 –resentimente exagerate;
- 13 –neglijarea meselor;
- 14 –degradarea morală;
- 15 –afectarea capacității de gândire;
- 16 –incapacitatea de acțiune;

17 –aspirații spirituale vagi;

18 –necunoașterea neputinței totale;

19 –continuarea consumului de alcool în cerc vicios;

Pe un asemenea fond al dependenței, comportamentul deviant cât și întreaga destructuralizare a personalității alcoolicului este deja evidentă. De aceea, este momentul în care, elementul **factori** , poate înclina balanța spre: obișnuință, necesitate, euforie, rezolvare, evadare, neimplicare și enumerarea reprezentând doar un început. Ca **factori** posibili ai alcoolismului, deoarece fradual se ajunge la acest fenomen, se disting:

- a) –**biologici** = care, țin de gradul de toleranță a individului la alcool;
- b) –**socio-culturali** = reprezintă rolul alcoolului în diferite contexte ale culturii și tradițiilor unor popoare;
- c) –**psihologici** = ce remarcă existența unor caractere predispuse spre alcoolism, cum ar fi acela persoane dependente și infantile, volubile, toleranță redusă,

frustrare, incapacitatea de-a rezolva o situație problemă, fără responsabilitate, labile psihic, homosexualitate latentă nesigure, instabile, care nu fac față stresului și lista ar putea continua.

Acestor factori etiologici, li se adaugă cei de risc care se referă la Lupu I., Zanc I., Săndulescu C.(2004):

- 1) –**sexul** –rata alcoolismului bărbaților față de femeii este 31%;
- 2) –**vârsta** –alcoolismul apare de obicei între 20-40 ani la bărbați, iar peste 65 de ani este mai mult o raritate;
- 3) –**istoricul familial** –riscul copiilor alcoolicii de a deveni ei înșiși alcoolici este de aproximativ 4 ori mai mare cît al copiilor non-alcoolici;
- 4) –**factorul geografic** –important mai ales în trecut cînd se delimitau zone geografice pentru consumul unui anumit tip de alcool: distilatele pentru Anglia, S.U.a. Rusia, vinul

---

Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
pentru Franța, Italia, Spania, Portugalia,  
bera pentru Germania, austria, Danemarca,  
Olanda.

Inepuizibilă pare a fi strategia de abordare a alcoolicii și-al fenomenului, deoarece atitudinea față de adictiv este variată. Astfel, Schuckit (1973) după Popescu Brumă S.(2005) remarcă faptul că există o puternică corelație pozitivă între alcoolism și comportamentul antisocial, indicând trei posibilități: mulți dintre alcoolici devin sociopați și pentru mulți dintre sociopați, alcoolismul reprezintă o parte din conduita lor antisocială, la acestea se adaugă condițiile de mediu nefavorabile care pot accentua alcoolismul.

Se poate lupta împotriva? Își reunesc forțele medicii și psihologii? Cert este faptul că intervenția terapeutică încearcă a atenua din **negarea permanentă a alcoolismului**, chiar dacă s-ar porni de la știutele remarci:

- a) –**Alcoolismul** este o boală unică, diagnosticabilă, nu are importanță în ce moment al evoluției este surprinsă. Unii au această suferință, alții nu.
- b) –**Alcoolismul** este caracterizat printr-o predictibilă evoluție a simptomelor. Dacă un subiect suferă de alcoolism, nu are importanță în ce fază de progres se află. Continuarea consumului de alcool conduce la progresarea cauzelor.
- c) –**Alcoolismul** este caracterizat prin pierderea controlului. Alcoolicul nu este în stare să consume moderat și apoi să se oprească. „Cine a băut va mai bea”.
- d) –**Alcoolismul** este ireversibil. Dacă o persoană are această suferință, greu se va mai putea vindeca. Regresia și pierderea controlului revin îndată ce consumul este reluat.
- e) –**Abstinența** totală este unica soluție pentru un alcoolic.

Pornind de aici, terapia va face “uz” de jocul de rol, întărirea directă, umorul și încercările libere în anumite perioade, ținând cont astfel de tipologia personalității alcoolicii, fapt subliniat și de modul în care acesta are “aversiune” la tot ce-ar putea veni în ajutorul său. De aceea, astăzi se vorbește tot mai mult de modelul de intervenție motivațională având ca principiu de bază “balanța”, Popescu-Brumă S.(2005), fiecare persoană luată în tratament reacționând astfel: “Într-un taler se află dorința de a întreprinde ceva în legătură cu problema sa, în celălalt taler se află evitarea!”. Enumerăm pe scurt, în aceeași contextualitate cele patru chei principale ale motivației și anume:

1)-**descurajarea etichetării** = se încearcă a afla ce fel de probleme a avut persoana în relația sa cu alcoolul, ce nevoi i-au fost rezolvate cu acesta, importanța etichetării fiind descurajată (reversul de până acum de a recunoaște public “nu sunt alcoolici”);

2)-**responsabilitatea individuală** = pasează pacientului răspunderea, determinându-l să decidă el însuși câte probleme are și cum au fost rezolvate nevoile sale;

3)-**atribuirea interioară** = este un proces prin care responsabilitatea este privită ca o condiție a schimbării, insistând pe ideea menținerii acesteia din partea persoanei în cauză;

4)-**disonanța cognitivă** = se constituie într-o atitudine a persoanei față de propria conduită în consumul de alcool, reducerea consumului sau/și chiar abținerea, ar reprezenta cu adevărat reușita modelului de intervenție motivațională;

Prezentarea unor noi modele conceptuale privind starea alcoolicului cât și al alcoolismului, certifică faptul că problema încă existentă și că eradicarea ei necesită efort, încredere, dar mai ales munca de prevenție prin educație a actului în sine, reechilibrând în acest fel



\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
“balanța” lui “am voie”-“ n-am voie”/”e bine”-“e rău”/”sunt sănătos”-“sunt bolnav”.

### **14.3. Drogul-drumul dintre curiozitate și dependență**

Uimește de la bun început, remarca naivă dar plină de teribilism pe post de personalitate a adolescentului la prima “priză”-“Am luat din curiozitate. Am vrut să știu cum e”. Și visul alb, curiozitatea albă, continuă de cele mai multe ori până la moartea albă. Aceasta este “lait.motivul” filmului format din clișee cu ace, doza, înlocuitor, bani, viață distrusă, ce pune egal între **sfârșit și drog**.

Pornind pe drumul sinuos dintre curiozitate și dependență, putem nota faptul că în accepția clasică **drogul** este substanța care, fiind absorbită de un organism viu, îi modifică una sau mai multe funcții; în

sens farmacologic, drogul este o substanță utilizată sau nu în medicină, a cărei folosire abuzivă poate crea dependență fizică și psihică sau tulburări grave ale percepției și comportamentului. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește abuzul de droguri ca, fiind orice utilizare excesivă, continuă sau sporadică, incompatibilă sau în relație cu practica medicală, a unui drog.

Consumul de droguri poate fi:

- excepțional**, în scopul de a încerca o dată sau de mai multe ori un drog, fără a continua însă;
- ocazional**, sub formă intermitentă, fără a ajunge la dependență;
- sistematic**, caracterizându-se prin dependență.

Același OMS definește **dependența** ca fiind starea fizică sau psihică ce rezultă din interacțiunea unui organism cu o substanță, caracterizată prin modificări comportamentale și alte reacții, însoțite întotdeauna de nevoia de a consuma substanța în mod continuu sau

\_\_\_\_\_ Noi perspective în psihologia medicală \_\_\_\_\_  
periodic, pentru a-i resimți efectele psihice și a evita suferințele. Să nu uităm că toate drogurile adictive au două elemente în comun și anume: produc inițial un efect de plăcere, urmat de un recul și de efecte neplăcute. Acest lucru se întâmplă ca efect al depresiei, al producției normale de substanțe chimice în creier, care, în mod normal, produc efectul de “plăcere”. După suprimare, creierul intră într-o stare de depresie. El are nevoie din punct de vedere fizic, de mai mult drog pentru a ajunge la “normalitate” funcțională și pentru ca individul “să se simtă bine din nou”.

Acest consumator-adolescent apare în momentul în care se raportează la următoarele condiții și anume:

- problematica generală a adolescenței;
- modul contemporan de transmitere a modelelor sociale și familiale ;
- dimensiunile contra-transferențiale ale răspunsurilor reprezentative și emoționale ale

conduitelor adictive pubertare și postpubertare declanșate la adulți.

Devine astfel, drogul, consumul lui, problemă socială, fapt ce determină un comportament special al comunității în fața reacției nocive “a prafului alb” asupra membrilor săi. Ce determină apariția lui? Eșecul, dezrădăcinarea, intoleranța, lipsa comunicării și relaționării, neimplicarea familiei în actul educațional, criza de identitate, carențele afective, comportamente delictuale, fapt care duce la apariția unor **mecanisme explicative** legate de itemii anteriori ce-au declanșat

„Neacșu I., Mareș R., Nica M. (2002)

-**curiozitatea** –îndeosebi pentru experiențe noi, inedite;

-**contagiunea** –ca element rezidual, un arhaism cerebral și comportamental;

-**destructurarea psihică** –datorată acțiunii unei matrice funcționale negative asupra unui psihic

vulnerabil (amenințări, coșmaruri, șocuri, sentimente de distrugere fizică, mentală, traume);

-**imaginar bolnav** –conectat binelui fizic, determinat de preocuparea pentru distracție, pentru libertate necondiționată;

-**catharsis sexual** –efect al stărilor emoționale pulsative;

-**imitația** –sub diferitele ei forme, impregnația, ca stocaj în memoria de lungă durată, a unor modele negative de conduită percepute prin canalele mass-media;

-**dezinhibiția** –ca set de imagini care îl inspiră pe subiect, îi sparge sau îi reduce din controlul realizat prin inhibiția pozitivă, mărindu-i curajul, riscul în abordarea problemei drogului;

-**desensibilizarea** –ca efect al repetării unor imagini, al unui model negativ mai puternic;

-**substituția** –ca proces de înlocuire a unei personalități prea puternice cu una mai slabă și mai accesibilă;

- compensarea** –ca mecanism de răspuns la un comportament deviant interzis cu un alt comportament deviant mai greu de controlat (apare aici efectul de stimulare a aversității reciproce);
- disimularitatea** –ca mecanism prin care subiecții cu un statut profesional redus, aflați într-o situație de inferioritate, caută și găsesc răspuns adoptând un alt statut;
- dezindividuația** –ca efect al neputinței, al respingerii sau neacceptării stării de anonim, al difuziei responsabilității, al unui mediu neutral, nonstimulativ;
- inadaptare severă** –la regimul școlar supraîncărcat informațional, la stresul de suprasolicitare;
- imaturitate psiho-afectivă și socio-afectivă**, asociată cu un QI emoțional foarte scăzut;
- măsuri punitive exagerate**, cu efect declanșator de marginalizare;
- stimuli infraliminali** –conținuși de imagini atent manipulate și focalizate pe anumite nevoi aflate în

stare de așteptare;

**-structura de personalitate de tip A** –competitivă, aflată sub presiunea timpului, nemulțumită, conflictuală cu sinele sau cu alții;

**-simptomul comportamentului resocializat** – delincent, suprainhibat și nevrotic, hiperactiv;

Așa cum aminteam și în subcapitolul anterior, adictivii crează dependență. În cazul de față, drogul crează (Lupu I., Zamc I., Săndulescu C.(2004):

a) **dependența fizică** = reprezintă consecința interacțiunii prelingite între organism și o substanță exogenă și care determină nevoia fizică de a consuma substanța.

Înteruperea consumului (sevrăjul) provoacă tulburări somatice și psihice care constituie sindromul de abstenență. Acest sindrom dispare la administrarea substanței, dependența fiind marcată când drogul este consumat.

b) **dependența psihică** = este o stare psihică caracterizată prin dorința irepresibilă de a retrăi senzațiile datorate ingestiei unui produs. Reducerea produsului toxic poate provoca manifestări psihice (în special angoasă, iritabilitate) dar nu sindrom de abinență;

Pe aceeași “linie”, **toleranța** este momentul prin care organismul se obișnuiește cu o substanță și necesită mărirea dozei pentru a obține același efect, fapt care crează situația în care “cererea” devine mai mare decât “oferta”, putând declanșa atitudini și comportamente deviate. În acest context, influența comunității se recunoaște într-o serie de **factori** legați de:

- apartenența la un grup favorabil utilizării drogului;
- căutarea unei plăceri prin transgresarea interdicțiilor și gustului riscului;
- căutarea unei spiritualități în izolarea de lume;
- un mod de a protesta;



- precaritate, izolare socială, neintegrare, trăirea exclusiv în prezent;

Persoana consumatoare de drog ajunge a se complăce într-o situație în care se rezolvă practic toate problemele, este lipsită de griji, ajungând a-și crea în timp o nouă personalitate. Cum se ajunge aici? De fapt, la baza unei asemenea dizarmonii, se află acei **factori** care premerg noua atitudine aditivă și anume

- intoleranța la frustrare;
- nevoia imperioasă de satisfacție;
- agresivitatea patologică;
- inadaptarea ce poate merge până la comportament deviant;
- relații părinți-copil perturbate;
- tulburări psihopatologice de gravitate variabilă, creize de adolescență, psihopatie, schizofrenie;

De aici și până la a recunoaște unele “identități” ale consumatorului de drog, drumul este foarte scurt,

datorită faptului că “amprenta” devine pe zi ce trece o certitudine. Astfel, vorbim de câteva manifestări comportamentale cu valoare orientativă în percepția unui subiect consumator de droguri, în accepția –Lupu I., Zancu I., Săndulescu C.(2004) astfel:

- sensibilitatea** = foarte crescute (hiper și/sau hiposensibilitate) la nivelul unor valori senzoriale de bază;
- percepția** = neconcordanță la nivelul intrapersonal și inter-personal, iluzivă și spațio-temporal, cu semnificații proprii;
- gândirea** = redusă la nivel, critic, dominată de raționamentul întrerupt, fără o dialectică a nuanțelor, slab decizională și performanțială în soluționarea problemelor, cu transfer disocial;
- memoria** = puternic afectogenă, senzorial dereglată, discontinuă semantic, redusă ca volum și pe termen lung;

-**imaginația** = haotică, difuză, nerealistă, necorelată reprezentărilor, noncreativă;

-**limbajul** = bolovănos, nerelevant, sincopa în coerență, repetitiv și situativ;

-**emoționalitatea/afectivitatea** = ambivalență, sărăcită, cu fixație pe zonele vulnerabile ale propriei persoane, tensionată;

-**voința** = slabă, grevată de temporizare, de indecizie;

-**personalitatea** = casantă, abrazivă, deficitară, tranzacțională;

-**energetică/motivațională** = slabă, negativă, pe termen apropiat;

-**relaționare** = restrânsă, centrată pe sine și apropiatii anturajului;

-**dezordini adiționale** = în sfera insomniei repetate; a a biofeedback-ului dominația învățării negative, retardul semnificațiilor ființei, fuga de prieteni, respingerea schimbării, precum și a relațiilor cu cei apropiați.

Este interesantă “evoluția” distructivă a consumatorului de drog și de aceea am intenționat a deschide drumul spre cunoașterea fenomenului și nu a trata întregul compartiment comportamental adictiv. Ce este cel mai dureros e faptul că în anii de început ai mileniului trei, România nu mai este țara **de tranzit** a drogului, ci a devenit **de consum** cea ce ridică o multitudine de situații problemă, atât la nivel de individ cât și de comunitate. **Prevenirea** întinderii și aprofundării flagelului, devine o muncă grea, istovitoare, de lungă durată și chiar, în unele cazuri, cea a lui Sisif-fără început și fără sfârșit.

Implicarea tuturor factorilor direct răspunzători, începând de la familie-școală-și ajungând la comunitate, pe cele trei paliere ale prevenției:

- 1) –primară = când încă nu apare direct contactul cu drogul;
- 2) –secundară = când se ameliorează și se reduc consecințele consumării de drog;

3) –terțiară = când toxicolamii sunt “confirmați” și deja se pune problema reabilității și reinsertiei lor sociale;

Dacă aminteam anterior pragurile prevenției consumului de droguri, e necesar a găsi **strategii** care să vină printr-un act corectiv în întâmpinarea și/sau stoparea consumului de droguri. Astfel, strategiile pot fi:

-educaționale = populația este informată și educată cu privire la pericolele folosirii drogurilor;

-automat-protective = controlul variabilelor de mediu;

-coercitive = folosirea legii sau a altor forme de control;

completate pe compartimente vitale cum sunt: stilul de viață, modul personal de viață cât și asigurarea de servicii care privesc direct evoluția și valoarea umană.

S-a spus totul despre moartea albă? Consider că nu, iar demersul întreprins de noi îl apreciem doar ca un preambul . restul stă în puterea celor ce doresc a se

\_\_ MARIA DORINA PAȘCA \_\_\_\_\_

implica, s-o facă și să persevereze în a-și îndeplini misiunea, aceea de a nu distruge ființa umană.

### **Post scriptum:**

“Dacă pe un individ îl tratezi așa cum este el, acesta va rămâne așa cum este; dacă va fi tratat așa cum ai dori să fie sau ar putea fi, el va deveni cel dorit sau cel care ar putea fi”.

(Goethe)

## **Cap.15 “Foaia de ...jurnal” a medicului practician**





## **Cuvinte cheie:**

**- foaie de observație – pacient – medic – jurnal –  
competență – responsabilitate - respect -**

### **15.1 “Foaia de observație“ a pacientului vs. “foaia de ...jurnal” a medicului**

Dacă **foaia de observație** reprezintă un instrument de lucru care codifică zilnic evoluția din punct de vedere medical, a **pacientului**, **foaia de jurnal** se constituie în cazul de față, într-o metodă de cunoaștere, evaluare și autoevaluare a **medicului**, din perspective psihologice.

Dictonul latinesc “Per aspera ad astra” (Prin dificultăți la stele) să fie îndemnul, neuitând faptul că, **harul** alinării și vindecării celui suferind, Dumnezeu nu-l dăruiește orișicui.

## **Foaie de jurnal**

**ora:**

**ziua:**

**luna:**

**anul:**











\_\_ MARIA DORINA PAŞCA \_\_\_\_\_





— MARIA DORINA PAŞCA —

---

## **BIBLIOGRAFIE**

1. Adler, A.(1995)-Sensul vieții-I.R.I.-București;
2. Albu,A.;Albu,C.(2000)-Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic-Editura Polirom-Iași;
3. Alexandrescu,L.C.(1993)-Clasificarea stresului psihic-revista Română de Psihiatrie, Pedopsihiatrie și Psihologie Medicală-serie nouă 2-3/1993-asociația Medicală Română-București;
4. Allport,G.W.(1981)-Structura și dezvoltarea personalității-Editura Didactică și Pedagogică-București;

5. Athanasiu, A.(1983)-Elemente de psihologie medicală-Editura Medicală-București;
6. Athanasiu,A.(1998)-Tratat de psihologie medicală-Editura Oscar Print-București;
7. Athanasiu, A.(2003)-Muzică și medicină-Homo musicalis-Editura Minerva-București;
8. Balint,M(1966)-Le médecin son malade et la maladie-Payot,Paris;
9. Băban,A.(1998)-Stres și personalitate-Editura Presa Universitară Clujană-Cluj-Napoca;
- 10.Bălăceanu Stolnici,C;Voinea,C.F.(2000)-Neuropsihologia post-modernistă. De la mecanica cuantică la dinamica haosului-Editura Enciclopedică-București;
- 11.Bernie,S,Siegel (2004)-Iubire, medicină și miracole-Editura Humanitas-București;
- 12.Breban,V.(1987)-Dicționarul general al limbii române-Editura Științifică și Enciclopedică-București;

13. Cain, A. (2003) - Psihodrama Balint - Editura Trei-București;
14. Cohen Cole, S.A. (1991) - Difficult Interviews - Personality disorders, psychosis, delirium and dementia in: The Medical Interviews: the Tree Function Approach, Mosby Year Book;
15. Constantin Stoica, A. (2000) - Programul de formare și consultanță pentru funcționarii publici;
16. Cornuțiu, G. (1998) - bazele psihologice ale practicii medicale - Editura Imprimeriei de Vest-Oradea;
17. Cucu, I. (1980) - Psihologie medicală - Editura Litera-București;
18. Derevencu, P.; Anghel, I; Băban, A. (1992) - Stresul în sănătate și boală - Editura dacia-Cluj-Napoca;
19. Donovan, D.M. (1991) - Traumatology - A field whose time has come. Journal of Traumatic Stress;
20. Egener, B. (1997) - Empathy in: Feldman M.D. - Christensen J.F. Behavioural Medicine in Primary

- Care-A Practical Guide, Lange Medical Book/Mc Graw-hill-8-17;
- 21.Enătescu,V.(1981)-Dialogul medic-bolnav-Editura Dacia-Cluj-Napoca;
- 22.Enăchescu,C.(2000)-Tratat de psihopatologie-Editura Tehnică-București;
- 23.Enăchescu,C.(1973)-Elemente de psihologie proiectivă-Editura Științifică-București;
- 24.Ey,H.(1963)-La Conscience-PUF-Paris;
- 25.Fervers,C.(1940)-Schmerzbetaubung und Seelische Schonny Enke-Stuttgart;
- 26.Gotfried,F.; Riedesser,P.(2001)-Tratat de psihotraumatologie-Editura Trei-București;
- 27.Ghid de asistență psiho-socială a persoanelor seropozitive-Asociația Română Anti-SIDA-Piatra Neamț-2000;
- 28.Hayes,N.;Orrell, S.(1997)-Introducere în psihologie-Editura All-București;

29. Holdevici, I.(1996)-Elemente de psihoterapie-Editura All-București;
30. Holdevici, I.(2002)-Psihoterapii scurte-Editura Ceres-București;
31. Iamandescu, I.B.(1997)-Psihologie medicală-Editura Info Medica-București;
32. Iamandescu, I.B.; Plossa-Luban B.(2002)-Dimensiunea psihosocială a practicii medicale-Editura Info Medica-București;
33. Ionescu, G.(1973)-Introducere în psihologie medicală-Editura Științifică-București;
34. Ionescu, G.;Bejan,M.;Pavelcu,V.(1985)-Psihologie clinică-Editura Academiei R.S.R-București;
35. Jakobson, R.(1964)-Lingvistică și poetică în Probleme de stilistică-Editura Științifică-București;
36. Jung, C.G.(1997)-Tipuri psihologice-Editura Humanitas-București;
37. Kalish, R.(1966)-Social Distance and the Dying;

- 38.Kubler-Ross, E.(1969)-On Death an Dying-New York, Macmillan;
- 39.Larousse (1998)-Dicționar de psihiatrie și de psihopatologie clinică-Editura Univers Enciclopedic-București;
- 40.Larousse (1996)-Dicționar de psihologie-Editura Univers Enciclopedic-București;
- 41.Larousse (1998)-Dicționar de filosofie-Editura Univers Enciclopedic-București;
- 42.Lasarus, R.S.(1966)-Psychological stress and coping process-New York-Mc Graw-Hill;
- 43.Lăzărescu,M.(1994)-Psihopatologie clinică-Editura Helicon-Timișoara;
- 44.L'echevin,P.(1981)-Musique et medicine-Stok-Paris;
- 45.Légeron,P.(2003)-Cum să te aperi de stres-Editura Trei-București;
- 46.Lupșa, E.; Bratu,V.(2005)-Psihologie-Editura Corvin-Deva;



47. Lupu, I.; Zanc, I.; Săndulescu, C. (2004) - Sociologia sănătății - Editura Tiparg - Pitești;
48. Marcu, Fl.; Maneca, C. (1978) - Dicționar de neologisme - Editura Academiei - București;
49. Mitrofan, I. (2003) - Cursa cu obstacole a dezvoltării umane - Editura Polirom - Iași;
50. Mitrofan, I.; Buzducea, D. (2002) - Psihologia pierderii și terapia durerii - Editura Sper - București;
51. Mertens, C. (1977) - Psychologie medicale Edition A de Voeck, Bruxelles;
52. Neacșa, I.; Mareș, R.; Nica, M. (2002) - Prevenirea și reducerea consumului de droguri în școală - Editura Semn E - București;
53. Neamțu, C.; Gheorgut, A. (2000) - Psihopedagogie specială - Editura Polirom - Iași;
54. Neveanu-Popescu, P.; Zlate, M.; Crețu, T. (1991) - Psihologie - Editura Didactică și Pedagogică - București;

55. Nuță, A. (2003) - Psihoterapeutul de buzunar - Editura Sper - București;
56. O'shea, I. (1990) - Music and Medicine. Medical profiles of great composers. Dend and Sons. Ltd. London;
57. Pașca, M.D. (2000) - Acordarea asistenței psihopedagogice copilului infectat HIV - Editura Ardealul - Tg.-Mureș;
58. Pașca, M.D. (2002) - "Ia-mă de mână" - ghid practic terapeutic pentru copilul infectat HIV - Editura Ardealul - Tg.-Mureș;
59. Pașca, M.D. (2004) - Povestea terapeutică. - Editura Ardealul - Tg.-Mureș;
60. Pașca, M.D. (2005) - Infractorul minor și reintegrarea sa în comunitate - Editura Ardealul - Tg.-Mureș;
61. Păunescu, C.; Mușu, I. (1990) - Recuperarea medico-pedagogică a copilului handicapat mintal - Editura Medicală - București;

62. Păunescu-Podeanu, A.(1969)-Bolnavi dificili-Editura Medicală-București;
63. Pârnu, V.(1967)-Studii de psihologia artei-Editura Didactică și Pedagogică-București;
64. Piaget, I.(1971)-Biologie și cunoaștere-Editura Dacia-Cluj-Napoca;
65. Pietreanu, M.(1984)-Salutul în limba română-Editura Științifică și Enciclopedică-București;
66. Pirozynski, T.; Scripcaru, Ghe.; Boerlescu, E.M.(1996)-Psihopatologie relațională-Editura Junimea-Iași;
67. Popescu-Brumă, S.(2000)-Curs de psihologie clinică-Editura "Dimitrie Cantemir"-Tg.-Mureș;
68. Popescu-Brumă, S.(2005)-Psihologia sănătății-Editura Paralela 45-Pitești;
69. Preda, V.(2003)-Terapii prin mediere artistică-Presa Universitară Clujeană-Cluj-Napoca;
70. Rachels, J.(1986)-The End of Life: Euthanasia and Morality, Oxford-England;

71. Rădulescu, S.M.(2002)-Sociologia sănătății și a bolii-Editura Nemira-București;
72. Roșca, Al.(1976)-Psihologia generală-Editura Didactică și Pedagogică-București;
73. Rășcanu, R.(1996)-Psihologie medicală și asistență socială-Editura Societatea Științifică și Tehnică-București;
74. Rășcanu, R.; Zivani, M.(2002)-Psihologie și psihopatologie în dependența de drog-Editura Ars Docendi-București;
75. Rudică, T.; Costea, D.(2004)-Psihologia omului în proverbe-Editura Polirom-Iași;
76. Săhleanu, V.(1975)-Psihologia profesiei medicale-Editura Științifică-București;
77. Schneider, P.B.(1963)-L'angoisse devient l'état de maladie in val. Reaction psychologiques à la maladie-Editure Expansion scientifique française Paris-p.41;
78. Seligman-Martin, E.P.(2004)-Optimismul se învață-Editura Humanitas-București;

- 79.Sen, A.(1978)-Educație și terapie-Editura Didactică și Pedagogică-București;
- 80.Sen, A.(1975)-Laboratorul de psihologie clinică-Editura Științifică și Enciclopedică-București;
- 81.Skolka, E.(2004)-Aspecte ale asistenței bolnavului aflat în stadiul terminal-Editura Casa Cărții de Știință-Cluj-Napoca;
- 82.Stanton, N. (1995)-Comunicarea-Editura Societatea Știință și Tehnică-București:
- 83.Schiopu, U.;Verza, E.(1981)-Psihologia vârstelor-Editura Didactică și Pedagogică-București;
- 84.Torre, V.L.; Freilone, F.(2000)-Elementi di psicopatologia clinica e psicodiagnostica, UTEL-Libreria;
- 85.Torrie, G.(1954)-L'acte medical et le caractere du malade-P.U.F.-Paris;
- 86.Tudose, Fl.; Badea, M.(2000)-Comunicarea, prevenție și terapie în patologia colului uterin-Editura Informatica-București;

87. Tudose, Fl.(2000)-O abordare modernă a psihologiei medicale-Editura Infomedica-București;
88. Tudose, Fl.; Tudose, C.; Dobranici, L.(2002)- Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi-Editura Infomedica-București;
89. Tudose, Fl.(2003)-Orizonturile psihologiei medicale-Editura Medicală-București;
90. Vaida, A.(2005)-Impactul psihologic al bolii canceroase și modalități de abordare psihoterapeutică-Editura Napoca Star-Cluj-Napoca;
91. Vaschide, N.(1909)-Essai sur la psychologie de la main-Editure Riviere-Paris;
92. Weber, M.(1993)-Etica protestantă și spiritul capitalismului-Editura Humanitas-București;
93. Worden, J.W.(1992)-Grief Counseling and Grief Therapy-Londor, Tavistock Routledge.