

COLEGIUL UNIVERSITAR SPIRU-HARET CRAIOVA

SCOALA POSTLICEALA SANITARA SPIRU-HARET CRAIOVA

Domeniul de pregatire de baza : Sanatate si asistenta pedagogica

PSIHOLOGIE MEDICALA

-Curs –

1. Determinarea factorilor psihici in dinamica sanatatii/bolii.

Terminologie

Sanatatea este privita de catre patolog ca o stare de integritate, de catre clinician , ca o lipsa de simptome, de catre bolnav ca o stare de bine. Sanatatea – a scris P.VALERY – este starea in care functiile necesare se indeplinesc ` insensibil sau cu placere`. Intrarea si iesirea din starea de boala poate fi privita, din aceste trei puncte de vedere, sub forma a trei serii stadiale:

- predispozitie
- lipsa de simptome
- indispozitie

Capacitatea de a ne imbolnavi este *patibilitatea*. Cauzele bolii insemna *etiologia*. *Patogeneza* se refera la difuziunea intra-organismica a procesului perturbat sau perturbant(ea reprezinta o suma de procese cauzale, dintre care unele au functii regulative). *Patoplastia* se refera la particularitatile individuale de manifestare a bolii. *Sanogeneza* este un termen care vizeaza intarirea sanatatii. *Profilaxia* vizeaza evitarea imbolnavirii sau a desfasurarii grave a bolii sau a complicatiilor unei stari morbide.

Cand spunem ca factorii psihici ai pacientului intervin in dinamica sanatatii si a bolii, ne gandim la interventia in sanogeneza, patogeneza, patoplastie, si ne gandim de asemenea, la mai mult decat la luarea unor masuri de igiena, profilactice sau la greseli de comportament generatoare de imbolnaviri sau de agravari ale starilor existente. Factor va fi , de exemplu , o emotie unica puternica- in particular emotia negative(trauma psihica)- dar si conflictul de durata, constient sau complexul inconstient, precum si atitudinea bolnavului fata de boala. Pentru a intelege rolul si interventia emotiei in dinamica sanatatii si a bolii si pentru a folosi viata afectiva in cadrul activitatii profilactice si terapeutice, este important a intelege semnificatia biologica si semnificatia pentru individ a emotiilor, precum si mecanismele fiziologice ale emotiilor.

In psihologia medicala sunt important a fi retinute 3 aspecte:

- Diferentierea intre aspectele somatice si emotiile de insotire
- Intelegerea adaptabilitatii emotiei

- Dedublarea psihologica

In ceea ce priveste diferentierea emotiilor, clarificarea consta in intelegerea fatului ca primele reactii la impresiile somatic sunt sentimentele specific de placere si de durere. Cand spunem placut/neplacut, ne referim la reactii afective, la impresii sensitive de orice natura; suferinta inseamna sesizarea durerii, a izvorului ei si a primejdiei implicate.

Emotia este un semnal simplu de perturbare a echilibrului; mecanismele puse in joc pot sa tinteasca restabilirea homeostaziei sau alte solutii adaptative nehomeostatice (cum ar fi fuga – exista o deosebire intre emotia de frica, care ne indeamna la fuga de pericol si tensiunea anxioasa, in care agitatie este semnul tatonarii dupa o solutie in prezenta primejdiei). Intensitatea emotiei este un factor de care depinde eficienta sa biologica. Emotia puternica este o emotie-soc, care deregleaza comportamentul, in face incoordonat sau il inhiba. Daca modificarile somatice, concomitente emotiilor moderate au un rol adaptativ pe plan fiziologic (pregatind un comportament adecvat), rolul emotiilor negative este dincolo de adaptarea fata de factorii mediului fizic sau biologic. Dinamizarea activitatii mentale este, aici, mai importanta decat dinamizarea activitatii fizice si decat pregatirea somatica pentru agresiune si lupta. Afectivitatea la om nu mai are decat o functie biologica, ci si una psihologica si chiar una spirituala.

Capacitatea de dedublare psihologica si spirituala a omului da ocazie la o dubla orientare a vectorului afectiv: spre altii, adica spre lumea dinafara si spre sine. Tendintele de agresiune pot fi heteroagresive sau autoagresive. In acelasi timp si sursa afectului poate fi exterioara sau interioara. Exista anxietati care sunt generate de situatii obiective si altele care sunt generate de refulari.

Ce inseamna *instinct* si instinctiv? In psihologia medicala, cuvantul pusiune este avantajos si potrivit de utilizat in fata cuvantului instinct. Prin *pusiune* se intelege, o forta dinamizatoare, eficace, o *pornire* care produce o serie de acte comportamentale in raport cu o situatie exterioara sau cu un obiect exterior. Radacinile pusiunilor sunt dispozitii psihosomatice innascute care fac din anumiti factori ai mediului, elemente de mare interes si de puternica valoare de influentare. Semnificatia acestor excitanti externi depinde de starea interioara a organismului. Pusiunile determina acte de comportament indreptate spre satisfacerea unor nevoi specifice. Omul cauta mijloace si cai adecvate de satisfacerea acestor nevoi, dar este capabil sa decida si asupra oportunitatii lor, avand capacitatea de ale accepta sau de a li se opune. Prin *instinct* intelegem o categorie de pusiuni, puse nemijlocit sau mijlocit in sevizul nevoilor biologice, care se manifesta foarte asemanator la toti indivizii aceleiasi specii, care sunt adaptate structurii corporale ca si conditiilor particulare de existenta, care decurg de la sine, la momentul oportun, fara ca individual sa cunoasca finalitatea lor.

Inclinariile noastre instinctuale sufera o inhibitie si o dramatizare sub influenta colectivitatii, putand fi adaptate ca atare de individ, sublimite sau reprimate, legandu-se de valorile morale si consecintele morale ale transformarilor si deviatiiilor instinctuale.

Emotia inhibata care nu este insotita de descarcarea prin gesturi si gesticulari, produce un aflux de iritatii interne care creaza o stare de tensiune permanenta. De aceea, emotivii inhibati sunt mai predispusi la tulburari corticoviscerale. Cu cat o emotie se manifesta mai putin in afara, cu atat este in inerir mai perturbatoare, periclitand sanatatea. Sub influenta unor tulburari emotionale prelungite pot apare tulburari cronice ale organismului. Astfel de tulburari cronice ale organismului au fost pentru prima data observate la pacientii isterici. Freud a introdus conceptul de isterie **de conversie** in care simptomele fizice se dezvoltă ca raspuns la conflicte emotionale cronice. Mai exact, descoperirea lui Freud a fost ca , atunci cand o emotie nu poate fi exprimata si descarcata pe caile normale, prin activitatea voluntara, ea poate deveni sursa de tulburari psihice si fizice cronice.

Din punct de vedere fiziologic, simptomul conversiei isterice este similar oricarei inervatii voluntare, diferenta majora fiind ca in isterie, pulsionea psihologica motivationala este de natura inconsciente. De exemplu, daca mergem undeva sau daca ridicam mana la cineva, miscarea bratelor si a picioarelor este sub influenta motivatiilor constiente – de a vrea sa realizam acea actiune – ; in ceea ce priveste rasul, lacrimarea, grimasele sau gesticularea, inervatia nu are loc sub influenta scopurilor constiente, ci a stimulului produs de o tensiune emotionala care este descarcata intr-un pattern fiziologic complex. Simptomele conversiei isterice(paralizia isterica,contractia musculara, rasul, lacrimarea) sunt in mare masura individuale, inventate de pacient cu scopul externalizarii continutului psihologic refutat.

Odata cu recunoasterea faptului ca in tulburarile functionale factorii emotionali au o semnificatie cauzala , conflictele emotionale cronice ale pacientului trebuie sa fie rezolvate prin tratament psihologic. Din moment ce aceste conflicte emotionale iau nastere in cadrul relatiilor pacientului cu alte fiinte umane personalitatea acestuia a devenit obiectul terapiei.

Clinicienii au inceput sa banuiasca faptul ca tulburarile functionale de lunga durata pot duce treptat la boli organice grave asociate cu schimbari morfologice. Studiile psihologice si morfologice aprofundate ale cazurilor de ulcer gastric au adus dovezi relevante in favoarea ideii ca conflictele emotionale de lunga durata pot conduce initial la **nevroza stomacala care in timp poate produce ulcer**. Exista indicii ca aceste conflicte emotionale pot cauza fluctuatii continue ale **tensiunii arteriale care cu timpul suprasolicita sistemul vascular putand provoca in timp modificari vasculare organice** si determinand in final o forma ireversibila de hipertensiune. Aceste observatii au delimitat conceptul de tulburare organica psihogena.

In multe cazuri o cercetare amanuntita a istoricului pacientului poate dezvalui originile tulburarilor functionale timpurii inainte ca acestea sa produca modificari organice detectabile histologic.Acest aspect este clar evidentiat in cazurile de gusa tiroidiana toxica a carei aparitie poate fi adesea legata de o trauma emotionala .De asemenea , influenta dovedita a emotiilor asupra modului de **metabolizare a carbohidratilor face posibil ca factorii emotionali sa joace un rol determinant in producerea diabetului** .

Multe tulburari cronice nu sunt preponderent cauzate de factori externi, mecanici, chimici sau microorganisme, ci de stresul functional continuu ivit pe parcursul existentei cotidiene a individului in lupta sa pentru existenta.

Teama, agresivitatea, vinovatia, dorintele frustrate, daca sunt refulate genereaza stari de tensiune emotionala cronica permanenta care perturba functionarea organelor vegetative. Din cauza restrictiilor impuse de viata in societate, multe emotii nu pot fi exprimate si descarcate liber prin activitati voluntare, ci raman refulate si in final sunt deviate in canale neadecvate. In loc sa fie exprimate prin inervatii voluntare ele influenteaza functiile vegetative ca digestia, respiratia si circulatia; furia inhibata se pare ca are o relatie specifica cu sistemul cardio vascular, tendintele dependente de cautare a ajutorului par sa aiba o relatie specifica cu functiile nutritiei; la fel, un conflict intre dorintele sexuale si tendintele de dependenta pare sa aiba o influenta specifica asupra functiilor respiratorii .

Abordarea psihosomatica a problemelor vietii si bolii face sinteza dintre procesele fiziologice interne si relatiile individului cu mediul sau social. Un aspect important este faptul ca in cazuri diferite importanta relativa a factorilor somatici si emotionali variaza in mare masura . Urmatorii factori pot fi considerati de importanta etiologica in boala:

- constitutia ereditara
- accidente suferite in timpul nasterii
- boli organice ale copilarii, care cresc vulnerabilitatea anumitor organe
- tipul de ingrijire acordat in copilaria mica
- experiente intamplatoare ale unor traumatisme fizice in copilaria mica si medie
- experiente intamplatoare ale unor traumatisme emotionale in copilaria mica si medie
- climatul emotional al familiei si trasaturile de personalitate caracteristice parintilor si fratilor
- raniri fizice ulterioare
- experiente emotionale in cadrul relatiilor intime si profesionale

Problema specificitatii factorilor psihologici in tulburarile somatice

Teoria specificitatii postuleaza ca reactiile fiziologice la stimulii emotionali, atat normale cat si patologice, variaza in functie de natura starii emotionale care le precipita.

Reactiile vegetative la diferiti stimuli emotionali variaza si ele in functie de calitatea emotiilor implicate. Fiecare stare emotionala isi are propriul sindrom fiziologic:

Tensiunea arteriala ridicata si activitatea cardiaca accelerata sunt parte componenta a maniei si fricii.

Secretia gastrica sporita poate fi un raspuns regresiv la un pericol

Atacurile de astm sunt corelate cu un impuls inconstient reprimat de a striga dupa ajutorul mamei.

Specificitatea factorilor psihodinamici care actioneaza in tulburarile vegetative este complicata de faptul ca influentele psihologice semnificative, ca de exemplu anxietatea, pulsuniile agresive si erotice refulate, frustrarea, sentimentele de inferioritate si vinovatie, se regasesc in toate aceste tulburari. Ce este specific este prezenta configuratiei dinamice in care apar.

Specificitate mai exista si in modul in care o forta psihologica motivationala se poate manifesta: ostilitatea se poate manifesta ca atac fizic, prin murdarire, scuipat, insulte, fantasme

de distrugere sau alte moduri mai puțin directe...reacțiile fiziologice vor varia corespunzător; Continutul psihologic împreună cu configurația dinamică a acestor forțe motivationale determină ce funcții fiziologice vor fi activate sau inhibate.

Relația personal medical - pacient

Relația medic-pacient și asistent medical - pacient constituie unele dintre aspectele fundamentale cu care se ocupă psihologia medicală. Elementul etico-afectiv a conferit elementele de permanență ale practicii medicale și mai ales de "grandoare a medicinei" în fața oamenilor. Relația asistent medical-bolnav este o relație esențială deoarece, aici este vorba de o comunicare existențială care depășește simplul aspect terapeutic, fiind "tot ceea ce poate fi organizat și metodic pus în scenă".

Construirea acestor relații implică apartenența la psihologia comportamentului interpersonal. În acest cadru se deosebesc cel puțin șapte categorii:

- interacțiunea socială (cooperantă sau competitivă) produsă de tendințe care nu sunt de fapt de natură socială (cum ar fi nevoia de hrană sau bani)
- dependentă – ce cuprinde acceptanța, interacțiune, ajutor, protecție, calauzire
- afilierea – cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase
- dominantă – adică acceptarea de către alții a poziției de lider sau învățator, sau critic, sau sfătuitor
- sexualitate – cuprinzând proximitate fizică, contactul corporal
- autostima și ego-identitate – acceptarea autoimaginii de către alții sau a imaginii pe care alții o au despre sine.

Relația asistent medical-pacient trebuie privită în situații diferite și etape diferite. Joyce subliniază că în contextul factorilor de mediu care acționează asupra pacientului, medicul ocupă locul principal iar asistentul medical îi întărește această poziție. Succesul actului medical depinde în cel mai înalt grad de bună funcționare și organizare a locului în care se acordă asistența și de conștiința profesională. În contextul diferiților factori care acționează asupra bolnavilor asistentul medical ocupă un loc semnificativ, semnificația lui pentru bolnav determinând la acesta diferite grade de reacție psihică (de la speranță la reacția psihică).

Medicul actual, influențat de numeroase elemente, a trebuit să se transforme în decursul vremii din cauza a numeroși factori, dintre care cităm doar pe cei mai importanți:

1. Tehnicizarea medicinei care l-a îndepărtat de bolnav, devenind treptat mai ales un dispecer sau interpret de analize (un fel de medic robot).

2. Inflația de medicamente și de alte mijloace terapeutice care au descumpănit atât pe medici cât și pe pacienți, ambii capitulând în fața "mitului" pe care îl reprezintă drogul. În acest context, rolul asistentului medical, a căpătat valențe noi, către acesta bolnavul întorcându-se și căutând răspunsuri în cazurile cele mai dificile.

Contactul asistentului medical cu pacientul nu este numai un act terapeutic sau numai de morală ci el este ambele în același timp. Se constituie astfel pentru pacient un suport psihologic,

pacientul în starea sa de dependență și regresivitate, despre care am vorbit anterior, cautând în relația medic-pacient o figură protectoare pentru relația sa de dependență. Pe de altă parte asistentul medical trebuie să evite convingerea intuitiv-negativă a bolnavului despre starea sa, pentru a evita orice conflict cu acesta, iar prin comportamentul său trebuie să dea speranțe, liniște echilibrul înțelegând că, în fața actului medical este și el influențat de numeroși factori, cel mai important fiind însă factorii legați de propria personalitate, de modalitățile personale de a reacționa și de a se dăruia. Un rol deosebit de important în acest domeniu este ceea ce Delay și Pichot denumesc cu termenul de "comunitatea culturală" dintre asistentul medical și bolnav și, care determină în mare măsură atitudinea față de pacient și invers. Există pacienți hiperexigenți, revendicativi, anxioși, orice boală fiind o frustrare, o reducere a libertății și comodităților obișnuite. Aceiași atitudine a personalului medical nu poate corespunde oricărui tip de boală sau bolnav și personalul medical trebuie să fie capabil să-și schimbe la nevoie atitudinea.

În cadrul relației personal medical-pacient cei doi nu se află pe poziții similare. Astfel bolnavul este persoana cea mai dezavantajată, aflându-se sub influența suferinței fizice și psihice, suportă reacția psihologică determinată de situație (frica), resimte boala ca pe o situație de nesiguranță și insecuritate. În această situație asistentul medical este perceput ca o ființă tare, puternică, uneori cu puteri magice, plin de energie și cu multiple posibilități (desacralizarea apare de exemplu atunci când își tratează propria familie și când succesele lui terapeutice sunt foarte mici).

Asistentul medical ar trebuie să aibă următoarele calități:

- O putere de înțelegere față de bolnavi;
- Posibilitatea de a fi înțeles, respectat și chiar iubit, datorită comportamentului său;
- O experiență de viață suficientă și o maturizare deplină a personalității;
- Cunoștințe psihologice și ale comportamentului uman;

În stabilirea atitudinii pe care pacientul o are față de medic și actul medical, o mare importanță o are contextul primului contact cu medicul, felul în care se desfășoară prima consultație medicală. Cabinetul de consultație este locul în care pacientul își expune suferințele sale iar pentru personalul medical aceasta este cea mai importantă oportunitate pentru a stabili diagnosticul și tratamentul. Șovăiala, imposibilitatea exprimată deschis de a stabili diagnosticul are influență negativă asupra bolnavului. Atitudinea "realistă" a unor doctori de a spune că pacientul nu are nimic poate determina ostilitatea deschisă a pacientului, aceasta manifestându-se ulterior și față de asistentul medical.

Comunicarea cu pacientul este esențială în această relație și ea trebuie să fie sinceră. Neînțelegerile dintre personalul medical și pacient sunt accentuate adesea din cauza stării de anxietate în care se află pacientul în acel moment. Tot la proasta comunicare mai poate contribui ignoranța pacientului, circumstanțele în care cere ajutorul medicului. Dacă pacientul este prost informat, subliniază Mary Jo Kupst, el va fi nesatisfăcut, confuz, necooperant, context în care orice act medical devine un stres. La această comunicare poate contribui:

- Starea de anxietate a pacientului;

- Ignoranța pacientului;
- Circumstanțele în care bolnavul a ajuns la medic;

Bolnavul trebuie să știe și să înțeleagă semnificația mesajelor (rețete, schițe, cuvinte) pentru a le putea recifra în sistemul său personal de informații.

Boala fiind un sistem regresiv, care introduce o stare de alertă, schimbă reactivitatea individului, duce la o mare hipersensibilizare, cu importante rezonanțe afective. În acest context este foarte greu și pentru personalul medical a ști exact ce să spună și cum poate fi răstălmăcit mesajul său de către pacient, fiecare individ reacționând într-o modalitate specifică.

În cadrul comunicării cu bolnavul, **personalul medical poate adopta diferite atitudini:**

- atitudine de empatie și înțelegere;
- atitudine de imparțialitate obiectivă și științifică;
- poate proiecte asupra pacientului sentimentele și complexe sale și chiar să "pedepsească" pacientul;

- să recunoască că nu este la înălțime;

În ceea ce privește **reacția pacientului în comunicarea** cu personalul medical, se înscriu următoarele tipuri de reacție:

- bolnavii își afirmă în mod deschis anxietatea și așteaptă ca medicul să fie activ, agățându-se de el;

- bolnavii devin pasivi, executori scrupuloși;

- bolnavii vor prezenta o mască de indiferență și obiectivitate;

- bolnavii au față de personalul medical o atitudine exigentă mai mult sau mai puțin agresivă;

Vorbind tot de reacțiile pacienților în cadrul comunicării Sivadon individualizează următoarele tipuri de reacție:

- personalități care refuză regresivitatea de frica abandonării mijloacelor de apărare (refuză somnul, odihna etc);

- personalități care refuză boala datorită fricii, pierderii integrității persoanei (ignorarea unui simptom care poate indica un cancer);

- personalități care reacționează și caută să aplice prin acest mod simptomele (prin surmenaj de exemplu) sau deplasare (starea s-ar datora slăbiciunii inimii, de exemplu);

- personalități care vor exprima plângerile psihice (de fapt diferite forme de manifestare a anxietății) prin plângeri fizice și uneori proiecția acestor tulburări asupra altor persoane (de obicei psihiatrul);

- exprimarea marcată a bolnavului prin "beneficiu secundar", boala creind impresia de iredresponsabilitate și degajare totală față de responsabilitățile lui anterioare;

- compensarea din partea altor organe și utilizarea energiei latente, ceea ce după Sivadon ar duce la dezvoltarea unor aptitudini fizice și a unei vieți interioare care altfel ar rămâne latentă;

- evoluția spre cronicizare datorită măsurilor de control și neîncredere, atitudini culpabilizante impuse uneori mai ales de expertizele la care sunt supuși bolnavii.

Problema recuceririi autonomiei și a vindecării nevrozei de transfer este foarte importantă, așa cum am văzut vindecarea biologică trebuind a fi dublată de o vindecare

psihologică. Vindecare nevrozei de transfer, înseamnă, în fapt, recucerirea autonomiei. Dacă s-a produs vindecarea organică pacientul trebuie inserat în societate, moment în care transferul, atașamentul infantil față de medic devine un factor negativ. Această dependență trebuie să înceteze și pacientul să-și recapete statutul de persoană autonomă avută anterior. Acest lucru se aseamănă în parte cu recucerirea autonomiei de către adolescenți, care pentru a se individualiza trebuie să se separe, acest lucru mergând până la revoltă și opoziție. Și pacientul, cu cât se apropie de vindecare ia o poziție tot mai opoziționistă, de ostilitate și ingratitudine, nu mai are răbdare, își poate schimba atitudinea față de medic.

Stres si disfuncionalitati

Stresul general este definit (A. von Eiff) ca: „ 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 răsunet asupra întregului organism”. Lazarus și Folkman definesc stresul drept un „efort cognitiv și comportamental (cu exprimare afectivă pregnantă) de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările externe sau interne care depășesc resursele personale”.

Sindromul general de adaptare, al lui Selye, se desfășoară în trei stadii: alarmă, rezistență și epuizare. Acestea au sens adaptativ, de creștere generală (a tuturor sistemelor) și nespecifică (pentru stresori de orice tip) a rezistenței organismului. Cannon a descris un caz particular al reacției de alarmă, reacția de urgență. În cazul reacției de urgență, un stresor foarte puternic este urmat de o fază de șoc (alterarea brutală a homeostaziei), și nu de alarmă, după care urmează faza de contrașoc (restabilirea parțială sau totală a homeostaziei, prin mobilizarea extremă a resurselor organismului). După aceasta, se trece la stadiul al doilea, de rezistență la acțiunea stresorilor.

Stresul propriu-zis nu este Sindromul general de adaptare (GAS), ci ceea ce rămâne după GAS. Din punct de vedere psihologic, stresul este reziduul emoțiilor respective.

În ceea ce privește stresul psihic, acesta a fost demonstrat printre primii de către Cannon, în experimentele asupra animalelor, în cadrul cărora a evidențiat existența unui stres psihic experimental la animale. P. Fraisse definește stresul psihic ca „totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu-și găsesc soluția”. O definiție mai largă a acestuia este dată de M. Golu, după care stresul psihic este „o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimare a unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme”.

Termenul de stres psihic, în definiția lui obișnuită, reprezintă stresul psihic primar (rezultat al unei agresiuni recepționate în sfera psihicului (conflicte și suprasolicitări psihice induse de stimuli verbali, dar și realizate prin concentrarea atenției, cu evocarea sau persistența unor imagini, sentimente); în cazul său, agenții stresori psihici sunt posesori ai unei semnificații (ex: termenul „război”, capabil să declanșeze instantaneu reacția de stres). Există și „stres psihic secundar”, care este tot o reacție de stres psihic, dar care survine ca o reacție de însoțire sau chiar de conștientizare a unui stres fizic, biologic, căruia i se acordă o semnificație de amenințare sau

de altă natură. Pentru practica medicală, ne interesează stresul psihic secundar reprezentat de boală, în care sindroamele psihice sau somatice generează stres psihic secundar nou, cauzat de disconfortul psihic și somatic, dar și un stres psihic primar prin semnificația de pericol pentru viața sau integritatea individului sau pentru inserția lui socio-profesională.

Iamandescu consideră că stresul psihic reprezintă „*un sindrom constituit de exacerbarea, dincolo de nivelul unor simple ajustări homeostatice, a unor reacții psihice și a corelatelor lor somatice (afectând cvasitotalitatea compartimentelor organismului), în legătură cu excitația externă și internă exercitată de o configurație de factori declanșanți (agenți stresori) ce acționează intens, surprinzător, brusc și/sau persistent și având un caracter simbolic, „de amenințare”*”, alături un rol extrem de favorabil pentru subiect (percepuți sau anticipați ca atare de subiect). Alături, agenții stresori reprezintă excitanți psihici cu rezonanță afectivă majoră (pozitivă – eustres sau negativă – distres) sau surse de suprasolicitare a proceselor cognitive (atenție, gândire etc.) și voliționale, dar cu mențiunea că stresul psihic are la bază în primul rând o participare afectivă pregnantă”.

Stresul poate fi pozitiv (eustres) sau negativ (distres).

Eustresul („stresul pozitiv”) are efecte benefice asupra organismului uman, apărând în cazul în care agenții stresori au o semnificație favorabilă pentru individ. Aceștia declanșează afecte pozitive (bucurie intensă, extaz, triumf, râsul în hohote), iar aceste afecte se repercutează pozitiv asupra organelor și aparatelor organismului. Eustresul mai apare în cursul unor stări emoționale pozitive cuplate sau nu cu efort fizic moderat (ex. actul sexual sau jogging-ul). Eustressul este prin excelență acut. Repetarea frecventă a eustresurilor contribuie la creșterea imunității antiinfecțioase și antitumorale), devenind o premisă a longevității.

Distresul („stres psihic negativ”) este recunoscut unanim ca patologic. El produce, de obicei, suferință și dezadaptare, ca urmare a contactului cu un agent stresor.

După Shaffer (1982), **stresul se manifestă prin trei categorii de simptome: somatice, psihice și motorii.**

Simptomele somatice: bufeuri, transpirații, senzația de gură uscată, respirație superficială, senzație de presiune toracică, dureri toracice, palpitații, tahicardie, creșteri ale TA, cefalee, senzație de slăbiciune, perceperea bătăilor inimii, tulburări de tranzit, tulburări intestinale (crampe, peristaltism crescut), eructații, grețuri, vărsături, flatulență, micțiuni frecvente (chiar imperioase), oboseală, scăderea apetitului, senzații de frig sau de frison, insomnie, senzație de insuficiență a aerului, amețeli, parestezii.

Simptomele psihice: anxietate, fatigabilitate, depresie, iritabilitate, scăderea capacității de concentrare, distractibilitate, dismnezii, insomnie, coșmaruri, teamă de moarte sau de boală.

Simptomele motorii ale stresului: tensiune musculară, dureri lombare, tremor, spasme musculare (similare unor ticuri), reacții de tresărire exagerate, coordonare motorie diminuată, oftat frecvent, senzație de imobilizare, de paralizare.

Stresul psihic are mai multe caracteristici:

- este o interacțiune a subiectului cu situația stresantă, a cărei evaluare este condiționată și de „condițiile interne” ale subiectului;

- contextul social are un rol fundamental în generarea reacțiilor SP;
- există diferențe individuale mari în reacțiile la situațiile stresante;
- caracterul subiectiv al percepției de către individ a unor solicitări, evaluate de către acesta ca depășindu-i posibilitățile.

Principalele grupe de **agenți stresori** inductori de stress psihic, după S.B.Sells.

1. Incapacitate fizică și intelectuală, de moment sau de fond;
2. Situații în care miza este foarte mare, și în care calitatea vieții subiectului depinde de un răspuns favorabil;
3. Gradul de „angajare” a individului (în funcție de miză).

Alte situații care se constituie ca agenți stresori în SP (apud. Iamandescu):

- „amenințarea”: semnificația de anticipare a unui pericol;
- „frustrarea”: ia naștere când un obstacol se interpune în realizarea unui scop;
- „conflict”: situația creată de interferența a două sau mai multe solicitări cu motivații opuse, realizând o adevărată competiție;
- rezolvarea unor probleme dificile sau imposibile (în raport cu contextul situațional);
- suprasolicitarea peste limitele capacității intelectuale (inclusiv atenție, memorie, rezistență la perturbații);
- remanența unor stări afective negative;
- suprasolicitarea și/sau subsolicitarea.

Principalele **tipuri de personalitate** ce conferă vulnerabilitate la stres:

- tendințe interpretative pe un fond de susceptibilitate crescută;
- rigiditate, încăpățănare;
- tendințe obsesive și fobice, pe un fond psihic anxios;
- tendințe pronunțate egocentriste, de autoconformare;
- impulsivitate, emotivitate crescute;
- agresivitate, înclinație spre violență;
- persoanele cu un grad înalt de introversie și/sau neuroticism;
- persoanele cu rigiditate psihică;
- persoanele cu toleranță scăzută la frustrare;
- persoanele cu motivație de afirmare intelectuală sau de afiliere îngrădită de factori psihosociali adverși.

Stresul psihic este implicat ca factor etiopatogenic în bolile interne (prioritar asupra acelor aparate și organe cu o bogată inervație vegetativă – cardiovascular, respirator, digestiv) și asupra unor funcții generate – metabolice, imunitare - cu rol major în păstrarea parametrilor homeostatici ai organismului.

SP participă în mai multe situații la geneza bolilor interne:

- a) participă la constituirea bolii: boala este declanșată aparent exclusiv de factorul psihogen (ex. debuturi bruște ale hipertensiunii arteriale după un stres major) SAU boala este produsă și

declanșată de un complex de factori etiologici care acționează sumativ cu stresul psihic (excesul de sare în alimentație, instalarea obezității etc.);

b) participă la ritmarea puseelor evolutive ale bolii odată constituite: participarea aparent exclusivă (ex. reactualizarea ulcerului duodenal în sesiunile de examene, la studenți SAU declanșarea alternativă de către unii factori etiologici specifici bolii.

c) participă la întreținerea evoluției prelungite sau cronice a unei boli și inducerea apariției unor complicații;

Tulburari functionale

Ceea ce interesează în cadrul examinării bolnavului sunt doar aspectele psihologice legate de acest fenomen.

Așa cum am văzut anterior, pacientul intrat în cabinetul medical va "oferi" medicului simptome, care de fapt sunt privite ca oferte de diagnostic, la care medicul trebuie să răspundă prin diagnostic și tratament corespunzător. În viziunea lui Balint, în tendința de "organizare" anterioară întâlnirii cu medicul, pacientul "propune" mereu diferite boli și va continua să propună până când pacientul și medicul vor cădea de acord.

Observația bolnavului este un act spontan și deliberat al medicului care apare în mod automat din momentul în care pacientul vine în contact cu medicul. Acest lucru nu trebuie să se transforme însă în ceva jenant și ostentativ. Medicul va nota în mod discret aspectele mimicii bolnavului, atitudinea sa, postura, tonusul muscular, poziția mâinilor și a corpului. Aceste elemente sunt adesea indicii ale dispoziției sufletești. Timbrul vocii, mobilitatea sunt de asemenea interpretate în același sens.

Modul cum este abordat medicul, aspectele vestimentare, persoanele din anturaj care însoțesc pacientul sunt de asemenea factori importanți. Perceperea felului în care bolnavul vorbește, a comportamentului său în cadrul examinării și discuției este deosebit de semnificativă pentru medic. În același sens calitățile psihologice și formarea psihologică a medicului sunt foarte importante. Astfel subliniază Leff, pacientul își poate exprima spontan simptomele dar nu în detaliu, iar anumite preconcepții ale pacientului privind medicina pot influența perceperea patologiei proprii. Și medicul, din acest punct de vedere, poate fi afectat de preconcepții proprii privind anumite diagnostice și așteptările sale pe care le-a făcut, din cadrul experienței lui anterioare. Tot în acest sens Leff subliniază rolul interferențelor și deciziilor pe baza a ceea ce medicul percepe și în sfârșit atașamentul particular față de anumite etichete diagnostice ale pacientului. Astfel un anumit cadru de diagnostic, de care medicul (mai ales psihiatrul) este atașat, poate influența interpretarea a ceea ce medicul constată din comportarea și observarea pacientului.

Discuția cu bolnavul este un element esențial, mai ales pentru elucidarea aspectelor nevrotice sau funcționale, deoarece în acest domeniu examenul obiectiv al sistemelor și aparatelor nu ne este de mare folos. Balint subliniază faptul simplu că dacă te rezumi în a pune întrebări vei obține doar răspunsuri. Dar, subliniază autorul, trebuie în special să știi să ascuți. Ascultarea este o tehnică foarte dificilă, căci prin măiestria medicului, pacientul trebuie făcut să vorbească singur

și, acest lucru nu este totdeauna foarte ușor. Deseori este important și să știi să te oprești, deoarece și o discuție lungă perturbă relația dintre profit și pierdere. Mai multe reprize de discuție restabilesc însă balanța între profit și pierdere, dând și posibilitatea pacientului de a-și restabili echilibrul.

Prima întrevvedere este și cea mai importantă. Discuția nu trebuie să se transforme într-un interogatoriu, ci să fie mai ales o ascultare. Discuția poate dura de la câteva minute la o oră (nu peste). Pacientul trebuie să dispună de libertatea de a organiza spontan lumea sa de expresie rațională, tipul său de angoasă, mecanismele lui de apărare. Nu trebuie uitată importanța expresiilor verbale, nivelul evoluției afective, gradul de adaptare la realitate, suplețea și rigiditatea atitudinii, nivelul mai mult sau mai puțin erotizat al dialogului, mimica, debitul verbal, mimica. A 2-a întâlnire va lua în considerație ceea ce nu a fost încă spus, lăsând lucrurile dificile și care ar putea bloca discuția la urmă. Problemele mai dificile, cum ar fi cele sexuale, conjugale, trebuie abordate natural, pentru a nu transmite și bolnavului o stare de jenă. Uneori se poate începe cu probleme colaterale și apoi treptat să se ajungă la aspecte mai sensibile (se discută la început despre oboseală, insomnie și apoi se abordează, de exemplu problema impotenței).

Raspunsuri somatice ale emotiilor

Studiul sistematic al interdependentei dintre factorii psihologici și cei fiziologici în tulburările cronice ale sistemelor vegetative nu are o vechime mare. Totuși, cei mai mulți medici internisti sunt conștienți de această relație și susțin că mai mult de jumătate din pacienți suferă de o tulburare emoțională de o anumită natură care este în mare măsură responsabilă pentru problemele lor somatice.

Factorii psihologici în tulburările gastrointestinale

Procesul hrănirii constituie axa vieții afective în perioada copilăriei timpurii. Întreaga existență a copilului gravitează în jurul procesului de hrănire și cele mai intense emoții, neplăcerea și gratificarea, sunt asociate cu diverse aspecte ale acestor funcții. Stările emoționale care în mod normal stimulează funcția gastrointestinală sunt foamea, vederea și mirosul hranei, dorința de a fi hrănit, precum și dorința mai puțin concretă de a fi ajutat și a se relaxa. În tulburările gastrointestinale, adaptarea armonioasă a activității gastrointestinale la starea generală a organismului este perturbată.

Psihologia procesului de nutriție. Satisfacerea foamei este puternic asociată cu sentimentul de confort și securitate, precum și cu sentimentul de a fi iubit. O altă atitudine emoțională fundamentală, care va fi asociată în copilăria timpurie cu hrănirea și infometarea este posesivitatea, cu tot ceea ce implică ea, lăcomie, gelozie și invidie. Impiedicarea acestei tendințe posesive și a dorinței de a primi da naștere pulsionilor agresive de a lua cu forța ceea ce îi este dat de bunăvoie. Muscatul devine astfel prima formă de manifestare a ostilității.

Acestea sunt aspecte importante legate de posesivitate, lăcomie, gelozie, invidie și eforturile susținute pentru obținerea siguranței, în cadrul tulburărilor funcțiilor hrănirii. Orice de câte ori emoțiile deschise sunt refulate și astfel exprimarea lor în comportamentul voluntar este blocată, ele generează o tensiune permanentă și pot exercita o influență cronică perturbatoare

prin intermediul cailor vegetative, in diferite faze ale procesului alimentar. Pentru ca de regula acestea au un caracter agresiv, sunt refulate dand astfel nastere la conflicte cu mediul.

Generalitatea se aplica doar la nivel teoretic si mai ales ca sursa a simptomului, fiecare caz fiind necesar a fi tratat individual.

Inhibitiile procesului de hranire

Anorexia nervoasa

Atunci cand pierderea apetitului este simptomul major si cand nu exista semnele unei psihoze grave, este pus adesea diagnosticul de anorexie nervoasa, desi acest simptom reprezinta doar una dintre manifestarile unei tulburari nevrotice ale personalitatii totale. Diagnosticul diferential este foarte important in acest caz.

Concomitent cu pierderea apetitului sau uneori inainte, se pot inregistra incetarea cresterii si oprirea menstruatiei, cresterea oboselii, pierderea parului axilar, disparitie dorintei sexuale si alte semne ale unei functionari endocrine deficitare. Glanda pituitara anterioara produce hormoni responsabili cu stimularea cresterii generale a organismului, stimularea activitatii gonadelor si a tiroidei. Din moment ce activitatea tuturor celulelor depinde de aportul adecvat de calorii, vitamine si minerale, un anumit grad de infometare poate produce o diminuare a secretiei hormonale a glandei pituitare anterioare.

Studiile efectuate in acest sens au relevat ca, pe perioade de infometare sau semiinfometare de tipul anorexiei nervoase, este posibil sa ia nastere un cerc vicios care s-ar putea incheia cu scaderea activitatii diferitelor glande endocrine.

Examinarea atenta a adultilor si copiilor mai mari, la care pierderea apetitului nu este din cauza disfunctiei glandei pituitare, va evidentia factorii emotionali subiacenti: trasaturi obsesionale, depresive si schizoide, precum si trasaturi caracteriale compulsive, perfectionism, incapatanare, constiinciozitate excesiva, sensibilitate si ambitie exagerata.

Psihonevroza este cauza primara in anorexia nervoasa.

Observarea psihanalitica arata ca pulsuniile inconstiente agresiv-posesive, cum ar fi gelozia si invidia sunt factorii cu cea mai mare pondere in anorexie. Aceste pulsuni , daca sunt inhibitate de constiinta, pot duce la inhibatii severe ale hranirii.

Un alt factor psihologic general regasit la pacientii cu anorexie este reactia inconstienta de dusmanie. Prin intermediul simptomului sau, pacientul se comporta ca un copil bosumflat care refuza sa manance pentru a-si forta parintii sa-i acorde o atentie speciala si a-i face pe acestia sa se ingrijoreze din cauza sa.

Bulimia

Spre deosebire de anorexie, in bulimie exista un apetit exagerat.

In bulimia psihogena, foamea crescuta nu este expresia nevoii crescute a organismului de a ingera hrana; mancatul devine o gratificare substitutiva a tendintelor emotionale frustrate care nu au nimic in comun cu procesul nutritional.

Tulburarea de hranire este de regula o reactie la frustrarea emotionala. O dorinta fiebinte de iubire si tendintele agresive de a devora sau poseda formeaza baza inconstienta pentru exagerarea patologica a apetitului. Tendintele sexuale feminine inconstiente, fantezmele legate

de sarcina si dorintele de castrare pot, de asemenea, sa joace un rol important. Obezitatea rezultata serveste adesea ca aparare impotriva rolului feminin pe care femeia il respinge.

Ca toate tulburarile psihogene ale procesului nutritional, bulimia este doar un simptom din cadrul unei tulburari nevrotice a ansamblului personalitatii.

Varsaturile de natura nervoasa

In timp ce in anorexie functia de incorporare este inhibata, la pacientii care sufera de varsaturi pe baza nervoasa hrana incorporata este eliminata din cauza unui conflict emotional. Prin psihanaliza este posibila dezvaluirea unor sentimente intense de vinovatie, motivate de tendintele agresive, lacome de incorporare. Varsaturile de natura nervoasa sunt expresia sentimentelor de vinovatie provocate de aceste dorinte. Ele exprima tendinta de a restitui ceea ce pacientul incorporeaza in fantasmele sale inconstiente: cel cu varsaturile trebuie sa inapoieze mancarea deja ingerata din cauza semnificatiei simbolice agresive pe care o atribuie inconstient actului hranirii.

Nevroza esofagiana

In nevroza esofagiana actul inghitirii este cel perturbat. Pacientul se ineaca cu mancarea si nu o poate inghiti. Forma senzorial hiperalgica se adauga adesea la o tulburare locala. Baza emotionala a simptomelor o constituie un refuz inconstient al incorporarii care este cauza pulsionilor agresive adesea de natura sexuala asociate cu hranirea si inghitirea. Dezgustul joaca un rol important in aceasta tulburare. Kronfeld il defineste ca pe o combinatie dintre tentatie si refuz cu o atitudine ambivalenta fata de incorporare.

Cardiospasmul

O tulburare bine definita a functiei de inghitire este cunoscuta sub denumirea de cardiospasm. Acesta consta intr-o contractie a partii inferioare a esofagului si conduce la o dilatare a portiunii proximale. Edward Weiss a fost cel care a conchis ca exista factori emotionali care precipita aceasta tulburare si a clasificat-o ca o forma a isteriei de conversie si a presupus ca ar exprima un inteles simbolic inconstient care poate fi exprimat ca: nu pot inghiti situatia. Simptomul apare cand un pacient se regaseste intr-un impas emotional cu privire la situatia sa externa. La un nivel mai profund, tendintele sexuale, ostile si de autopedepsire au o semnificatie etiologica.

Nevroza gastrica

Nevrozele gastrice prezinta o varietate enorma de simptome bazate pe tulburari ale functiilor secretorii si motorii ale stomacului si duodenului. Multe dintre simptomele gastrice functionale sunt rezultatele secundare ale obiceiurilor defectuoase de hranire: lipsa cumpatarii, mancatul in graba, masticatia incompleta si o alegere neinspirata a alimentelor sunt frecvent expresiile unor conflicte emotionale, fapt pentru care aceste tulburari pot fi considerate si psihogene.

Tulburarile de origine nervoasa ale stomacului pot varia de la o usoara senzatie de neplacere dupa masa, la arsuri, inapententa, regurgitatie, pana la dureri gastrice severe si varsaturi dificil de tratat.

Hipoaciditatea pare sa insoteasca mai frecvent straiile depresive si oboseala. In toate simptomele gastrice inasa, o pondere importanta o au grijile, teama, certurile familiale si perioadele de declin. Numitorul comun al acestor tensiuni emotionale o reprezinta o nevoie intensa de odihna, siguranta si ajutor. Prin urmare, ameliorarea simptomelor stomacale nervoasa poate avea cele mai mari sanse de reusita prin odihna, schimbarea mediului si eliberarea din situatiile de viata perturbatoare. Acestea sunt inasa doar masuri ce vizeaza simptomele, conflictele patogene care stau la baza acestora trebuind explorate pentru a fi aduse in zona constiintei.

Ulcerul peptic

Exista anumite tipuri de persoane cu o inclinatie mai mare spre dezvoltarea astfel de tulburare organica decat altele. Acesta se incadreaza in tipologia individului care intalneste obstacole ce se dovedesc a fi pentru el o incercare si un dezavantaj pe care, datorita naturii sale, el trebuie sa incerce din rasputeri sa le depaseasca. Ulcerul este o boala a lumii civilizate si afecteaza preponderent oamenii civilizatiei moderne, ambitiosi si orientati catre realizarea scopurilor. Reprezentative este pentru acestia, un refuz inconstient al tendintelor feminine, aceleasi tendinte care conform studiului psihanalitic sunt descrise ca pulsuni oral-receptive sau oral-agresive. Din punct de vedere anatomic este tipul astenic sau longilin.

Insa, mai degraba decat a spune ca a fost descoperit un anumit tip de personalitate specific pacientului cu ulcer, este vorba despre o situatie conflictuala tipica ce se poate dezvolta la anumite tipuri de personalitate. S-a observat ca dorinta de a ramane in starea de dependenta infantila- de a fi iubit si ingrijit- intra in conflict cu mandria, cu aspiratia la independenta, cu realizarea si autosuficienta specifice Eului adult. La nivelul comportamentului manifest, multi pacienti au o atitudine exagerat de agresiva, ambitioasa si independenta. Nu le place sa accepte ajutor si se impovareaza cu tot felul de responsabilitati(oamenii eficienti, cu multe reponsabilitati).

In adancului pacientului cu ulcer se manifesta o intensa dorinta inconstienta pentru existenta protejata a copilului mic. Cu toate acestea, el ascunde cu grija fata de sine insusi, aceasta atitudine dependenta, si o refuleaza, astfel incat sa nu se poata exprima in comportamentul manifest, in relatiile personale. Dorinta de dragoste refulata este stimulul psihologic inconstient aflat in relatie directa cu procesele fiziologice si ducand in final la ulceratie.

Nu toti pacientii cu ulcer supracompenseaza astfel. Multi dintre acestia sunt in mod deschis dependenti, pretentiosi si nemultumiti. La astfel de persoane, tendintele dependente sunt frustrate nu prin respingerea lor la nivel intern ci prin circumstantele externe. Se pare ca factorul crucial in patogeneza ulcerului il constituie frustrarea dorintelor de dependenta, de cautare a ajutorului si a dragostei.

Daca dorinta de a primi, de a fi iubit, de a depinde de ceilalti este respinsa de Eul adult sau este ca urmare a unor circumstante externe, si astfel nu poate gasi gratificare in contactele personale, atunci este folosita o cale regresiva: dorinta de a fi hranit. Refularea dorintei de a primi dragoste si ajutor mobilizeaza inervatiile stomacului, activarea acestor procese servind ca stimul cronic pentru functia gastrica. Pentru ca stimularea stomacului nu are legatura in aceasta

faza cu nevoia de hrana, rezulta o disfunctie gastrica. Stomacul raspunde continuu ca si cum hrana ar fi fost ingerata sau ar fi pe cale sa fie ingerata. Cu cat refuzul oricarei gratificari receptive este mai puternic cu atat mai puternica va fi foamea inconstienta de iubire si ajutor. Pacientul doreste mancarea mai degraba ca simbol al iubirii si ajutorului decat pentru satisfacerea unei nevoi fiziologice.

Prin urmare, stimularea cronica a stomacului gol este unul dintre factorii etiologici in ulcerul peptic.

Care sunt insa emotiile specifice implicate in producerea acestei afectiuni? Conform teoriei lui Freud, anxietatea este o teama internalizata, Un semn pentru Eu ca o tendinta inconstienta refulata este pe cale sa devina constienta si sa ameninte integritatea Eului. Functia anxietatii este identica cu cea a fricii, care este un raspuns la un pericol extern pregatind Eul pentru confruntarea cu acesta. Anxietatea indeplineste aceasta functie cu privire la pericolele interne(instinctuale). Apararile Eului in acest caz sunt numeroase: supracompensarea,regresia, proiectia, deplasarea, externalizarea. Depinde de structura personalitatii individuale spre care dintre acestea se va indrepta. Reactiile somatice la anxietate variaza in functie de apararile psihologice mobilizate.

Raspunsul regresiv este un alt exemplu. Acesta consta in retragerea intr-o atitudine de neajutorare, alergand dupa ajutor si protectie. Cresterea secretiei stomacului apartine acestui tip de raspuns regresiv la anxietate si teama. El este expresia regresiei la starea infantila in care copilul cauta ajutorul matern.Din moment ce una dintre primele trairi de neplacere este foamea, care este inlaturata atunci cand mama hraneste copilul, dorinta de a fi hranit devine cel mai primitiv raspuns la toate tipurile de stres emotional.

Reactia fiziologica care apare este determinata de laturile psihologice puse in miscare de anxietate.

Pattern-ul dinamic in hiperfunctia gastrica : frustrarea dorintelor oral-receptive are un raspuns oral-agresiv care indeamna la vinovatie si creaza anxietate. Este supracompensata prin realizari de succes reale in activitati cu responsabilitate ,care determina de fapt o crestere a dorintelor inconstiente oral-dependente ca reactie la eforturile depuse si determina astfel hipersecretie gastrica.

Mai scurt spus frustrarea prelungita a dorintelor oral-receptive conduce la refularea acestora acest lucru determinand hipersecretie gastrica.

Tulburari ale functiilor eliminarii

Psihologia functiilor defecarii

Functiile defecarii ca si ingerarea hranei sunt asociate in copilaria mica cu atitudini emotionale diferite. Actul eliminarii este asociat cu sentimentele de posesie, mandria reusitei si tendinta de a da si de a retine. Anumite tipuri de pusiuni ostile(a ataca sau a murdari) sunt de asemenea asociate cu aceste functii.

Pentru ca senzatiile de placere legate de supt sunt frustrate foarte de timpuriu, copilul reactioneaza sugandu-si degetul, acest obicei nefiind pe placul adultilor care incearca de regula sa-l impiedice. Astfel copilul descopera ca o senzatie de placere similara poate fi obtinuta la

celalalt capat al tractului digestiv, prin retentia fecalelor. Este mult mai dificil pentru adult sa impiedice acest tip de placere si prin urmare copiii capata un sentiment de autonomie care va fi asociat curand cu actul defecarii. Cu toate acestea, copilul pierde suprematia si asupra acestui act, odata cu educatia sfincteriana. Pentru copil acest lucru inseamna sa te supui dorintelor adultului, trebuind sa se desparta de excrement nu atunci cand el doreste ci cand parintii considera ca este necesar. In schimbul supunerii copilul primeste laude si iubire, astfel excrementului asociindu-i-se ideea de posesiune.

Transformarea prin metode educationale a perceptiei excrementului in ceva dezgustator sta la baza conotatiei sadic-agresive si murdare atribuite actului defecarii.

Functia defecarii este asociata cu sentimentul realizarii, cu a da sau a ataca si explica totodata cum excrementul devine un simbol al posesiunii.

Diareea cronica, colita spastica, colita mucoasa alte tulburari ale functiilor eliminatorii

Paternalismul dinamic specific acestora este urmatorul: frustrarea dorintelor de dependenta orala conduce la reactii oral-agresive care determina vinovatie conducand la anxietate si supracompensand prin nevoia de a darui si de a realiza. Existand o inhibitie sau un esec in eforturile de a darui si de a realiza are loc diareea.

Constipatia psihogena cronica

Deși poate apărea ca manifestare în orice boală organică, ea se datorează de regulă unui factor psihologic. Descoperirile psihogene în cazurile de constipație cronică sunt reprezentative și constante: o atitudine pesimistă, defetistă, suspiciune sau lipsa încrederii în ceilalți, sentimentul de a fi respins și neîubit sunt adesea observate la acești pacienți. Amplificată, această atitudine este remarcată atât în paranoia cât și în depresie. Pacienții constipați cronic prezintă semnele ambelor atitudini: suspiciunea din paranoia și pesimismul și defetismul din depresie. Nuanța emoțională a constipației cronice poate fi descrisă după cum urmează: nu pot aștepta nimic de la nimeni, și drept urmare nu sunt nevoiți să dau nimic. Trebuie să țin de ceea ce am. Această atitudine posesivă, care este rezultatul sentimentului respingerii și suspiciunii, se manifestă în consecință la nivel organic prin constipație.

O altă descoperire psihologică, de regulă mai refulată, o constituie o atitudine agresivă și depreciativă înconstientă la adresa celorlalți, care poate fi o reacție la sentimentul de a fi respins.

Factorii psihologici în tulburările respiratorii

Influența pe care o au emoțiile asupra funcției respiratorii este bine cunoscută. Senzația bruscă de sufocare întâlnită în stările anxioase este descrisă prin expresii de genul: îmi ia suflul sau mi-a tăiat respirația. Oftatul reprezintă o formă comună de expresie a deznădejzii.

Datorită corelațiilor între tensiunile emoționale și funcțiile respiratorii, în majoritatea bolilor care implică organele aparatului respirator, factorii psihologici joacă un rol foarte important.

Astmul bronșic

În acest caz, simptomele reprezintă reacții exagerate și cronice la anumite emoții; natura exactă și cronică a acestora se datorează în principal faptului că stimulul emoțional este de natură înconstientă și nu poate fi acceptat de latura conștientă a personalității. Factorul psihodinamic

central il reprezinta un conflict axat pe o dependenta excesiva si nerezolvata fata de mama. Ca aparare impotriva acestei fixatii infantile se pot dezvolta toate tipurile de trasaturi de personalitate. Prin urmare, printre persoanele suferind de astm, gasim numeroase tipuri de personalitate: persoane agresive, argumentative, temerare si de asemenea tipurile hipersensibile cu inclinatie estetica.

Nu este definit un profil psihologic al bolnavului de astm, singura trasatura constanta in jurul careia se pot dezvolta diverse aparari o constituie dependenta refulata fata de mama. Continutul acesteia nu este legat atat de mult de dorinta de a fi hranit cat mai ales de dorinta de a fi protejat, de a fi continut psihic de catre mama. In concluzie, in viata pacientilor astmatici se regaseste ca motiv recurent un istoric de respingere materna.

Factori psihologici in tulburarile cardiovasculare

Tulburari ale activitatii cardiace – tahicardia si aritmia –

Este bine cunoscuta corelatia stransa dintre activitate si furie, pe de o parte si , activitatea inimii pe de alta parte. Anxietatea cronica generalizata si pulsuniile ostile refulate sunt factori importanti in astfel de tulburari. Un astfel de nucleu nevrotic se poate regasi la o mare varietate de personalitati, dar este mult mai frecvent la tipul de personalitate intimidabil, inhibat.

Hipertensiunea esentiala

Acesta este un sindrom clinic caracterizat printr-o crestere cronica a tensiunii arteriale in absenta unei cauze organice detectabile. Acest sindrom are o evolutie progresiva de la o faza initiala in care tensiunea arteriala prezinta instabilitate mare si oscileaza marcant la o faza ulterioara in care tensiunea arteriala se stabilizeaza la nivel ridicat, insotita frecvent de deteriorari vasculare si renale.

Este important de mentionat influenta conjuncturilor de viata asupra acestui sindrom - tendintele ostile inhibate joaca un rol important in acest fenomen. Studiile psihanalitice au aratat ca pulsuniile agresive cronic inhibate, influenteaza semnificativ valorile tensiunii arteriale. Exista deasemenea constelatii familiale tipice la pacientii cu hipertensiune. Pacientii cu hipertensiune sunt adesea inhibati sexual si atunci and intra in relatii clandestine aducatoare de placere, se simt vinovati si anxiosi. Un conflict accentuat intre tendintele pasive dependente sau feminine si pulsuniile agresiv-ostile compensatorii este evidentiat in analiza unor astfel de indivizi. Cu cat cedeaza mai mult tendintelor dependent compliante, cu atat mai mare devine ostilitatea lor reactiva fata de cei carora li se supun.

Aceasta ostilitate le produce teama si ii face sa se retraga din fata competitiei intr-o atitudine de dependenta pasiva. Interesant este faptul ca pacientul hipertensiv nu se poate lasa liber in voia dorintelor sale dependente, din cauza conflictului pe care acesta il stimuleaza. Tendintele opuse agresive si submisive se stimuleaza si se blocheaza reciproc si simultan, avand ca rezultat un fel de paralizie emotionala.

Teama si furia sunt stari prin care organismul se pregateste pentru efortul sustinut in reactia de lupta sau fuga. O crestere a tensiunii arteriale este una dintre componentele acestei pregatiri fiziologice. O data cu disparitia situatiei care provoaca frica are loc o revenire la starea normala.

Societatea actuala asteapta ca individul sa aiba un control total asupra tuturor pulsuniilor sale ostile. Unii oameni sunt mai inhibati in a-si exprima tendintele agresive, traind astfel intr-o stare de ostilitate cronic inhibata. S-ar putea presupune ca inhibarea cronica a furiei din cauza acesor restrictii ar determina o crestere cronica a tensiunii arteriale consecutiva faptului ca furia nu poate fi descarcata nici ca agresivitate fizica, nici altfel. Din acest motiv, sentimentele ostile neexprimate pot deveni sursa unei stimulari permanente a sistemului vascular, ca si cum organismul inhibat s-ar afla constant in starea de pregatire pentru o lupta ce nu ar avea loc niciodata.

Studiul anamnezic al pacientului cu hipertensiune dezvaluie de regula ca la un anumit moment dat a avut loc o schimbare brusca in temperamentul acestuia: pacientul era foarte agresiv in perioadele timpurii si ulterior a inceput sa se comporte ca si cum ar fi fost inhibat si supus. Schimbarea de la agresivitate la submisivitate a avut loc ca urmare a unui efort constient. Patern-ul dinamic specific: tendinte competitive ostile produc intimidare in cauza pedepsei sau esecului ceea ce conduce la cresterea nevoilor de dependenta si intarirea sentimentelor de inferioritate. Acestea reactiveaza competitivitatea ostila si provoaca anxietate si inhibare a pulsuniilor agresiv-ostile si provoaca hipertensiune arteriala.

Sincopa vasodepressoare

Aceasta reprezinta o tulburare a sistemului cardiovascular fiind de fapt tipul cel mai comun de lesin. Poate sa apara la indivizii sanatosi cand sunt pusi in fata unui pericol copleditor, in special in situatiile in care exprimarea fricii trebuie sa fie reprimata.

Pierderea cunostintei se manifesta din cauza unei scaderi bruste a tensiunii arteriale. Fluxul sangvin la nivelul pielii este diminuat, iar cel catre muschi creste considerabil, ritmul cardiac incetinind brusc. Tonusul si forta musculara scad si se instaleaza o stare de slabiciune acuta. Ce se intampla de fapt? Sub influenta pericolului este activata pregatirea fiziologica pentru lupta, din cauza inhibitei reactiei de lupta, individul ramane nemiscat si are loc un fel de sangerare interna in sistemul muscular, rezultand o scadere a tensiunii arteriale. Daca aceasta atinge nivelul critic apare pierderea cunostintei. Paralizia miscarii apare intotdeauna in pozitia verticala.

Acest sindrom poate fi cu usurinta diferentiat de lesinul de tip isteric, in acest caz lesinul reprezentand un simbol al conflictului psihologic.

Durerile de cap psihogene si migrena

Tulburarile in aproape oricare sistem organic pot precipita, prin intermediul mecanismelor de raspuns reflex, modificari fiziologice secundare la nivel cerebral, ceea ce determina reactia subiectiva de durere.

Mecanismele directe de producere a durerii sunt variabile, insa modificarile diametrului vaselor de sange si alterarile compozitiei fluidului la nivel cranian care determina variatiile presiunii intracraniene sunt recunoscute de majoritatea cercetatorilor ca factori principali. In sensul de simptome de conversie, durerile de cap pot in mod clar sa aiba o mare varietate de semnificatii simbolice determinate de nevoile individuale subiective ale fiecarui pacient. Ele ar putea fi incadrate in categoria tulburarilor senzoriale de tip isteric (durere psihogena) din care fac

parte parestezia, hiperestezia si anestezia, in care nu exista nici o modificare locala si intregul proces se deruleaza in centrii senzoriali superiori din creier, exprimandu-se doar prin senzatii subiective.

Migrena, in schimb, constituie, o manifestare distincta in marea varietatetipologica a durerilor de cap.

Manifestarile clinice specifice crizei de migrena (periodicitatea,tulburarile prodromale,parestezii ocazionale, dificultati de vorbire), faptul ca durerea se anifesta intotdeauna unilateral, prezenta fotofobiei, greata si varsaturile, fac posibila diagnosticarea precisa a acestora. O alta trasatura caracteristica consta in faptul ca , dupa criza, pacientul se bucura pentru o vreme de o ameliorare considerabila a starii de bine. Aceste crize apar adesea subit si se termina la fel de brusc.

Se presupune ca dilatatia vasculara este una dintre cauzele durerii in migrena.

Exista atat factori precipitatori cat si trasaturi de personalitate recunoscuti de specialisti ca semnificativ etiologic. Sub aspect fizic , individul predispus la migrena prezinta trasaturi acromegaloide.In ceea ce priveste structura personalitatii, el are o dezvoltare emotionala intarziata, dar o inteligenta superioara. Adaptarea sa sexuala este nesatisfacatoare. Migrenele apar, se pare , pentru prima data atunci cand pacientii pierd protectia caminului si trebuie sa faca fata singuri responsabilitatilor vietii independente.

Un alt aspect sesizat in cercetari evidentiaza pulsuniile ostile si invidia orientate initial impotriva unor persoane remarcabile din punct de vedere intelectual si intoarse ulterior impotriva propriului Sine, prin intermediul mecanismelor vinovatiei. Wolff a subliniat existenta caracteristicilor compulsive, perfectionism, ambitie, competitivitate excesiva, rigiditate si incapacitatea de a delega responsabilitatea – ceea ce s-ar traduce prin atitudinea vesnicului nemulțumit. Ceea ce determina crizele de migrena este de fapt prezenta pulsuniilor ostile refulate sau reprimare.

Care sunt factorii psihodinamici responsabili pentru faptul ca un pacient inhibat dezvolta hipertensiune, un altul artrita si un altul migrena?

Fromm-Reichmann a ofacut observatia ca sentimentul ostil si invidia sunt in mod special directionate impotriva realizarii intelectuale acest lucru avand semnificatie de fapt in alegerea organului la nivelul caruia se instaleaza tulburarea. Este importanta natura pulsuniilor ostile. Un atac agresiv consumat are trei faze. La inceput exista pregatirea pentru atac in fantasma, adica planificarea si vizualizarea lui mentala; aceasta este faza conceptuala. Apoi are loc pregatirea vegetativa a organismului pentru activitatea concentrata; in final exista o faza neuromusculara, adica consumarea actului agresiv propriu-zis prin activitatea musculara.

Daca inhibitia se produce inca din faza de pregatire psihologica pentru atacul agresiv, atunci se dezvolta o criza de migrena. Daca este dezvoltata a doua faza a atacului, cea de pregatire vegetativa, dar procesul nnu continua, urmare este producerea hipertensiunii. Daca actul voluntar este inhibat in cea de-a treia faza, se poate instala o predispozitie la simptome artritice sau sincopa vasomotorie. Aceasta ipoteza incearca sa explice faptul ca in cazul starii de

furie inhibata, unii pacienti reactioneaza cu una, iar altii cu alta dintre componentele sindromului fiziologic al furiei.

Factorii psihologici in bolile de piele

Faptul ca pielea e un organ important pentru exprimarea emotiei este bine cunoscut: inrosirea ca semn al rusinii, pruritul ca semn al nerabdarii. Anumite schimbari produse in mod reflex la nivelul pielii, cum sunt paloarea, inrosirea sau transpiratia, sunt parti constituate ale starilor emotionale de furie si teama iar raspunsul pilomotor la anxietate poate fi mai bine redat prin expresii de genul – mi s-a facut parul maciuca. In psihologia pielii senzatia de durere detine un loc central.

Fenomenele psihologice fie joaca un rol motivator fie sunt un factor determinant semnificativ in multe stari cutanate:

- Imbujorarea, paloarea, pielea de gaina, oripilarea, modificari in secretia transpiratiei – toate sunt motivate de emotii
- Eczeme si edeme
- Urticaria acuta sau cronica
- Pruritul localizat sau generalizat
- Fobiile care au ca obiect pielea
- Angiospasmul – sindromul degetelor moarte
- Pierderea brusca a parului sau albirea brusca
- Tricotilomania
- Tatuajul

Modelul dinamic acceptat este urmatorul : expunerea corpului pentru a obtine atentie, iubire si protectie, adica exhibitionismul, este folosita ca un mijloc de lupta in cazul rivalitatii, iar acest lucru trezeste sentimente de vinovatie(pielea care a servit drept mijloc de exhibitionism devine locul unei afectiuni dureroase. Scarpinatul are o mare importanta etiologica in aceste boli. Studiile psihanalitice arata ca factorul determinant in scarpinat il reprezinta pulsiunea ostila, care, datorita sentimentelor de vinovatie create, este deviata de la obiectul sau initial si directionata impotriva propriului Sine.

Factorii psihologici in tulburarile articulare

Artrita reumatoida

O trasatura evidenta a acestei boli – evolutia sa capricioasa, remisiile si recaderile inexplicabile - indica faptul ca partial responsabile pentru producerea acestei boli sunt conflictele emotionale. Prima trasatura observata cu mare regularitate o reprezinta o tendinta catre activitatea fizica, in timpul carora pacientele afiseaza in mod clar un comportament baietos. In viata adulta, ele isi controleaza puternic toate expresiile emotionale. Pe langa tendinta de a-si controla sentimentele, ele tind deopotri sa controleze si mediul familial, respectiv sotul si copiii. Sunt in general greu de multumit si exigente in relatia cu copiii lor, dar in acelasi timp se ingrijoreaza in legatura cu acestia si fac multe lucruri pentru ei. Este deci, o combinatie intre tendinta de a fi dominator si nevoia masochista de a fi la dispozitia celorlalti. In acelasi timp se

afla in competitie cu barbatii si nu se pot supune acestora, afisand o respingere fatisa a rolului feminin.

Cauzele precipitatorii se pot reduce la cativa factori psihodinamici semnificativi:

- Boala debuteaza adesea cand revolta si resentimentul inconscient la adresa barbatilor au fost amplificate de anumite vicisitudini ale vietii
- Boala poate fi precipitata de evenimente care tind sa amplifice sentimentele de ostilitate si vinovatie anterior latente. Vinovatia poate fi mobilizata atunci cand posibilitatea sacrificiului si cea de a fi de ajutor celorlalti sunt ingradite, ca in cazul unei pierderi de sarcina sau al mortii unei rude care depindea de pacienta.
- Boala a fost precipitata de experientele sexuale, in momentul in care pacienta a fost fortata sa-si accepte rolul feminin impotriva caruia reactionase pana atunci prin intensificarea pretetului masculin.

Existenta unei stari de revolta ostila cronica inhibata, ar putea in majoritatea cazurilor sa-si aiba origine intr-o constelatie familiala timpurie tipica, formata de regula dintr-o mama puternica, dominatoare si greu de multimit si un tata de obicei mai dependent si greu de multumit.

Acesti pacienti incearca sa realizeze un echilibru intre pulsunile agresive si control; ei invata sa descarce agresivitatea prin activitate musculara in forme acceptabile: munca intensa, sporturi, gradinarit, conducerea activa a gospodariei; ei invata sa reduca influenta restrictiva a propriei constiinte prin ajutorarea celorlalti. S-a observat recurenta artritei, atunci cand ocaziile de a fi la dispozitia celorlalti intr-un mod masochist sunt diminuate, urmata fiind de ameliorarea simptomelor atunci cand sacrificiul de sine este din nou necesar, datorita conditiilor familiale. Starea de boala elibereaza pacientul de sentimentele de vinovatie si ii da acestuia dreptul sa astepte atentia pe care anterior si-o refuza sau o considera inacceptabila.

Pattern-ul dinamic este: Influenta parentala restrictiva in copilarie determina o revolta care conduce la anxietate si refularea tendintelor rebele din cauza dependentei intretinute. Astfel, calea de manifestare devine exprimarea revoltei in sporturi competitionale, activitati in aer liber, in copilarie si exprimarea ostilitatii prin asocierea dintre ajutorarea si controlarea mediului in viata ulterioara, intrerupandu-se astfel patternul eficient de a servi si domina mediul. Acest fapt detrimina cresterea tonusului muscular si determina instalarea artritei.

Disfunctiile sexuale

Inca din cele mai vechi timpuri se cunoaste faptul ca glandele sexuale exercita o influenta semnificativa asupra temperamentului si comportamentului. Castrarea determin reducerea virilitatii, nu numai prin sterilitate ci mai ales prin modificarile fizice ale caracteristicilor sexuale si corporale, schimbarile emotionale care reduc tendintele catre activitati masculine specifice. La femei, extirparea ovarelor sau insuficienta ovariana produce sterilitate si impiedica dezvoltarea normala a caracteristicilor feminine fizice si emotionale.

Disfunctiile sexualitatii sunt adesea caracterizate ca manifestari hipo si hiper sexualitatii. Inhibitia sexuala poate fi traita ca timiditate fata de sexul opus, ca lipsa a interesului pentru sau aversiune fata de activitatea sexuala. Ea poate fi rationalizata ca teama fata de boala venerica,

precum si ca presiuni de ordin cultural. Aceste emotii si rationalizarile lor servesc ca aparari impotriva unor conflicte mai semnificative de natura sexuala, care pot ramane astfel refulate atat timp cat raportul sexual este evitat. In acest sens, impotenta la barbati si frigiditatea la femei pot fi considerate ca aparari ale Eului.

Impotenta este un simptom ce ofenseaza grav sentimentul propriei valori a barbatului. Dupa ce a trait esecul, rusinea si anticiparea anxioasa a repetarii acestuia pot impiedica erectia in momentul in care se incearca actul sexual din nou. Motivatia psihodinamica a impotentei este in acest caz foarte asemanatoare celei intalnite in ejacularea precoce. Cazurile usoare se caracterizeaza printr-o durata scurta a actului sexual, fara atingerea orgasmului, reprezentand din perspectiva dinamica o fixatie la erotismul uretral. Adica, nu s-a realizat integrarea alaturi de tendinta pasiv-eliminatorie si a componentei activ-eliminatorie a pulsiiunii sexuale.

Frigiditatea este cea mai frecventa disfunctie sexuala la femei. Calitatea experientei sexuale depinde de partener, de potentia si priceperea acestuia de a invinge timiditatea femeii si teama ei legata de sexualitate. Complexitatea maturizarii sexuale feminine, cu toate complicatiile sale culturale, poate da nastere la aparari impotriva sexualitatii, care sunt exprimate sub forma de inhibitiile ale capacitatii femeii de a avea orgasm. Frigiditatea isi are originile in angoasa in fata pericolului ce ramane asociat inconstient cu realizarea scopului sexual: la femei ea apare sub forma de teama de a fi ranita de penis si teama de nastere si sarcina.

Dismenoreea se refera la tulburarile fizice si emotionale care pot sa apara in intervalul cuprins intre 24 si 72 de ore inaintea sau la scurt timp dupa inceputul fluxului menstrual. Exista aici doua aspecte:

- Cel fizic, care se considera a fi lipsa incheierii maturizarii sexual
- Cel emotional, desemnat prin termenul factori psihogeni

Psihologia pacientului infirm

Psihologia infirmului a fost obiectul multor cercetari speciale. Pacientul infirm este susceptibil, irascibil, invidios, neincredator, cu o exagerata tendinta de a se autoexamina, si cu exagerat simt al demnitatii.

Infirmii nu alcatuiesc un „tip unitar” din punct de vedere psihologic, pentru ca psihologia lor depinde si de structura personalitatii. Si in aceste cazuri este importanta *atitudinea* infirmului, *adaptarea* la situatia morbida.

Compatimirea lipsita de tact si de delicatete este o „trauma” sociala, traume mai grele sunt cele care ii fac sa se simta ca o povara sau ca paraziti ai vietii altora. La copii, dificultatile ivite in calea dorintei de a se juca, perturba dezvoltarea personalitatii. principiul fundamental psihoterapic este „de a face din nevoie- intelepciune”

Psihologia convalescentei

Convalescenta este o stare in care bolnavul a trecut de momentele critice ale bolii, dar nu este complet vindecat si integrat in viata sociala, familiala, profesionala; starea de echilibru este fragila, se pot ivi recaderi si complicatii sau pot persista sechele fizice si *psihice*.

Convalescentul *nu este inca* un om sanatos, perioada de convalescenta fiind una „plina de nesiguranta, in care psihicul comporta schimbari si prezinta o mare instabilitate”.

Externarea pacientului este o ocazie de a lamuri si de a incuraja bolnavul, de a-i da sfaturi nestereotipate, de a-l pregati sufleteste.

Tipurile psihologice si boala

Clasificarea temperamentului si tipologii

E.KRETSCHMER (după constituția corporală asociată cu constituția psihică și cu predispoziția psihopatologică) sunt remarcate:

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

- **tipul leptosom** (cu varianta sa extremă, astenicul) – constituție verticală, trunchi cilindric, sistem osteomuscular firav, față ovală și uscățivă, gât lung, corp subțire, torace lung și plat, adipozitate și musculatură reduse. Tipul caracterologic corespunzător este schizotimul, tipul premorbid este schizoidul - Predispus spre schizofrenie; (*despre o personalitate*) care se caracterizează printr-un comportament bizar, înclinat spre izolare, spre viață interioară; schizotim. . Are trei variante: hiperestezic (iritabil, idealist, delicat, interiorizat); intermediar (rece, energic, calm, aristocrat) și anesteziac (rece, nervos, solitar, indolent, eronat, obtuz).

Tipul leptosom este generator de tulburări de tipul schizofreniei, având în perioada premorbidă o adaptare deficitară și introversie.

- **tipul athletic** – se caracterizează printr-o bună dezvoltare musculară, trunchi piramidal, cu baza mare în sus, corp înalt, cu capul adesea rotund, corp bine proporționat. Este liniștit în mișcări, mai degrabă greoi; imaginație redusă, dar perseverență considerabilă. La polul extrem, caracteristica vieții lor psihice este „vâscozitatea psihică”, întreruptă de manifestări paroxistice, explozive. Predispoziția neuropatologică este către epilepsie, iar cea psihiatrică, către catatonie - Sindrom psihomotor al schizofreniei, caracterizat printr-o stare de fixare a corpului în anumite poziții, conduită stereotipă și stupoare mintală..

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

SHELDON– după dezvoltarea și rolul în economia organismului a derivatelor celor trei foiețe embrionare.

- **tipul endomorf** – cu dezvoltare corporală predominant internă, rotund, afabil, iubitor de comoditate, de spectacole și de tovărășie, curios și tolerant, satisfăcut de sine însuși, atașat de familie și de trecut; se caracterizează prin dragoste de confort fizic, reacții încete, amator de

ceremonii, uniformitate în curgerea emoțională, trăsături netemperate, fire extravertită., are tendințe psihopatologice către psihoză maniaco-depresivă;

- **tipul mezomorf** – cu dezvoltare corporală echilibrată, sistem muscular și cardiovascular bine dezvoltat; este puternic, plin de energie, uneori dur, curajos, combativ și chiar agresiv, amator de aventură și de excitații, cu tendințe dominatoare, trăind mai ales în prezent; voce nereținută, fără inhibiții, maturitate în prezentare. Ca tip psihologic, este somatotonic, iar ca dezvoltare psihopatologică, paranoia și cele mai multe cazuri de delincvență.

- **tipul ectomorf** – are sistemul nervos dezvoltat și sensibil; fizic, este slab și fragil, cu mișcări dizarmonice, dar cu reacții fiziologice vii; sensibil la durere; iubitor de singurătate, nesigur de sine, introvertit, egoist, așteptând fericirea de la viitor; activism mental; neexprimarea sentimentelor, voce reținută, evitarea zgomotului, prezentare infantilă. Ca tip psihologic, este cerebrotonic, cu tendințe psihopatologice spre schizofrenie.

Tipologii psihofiziologice

1. *I.P.PAVLOV* – după tipul general de activitate nervoasă superioară, stabilit după combinarea forței, echilibrului și mobilității proceselor nervoase fundamentale și tipul temperamental corespunzător.

- **Puternic-echilibrat-excitabil – coleric;**

- **Puternic-echilibrat-mobil – sangvinic;**

- **Puternic-echilibrat-inert – flegmatic;**

- **Slab – melancolic.**

2. *HEYMANS, WIERSMA (LE SENNE)* – după combinarea repercusivității (înșușirea reacției de a fi mediată sau tardivă și elaborată), emotivității și activității.

- **Amorfii** - sunt pasivi, apatici, nerăbdători în fața bolii, conștiințioși în respectarea prescripțiilor; sunt mai mult ascultători decât încrezători. Comunicarea cu medicul e redusă. Deseori sunt obezi și constipați.

- **Apaticii** - Au deseori o simptomatologie complexă, dar o relatare confuză. Prezintă supunere și indiferență. Nu-i interesează nici persoana lor, nici cea a medicului. iau indicațiile regulat, dar cu tendință la obișnuință, la toxicomanie. Abuzează de concedii.

- **Sangvinicii** - nu sunt decât foarte rareori anxioși. Ei se supun tratamentului cu o oarecare înțelegere, dar așteaptă “ultimul moment” pentru a merge la consultație. De obicei, sangvinicul este imperativ, indiferent față de boală; greu acceptată întreruperea lucrului și odihna terapeutică (parțial și datorită zgârceniei).

- **Flegmaticii** - consultă medicii pentru tulburări precise. Atitudinea sa este “corectă” sau “indiferentă”, în sensul de a lăsa pe medic să suporte tot greul tratamentului.

- **Nervoșii** - sunt oameni anxioși în fața bolii; se alarmează și se calmează la fel de ușor; nu urmăresc cu perseverență vindecarea; schimbă des tratamentele și medicii; sunt capricioși, oferă o patologie funcțională bogată pe plan neurovegetativ, organic și mental (reacții isterice, etc.).

- **Sentimentalii** - sunt înclinați spre ipohondrie; pot stabili un contact afectiv foarte strâns cu medicul, dacă acesta nu-l inhibă; dar au față de el o atitudine critică sau de suspiciune și pot fi

ușor dezamăgiți; sunt încrezători, dar nu sunt fideli. Boala este pentru ei un eveniment grav; se autoobservă și-și expun detaliat suferințele, acceptă terapia, oricât ar fi de penibilă, fără opoziție; tulburări psihosomatice frecvente.

- **Colericii** - sunt anxioși în fața bolii. Recurg la medic fără întârziere și sunt lipsiți de curaj, datorită importanței pe care o acordă valorilor elementare ale vieții: sănătate, plăcere, etc. Boala le apare nu doar ca un obstacol, ci ca un scandal. Colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, dar atitudinea sa e uneori insolentă (medicul este privit în primul rând ca un auditor sau aprobator al atitudinilor și inițiativelor). Prezintă frecvent tulburări digestive.

- **Pasionații** - ei își îndreaptă interesul asupra operei la care lucrează. Când s-au decis să facă apel la medic, pasionatul dă dovadă de perseverență, de bunăvoință și de spirit de colaborare. Încrederea sa față de medic este deplină, însă eventuala decepție este resimțită profund. E un tip “egocentric” și “narcisic”. Pentru a-i obliga la repaus, este nevoie uneori de o deosebită insistență. Prezintă mai rar suferințe psihosomatice.

3. *K.LEONHARD* – personalități accentuate, adică acele personalități care prezintă tendința de a aluneca spre anormal, care, chiar în condiții de dezvoltare favorabile, au dificultăți de adaptare. Aceste personalități interesează psihologia medicală sub raportul reacției persoanei la boală și la relația cu medicul. Personalitățile accentuate se adaptează greu la boală, ridică obstacole în relațiile cu medicul și față de tratament, favorizează apariția unor stări morbide. O parte dintre personalitățile accentuate sunt legate de caracter:

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

- **firea hiperexactă** – carențe în capacitatea de refulare: nehotărât în decizii, oscilant, ambivalent în acțiuni și sentimente, inhibiție și autocontrol excesiv. Extrem de meticulos, sentimente intense de anxietate. De aici, predispoziție la ipohondrie, neurastenii (cu sau fără ticuri), nevroză obsesională, reacție sau dezvoltare anancastă. Tendință obsesivă de a se spăla, frică de îmbolnăvire. Rar dezvoltă alcoolism.

- **firea hiperperseverentă** – perseverența anormală a afectului; de aici, susceptibilitate sporită, spirit bănuitor, încăpățânat, ambițios, intens proiectiv în ceea ce privește sentimentele altora față de el. Anxietate și teamă, cu idei prevalente, chiar fixe, obsesive, cu treceri spre psihopatia paranoidă și spre nevroza ipohondrică. Este bolnavul care are „idei” clare despre boala sa, pe care caută să și le impună, uneori caută beneficiile secundare (ex.o pensie de invaliditate inexistentă).

- **firea nestăpânită** – dominată de pulsiuni, gândire greoaie, pedanterie= paradă de erudiție; meticulozitate exagerată; pedantism. ◇ exprimare în termeni pretențioși. 2. gravitate în chestiuni

de mică importanță. , acte impulsive violente. Pacient irascibil, ostil medicului; incapacitatea de a respecta un regim organizat de viață sau alimentar (principiul plăcerii). Predispoziție la obezitate, la alcoolism cronic și acte antisociale. Se învecinează cu psihopatia epileptoidă (are adesea constituție athletică, ca la epileptoizi).

Alte tipuri de personalități accentuate sunt legate de trăsăturile accentuate de temperament, de sfera afectivă:

- **personalitatea hipertimică** – o psihopatologie hipomaniacală în mic; vesel, locvace, superficial; fugă de idei, precipitare a ideilor în vorbire. Predispoziție la alcoolism;

- **personalitatea distimică** – dă psihopatie depresivă; tăcut, serios, pesimist, predispus la depresie.

- **labilii afectivi** – oscilații între stări afective opuse. Specifice dezvoltărilor ciclotimice. Predispuși și la nevroze ipohondrice. Imprevizibili la tratament.

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

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

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

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

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

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

În literatură există mai multe clasificări ale tipurilor de personalitate. Dacă luăm în considerație tipul de temperament deosebit:

1. **Tipul de personalitate colerică:** se caracterizează prin manifestări inegale, atitudini extremiste, trecând cu ușurință de la entuziasm la pesimism, de la activism debordant la abandon. Având o rezistență inconstantă în activitățile de muncă datorită consumului energetic neeconomic, colericul acționează cu toată energia de care dispune la un moment dat fără să-și dozeze eforturile în funcție de mărimea dificultăților sau a obstacolelor. Din această cauză curba randamentului la coleric are numeroase neregularități prin intersectarea cu curba oboselii. Neliniștiți, agitați, plini de elan, acționează sub impulsul momentului

fiind oamenii marilor inițiative și având o mare capacitate de mobilizare proprie și a altor persoane.

Datorită însă a oboselii sau a plictiselii survenite prin scăderea caracterului de noutate, al acțiunilor întreprinse, colericul abandonează activitatea înainte de a o finaliza. Din acest motiv este necesar să fie însoțit de persoane echilibrate care să preia și să ducă la bun sfârșit lucrul început. Surprinzător prin tot ceea ce face, colericul dovedește în ciuda caracteristicilor sale temperamentale multă răbdare chiar și atunci când activitatea îi captează interesul mai mult timp (cazul cercetării științifice). Inconstant și impulsiv, împărțind oamenii în buni și răi, prieteni și dușmani, om al extremelor și nu al nuanțelor, colericul este un factor de stres pentru cei din jur, creând stări tensionale în colectivul de muncă.

2. Tipul de personalitate sangvinică are o mare rezistență în activitatea de muncă în sensul nu al unei robusteți fizice deosebite, ci al rezistenței față de fenomenul de oboseală. Reacțiile persoanelor aparținând acestui temperament sunt rapide și adecvate stimulilor, semnalelor venite din mediu sau de la echipamentul tehnic, având o bună adaptabilitate și stăpânire de sine. Sangvinicul acționează prompt pentru găsirea de soluții, pentru depășirea dificultăților și învingerea obstacolelor, dar măsurile luate de el în acest sens au adesea un caracter de moment, nu sunt de durată și profunzime.

În relațiile interpersonale se remarcă ca o persoană agreabilă, deschisă sufletește, cu valențe pentru integrarea în grup și încheierea de prietenii. Robust psihic, suportă mai ușor decât alte temperamente dificultățile muncii și ale vieții. Cu persoanele aparținând acestui temperament se poate discuta în mod deschis, direct, ei având tăria de a privi adevărul în față. Mobil, agreabil, prompt, cu resurse energetice deosebite, sangvinicul reușește cu eforturi mai mici și de aceea nu este deosebit de perseverent, uneori manifestând chiar o anumită superficialitate în muncă și în raporturile interumane.

3. Tipul de personalitate flegmatică are și el o mare rezistență în activități, însă întregul său comportament este dominat de inerție. Aceasta face ca atât startul cât și sfârșitul activității să aibe o latență foarte mare. Reacțiile lui sunt lente însă adecvate. Înclinat spre meditație, spirit analitic și înzestrat cu multă răbdare, flegmaticului i se pot încredința lucrări de anvergură, care se pot realiza în timpul propriu și nu presat de termene scurte. Cântărește mult până să adopte o decizie, dar odată decis trece hotărât la acțiune și este perseverent până la încăpățânare în îndeplinirea ei. Refuză compromisurile luptându-se pentru propriile idei. Adaptabil mai greu la situații noi preferă lucrurile cunoscute, este reticent față de inovații, fiind cunoscut ca o persoană cu manifestări conservatoare. În cazul raporturilor interpersonale, este reținut și reticent, și din acest motiv se integrează mai greu în colectivitate. Are prieteni puțini, aleși după îndelungate reflexii, față de care manifestă devotament.

Sunt lenți, calmi, meticuloși. Nu ocolesc detaliile și nu abandonează activitatea până nu ajung la rezultat, deși pentru aceasta cheltuiesc mai mult timp decât sangvinicii și colericii. Schimbă greu

activitatea, sunt atașați de ceea ce fac și sunt disciplinați. Se adaptează greu la situații noi. De regulă au sentimente foarte durabile și stabile.

4. **Tipul de personalitate melancolică** este puțin rezistent din punct de vedere nervos. Persoanele aparținând acestui tip obosesc ușor și sunt susceptibile la stări depresive în condiții de suprasolicitare, sau stări conflictuale.

Este un excelent muncitor pentru activitățile de rutină, desfășurate în condiții cunoscute și obișnuite, care nu necesită decizii prompte și reacții rapide, ei putând desfășura activități de mare finețe, dar fără presiune exterioară. Înzestrat cu multă răbdare, melancolicul are înclinație spre analiză, precizie și minuțiozitate. Fire anxioasă, intră în panică în fața unor situații noi față de care reacțiile lui sunt lente, nu întotdeauna adecvate și uneori chiar paradoxale. Timid în relațiile interpersonale, subapreciindu-și posibilitățile se integrează cu dificultate în grup, atașându-se mai degrabă de persoane și nu de colectivitate. El trebuie încurajat chiar prin supraestimarea calităților sale pentru a putea face față muncii și problemelor care apar.

C.G.Jung (1997) luând drept criteriu relaționarea la mediu clasifică tipurile de personalitate în:

1. **Tipul de personalitate extrovertită** care se caracterizează prin expansivitate, sociabilitate, tendințe spre relaționare și contact, comunicativitate, etc. Persoanele aparținând acestui tip de personalitate

lucrează bine în grup și își asumă cu ușurință responsabilități sociale. Preferă mișcarea, au un control redus al sentimentelor, sunt optimiști, veseli și au un simț practic deosebit.

2. **Tipul de personalitate introvertită:** persoanele care fac parte din această categorie sunt introspectivi, liniștiți, rezervați, distanți. Au o lume interioară foarte bogată. Ei evită riscurile și responsabilitățile sociale. Serioși, exigenți, își controlează bine sentimentele și atitudinile.

Psihologia medicală a vîrstelor

Dezvoltarea omului este constituită dintr-o serie de transformări cantitative și calitative, achiziție de informație dar și de abilități și instrumente de adaptare la mediu . Procesul dezvoltării are întotdeauna sens ascendent, evidențiat prin creșterea de la o etapă la alta a competenței persoanei, prin optimizarea mecanismelor adaptative.

Factorii de bază ai dezvoltării (bio-psiho-sociale) a omului sunt: ereditatea, mediul și educația:

- *Ereditatea* este dată de totalitatea caracteristicilor genetice (genotipul), totalitatea genelor ca program transmis de părinți urmașilor, program ce controlează o serie de caracteristici fizice, fiziologice și chiar psiho-comportamentale (ex. : greutatea și înălțimea corpului, culoarea ochilor, grupele sanguine, tipul temperamental, reflexe necondiționate, trebuințele bazale etc.). Este primul factor ce acționează în ordine

temporală și constituie premisa absolut necesară pentru celelalte aspecte ale dezvoltării.

- *Mediul* ca factor al dezvoltării acționează imediat după concepție (imediat după ce primul factor declanșează dezvoltarea) și cuprinde toate aspectele mediului natural, social, cultural în care se dezvoltă ființa umană. El furnizează “materialul de construcție” (P. Golu) și, prin urmare, poate acționa ca factor favorizant (dacă aspectele menționate mai sus sunt consistente) sau ca factor defavorizant.
- *Educația* reprezintă un sistem complex de acțiuni sau demersuri de influențare conștientă direcționată, organizată, științifică a dezvoltării ființei umane. Educația începe imediat după naștere, durează toată viața și este un proces în care intervin, pe rând, dar și împreună, familia, școala, grupul social etc.

Acești factori sunt la fel de importanți, lipsa oricărui tulburând sau chiar anulând procesul dezvoltării. Educația poate corecta o parte din neajunsurile celorlalți doi factori, ea devenind în acest sens factor compensator, terapeutic-recuperativ.

Dezvoltarea umană nu este uniformă, liniară și nici continuă ci, dimpotrivă, neliniară, în salturi, discontinuă, cu stagnări și mici regresii dar cu rezultantă ascendentă. În general, se acceptă următoarea etapizare și subetapizare a vieții omului:

a) *Copilăria* (0 – 20 ani) cu etapele mai importante:

sugar, (inclusiv embriogeneza)(0-1an)

antepreșcolar și preșcolar (1 - 7 ani)-(prima și a doua copilărie);

școlarul mic-(7 – 10 ani)-(a treia copilărie);

școlarul mijlociu-(puberul) (11 – 14 ani)-(pubertatea);

școlarul mare-(adolescentul)(15 – 18 / 20 ani)-(adolescența);

b) – *Tineretea* (20 – 35 ani)

c) – *Perioada adultă, maturitatea* (35-65 de ani);

d) – *Bătrânețea* (peste 65 ani).

a) *Copilăria* este perioada cu cel mai susținut ritm de dezvoltare, când se formează cele mai importante structuri psihico-motrice și apoi predominant psihice și psihocomportamentale și acționale, care servesc la adaptare. Ritmul extrem de accelerat al dezvoltării și multitudinea de structuri ce se formează acum dau, în același timp, o caracteristică de fragilitate acestei perioade. Aceasta în sensul că, orice factor disturbator sau nociv ce intervine, are șanse mari să lase urme în procesul dezvoltării ulterioare, și că există o anumită sensibilitate la boli.

Întâlnim, mai des, în această perioadă, în afara “bolilor copilăriei” (rujeolă, rubeolă, tuse convulsivă etc.) următoarele boli, suferințe sau tulburări:

1) *Tulburările de dezvoltare*

– *fizică* (nanism, giganism pe fond dinamic sau metabolic; cifoze, lordoze, scolioze) multe din ele favorizate și de poziții incomode în bancă, ghiozdane prea grele ce solicită neuniform sistemul osteo-muscular al copilului.

- *psihică* (întârzieri sau chiar opriri în dezvoltarea unor procese, funcții sau structuri mai complexe), ex.: - întârzierile în dezvoltarea mintală, a limbajului, autismului infantil, a afectivității, motivației și voinței ce vor genera tulburări de comportament, de adaptare școlară și socială, dezvoltări dizarmonice de personalitate etc.

- *tulburările nevrotice din pubertate și adolescență*, tulburări cu puternică coloratură vegetativă, transpirații, amețeli, lipotimii, dureri de oase etc. Apar, de asemenea, tulburări neurastenice manifestate fie prin hiperexcitabilitate și neliniște, fie prin oboseală și activism redus.

2) *Reactivitate specifică la mediul social și la boală*. Apar reacții de inadaptare la cerințele (uneori prea mari și implacabile) mediului familial, școlar, social, manifestate prin minciună, fugă, vagabondaj, nesupunere, demonstrativitate, opozitivism, și acestea mai ales la pubertate. Apar și primele manifestări depresive ținând de sentimente de inferioritate, și primele idei de sinucidere în contextul trăirilor depresive, dar și ca posibile unice soluții la dificultățile vieții. Dar pentru că, în acest ciclu al vieții, copilul este încă insuficient maturizat, este în mare măsură dependent de adult, trăiește intens sentimente de insecuritate, are o reactivitate specifică la toate aceste situații de impas existențial (inclusiv la boală). Cel mai adesea, reacția este una de teamă, neliniște, anxietate, neînțelegând satisfăcător situația sau simțind realmente (mai ales în situațiile de boală) fragilitatea propriei personalități în fața unui obstacol atât de amenințător.

b) *Tineretea* este prima perioadă mare (ciclu) în care se produce o reală echilibrare și maturizare a structurilor personalității după ce acestea s-au dezvoltat și perfecționat în ciclu precedent.

Rezistența la boli este și ea ceva mai ridicată comparativ și cu ciclul precedent, dar și cu cele ce vor urma. Dacă, totuși, apar (și există în mod normal anumite suferințe acute, pasagere, ex.: viroze, gripe, suferințe gastro-duodenale, etc.) atitudinea față de ele este de cele mai multe ori una de cooperare hotărâtă la tratarea lor fără prea mare încărcătură de teamă, neliniște, îngrijorare, considerând că are suficiente resurse de refacere. Pot să apară și atitudini de neglijare sau negare a suferințelor dar, de regulă nu puternic, și doar până când acestea devin realmente supărătoare. Față de bolile cronice, mult mai rare decât în orice alt ciclu al vieții, atitudinile sunt aproape cele clasice: fie cu oarecare indiferentism (crezând că pot face față fie cu îngrijorare, teamă, neliniște mai accentuată chiar decât la bătrânețe, pornind de la raționamentul (încărcat emoțional) că dacă de la această vârstă apar asemenea probleme serioase, atunci ce pot să mai speri pentru viitorul ceva mai îndepărtat).

c) *Perioada adultă, maturitatea (35 – 65 ani)* este o perioadă relativ stabilă și fără prea mari manifestări de inadaptare sau suferință. Subidentitățile: maritală, parentală, profesională, câștigate din ciclul precedent, țin omul bine ancorat în realitatea de zi cu zi. Nu putem evidenția aspecte prea diferite, decât eventual legate de spiritul acestei etape, și anume 45 – 55 ani la femei – menopauză și 55 – 65 ani la bărbați – andropauză. Aceste schimbări hormonale produc deseori tulburări cel puțin la fel de ample și diverse ca și la pubertate. Atunci cauza era încărcătura hormonală puternică, acum, dimpotrivă, reducerea până la dispariție a aportului acestui

subsistem al organismului cu efect energizant, dinamizator. Procesele de “călduri” alternând cu “frisoane”, irascibilitatea, labilitatea emoțională accentuată, tulburările de somn, neliniștea, anxietatea, fatigabilitatea și chiar depresia constituie tabloul manifestării tulburărilor climacteriului, așa cum mai sunt denumite aceste suferințe. De multe ori, după instalare, acestea duc la certuri, discuții și conflicte intrafamilare, adevărate ”crize” familiare. Mai dese, mai ample și mai timpurii la femei, mai târzii și ceva mai intense la bărbat ele pot duce până la soluția familiei. Cei mai mulți oameni aflați în asemenea ipostaze, argumentează comportamentele lor ca fiind urmarea (realizării) înțelegerii efemerității vieții, a pierderii virilității și satisfacției vieții sexuale și, în aceste condiții, încercarea de a o lua de la capăt într-un alt parteneriat.

Atitudinea față de boală se radicalizează tot în acest sfârșit de etapă când, așa cum s-a specificat, scad resursele vitale ale organismului, inclusiv cele ce țin de imunitate, ca și cele ce țin de echilibrul psihic.

d) Bătrânețea (peste 65 de ani) în sine nu este o boală dar, prin erodarea tuturor subsistemelor biologice, cât și psihice, bolile, suferințele de diverse tipuri se manifestă tot mai des și tot mai amplu și vizibil, asociind această etapă de vârstă cu suferința. Notăm ca aspecte generale și definitorii pentru această etapă:

1) În plan biologic

- Instituirea tuturor subsistemelor, și căderea sensibilă a eficienței adaptative a organismului (ex.: artrozele, osteoporoza – limitează substanțial mișcarea, crează condiții pentru fracturi și alte tipuri de suferințe).
- Reducerea substanțială a suportului hormonal;
- Inima și vasele de sânge îmbătrânite și sclerizate nu mai hrănesc suficient țesuturile și acestea, la rândul lor, determină îmbătrânirea și sclerozarea celorlalte subsisteme ale organismului. Apar astfel involuția, apoi deteriorarea S.N.C.

2) În plan social:

- Nonangajarea productivă, condiția de pensionar, de persoană fără utilitate socială, reduc în același timp participarea la viața socială.
- Se reduce substanțial posibilitatea de relaționare socială și de comunicare.
- Scade posibilitatea de suport social, mai ales în plan subiectiv. Trăiește tot mai mult situația de persoană ce nu poate oferi suport altora și nici pentru sine devenind egoist, egocentric, cerând suport de la ceilalți.

3) În plan psihic

- Motricitatea devine mai dificilă, mai puțin amplă, elastică și mobilă, mai rigidă, determinând scăderi ale unor abilități locomotorii, dexterități de autoservire
- Senzorialitatea se reduce cantitativ și calitativ prin pierderi de acuitate, de recepție (vezi hipoacuziile, surditățile, cecitățile pe fond senil).

- Gândirea (și inteligența în ansamblu) își reduce randamentul mai ales ca fluentă și flexibilitate, dar și ca eficiență (apar: lentoarea, rigiditatea – astfel – gândirea se reorganizează, adaptează și restructurează mult mai greu la situații noi).
- Memoria scade substanțial, mai ales cu referire la faza de engramare, dar și la cele de păstrare și reactualizare a informațiilor, apărând diomnezii de fixare, păstrare și evocare, mai ales cu referire la evenimentele recente, apropiate.

Psihologia medicală a sexelor

Pe linia diferențierii diverselor categorii umane, se pot evidenția unele particularități specifice sexelor. Este vorba de trăsături caracteristice și, în același timp diferențiatore, ale bărbatului, pe de o parte, și ale femeii, pe de altă parte. Este cunoscut deja faptul că avem o anumită **tipologie de personalitate specifică bărbatului**, referitoare mai ales la următoarele aspecte:

- fizic: este mai dezvoltat, mai puternic, cu randament mai ridicat, mai ales în activități care cer efort fizic;
- psihic: prezintă structură și dinamică afectivă și volițională specifică, este mai impulsiv, controlându-și mai greu pulsunile de orice natură nu numai cele agresive
- instinctiv: este mai agresiv – aspect coroborat cu forța fizică mai mare și cu încărcătura hormonală (testosteron), cu rol dinamizator
- psihosocial-istoric – tinde să accedă la rolul de cap al familiei, al grupului social, de lider, pentru că și societatea valorizează astfel bărbatul.

Realitatea cotidiană ne arată însă deseori (fără a susține că aceasta este o regulă) bărbatul ca pe o ființă neajutorată, incapabilă de acel rol social, pentru că, frecvent, tocmai acele aspecte specifice, considerate elemente puternice, îl fac să fie vulnerabil, slab (ex.: nu poate negocia cu succes o situație, pentru că nu are răbdarea, reținerea și controlul necesare; intră în conflict cu ceilalți mult mai repede decât femeia).

Reactivitatea și atitudinea față de boală a bărbatului este, de regulă, fie cea de negare, neacceptare, respingere a situației, fie cea de “rezistență” fără apel la serviciile medicale, fie cea de tip iritativ-impulsiv, agresiv adică este neliniștit, pretențios, nerăbdător.

Observăm de asemenea că, în spatele unor bărbați realizați social stau deseori femei (soții) cu certe calități de conducător și de suport, în același timp. Am putea spune că, dacă femeia nu este partea tare a unei asemenea relații, ea este cel puțin factorul care catalizează și orientează forțele cuplului pe direcția succesului, și această situație este, se pare, foarte des întâlnită. Susținem aceste idei întrucât, între **caracteristicile tipologiei feminine**, întâlnim mai ales următoarele aspecte:

- fizic – ea este mai fragilă decât bărbatul, are forța și randamentul mai reduse (activitățile fizice sunt, de regulă, mai puțin abordate); paradoxal, studiile de biologie, fiziologie, cele de sănătate arată însă că femeia rezistă mai bine multor situații dificile (stări de boală) și trăiește mai mult, în ciuda faptului că sarcina, nașterea, eventual avorturile și chiar ciclicitatea menstruală se

manifestă ca stări morbide, premorbide sau cel puțin “speciale” și au un efect de uzură asupra organismului.

- **psihic** – femeia este mai sensibilă decât bărbatul, mai emotivă, cu balans emoțional mai accentuat și față de aceiași stimuli, dar și de la o perioadă de timp la alta (unele aspecte țin de încărcătura hormonală și de ciclicitatea specifică – se știe de exemplu că perioadele pre și menstruale evidențiază hiperemotivitate, iritabilitate, neliniște, anxietate); în același timp, și în contradicție cu bărbatul, ea nu este atât de impulsivă și, mai ales atât de agresivă .

Femeia are însă deseori alte tipuri de reacții sau alte tipuri de comportamente “rezolutive” pentru anumite situații conflictuale sau percepute ca fiind conflictuale și anume histrionicitatea sau demonstrativitatea. De exemplu.: amenințări, comportamente sau afirmații autolitice, “crize de furie” etc. pentru a ieși dintr-o asemenea situație. Aceste aspecte se structurează ca mecanisme adaptative, agresivitatea femeii în condițiile unei forțe fizice mai reduse se convertește în reacții demonstrativ-histerice.

Femeia este preocupată mai mult de propria frumusețe, de aspectul exterior, are tendința de a accede în rolul valorizat social, acela de beneficiar de suport și ocrotire (din partea bărbatului), de implicare mai profundă și mai complexă în relațiile de cuplu. Acest aspect ne relevă femeia ca pe o ființă complementară bărbatului, cu un rol și un rost foarte bine definite. Datorită acestor situații mai speciale amintite mai sus, chiar bolile comune cu ale bărbatului se manifestă mai amplu, mai divers. Ca pacient, femeia consideră aproape orice abatere de la starea de bine ca pe o stare de boală, este hiperreactivă la boală (R. Tichener - 1963) dar este și mai “pretențioasă” în cursul terapiei: ea este fie prea reținută în relația cu medicul (din pudoare), fie prea plină de solitudine, cerând foarte multe lămuriri, clamând controale dese (bazate pe desele presentimente și premoniții sau pe dorința ei de a fi remarcată, curtată, apreciată), fie dezvoltând o anumită dependență de medic. De toate aceste aspecte, și încă de multe altele, trebuie să se țină seama fie atunci când femeia este pacient, beneficiar de servicii medicale, fie atunci când femeia este personal medical, prestator și ofertant de servicii de asistență medicală.

Psihologia actului chirurgical

a) *Bolnavii vechi, “predestinati” actului chirurgical* sunt reprezentati de cei suferinzi de o serie de boli a caror sanctiune chirurgicală este facultativă (și chiar contraindicată) la debutul bolii - ca de ex. în ulcerul duodenal necomplicat sau adenomul de prostată incipient,etc. - sau de alte boli la care pacientii respectivi au fost avertizati de necesitatea operatiei (de exemplu o litiază biliară, cu colici repetate), parcurgând cortegiul de suferințe reprezentat de boală. Astfel de bolnavi sunt caracterizati de o psihologie relativ comună:

- evoluția cronică a bolii le-a indus o serie de „comportamente de bolnav cronic”

- consideră operația chirurgicală ca pe o sansă de rezolvare definitivă a impasului reprezentat de boala;

- ei adoptă o regresie afectivă și comportamentală de tip infantil ce va suferi modificări specifice climatului psihologic al unui serviciu chirurgical (unii dintre ei, cu alte intervenții chirurgicale în

antecedente si-o reactualizează, fie ca pe un sprijin moral, fie ca pe un esec adaptativ, sub raportul tulburărilor excesive emotionale precedente).

b) *Bolnavii „recenti” accidentali* (urgentele sau bolnavii care au primit indicatii operatorii neasteptate, unii dintre acestia fara un teren patologic preexistent subteran - asimptomatici - altii ajunsi accidental – traumatisme variate - pe masa de operatie) au o altă optică, desi adopta si ei aceeasi regresie afectivă comportamentală (inerenta oricarei situatii de mare pericol în viata oricarui individ).

Această optica este aceea a unui om care este obisnuit sa spere si care nu se poate resemna usor în fata unor perspective ce pot fi inevitabile (de exemplu sechele invalidante sau chiar decesul). Cu alte cuvinte, bolnavul „recent”, trebuie - cu multă diplomatie si variate subtilitati - sa fie pregătit de către chirurg să înfrunte un destin ce poate fi chiar la limita supravietuirii . O nota aparte o fac pacientii sanatosi care vor să-si efectueze interventii chirurgicale în scopuri estetice sau pseudoestetice .Pe de altă parte, absenta tracasarilor somatice si somato-psihiice a unei boli preexistente, permite acestor bolnavi confruntati brusc cu perspectiva unei operatii, sa etaleze pe parcursul actului chirurgical o rezistentă psihologică crescuta, reprezentând un punct de sprijin pretios pentru o psihoterapie ulterioară, dar si un suport psiho-somatic pentru o bună evolutie postoperatorie.

c) *Trasaturi comune ambelor categorii de bolnavi*

În afara regresiei afective si comportamentale , cele două categorii de bolnavi (cronici-acutizati si recentii) sunt unificate prin:

- expectantele lor comune referitor la consecintele actului operator, în calitatea acestuia de „act de autoritate asupra destinului”;
- teama de moarte;
- teama de suferinta;
- teama de infirmitate sau de modificare a schemei corporale.

Aceste „temeri fundamentale” ale pacientului chirurgical se pot manifesta prin doua atitudini diametral opuse fata de urmarile operatiei:

- anxietatea preoperatorie, ca reactie justificata, prezenta la orice individ cu un psihism normal;
- indiferenta sau chiar atitudinea de bravadă („fanfaronadă”), ce poate să deruteze un chirurg neexperimentat si să-i apara acestuia, ulterior, surpriza unor reactii panicale si chiar a unor accidente neuro-psihiice din partea pacientului.

Reactiile postoperatorii în plan psihologic sunt relative independente de terenul biologic sau de tipul operatiei; ele depind mai ales de tipul de personalitate, antecedentele psihiatrice ale bolnavului, dar si de natura relatiilor sale cu echipa de îngrijire, ca si cu ceilalti pacienti din salon.

Diversitatea dar si complexitatea actului operator – la nivelul tuturor componentelor si etapelor sale de desfasurare - dezvolta la bolnavul chirurgical o serie de reactii în plan psihocomportamental în rezonantă cu fiecare element specific abordării sale chirurgicale. Atitudinea față de interventia chirurgicală poate fi *ezitanta*, cu acceptare dificila, in cazul

bolnavilor anxiosi ,dominati de nevoia de asigurare în orice domeniu în care sunt confruntati chiar cu riscuri minime.

De asemenea, atitudinea remarcata poate fi *extrem de imperativă* - solicitari, adeseori abuzive pentru rezolvarea operatorie a unor acuze care pot, uneori, să tină de exprimarea psihosomatică a unor dificultati emotionale ale bolnavilor respectivi (cei cu cene-stopatii în special), dar si ale altora, „recrutati” de regula din rândul celor cu tulburări de personalitate, isterici, ipohondrici, sau debili mintali (acestia din urma acceptă usor ideea operatiei si o sustin ulterior irational).

Un loc special îl ocupă bolnavii „polioperati” a caror constitutie psihologică prezintă o serie de trăsături negative concretizate printr-o presiune marcată asupra chirurgilor - în special asupra rezidenților, mai puțin experimentati - spre a-i determina să opereze în conditii etiologice neclare.

Stresul perioperator (din cursul spitalizării într-o sectie de chirurgie). Înainte de operatie, bolnavul aflat în salonul de spital este dominat de anxietatea (uneori cu rol mobilizator) de care s-a vorbit la descrierea etapei preoperatorii. În acest mediu, ei poartă cu sine povara unor factori de risc psihosociali care se corelează cu aparitia unor decompensări psihice în perioada postoperatorie, la întârzierea vindecării plagii si a reabilitării postoperatorii. Pe parcursul etapei operatorii - apar o serie de solicitări senzoriale si emotionale, care se cer analizate mai pe larg.

Stresul psihic al bolnavilor internati de urgent în unitățile de terapie intensivă consideră ca esentiali următorii factori: lipsa de informatii, despre boala si durata ei, despre prognosticul bolii, monotonia senzorială, data de zgomotele ritmice ale monitoarelor sonore (ECG) si ale altor aparate din sectia ATI, suprastimularea senzorială (si emotională) de către aplicarea tratamentului (perfuzii de exemplu) la pacientii vecini, somnul prelungit care îl privează de înregistrarea unor informatii: crează o anumită „absență” de la evenimentele la care participă, schimbarea ritmică dar frecventă a personalului de îngrijire care lipseste bolnavul de posibilitatea crearii unei relatii constante de comunicare.

Corelate psihologice ale bolii

Transformari psihocomportamentale induse de boala: tulburari nevrotice, supraalimentatie, sedentarism, fumat/droguri,reculul insertie/reinsertie sociala; regresia afectiva si comportamentala, evaziunea, exaltarea Eului,contagiunea informationala;

Tulburările nevrotice sunt urmatoarele : tulburări anxios-fobice, tulburări anxioase, tulburări obsesiv-compulsive , reacții la stres și tulburări de adaptare, tulburări disociative ,tulburări somatoforme

Caracteristicile globale ale acestora sunt: slabă amplitudine clinic, nu prezintă tulburări de conștientă, sunt considerate de sorginte exogenă, nu este important elementul traumatizant, ci importantă este semnificația ce i se atribuie, etiologie preponderent psihogenă, nu ating nucleul personalității, pot fi declanșate de evenimente imediate, pot necesita perioada de elaborare între apariția traumei și instalarea tulburării, se dezvoltă clinic în mod treptat, au perioadă de constituire, organizare și remisiune.

Tulburări anxioase - *Anxietatea* – teamă difuză fără obiect care prezintă un grad mare de generalizare, este difuză, este „lipsită de obiect“, asociată cu un pericol neprecizat, nu poate fi controlată de pacient, manifestări somatice și neurovegetative. Manifestări somatice:

- tahicardie, palpitații, creșterea tensiunii arteriale, dureri/arsuri precordiale, senzație de constricție toracică
- gastrointestinale: greață, senzație de gol în stomac, crampe abdominale, uscăciunea gurii, creșterea tranzitului intestinal
- respiratorii: creșterea ritmului respirator, senzația de lipsă de aer, senzația de sufocare, senzația de „nod în gât“
- alte manifestări: contracții musculare, tremurături, fatigabilitate, transpirații, amețeli, cefalee, paretezii

-*Tulburarea de panică* - atacuri recurente de anxietate severă, debut brusc, adesea imprevizibil, senzația de moarte iminentă, teama de pierdere a controlului, incapacitate de stăpânire și de testare a realității, depersonalizare, derealizare, manifestări neurovegetative, tendința de a ieși din situație, evitarea ulterioară a situației în care s-a produs atacul (durata episodului: 8-10 minute)

-*Tulburarea anxioasă generalizată* - teamă excesivă, difuză, generalizată, „liber flotantă“, teamă proiectată în viitor, premoniția unui pericol, iminent îngrijorarea față de anumite evenimente: incendii, inundații, boală; manifestările apar zilnic, minim 6 luni, irascibilitate, iritabilitate, tremor, manifestări neurovegetative, astenie, fatigabilitate, somn redus, superficial, debut în copilărie, adolescență, la adultul tânăr, evoluție îndelungată,

-*Tulburări anxio-fobice*- grup de entități clinice ilustrate prin: anxietate apărută în legătură directă cu stimulul fobic – fobii specifice, evită situațiile ce declanșează starea, sunt trăite cu discomfort, neliniște, depresie

Fobii specifice - stare de teamă – fobie – teamă cu obiect; teama este provocată de prezența sau anticiparea unei situații sau obiect; conținutul fobiilor este influențat de cultură, vârstă, sex vizează cele mai variate aspecte ale existenței: - locuri și situații: claustrofobie, talazofobie, hidrofobie

- boli, sânge, moarte: nosofobie, hematofobie, tanatofobie
- obiecte, animale, aspecte: aihnofobia, zoofobia, misofobia

Agorafobia- teama de locuri deschise, care asociază frica de a ieși singur în public și frica de mulțime apar comportamente de evitare, ce limitează viața socială tendința de refugiere rapidă și imediată, simptome depresive și obsesive

Fobia socială - teama de a se afla în atenția unor persoane necunoscute, nonfamiliare diferite de membrii grupului familial sau de prieten, înalt investite în plan social, profesional; teama de a se afla în situații sociale nonfamiliare, teama că poate fi pus în condiții jenante, umilitoare; expunerea la aceste situații provoacă stări de panică; evitarea situațiilor sociale ca vorbitul, mâncatul în public, relații sociale restrictive.

Supraalimentatia este o forma de malnutritie in care nutrientii sunt suprafurnizati in raport cu necesarul organismului privind cresterea normala, dezvoltarea si metabolismul. Acest termen face referire la obezitate, provocata de supraalimentarea generala rezultata din consumul mancarilor bogate in continut caloric. Obezitatea si supraalimentatia pot fi raportate si la o oferta excedentara nutritiva specifica, cauzata de consumul excesiv de suplimente alimentare, vitamine si substante nutritive care nu sunt prezente in organism din consumul alimentelor. De asemenea si diferite diete pot cauza dezechilibre nutritionale. In "Manualul Merck de Diagnoza si Terapie", in capitolul intitulat "Malnutritie" sunt prezentate o serie de tulburari de nutritie legate de supraalimentare:

- excesul de greutate, obezitate - obezitatea infantila; sindromul obezitatii de hipoventilatie; obezitatea abdominala;
- otravirea cu vitamine - hipervitamineze A, D, E;
- suprasarcina de minerale - a se vedea erorile innascute ale metabolismului de metal (sunt defecte metabolice congenitale de metal care se refera la tulburarile in prelucrarea sau distributia mineralelor dietetice), toxicitatea;

Normalizarea starii de nutritie incepe cu o evaluare nutritionala. Pacientii care nu pot manca ori cei care au probleme cu absorbtia nutrientilor pot fi hraniti intravenos (nutritie parentala) sau printr-un tub introdus in tractul gastro-intestinal (nutritia enterala). Prognozele facute releva faptul ca 10 % din greutatea corporala a unei persoane poate fi pierduta fara efecte secundare. In cazul in care mai mult de 40 % din greutate este pierduta, situatia rezultata este aproape intotdeauna fatala.

Este necesar ca pacientii care prezinta un risc ridicat de malnutritie sa fie evaluati si reevaluati de multe ori, pe o perioada mai lunga, prin asistenta medicala sau ingrijire la domiciliu.

Supraalimentatia poate rezulta dintr-o tulburare de comportament alimentar (bulimie) sau se justifica medical in timpul unei convalescente sau pentru a compensa o pierdere de greutate cauzata de o boala, de o interventie chirurgicala etc.

Sedentarismul se refera la faptul de a fi sedentar, lipsit de activitate. Sedentarismul este un factor de risc care conduce la aparitia mai multor afectiuni. Cu toate ca din punct de vedere medical este indicat sa evitam obiceiurile sedendare (statul excesiv la calculator, televizor etc), la ora actuala tot mai multe locuri de munca sunt caracterizate prin lipsa activitatii fizice.

Afectiuni provocate si/sau agravate de sedentarism: boli cardiovasculare, tulburari metabolice, obezitate, deviatii ale coloanei vertebrale, anxietate etc.

Psihologia medicamentului si complianta terapeutica

Termenul de psihologie a medicamentului este un termen recent introdus in literatura de specialitate (Iamandescu, 1997). El se refera la aspectele psihologice care apar in momentul in care subiectul se afla in relatie cu medicamentul. Sub aspect psihologic, distingem trei etape in cadrul acestei relatii.

1. Momentul prescrierii medicamentului. In aceasta etapa, factorul psihologic principal se refera la **efectul placebo**. Placebo reprezinta o forma medicamentoasa identica cu cea a unui medicament, dar fara substanta activa a acestuia. Dictionarele de specialitate definesc efectul placebo ca fiind ansamblul manifestărilor clinice care apar la un bolnav sau la o persoană sănătoasă căreia i s-a administrat, in scop terapeutic sau experimental, o substanță neutră din punct de vedere farmaceutic. Caracterile generale ale efectului placebo sunt:

- Substanta administrata este inerta farmacodinamic;
- Efectul este simptomatic;
- Durata efectului este de regula scurta;
- Actiune nespecifica;
- Instalarea efectului este rapida.

Efectul placebo este explicat prin expectantele subiectilor vis-a-vis de efectul scontat al medicamentului prescris. Altfel spus, efectele medicamentului de tip placebo sunt congruente și determinate de expectantele subiectilor referitoare la efectul placebo.

Efectul placebo a fost descoperit într-o clinică în care se încerca un nou medicament pentru banala răceală. Unor pacienți li se administra noul medicament, iar altora pilule din zahăr. Al doilea grup reprezenta grupul de control. Se urmărea eficacitatea medicamentului. Rezultatul a fost unul surprinzător: după câteva zile de tratament, pacientii din ambele grupuri s-au vindecat aproape în egală măsură.

Rolul autosugestiei este extraordinar in procesul de însănătoșire. Efectul placebo este una din cauzele vindecării psihice. Se fac experimente, inclusiv in România, pentru stabilirea valorii unui medicament, incluzând și această componentă psihologică. Se susține faptul că aproximativ 30% dintre pacienți se vindecă fără să aibă nevoie de un efect farmacologic, utilizand “pilulele magice”. Este absolut normal, gândindu-ne că intervine puterea de convingere. Efectul nu duce la o vindecare 100%. El poate fi obținut in primele zile de tratament, apoi poate scădea în intensitate.

Se știe că în cazul bolilor cronice precum diabetul, tratamentele permanente au, în afara efectelor pozitive, și alte reacții nu tocmai benefice părților organismului neafectate de boală. În aceste cazuri, efectul psihologic al medicamentelor este mult mai eficient decat in cazul substanțelor chimice, asimilate de corpul uman.

În psihopatologie, procentul cel mai mare de ameliorare prin efect placebo se înregistrează în manifestările somatoforme hipocondrice și în simptome ca: anxietatea, depresia exogenă, insomnia și astenia. În general, întreaga fenomenologie neurotică se poate ameliora prin administrarea substanțelor Placebo, cu amendamentul că în patologia neurotică efectul Placebo este invers proporțional cu intensitatea manifestărilor clinice, cu durata bolii și cu cantitatea de medicamente primite anterior.

2. *Momentul actiunii farmacologice a medicamentului.* In afara efectului benefic pe plan somatic si psihologic, medicamentele exercita si o serie de efecte adverse (ex. reactii alergice, anxietate, ameteli etc.). Aceste efecte adverse devin stimuli cu valoare psihologica incarcata care pot interfera ulterior - ca urmare a prelucrării lor cognitive - cu buna derulare a tratamentului medicamentos.

Observațiile clinice au arătat că:

- substanțele administrate sub formă de injecții sunt mai eficiente decât cele administrate oral;
- substanțele administrate intravenos sunt mai eficiente decât cele administrate intramuscular;
- pilulele au un efect placebo mai puternic decât soluțiile, iar acestea sunt mai puternice decât tabletele.
- substanțele colorate sunt mai eficiente decât cele necolorate;
- substanțele sapide și mai ales cele amare sunt mai eficiente.

3. *Momentul bilantului.* Aici analiza psihologica se refera la analiza costuri beneficii a tratamentului medicamentos si la decizia continuării sau renunțării la tratamentul tinta. In cazul in care tratamentul a fost reusit, analiza psihologica se refera si la dezvoltarea increderii pentru eventuale readministrari. Din punct de vedere psihologic, un caz particular este dependenta de medicamente. Aceasta dependenta poate implica atat o dependenta fizica cat si una psihica.

Compliance terapeutica se refera la un raport explicit intre comportamentul bolnavului si instructiunile clinice. Acest raport poate determina trei situatii posibile:

1. hipercompliance - care poate merge pana la adaugarea unor mijloace terapeutice neindicate;
2. compliance normala care se inscrie in cadrul prescriptiilor terapeutice;
3. hipocompliance - care poate merge pana la noncompliance si refuzarea prescriptiilor terapeutice.

Factorii de care depinde compliance terapeutica sunt: natura prescriptiilor terapeutice , complexitate acestora, consecintele lor si esecul anterior al unor astfel de prescriptii, medicul (prestigiul sau calitatile relationale cu bolnavul); bolnavul (nivelul de intelegere, tipul de personalitate); boala (severitate bolii, evolutia acuta sau cronica a acesteia); anturajul(experienta si atitudinile acestuia fata de tratament).

Asa cum am mai amintit pe parcursul acestui curs, actul medical se refera la aspectele curative si profilactice in cazul bolilor. Unii din factorii importanti implicati in boala si sanatate sunt cei psihologici.

Modalitati de optimizare a actului de ingrijire

Calitatea vietii si obiective sanogenetice

Calitatea vieții 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 .Mai specific, prin calitatea vieții în medicina se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor

cotidiană. O definiție utilitaristă este propusă de Revicki & Kaplan (1993): calitatea vieții reflectă preferințele pentru anumite stări ale sănătății ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității. Este vorba de următoarele dimensiuni ale calității vieții:

- *Bunăstarea emoțională sau psihică*, ilustrată prin indicatori precum: fericirea, mulțumirea de sine, sentimentul identității personale, evitarea stresului excesiv, stima de sine (self-esteem), bogăția vieții spirituale, sentimentul de siguranță. Relațiile interpersonale, ilustrate prin indicatori precum: a te bucura de intimitate, afecțiune, prieteni și prietenii, contacte sociale, suport social.
- *Bunăstarea materială*, ilustrată prin indicatori precum: proprietate, siguranța locului de muncă, venituri adecvate, hrană potrivită, loc de muncă, posesie de bunuri (mobile – imobile), locuințe, status social. Afirmarea personală, care înseamnă: competență profesională, promovare profesională, activități intelectuale captivante, abilități/deprinderi profesionale solide, împlinire profesională, niveluri de educație adecvat profesiei.
- *Bunăstarea fizică*, concretizată în sănătate, mobilitate fizică, alimentație adecvată, disponibilitatea timpului liber, asigurarea asistenței medicale de bună calitate, asigurări de sănătate, activități preferate interesante în timpul liber, formă fizică optimă sau fitness.
- *Independența*, care înseamnă autonomie în viață, posibilitatea de a face alegeri personale, capacitatea de a lua decizii, autocontrolul personal, prezența unor valori și scopuri clar definite, auto-conducerea în viață.
- *Integrarea socială*, care se referă la prezența unui status și rol social, acceptarea în diferite grupuri sociale, accesibilitatea suportului social, climat de muncă stimulat, participarea la activități comunitare, apartenența la o comunitate spiritual-religioasă.
- *Asigurarea drepturilor fundamentale ale omului*, cum sunt: dreptul la vot, dreptul la proprietate, la intimitate, accesul la învățatură și cultură, dreptul la un proces rapid și echitabil etc. În contextul activității din domeniul medical, se impune găsirea unor criterii operaționale pentru măsurarea calității vieții pacienților. Printre modelele existente, se pot aminti: modulul celor 14 nevoi fundamentale ale pacientului, sistematizate de Virginia Henderson (Henderson, 1996, 1977) și cele 12 activități cotidiene esențiale pentru un pacient (menținerea unui mediu de viață sigur și sănătos, comunicarea cu semenii, respirația, hrana și băutura / satisfacerea minimumului de hrană și apă, eliminarea excrețiilor, îmbrăcarea și curățenia corporală, controlul temperaturii corporale, mobilitatea corporală, munca și jocul, exprimarea sexualității, somnul, moartea/decesul).

Dinamica relației asistent medical-pacient

Asistentul medical trebuie să se apropie și să-l cunoască mai bine pe beneficiarii îngrijirilor, să ofere îngrijiri mai bune, individualizate, complete și continue. Boala este ruperea echilibrului armoniei, care se traduce prin suferința fizică, psihică, o dificultate sau o inadaptare la o situație nouă, provizorie sau definitivă. O persoană “întră în boala” cu un anumit tip de sistem nervos și de temperament cu un anumit caracter și inteligentă, cu o anumită ereditate, cu complexe și păreri preconcepționate, cu un anumit orizont cultural și de aceea bolnavul ia diverse

atitudinii fata de boala, dar in acelasi timp si fata de echipa medicala: incredere, stima, simpatie, insa- posibil- si indoiala, teama, dispret, ura. Noi suntem nevoiti sa-i tratam neconditionat pe toti.

Relatia asistent medical – pacient va fi de acceptare reciproca, o atitudine de respect, caldura si intelegere empatica fata de pacient, cu toate ca de multe ori, asistenta medicala este considerata o simpla masina de indeplinit ordinele medicului, uitandu-se ceea ce este esential in practica medicala, si anume: intelegerea si disponibilitatea fata de pacient, medicul vine si pleaca, pe cand asistenta e cea care supravegheaza, ajuta si ingrijeste pacientul. Din aceasta cauza, relatia dintre asistenta medicala si pacient nu trebuie sa se limiteze numai la aplicarea tratamentului, ci si la stabilirea unei comunicari psihice cu el, pentru a-l putea ajuta in a-si exprima trairile interioare.

Comunicarea asistentei medicale cu pacientul trebuie sa fie concordanta cu starea lui actuala, cu posibilitatile lui de intelegere si asociata cu elemente de sprijin pentru a influenta pozitiv evolutia bolii sale. Adesea, atitudinea noastra insuficient controlata (orice semn cu capul, susoteli cu membrii familiei, orice denumire stiintifica neinteleasa de catre pacient, chiar tacerea) influenteaza bolnavul, generand suspiciuni si disconfort.

La baza eticii medicale stau o serie de trasaturi morale si profesionale ale asistentei medicale (personalului de ingrijire) cum ar fi: cinstea, onestitatea, spiritul de daruire, solitudinea, altruismul, ascultarea empatica, respectul. Din acest motiv, profesia medicala trebuie exercitata cu rabdare, generozitate, pasiune, sinceritate, locul central in activitatea de ingrijire ocupandu-l pacientul, care trebuie inteles si acceptat “asa cum este. O atitudine apropiata fata de bolnav nu inseamna umilinta, mai ales ca pacientul iti incredinteaza secretele sale, trairile, pe care in alte conditii nu le-ar face. In plus, un comportament corect fata de bolnav implica pastrarea confidentialitatii acestor destainuiri. Sigur ca exista cazuri când esti obligat sa divulgi unele secrete, dar trebuie sa stii când si cui sa o faci. Cele mai importante atribuții ale unei asistente medicale sunt : asistarea medicului la efectuarea investigațiilor clinice, realizarea investigațiilor paraclinice uzuale, programarea pacienților pentru investigații de specialitate, administrarea tratamentelor, intervenții în situații de urgență, monitorizarea stării pacientului, completarea documentelor de evidență a medicamentelor, de evidență a pacienților și de observație clinică medicală, sterilizarea instrumentelor și a materialelor, administrarea medicamentelor, asigurarea condițiilor igienico- sanitare generale la locul de muncă, precum și asigurarea condițiilor necesare desfășurării tratamentelor și recoltărilor.

Inca de la internare comunicarea cu pacientul se dovedeste a fi cea mai importanta, pacientul trebuie sa fie echilibrat psihic – asistenta medicala explicandu-i scopul si natura interventiilor, familiarizeaza pacientul cu mediul sau ambiant, asigura un mediu de securitate linistitor si administreaza medicatia recomandata de medic, local si general. De asemenea, suplineste nevoile pe care pacientul nu si le poate satisface autonom: a manca si a bea, a se misca si a avea o buna postura, a-si mentine tegumentele curate si integre, a evita pericolele, a se odihni, a comunica. Interventia asistentei medicale va fi orientata asupra “lipsei” si consta in a spori independenta pacientului. In final se obtine ameliorarea “dependentei” sau “castigarea independentei”. Ingrijirile trebuie sa favorizeze drumul spre independenta, spre castigarea autonomiei pacientului. In momentul externarii din spital, pacientul va fi pregatit si instruit asupra noului sau mod de viata, evitarea eforturilor fizice , administrarea corecta a medicatiei, controale medicale periodice , iar apartinatorii vor fi informati si ei la randul lor de modul de viata al pacientului. De asemenea, asistenta medicala din ambulator va fi informata asupra pacientului externat pentru a-l avea in evidenta, unii dintre acesti pacienti avand nevoie

permanenta de o persoana care sa-i ingrijeasca la domiciliu (pacienti cu cecitate din diverse cauze).

In concluzie, competenta profesionala se demonstreaza prin cunostinte teoretice aprofundate si capacitatea de a le aplica intr-o activitate creatoare, de ingrijire individualizata, personalizata, competenta si umana.

Automedicația pro și contra

Cine ia pastile fără să meargă la doctor își face automedicație.

De-o parte medicii și cercetătorii strigă din rărunchi: „automedicația este o gravă eroare!” De cealaltă parte, pacienții care nu au bani, sunt ignoranți sau au trecut prin diagnostice incorecte și nu mai au încredere în medici, dau replica: „Nu ne interesează!” Durere, febră, diaree, constipație? Pot trece cu simple OTC-uri, fără prescripție medicală. Dar la fel de bine pot fi simptome ale unor boli grave precum cancerul, ocluziile intestinale, infecții ale sângelui etc. care necesită prezentarea de urgență la medic. Pacientul alege.

Statisticile spun că 73% dintre români își administrează singuri medicamente, iar cam-pioane sunt femeile, în 82% dintre cazuri, în timp ce bărbații apelează la automedicație în 63% dintre cazuri. Medicamentele fără rețetă sunt, în general, mai ieftine, sau în orice caz accesibile și te scutesc de vizita la medic. Pe termen scurt pare a fi soluția, pe termen lung însă lucrurile stau altfel. De pildă, antibioticele luate în neștire slăbesc imunitatea omului, dar întăresc rezistența bacteriilor rele la medicamente. Alteori, antibioticele dau alergii grave care se finalizează cu decesul pacientului. Banalele calmante, folosite fără judecată, pot ascunde de fapt afecțiuni grave, care rămân astfel nediagnosticate și pot determina moartea. Excesul de vitamine și minerale poate duce la alte boli grave (fragilizarea oaselor, probleme ale tiroidei, rinichilor, ficatului, sângerări gastrice etc.), iar lista e lungă.

Problemele legate de automedicație derivă din educația sanitară deficitară a românilor și din lipsa banilor: „Sunt două categorii de oameni: cei ignoranți, care spun iau x medicament pentru că am auzit eu la televizor sau mi-a zis o vecină că-mi trece (cazuri frecvente și cele mai periculoase, vina aparține pacientului) și cei care nu au bani, motiv pentru care evită să se adreseze medicului (vina aparține sistemului sanitar). Mai mult, fiindcă la medicul de familie, în ziua de astăzi, adesea trebuie să te programezi cu mult timp înainte, iar durerea pe care o are pacientul nu poate să sufere amânare, omul se lasă păgubaș și merge direct la farmacie și cere ceva ca să-i treacă suferința sau să i-o amelioreze. Dacă se adresează cu lucruri mărunte, atunci farmacistul poate răspunde OK, iar acest tip de automedicație poate fi corect, în fapt e recomandarea unui specialist. Se întâmplă, însă, nu de puține ori, ca probleme banale să fie simptome pentru afecțiuni grave, lucrurile sunt complicate și țin de competența doctorului. De pildă, pacientul are o constipație care poate ascunde o ocluzie/subocluzie intestinală. Vine la farmacie, cere purgative și luându-le rupe ocluzia și face peritonită! Iată doar un exemplu, care ne spune de ce nu tre-buie evitată vizita la medic. Și mai este un aspect! Pacienții nu spun

întotdeauna farmacistului despre celelalte afecțiuni de care suferă și pentru care poate chiar se află sub tratament. Medicamentele pot da reacții adverse ele înse-le, dar dau reacții adverse și interacționând cu medicația pe care o ia pacientul în urma altor afecțiuni de care suferă. Acesta e cazul diabeticilor, al cardiacilor, cărora nu li se pot administra anumite medicamente fiindcă respectivele interacționează cu tratamentul pentru problemele cardiovasculare, diabetice etc.

Un pacient informat și educat asupra afecțiunii de care suferă va putea fi proactiv și va fi capabil să ia decizii în cunoștință de cauză privind îngrijirea lui. Automedicația înseamnă tratamentul unor afecțiuni cu medicamente special concepute și aprobate ca fiind sigure și eficiente atunci când sunt utilizate fără prescripție și supraveghere medicală. Automedicația este parte a auto-îngrijirii; asociațiile medicale, agențiile de control al medicamentelor și Parlamentul european susțin și promovează importanța automedicației responsabile. Aceasta presupune o delimitare clară a medicamentelor obținute pe bază de prescripție versus fără prescripție medicală. Această clasificare este făcută de către Agenția Națională a Medicamentului, autoritatea națională care trebuie să se asigure că medicamentele, etichetate fără prescripție medicală, sunt suficient de sigure astfel încât să nu aibă un efect dăunător asupra sănătății.

Medicii recomandă o atenție sporită în cazul femeilor însărcinate sau care alăptează ori al nou-născuților și copiilor mici. Aici automedicația trebuie pe cât posibil evitată.

O altă caracteristică a automedicației responsabile este folosirea doar a acelor medicamente care sunt aprobate și înregistrate legal ca putând fi administrate fără prescripție medicală. În plus, în cazul automedicației, responsabilitatea pentru folosirea unui medicament îi revine în special persoanei respective. Ca urmare, aceasta trebuie să fie capabilă să recunoască simptomele, să decidă dacă ele pot fi tratate cu astfel de medicamente, să aleagă un tratament corespunzător și să urmeze indicațiile de administrare din prospect. Pentru a limita posibilele riscuri, medicii trebuie să educe persoanele cum să folosească automedicația, în special dacă acestea suferă și de alte afecțiuni. De asemenea, pacienții trebuie să fie încurajați să citească atent prospectul fiecărui medicament pe care și-l administrează. Mai mult, farmaciștii au responsabilitatea profesională să recomande un anumit medicament care să fie util într-o anumită circumstanță.

Și încă ceva! Publicitatea și campaniile de marketing pentru automedicație trebuie să fie responsabile, astfel încât mesajul să fie clar, precis, cu prezentarea echilibrată a beneficiilor și riscurilor. Nu trebuie să încurajeze automedicația iresponsabilă, cumpărarea neadecvată a medicamentelor sau cumpărarea unor cantități mai mari decât necesare”, este de părere dna doctor Ileana Andreescu. Așadar, putem face automedicație, dar în niște limite. Când putem recurge la automedicație? „Durata automedicației variază în funcție de circumstanțe, însă, în mod normal, nu ar trebui să depășească trei-șapte zile. Exemplele de condiții medicale la care se poate aplica automedicația sunt: răceală, gripă, tuse, durerea în gât, dispepsie, arsurile gastrice, constipație, diaree, vărsături, insolație, dureri de intensitate mică/moderată, cum ar fi cefaleea sau durerile musculare, afecțiuni cronice deja diagnosticate și la care s-a exclus riscul de patologie gravă (de exemplu: rinita alergică, migrenă, artroză moderată a genunchiului). Automedicația nu este adecvată în următoarele situații: simptomele persistă, starea generală se

agradează, simptomele cresc în intensitate, durerea devine severă, automedicația nu are nici un efect, apar reacții adverse. În aceste situații se recomandă să se consulte un medic.”

Abordare în cazul pacienților psihici

Cum îi percep oamenii pe bolnavii psihici?

Una dintre cele mai importante componente ale imaginii pe care o au oamenii despre bolnavii psihici este pericolul social pe care îl reprezintă bolnavii psihici pentru societate în general și pentru ei personal în particular. Bolnavii psihici sunt percepuți ca fiind periculoși și determină o reacție de teamă pentru că sunt considerați agresivi, chiar și capabili de crimă. În concepția oamenilor, ceea ce îi face să fie agresivi sau să nu își controleze agresivitatea sunt o serie de trăsături ,precum faptul că sunt: iraționali, iresponsabili, inconștienți, superficiali și lipsiți de discernământ.

Cel mai pregnant apare în imaginea pe care o avem despre bolnavii psihici și o serie de probleme emoționale care pot favoriza reacții agresive. Astfel, ei apar ca fiind: instabili emoțional și comportamental, agitați, anxioși, iritabili, nervoși, cu accese de furie, cu toleranță scăzută la frustrare, vulnerabili, traumatizați, chiar și apatici, indiferenți afectiv, deci dezechilibrați emoțional. Toate aceste probleme emoționale îi fac instabili, influențabili, impulsivi, necontrolați și, în consecință, imprevizibili. Faptul că bolnavii psihici pot avea izbucniri oricând și sunt văzuți ca fiind iraționali în comparație cu modul obișnuit de a gândi și iresponsabili, oamenii se așteaptă de la ei la cea mai neplăcută reacție posibil, la agresivitate bruscă, nemotivată și fără semne prevestitoare care să îi pună în gardă pentru a avea timp să se apere. De aceea, oamenii ajung să fie prudenți, să se afle într-o stare de alertă când au bolnavii psihici în preajmă care ar putea constitui o amenințare la integritatea lor fizică și chiar la viața lor.

Pericolul poate privi pe cel afectat (boala mortală, netratabilă, gravitatea simptomelor, prognostic prost, aduce restricții în viața bolnavului sau pericolul poate fi pentru observator/cel care interacționează cu stigmatizatul (boală contagioasă-HIV/SIDA, provoacă comportament violent, anticiparea unui disconfort în timpul interacțiunii, lipsa unor scenarii pentru comportamentul adecvat. Pericolul poate fi **instrumental**, cel care amenință viața, sănătatea sau proprietatea (frica de infectare sau pericol fizic pentru observatori, anxietate și respingerea morala a cuiva infectat cu HIV, care este o amenințare reala) sau **simbolic**, cel care amenință credințele, valorile, ideologia sau modul în care un grup își organizează domeniile social, politic sau spiritual (devianții și cei cu malformații ne amenință starea de bine și nevoia de ordine și de a crede într-o lume dreaptă în care accesul la resurse se face în funcție de merit și în valorile sociale; stigmatele ne fac să ne confruntăm cu unele dintre cele mai deranjante și neplăcute întrebări asupra sensului existenței umane).

Gravitatea bolii este asociată cu gradul de pericolozitate, de aceea accentuează tendința de respingere socială. Aceasta se corelează și cu atribuirea responsabilității: cu cât gravitatea este mai mare, cu atât persoana este găsită mai vinovată pentru starea în care se află. Tajfel a descoperit că cu cât este mai grav un accident rutier, cu atât șoferul este considerat mai vinovat.

Deși există campanii de informare prin canalele mass-media și de propagandă împotriva discriminării, observăm că atitudinile negative față de anumite grupuri sociale continuă să existe în societate. Protestul împotriva discriminării și stigmatizării poate întări stigmatul în loc să-l diminueze. Cercetările au arătat că atunci când ceri oamenilor să-și ignore sau să-și suprimă gândurile și atitudinile negative față de un anumit grup pot apărea reacții de rezistență și se poate întâmpla să obții efectul invers sau suprimarea stereotipurilor poate să nu influențeze într-o prea mare măsură comportamentul. Nici contactul cu o persoană stigmatizată nu este suficient pentru a reduce stigmatizarea grupului pentru că individul cu care se intră în contact poate fi considerat o excepție, nereprezentativ pentru grup, și nu duce la o generalizare la întregul grup.

Pentru că boala reprezintă o discrepanță față de normă sau față de un ideal este deviantă; nu corespunde expectanțelor despre ceea ce este normal sau dezirabil. Aici vorbim de normalitate socială, de ceea ce este considerat dezirabil social, de ceea ce se impune ca fiind normal prin normele sociale care au ca efect controlul și manipularea membrilor societății pentru ca, în final, să îi securizeze în relațiile sociale.

Societatea stabilește felul în care sunt categorizate persoanele și considerarea unor caracteristici ca fiind obișnuite pentru membrii diferitelor categorii. Regulile și valorile care reglează identitatea socială dezirabilă nu pot fi respectate întrutotul de nici un individ, apare un eșec parțial care poate fi ascuns, o diferență între identitatea reală și cea ideală – aceasta este devianța normală (devianța primară - Lemert). Oricine poate fi stigmatizat, depinde de contextul social prezent, deoarece atributul care apare ca fiind anormal sau deviant poate fi diferit de la o situație la alta.

Stigmatizarea implică etichetarea (atributul) și devalorizarea socială bazată pe acel atribut.

În momentul aplicării etichetei apare devianța secundară. Eticheta devine o componentă a identității individului. Conform lui Goffman stigmatul nu este o caracteristică a persoanei căreia îi este atribuit, ci o relație între stigmatizat și cel “normal”, bazată pe o recunoaștere împărtășită asupra a ceea ce este, într-un anumit context și într-o relație particulară, discreditabil. Reacția socială este cea care generează devianța, aceasta nu este o caracteristică în sine a comportamentului individului.

Stigmatul presupune un anumit tip de relație între un atribut și un stereotip. O informație individuală care nu aparține atributelor identității sociale predefinite (stereotip) nu face parte din stigmat.

Atât indivizii normali, cât și cei stigmatizați încearcă să evite contactul cu persoanele stigmatizate. Interacțiunile persoanei stigmatizate cu indivizii normali o fac să simtă disconfort psihic, anxietate și cresc excesiv autoconștientizarea. O sursă de disconfort în cadrul interacțiunii este faptul că persoana stigmatizată este conștientă de faptul că indivizii normali sunt conștienți de stigmatul ei. Aceasta îl face să încerce să controleze imaginea pe care ceilalți și-o fac despre el.

Deși se presupune că devianța depinde de comportamentul membrilor grupului, de fapt apartenența la o categorie deviantă este penalizată. Devianța nu este o proprietate inerentă

comportamentelor, ci este o etichetă aplicată de majoritate membrilor unui grup. Definirea unui act ca fiind deviant ține de reacția socială care poate varia de la respingere, sarcasm, muștrare, ironizare până la ostilitate și chiar condamnări și sancțiuni penale.

În cadrul procesului de apariție a devianței indivizii parcurg următoarele etape: observatorul etichetează un comportament ca fiind deviant, apoi aplică eticheta de deviant autorului aceluși act și, în cele din urmă, reacționează față de deviant dezaprobat, cu diferite grade de intensitate. Dacă membrii unui grup nu reacționează față de o manifestare deviantă aceasta rămâne invizibilă sau nu există ca atare.

Pornind de la definiția dată stigmatului de Julio Arboleda-Florez (o construcție socială prin care un semn distinctiv de dizgrație este atașat celorlalți pentru a-i identifica și a-i devaloriza) putem identifica **doua etape ale procesului de stigmatizare care au loc la nivelul individului care stigmatizează: recunoașterea semnelor diferențiator și devalorizarea ulterioară a purtătorului lui**. Așadar, este pertinent ca în studiul stigmatului să înregistrăm stereotipul față de un grup și măsura în care trăsăturile componente ale stereotipului sunt indezirabile social, devalorizate.

Stigmatizarea există atunci când apare următoarea combinație: oamenii disting/identifică și etichetează diferențele dintre oameni, credințele culturale dominante în societate asociază persoanele etichetate cu caracteristici indezirabile, cu stereotipuri negative, persoanele etichetate sunt plasate în categorii distincte astfel încât să se asigure separarea/distincția “noi”-”ei”, persoanele etichetate își pierd statusul, puterea ca rezultat al dezvoltării unei condiții stigmatizate (schizofrenie, SIDA) sau a identității (homosexual, criminal) și sunt discriminate, le este limitat accesul la resurse; apare respingerea, excluderea socială. Stigmatizarea este strâns legată de accesul la puterea socială, economică și politică care permite identificarea diferențelor, construirea stereotipurilor, separarea persoanelor etichetate în categorii distincte și excluderea lor.

În concluzie, **termenul de stigmatizare se aplică doar atunci când apar împreună elemente de etichetare, stereotipizare, separare, pierdere a statusului și discriminare** într-o situație de putere care permite acestor elemente să apară. Stigmatizarea nu se identifică cu discriminarea, un rol important îl are puterea și controlul social. De aceea avocații, care sunt văzuți într-o lumină negativă și sunt uneori discriminați, nu sunt stigmatizați. A fi avocat nu-ți influențează negativ identitatea; avocații au putere și în virtutea statusului lor nu sunt vulnerabili la stigmatizare. Stigmatul este inerent structurilor sociale din care este alcătuită societatea. El este evident în modul în care sunt organizate legile, serviciile sociale și sistemul judiciar, ca și în modul în care sunt distribuite resursele.

La această impresie de anormalitate contribuie și aspectul fizic exterior caracteristic (23): Privirea goală, fixă și inexpressivă, faciesul specific și gesticulația exagerată, ținuta neglijentă, murdară, aspectul fizic bizar, paloarea feței. La acestea se mai adaugă, dar deloc pregnant, statusul socio-economic scăzut (2): mediu de proveniență sărac, cerșetori.

Oamenii percep că bolnavii psihic au simțul realității afectat, fiind ruși de realitate, dezorientați, confuzi, incapabili să se concentreze, cu un discurs incoerent și delirant și negându-și boala.

Bolnavii psihic sunt percepuți ca fiind inutili social și chiar o povară pentru cei apropiați și pentru societate în general, incapabili să muncească, incapabili să ducă o viață normală, neajutorați, au nevoie de ajutorul celorlalți, dependenți de alții sau de medicamente.

Reacția societății: în general, oamenii percep reacția societății față de bolnavii psihic ca fiind negativă și constând în marginalizare, evitare, izolare, stigmatizare, respingere, defavorizare; bolnavii psihici pot fi și neînțeleși de către ceilalți, mai puțin tolerați, pot fi țapi ispășitori, sursă de amuzament, unora le trezesc curiozitatea. Reacția pozitivă apare într-o mult mai mică măsură și constă în compasiune și conștientizarea că bolnavii psihic au nevoie de ajutor.

Reacția socială față de bolnavii psihic capătă o anumită semnificație prin prisma teoriei țapului ispășitor care este o alternativă de explicare a apariției prejudecăților și discriminării. Această teorie sugerează că un individ, în loc să-și asume vina, transferă responsabilitatea pentru eșec unui grup vulnerabil, are loc localizarea externă a sursei frustrării. Frustrarea este înțeleasă ca o piedică în atingerea unui scop, o “interferență intervenită într-o secvență comportamentală” (Dollard). Frustrarea duce la agresivitate care, de cele mai multe ori nu poate fi îndreptată împotriva sursei frustrării când aceasta este prea puternică sau imposibil de agresat (de exemplu, șeful, statul, condițiile economice). În acest caz, agresiunea va fi îndreptată spre o altă țintă, care nu este capabilă să riposteze.

Stigmatizarea poate fi o reacție defensivă, empatizarea cu un stigmatizat poate constitui o amenințare personală. Dacă faci salientă/vizibilă vulnerabilitatea cuiva față de o nenorocire asemănătoare, este posibil să apară un răspuns defensiv prin care cineva încearcă să se distanțeze psihologic de individul și grupul stigmatizat. Fie nu le place să recunoască că pot avea o asemenea problemă, aceasta le-ar produce disconfort psihologic, fie nu vor ca ceilalți să-i asimileze cu stigmatizații și să le aplice același tratament. Această distanțare poate consta în reducerea empatiei și chiar în defavorizarea și învinuirea victimelor (Lerner, 1980, în Chelcea, 2002).

Persoanele normale se simt inconfortabil dacă li se atribuie o responsabilitate: “nedreptatea și durerea de a purta un stigmat nu le va fi prezentate niciodată; înseamnă că cei normali nu vor trebui să recunoască față de ei înșiși cât de limitate sunt tactul și toleranța lor și vor putea rămâne necontaminați de contactul intim cu cel stigmatizat, vor păstra distanța și vor rămâne astfel relativ neamenințați în credințele despre identitatea de sine”.

Atribuirea vinei/responsabilității pentru condiția de bolnav mintal este considerată a aparține eredității care joacă un rol important în determinismul bolii mintale, sau societății, în unele cazuri existând o atribuire externă și necontrolabilă, dând vina pe soartă, considerându-i ghinionști.

Se observă că bolnavii psihic nu sunt considerați responsabili pentru starea lor, cauza fiind mai degrabă localizată în exterior și fiind necontrolabilă.

În cazul **stigmatelor determinate comportamental**, posesorii lor sunt percepuți a fi slabi moral și că nu își exercită libertatea de voință pentru a se abține de la comportamentul care duce la apariția stigmatului. Acest lucru influențează solicitarea și acordarea de ajutor.

Stigmatetele necontrolabile și stabile (ireversibile) nu reduc dorința de a acorda ajutor și sunt percepute a fi ținta unor modalități de intervenție care duc la ameliorare și la adaptarea la stigmat și nu la eliminarea lui. Stigmatetele determinate comportamental determină mai puțină milă, simpatie, mai puțină dorință și intenție de a ajuta și mai multă furie și tendința de a evita stigmatizatului decât stigmatetele fizice.

Pacienții cu tulburări de personalitate sau comportamente regresive, internați, deseori au crescute anxietatea, furia, indignarea și au o nevoie de a pedepsi sau un comportament evitant față de personalul secției. Medicul poate fi în situația de a reduce tensiunea prin educarea personalului cu privire la diagnosticul pacientului și asupra motivației pe care o are pentru reacțiile puternice afișate. Această abordare, ce se poate practica și în cazul familiei, detensionează de obicei situația prin scăderea afectelor negative în rândul personalului spitalului și, ca urmare a acestei schimbări, apare și reducerea problemelor afective ale pacientului. Atunci când există un conflict între personalul medical și pacient, este esențial să se aibă în vedere dacă plângerea pacientului este îndreptățită. Dacă sunt probleme reale, atunci acestea trebuie corectate. Pentru unii pacienți cu tulburări de personalitate, în special indivizii obsesiv-compulsivi, lucrul cu echipa implicată în tratamentul acestora poate ajuta foarte mult.

Fiecare pacient are sentimentul că cineva trebuie să aibă grijă de el permanent. Deși este dificil pentru personal să tolereze acest lucru, este important de reținut că acest sentiment este modul prin care pacientul încearcă să facă față stării prin care trece atunci când este speriat. Acest comportament stârnește un puternic contratransfer ce trebuie cunoscut și evitat de către medic. Asigurați în mod repetat pacientul că înțelegeți ce cere dar, deoarece credeți că are nevoie de cea mai bună îngrijire posibilă, veți continua să urmați tratamentul recomandat de experiența și judecata echipei care îl îngrijește. Pacientul are o mulțime de cereri, uneori în conflict unele cu altele, și se înfurie foarte repede atunci când aceste cereri nu-i sunt îndeplinite. Pacientul poate amenința că își va face rău singur sau că va părăsi spitalul dacă lucrurile nu se desfășoară în modul așteptat de el. Dacă pacientul amenință că își va face rău sau va face rău altora, trebuie să i se comunice că va fi imobilizat dacă va încerca să facă acest lucru. În orice caz, nu trebuie duse discuții contradictorii permanente cu pacientul.

Iatrogenia psihogena

În epoca actuală contactele medicului cu populația sunt foarte numeroase, actele medicale sunt multiple și complexe, tehnicile de explorare adesea laborioase. Este deci just să ne întrebăm și de caracterul nociv al acestor acte medicale. Prin prescripții abuzive, cedând insistențelor bolnavilor, medicul poate promova polipragmazia, inclusiv atunci când utilizează substanțe sau doze inadecvate. **Bolile iatrogene** sunt boli provocate de medici și de practicarea incorectă a

medicinii. S-a ajuns ca prin multiplele contacte ale medicinei cu individul, datorită comportamentului personalului medical, a organizării defectuoase a instituțiilor medicale să apară o serie de **reacții psihopatologice și psihosomatice, fenomene cunoscute sub denumirea de boli iatrogene**. Actul medical este un act stresant, în ciuda datoriei medicului de a vindeca suferința cu dezinteres și sacrificiu (jurământul lui Hipocrate promițând în schimb medicilor viață lungă și imortalitate).

Iatrogenia are totdeauna o bază nevrotică, este o reacție psihogenă care apare ca efect al ideologiei medicale. Toate sectoarele medicale pot deveni iatrogene (anamneză, examen fizic, explorări, metode terapeutice). Boala iatrogenă nu se datorează unei rele credințe din partea personalului sanitar, ci prin greșeli de practică și relație cu pacientul (un cuvânt sau un act interferat nefericit). Pacientul realizează, de exemplu, din atitudinea medicului că acesta este incapabil de a ști ce se întâmplă cu el, motiv care duce la declanșarea unei stări de anxietate. Informații din presă, radio, expresii medicale auzite pot determina la bolnavi reacții psihice. Receptivitatea mesajului medical, semnificația atitudinii medicului, a terapiei are importanță.

Medicul, în cursul relației cu pacientul emite mesaje multiple, complexe, emite mesaje scrise sau verbale, prin diferite expresii, tăceri, cuvinte spuse cu jumătate de gură. Bolnavul va încerca să descifreze aceste mesaje și apoi să le recifreze în sistemul său informațional personal. Dar așa cum am văzut, boala este o situație regresivă care se acompaniază de o stare de alertă, în care se modifică percepțiile, imaginația este deformată, gândirea nu mai este logică, apar fantasmе, frică, neliniște. Pe de altă parte este foarte greu pentru medic să reducă la o strictă obiectivitate mesajele sale și semnificația atitudinii sale. După Fernandez acțiunile iatrogene ar lua trei forme:

1. *Atitudini agravante* care costau din partea medicului din atitudini insecurityzante, de respingere, abandon, neîncredere. Fără a vorbi de erori terapeutice explorările delaborator, funcționale, biopsii nu sunt bine înțelese și acceptate. Contradicțiile dintre medici, criticile antideontologice ce și le fac, au o mare influență negativă. Atitudinile alarmiste duc la creșterea anxietății și depresiei.

2. *Agravarea iatrogenă* constă dintr-un ansamblu clinic de tip nevrotic, cu inducție medicală. Ar exista la acești bolnavi o prenevroză care ar favoriza acțiunea negativă a medicului. Pacientul ar fi de fapt un candidat inconștient la proliferarea tulburărilor funcționale, care de fapt nu au așteptat decât ocazia de a se manifesta.

3. *Iatrogenia ideopatică* care apare în fața unei situații insecurityzante ca repercursiune neașteptată a unui act medical

De fapt la orice bolnav ar exista 2 categorii de boală:

- O boală autogenă care reprezintă plângerile bolnavului (dureri, suferințe, frici);
- O construcție a medicului, care constă în punerea în forme clinice a unei boli, care prin examene, explorări, întrebări, interpretări, diagnosticări probabile, creează altă "realitate" și care într-o anumită măsură reprezintă un anumit grad de boală iatrogenă (medicul având aici rolul unui regizor). Bolnavii cronici mai acumulează și

o anumită "cultură" medicală, la acest lucru contribuind și faptul că medicii au concepții diferite și adesea nu se înțeleg între ei. Vorbind de "puterea medicală" se subliniază adesea că pe această bază medicii pot exercita o adevărată "dictatură" a cărui rezultat este suferința fizică și morală a pacientului.

Această dictatură apare prin aceea că medicul este acela care impune diagnosticul, tratamentul, spitalizarea, intervențiile chirurgicale, comportându-se adesea ca un ignorant sau ca un producător de angoasă, și mai rău ca un inamic care ar vrea să se debaraseze de anumiți pacienți pe care îi trimite mereu la alți specialiști și adesea chiar la psihiatru. Frecvent medicul mai apare și în postura de complice a familiei, medicul apărând adesea ca fiind avid de putere și uzând de puterea medicală după plăcerea și complexele

Abordare în situații de criză și în faza terminală

Asistența psihologică a pacienților neoplazici:

- în faza de stabilire a diagnosticului (atitudine optimistă, dar fermă);
- în perioada inițierii tratamentului (abordare raportată la personalitatea pacientului);
- în recidiva sau stadiu terminal (sustinere, suport emoțional)

Scoala anglo-saxonă : Intotdeauna comunicăm diagnosticul !!!

Scoala franceză : Comunicăm diagnosticul dar cu prudență și după ce am verificat ca pacientul dorește să știe!!!

România (prof. IB Iamandescu) : Cunoașterea diagnosticului poate agrava evoluția pacientului !

Argumente pro și contra

Pro :

1. 95% dintre pacienți doresc să își cunoască diagnosticul.
2. Pacientul are dreptul să hotărască singur în ceea ce privește viața lui (ex. face sau nu chimioterapie, face sau nu intervenția chirurgicală)
3. Pacientul are dreptul să își organizeze ultimele clipe de viață, să își îndeplinească ultimele dorințe (ex. să-și revadă o rudă din străinătate)
4. Pacientul are dreptul să decidă în problemele administrative care îl privesc nemijlocit (ex. Redactarea testamentului)

Contra :

1. Stresul psihic deprimă imunitatea
2. Există unele dovezi epidemiologice ca pacienții care își cunosc diagnosticul trăiesc în medie cu 6 luni mai puțin decât cei care nu îl cunosc.

Strategiile utilizate de personalul medical se regăsesc în următoarele sfere de acțiune: centrare pe disconfort somatic, susținerea dialogului (încurajare, consolare), mobilizarea resurselor pacientului, apel la rețeaua de suport social (instituții: familia, biserică, asistența socială, medicina).

Strategiile psihoterapeutice utilizate sunt : comunicarea permanentă: adevărul, încurajarea/consolarea, prezența fizică (pacientul poate avea nevoie să fie ținut de mână -

psiholog, asistenta); apelul la: sentimente religioase, sustinerea celor apropiati, autocentrare pe realizari; mijloace de relaxare : autorelaxare, muzicoterapie

INGRIJIRI TERMINALE - elemente de medicina paliativa

Modalitati de eutanasi:

- Eutanasia activa cu consimtamant – ilegala
- Eutanasia activa fara consimtamant – ilegala
- Eutanasia pasiva - moarte provocata de catre medic, prin retragerea mijloacelor de mentinere in viata a pacientului sau prin suprimarea tratamentului de fond - ilegala dar cu consimtamantul informat al pacientului (pacientii DNR Do-Not-Resuscitate - pacienti grav bolnavi care la urmatoarea coma nu mai vor sa fie resuscitati)
- Double effect - administrarea de medicamente care usureaza suferinta dar grabesc moartea – ilegala
- Sinuciderea asistata - medicul ii procura pacientului mijloace pt a-si sfarsi viata, la cererea acestuia - ilegala in majoritatea statelor.

Profilul pacientilor care pot solicita astfel de interventii este mai frecvent : rasa alba, crestini dar nu catolici, varsta intre 46-75 ani, clasa de mijloc, educatie medie/superioara; pacienti cu cancer, cu dureri si disconfort severe, cu speranta de viata <1 luna

Asistenta medicala si psihologica

Model traditional : tratament curativ si psihoterapie suportiva simpla in faza de diagnostic. De indata ce boala a fost documentata, se mentine tratamentul paliativ si asistenta psihologica pentru asumarea deznodamantului. Este un model care lasa pacientul descoperit din momentul aparitiei fazei de recurenta a bolii, inclusiv in faza preterminala.

Model alternativ : ofera tratament curativ doar in faza diagnostica, tratament paliativ si simptomatic pe toata durata bolii, asistenta psihologica doar din momentul aparitiei recurentei si support familial pe toata durata bolii. Poate alimenta dependenta si lipsa de speranta.

Model eclectic : pe toata durata bolii, ii oferi pacientului tratament curativ, tratament paliativ si simptomatic, asistenta psihologica si suport familial. Post-mortem familiei : terapia de doliu. Este cel preferabil astazi.

Personalitatea bolnavului de cancer

În opinia unor specialiști, numărul acestora fiind din ce în ce mai mare, boala canceroasă este legată de personalitate. Potrivit acestei concepții, oamenii predispuși la cancer și cei la care maladia s-a declanșat sunt în general persoane excesiv de supuse, împăciuitoare și binevoitoare față de superiorii ierarhici sau față de persoanele percepute ca fiind mai puternice, excesiv de timide, răbdătoare, interiorizate și înclinate să-și reprime emoțiile negative (mai ales furia) în loc să le exprime, asumându-și riscul conflictului deschis. Totodată există și opinia conform căreia persoanele caracterizate prin comportamentul descris mai sus, dacă se îmbolnăvesc de cancer, mor mai repede decât persoanele care sunt mai puțin supuse, timide ori interiorizate și mai dispuse să-și manifeste emoțiile negative .

Boala canceroasă se încadrează în sfera patologiilor care derivă din stres, pe de o parte, iar, pe de altă parte, este capabilă să genereze stres. Omul reacționează la eforturi, oboseli,

frustrări, mânie și, în mod special, la conflictele care apar inevitabil în cursul existenței sale. Este cunoscut faptul că teama, mânia, supărarea, dar în special conflictele sunt cu mult mai periculoase decât muncile istovitoare.

În mod normal, organismul uman dispune de un sistem de apărare pe care îl activează pentru a înfrunța o situație de amenințare. În fața situațiilor stresante care apar pe parcursul existenței sale, individul posedă diverse aptitudini de a le face față: efortul de a se stăpâni în cursul unei stări conflictuale, reprimarea unei replici agresive sau din contra – gesturi, strigăte, replici autoironice sau ironice menite să descarce starea de tensiune.

Prezintă o deosebită importanță nu numai tipul de personalitate care predispune la îmbolnăvirea de cancer, ci și modul în care boala canceroasă influențează, modifică personalitatea celui aflat în această situație. Cu certitudine, cancerul – maladie care se asociază cel mai adesea cu ideea de situație în care viața este pusă în pericol sau chiar cu ideea că această boală câștigă întotdeauna și, ca urmare, persoana aflată în această situație sfârșește după o îndelungă suferință prin deces – determină modificarea personalității persoanei în cauză. Personalitatea bolnavului de cancer se conturează și se construiește în funcție de personalitatea pe care individul a posedat-o anterior îmbolnăvirii, de vârsta, sexul, cultura, contextul social și economic în care trăiește acesta. Trebuie să avem în vedere și sistemul de educație medicală și de îngrijire oferit acestei categorii de bolnavi, de asemenea contextul familial și climatul afectiv-emoțional în care trăiesc și sunt îngrijite aceste persoane.

Elisabeth Kübler-Ross a studiat psihologia bolnavului de cancer și modificările acesteia, începând din momentul șocului aflării diagnosticului, până în faza terminală a bolii. Cercetările sale evidențiază existența a cinci stadii prin care trec bolnavii de cancer din momentul aflării diagnosticului: „**faza de negare**”, în care diagnosticul stabilit este refuzat ca nefiind cel real; „**faza de frică**”, în care anxietatea invadează bolnavul, în legătură cu diagnosticul și pronosticul bolii; „**faza de tocmeală**”, în care bolnavul încearcă diferite formule de rezolvare colaterală a afecțiunii sale; „**faza de depresie**”, ca o decompensare reactivă și de epuizare a mecanismelor de apărare a Eu-lui bolnavului, cu instalarea unei stări depresive; „**faza de acceptare**”, când bolnavul dezarmează, acceptând resemnat împlinirea destinului .

Boala canceroasă se însoțește de o modificare a dispoziției emoțional-afective sau chiar de reacții secundare de tip nevrotic. Deși bolnavul de cancer nu este și nici nu trebuie considerat în primul rând o persoană bolnavă psihic, el este totuși o persoană care prezintă o serie de tulburări psihologice. Cele mai frecvente tulburări psihologice întâlnite la pacienții diagnosticați cu cancer sunt: depresia, anxietatea, panica patologică, insomniile, delirul, anorexia, greața/vărsătura, durerea, ideile de suicid etc..

Depresia la pacienții cu cancer rezultă în urma: diagnosticului ca atare și tratamentului; medicației (steroizi, interferoni, alți agenți chimioterapici); depresiei endogene; recurenței unei tulburări bipolare de dispoziție. Aflarea diagnosticului în mod întâmplător sau într-un moment nepotrivit provoacă stupefacție, neîncredere, confuzie și multă suferință. Toate acestea ar putea fi evitate dacă persoana depistată cu cancer ar beneficia de o evaluare psihologică prealabilă (pentru a se stabili dacă este capabilă să suporte realitatea situației și, mai ales, să-și înțeleagă

situația în care se află) și, de asemenea, de o minimă pregătire (suport emoțional, încurajarea unor atitudini precum speranța, curajul, răbdarea, implicarea activă în lupta cu boala etc.).

Factorii care vor influența persoana care află că are cancer sunt următorii:

- *tipul și clasa (categoria) cancerului și reacția acestuia la terapie* (este știut faptul că, în general, tumorile de natură benignă ridică mai puține probleme în ceea ce privește tratamentul față de tumorile de natură malignă; acestea din urmă, proliferându-se, determină o evoluție mai rapidă a bolii și, ca urmare, pronosticul nu poate fi decât unul rezervat);
- *stadiul bolii în momentul diagnosticului* (în general, asupra unei boli canceroase, descoperită într-un stadiu incipient, se poate acționa mai eficient, existând totodată posibilitatea unui număr mai mare de opțiuni de tratament);
- *starea mentală și fizică înainte de diagnostic* (un organism tânăr va mobiliza mai multe resurse în lupta cu boala față de un organism îmbătrânit și tarat de alte boli care au existat sau care chiar coexistă cu boala de cancer);
- *atitudinea persoanei față de această boala, inclusiv acceptarea de a face compromisuri, de a trece prin terapie și de a beneficia de serviciile medicale și de sprijin*
- *calitatea sprijinului din partea familiei, a prietenilor și echipei medicale*
- *măsura în care pot fi controlate efectele secundare ale tratamentului.*

Depresia care rezultă în urma diagnosticului ca atare și tratamentului sau a medicației sunt situațiile cele mai comune, dar este foarte dificil să determini cu certitudine când o depresie care apare în cancer este legată de o tulburare de dispoziție preexistentă. În timp ce la o depresie apărută la un pacient sănătos din punct de vedere fizic au foarte mare importanță simptomele somatice ca anorexia, oboseala, pierderea în greutate, acești indicatori au o foarte mică valoare în evaluarea unui pacient cu cancer, din moment ce sunt comune și tumorilor maligne și depresiei.

O altă tulburare de natură psihologică, des întâlnită la pacienții cu diagnosticul de cancer este anxietatea. Anxietatea însă nu se manifestă întotdeauna direct, „ea poate apărea sub forma unor simptome psihologice marcate, găsindu-și expresia în irascibilitate, instabilitate, refuzul tratamentului, insomnie, acuze somatice etc.

La bolnavul de cancer, anxietatea poate fi acută și este cauzată de simptomele bolii/de tratament sau cronică, adică poate preexista dinaintea diagnosticului de cancer și este exacerbată de boala actuală.

Anxietatea acută apare în anumite circumstanțe:

- în timp ce se așteaptă diagnosticul;
- când se așteaptă procedurile și testele de confirmare a diagnosticului (punție lombară, biopsie, examen histopatologic);
- înainte de tratamente majore(chirurgie, chimioterapie, radioterapie);
- când se așteaptă rezultatele testelor;
- odată cu schimbarea tratamentului;
- după ce se învață că poate exista recidive;
- la aniversarea bolii etc.

Pacienții cu cancer au temeri comune, denumite în practica medicală „cei 6 D”:

- drum spre moarte;
- dependență de familie, soț/soție, doctor, personal de îngrijire;
- desfigurare, schimbare în imaginea corporală și în imaginea de sine; pierderea sau schimbarea în funcția sexuală;
- deprecierea capacității de a avea succes în muncă, școală sau activități libere;
- distrugerea (întreruperea) relațiilor personale;
- disconfort sau durere în stadiile terminale ale bolii.

Delirul este prezent în cancer ca un rezultat al implicării directe a sistemului nervos central prin extensia tumorii și, indirect, prin efectele asupra sa a metaboliților toxici rezultați în urma tratamentului.

Ca și în alte tulburări, simptomele inițiale ale delirului sunt de obicei nerecunoscute sau nediagnosticsate, punându-se greșit diagnosticul de depresie.

Când avem de-a face cu o schimbare bruscă de comportament la un pacient cu cancer, medicul trebuie să investigheze toate cauzele potențiale de delir. În mod particular, pot apărea frecvente tulburări metabolice incluzând: hiponatremia, hipercalcemia, malnutriția și prăbușirea funcțiilor ficatului. Tiroida și statusul suprarenalelor pot fi alterate. Pacienții cu cancere hematologice și cu SIDA au un risc crescut de a face infecții. Alte cancere, cum ar fi cele ale plămânului sau sânului, produc frecvent metastaze cerebrale.

Agenții chimioterapici care pot cauza delir sunt, din păcate, foarte numeroși. De asemenea, și tratamentul imunologic cu citokine poate cauza toxicitate acută, subacută, cronică, ocazională sau ireversibilă a sistemului nervos central.

Radioterapia produce efecte secundare ca stomatită, glosită, esofagită și alterarea gustului, toate acestea conducând la o alimentație dificilă.

Sindroamele psihice și dinamica comportamentală sunt, de obicei, cauze ale pierderii poftelor de mâncare.

Abordare si consiliere in HIV pozitiv ,combaterea socului emotional, a negarii, a autoculpabilizarii; detectarea depresiei si prevenirea sinuciderii; ascultare empatica,necritica sau judicativa; crearea unui mediu e suport social si spiritual; incredere si confidentialitae in actul ingrijirii

HIV (Human Immunodeficiency Virus), respectiv virusul imunodeficienței umane, face parte din clasa retrovirusurilor, familia Lentivirinae. El determina, în timp, deteriorarea gravă a imunității persoanelor pe care le infectează. Acest virus a fost descoperit în anul 1983 în Franța de către doctorul Luc Montagnier de la Institutul Pasteur. Descoperirea acestuia a fost confirmată un an mai târziu în America de către doctorul Robert Gallo de la Institutul de Cancer Bethesda.

De atunci și până în prezent cercetătorii au identificat două tipuri de HIV, denumite HIV -1 și HIV -2. Acestea au o răspândire inegală pe glob , HIV -1 fiind mult mai des întâlnit. Astăzi se știe că HIV -1 are o mare variabilitatea genetică, ceea ce a dus la o clasificare a sa într-

un grup major M, care cuprinde subtipuri notate de la A la I si un grup mai restrans O (outlier). In Romania, predomina subtipul F, care mai poate fi intalnit cu o pondere mare in America de Sud, Africa Centrala si Thailanda.

SIDA (in franceza) sau AIDS (in engleza) se traduce in limba romana ca sindromul de imunodeficienta dobandite. Sindromul inseamna o suma de manifestari de boala care pot fi intalnite in diverse maladii. Imunodeficienta se manifesta prin scaderea puterii naturale a organismului de a se apara impotriva infectiilor.

Imunodeficienta care apare in SIDA se produce prin alterarea ambelor componente ale imunitatii. Spre deosebire de alte "imunodeficiente" cu care omul se poate naste sau prin care poate sa treaca temporar, in cazul SIDA imunodeficienta este dobandita prin infectia cu HIV, care determina prabusirea imunitatii, in special prin distrugerea limfocitelor T4 . O persoana cu SIDA are imunitate compromisa , motiv pentru care pot aparea foarte usor infectii cu diverse virusuri, paraziti, ciuperci, bacterii, care in mod obisnuit nu produc imbolnaviri. Tot astfel se justifica si aparitia unor cancere.

Cum se transmite infectia cu HIV?

La nivelul cunostiintelor actuale, se poate afirma ca virusul imunodeficientei umane, se transmite pe trei cai care recunosc mai multe variante: prin sange infectat, prin contact sexual infectat, si in sens vertical, adica de la gravida la nou nascut. HIV se poate transmite si prin transplant de organe, in cazul in care donatorul este infectat. Utilizatorii de droguri administrate intravenos isi impumuta adesea seringile, contribuind astfel la transmiterea infectiei cu HIV de la unul la altul in cazul in care unul dintre acestia este infectat.

Exista cateva tipuri specifice de consiliere in infectia cu HIV, una dintre acestea fiind consilierea pre-testare care este efectuata inaintea testului HIV si are ca scop oferirea si/sau clarificarea informatiilor despre infectia cu HIV si SIDA, despre caile de infectare, evitarea comportamentelor de risc, precum si implicatiile medicale, sociale si psihologice pe care le presupune situatia de a fi o persoana infectata. Persoana consiliata este incurajata sa se testeze informand-o asupra avantajelor testarii si este obtinut consimtamantul pentru testare.

Sistemul de îngrijiri pentru infecțiile transmise sexual este în prezent concentrat la nivel spitalicesc bazat pe o rețea de clinici și secții dermatovenerologice care acoperă tot teritoriul. Costurile tratamentului sunt suportate de Casele de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății atât pentru asigurați cât și pentru persoanele neasigurate. Schemele de tratament și durata tratamentului variază semnificativ iar nivelul de adresabilitate al serviciilor spitalicești este relative redus. Serviciile de tratament nu sunt integrate în celelalte niveluri de asistență medicală, rolul medicilor de familie sau al altor specialități nefiind clar în privința depistării și a tratamentului.

Incepand cu anul 1990, in Romania s-a inregistrat o crestere alarmanta a numarului de cazuri de persoane seropozitive HIV, mai ales in randul copiilor nascuti in perioada 1988 – 1992. La acel moment, tara noastra ocupa un nedorit prim loc intre tarile europene, in privinta

numarului cazurilor pediatrice. Descoperirea seropozitivitatii la copil a constituit, pentru parinti, o situatie stresanta care a condus implicit la stari de criza greu de depasit. In prezent, prin programul de asistenta psihologica, ADV Romania ofera beneficiarilor sai, persoane cu dizabilitati, inclusiv HIV/SIDA, urmatoarele **servicii** :

- consiliere informationala pe teme din domeniul HIV/SIDA si dizabilitatii (informare cu privire la diagnostic, informare cu privire la legislatia in vigoare, drepturile de care beneficiaza si institutiile la care pot apela pentru a le obtine);
- consiliere educationala (cresterea aderenței la tratament, educatie pentru sanatate, educatie sexuala si contraceptiva, planificare familiala, educatie privind sarcina si nasterea, educatie parentala, prevenirea transmiterii infectiei cu HIV etc.);
- consiliere privind dezvoltarea personala (cunoastere de sine, imagine si stima de sine, capacitate de decizie responsabila, relationare interpersonală armonioasa, controlul stresului, pregatire pentru viata de adult etc.);
- consiliere suportiva si interventie in situatii de criza (suport emotional, suport material, asistarea bolnavilor in faza terminala, abandon, abuz etc.);
- evaluare psihologica si psihodiagnostic.

Ingrijirea paliativa

Îngrijirea paliativă reprezinta îngrijirea activă și totală a pacienților a căror boală nu mai răspunde la tratament curativ. Controlul durerii și al altor simptome, problemele psihologice, sociale și spirituale au importanță majoră. Scopul îngrijirii paliative este asigurarea unei cât mai bune calități a vieții pentru bolnavi și pentru familiile acestora.

Ce este medicina paliativă? Conform Oxford Textbook of Palliative Medicine, medicina paliativa este: *Asistența medicală a pacienților cu boli active, progresive și avansate, pentru care prognosticul este limitat iar îngrijirea trebuie să se concentreze asupra asigurării calității vieții.* Organizatia Mondiala a Sanatatii a definit medicina paliativa astfel: *Îngrijirea paliativă este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții bolnavului și familiile acestora, care se confruntă cu problemele asociate cu boala amenințătoare de viață, prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluare corectă și tratamentul impecabil al durerii și al altor probleme fizice, psiho-sociale și spirituale.*

Îngrijirea paliativă:

- este o îngrijire totală, activă a pacienților și familiilor lor, de obicei atunci când boala nu mai răspunde la tratament potențial curativ, deși poate fi aplicată timpuriu în timpul bolii;
- asigură ameliorarea durerii și a altor simptome;
- țintește să atingă cea mai înaltă calitate a vieții posibilă pentru pacienți și familiile lor;
- răspunde de nevoile fizice, psihosociale și spirituale;
- se extinde când e necesar pentru a asigura suportul în perioada de doliu.

Principii generale de management al simptomelor:

- evaluarea completă și corectă este esențială atât pentru diagnostic cât și pentru tratament;

- atenție la importanța factorilor non-fizici în simptomatologie – problemele emoționale, psihosociale, sociale și spirituale sunt adesea amestecate cu simptomele fizice;
- când simptomele sunt dificil de controlat pot exista mai multe cauze sau pot ascunde factori emoționali, psihici, sociali și spirituali;
- se utilizează terapii potrivite fiecărui caz în parte pentru a menține independența pacientului și cea mai bună calitate a vieții posibilă pentru a permite pacientului și îngrijitorilor săi să se concentreze asupra altor teme importante;
- atenție ca reacțiile adverse ale medicamentelor să nu devină o problemă mai mare decât cea inițială;
- explicarea cu tact și includerea pacientului și îngrijitorilor săi în luarea deciziilor sunt părți esențiale ale managementului simptomelor;
- uneori este necesară o abordare multidisciplinară care poate fi facilitată prin comunicarea între persoane prin scrisori medicale sau prin intermediul medicului curant;
- se poate aborda un specialist în îngrijiri paliative atunci când există o problemă care nu răspunde așa cum ne-am fi așteptat sau în situații complexe care pot beneficia de expertiza mai multor specialiști pentru îngrijiri la domiciliu sau internare în spital.

Principiile îngrijirii paliative:

- asigură controlul durerii și al altor simptome;
- integrează aspectele psihosociale și spirituale în îngrijirea pacientului;
- ameliorează calitatea vieții și poate influența pozitiv evoluția bolii;
- utilizează o echipă interdisciplinară pentru a satisface nevoile complexe ale pacientului și familiei;
- afirmă valoarea vieții și consideră moartea ca un proces natural;
- nu intenționează nici să grăbească nici să amâne moartea;
- pacientul și familia= unitatea de îngrijire;
- oferă un sistem de sprijin, dând pacientului posibilitatea să trăiască pe cât posibil activ, până la sfârșitul vieții;
- oferă sprijin familiei în timpul bolii pacientului și în perioada de doliu;
- se aplică oricând în cursul evoluției bolii, concomitent cu alte modalități de tratament specifice bolii respective care au ca scop eventual prelungirea supraviețuirii;
- include acele investigații care sunt necesare unei mai bune înțelegeri și unui tratament adecvat pentru complicațiile clinic manifeste ale bolii.

Îngrijirea pacienților pe moarte se extinde dincolo de controlul durerii și al simptomelor.

Comunicarea îndeplinește un rol deosebit de important în asistența complexă acordată pacientului terminal. Vestea înrăutățirii bolii și a imposibilității de a opri degradarea stării generale, produce o împovărare emoțională puternică atât asupra pacientului cât și asupra aparținătorilor acestuia. Dar, adevărul împărtășit poate contribui la conștientizarea timpului rămas, care devine din ce în ce mai limitat, pentru a-l folosi cât mai eficient. Comunicarea

veștilor rele este un proces care seamănă mai mult cu o negociere. Pacientul are dreptul, dar nu și obligația de a afla o veste rea.

Principiile cardinale care stau la baza practicii medicale în general, deci și în îngrijirea paliativă sunt:

- respectul autonomiei pacientului (alegerea pacientului)
- beneficența (a face bine)
- non-maleficiență (minimalizarea efectelor secundare)
- justiția (utilizarea justă a resurselor disponibile).

Din ce în ce mai mult în ultimul timp constatăm că și alte instituții medicale (specialități) sunt nevoite să-l accepte pe pacient ca pe un partener, parte integrantă a deciziilor medicale, excepție făcând situațiile de urgență. Apariția consimțământului informat dar și al absolvenților care au cunoștințe de etică a început să diminueze atitudinea paternalistă a medicului tradiționalist, care, prin atitudinea binevoitoare, lua soarta pacientului în mâinile sale, considerându-se un „tutore” al acestuia. Medicul are tendința de a vedea doar interesul fizic al pacientului („binele medical”). „Binele total” cuprinde nu doar această latură fizică care este cunoscută mai bine de către medic, dar și credințele, valorile pacientului, care sunt cunoscute doar de pacient, uneori nici chiar familia nu știe cât de profunde sunt trăirile celui care este pe patul de suferință.

“Durerea reprezintă o constelație a unei experiențe neplăcute, perceptual și emoțional, asociată cu un răspuns autonom, psihic și manifestări provocate de lezarea țesuturilor de către factori agresivi sau boli” (John Bonica – 1980).

Durerea este un simptom, o experiență subiectivă. Fiecare individ învață sensul cuvântului din experiența proprie, dobândită din prima copilărie, ca urmare a traumatismelor accidentale. Deoarece este o senzație neplăcută este întotdeauna asociată cu o reacție emoțională. Conceptul de durere totală cuprinde totalitatea factorilor care produc durere: biologic (fizic), psihologic (emoțional, mental, comportamental), social (relația cu cei din jur) și spiritual.

Psihoterapia

În evantaiul divers al metodelor terapeutice, psihoterapiile sunt unele dintre cele mai răspândite și utilizate căi de tratare a multor suferințe psihice sau fizice, mai ales în Europa vestică și S.U.A. *Definită ca “tratament psihologic” (I. Holdevici - 1996) sau ca ansamblu de mijloace prin care se acționează asupra spiritului (sufletului) sau capului bolnav (sau asupra amândurora în același timp), psihoterapia acționează doar prin semnificația psihologică a mijloacelor folosite, spre deosebire de terapiile somatice ce acționează prin proprietățile lor fizice. Realitatea ne demonstrează că, deseori, nu se pot face detașări nete între cele două aspecte, și deci între metode.*

Psihoterapia ca metodă științifică de tratament se desfășoară după reguli și principii bine stabilite între care amintim:

- Cunoașterea temeinică a domeniului psihopatologiei, psihodiagnosticului și a metodelor de psihoterapie.

- Respectarea demnității persoanei, a secretului privind boala și terapia, și mai ales a principiului care spune că prin demersurile sale terapeutul să nu facă rău, să nu agraveze suferința, să nu traumatizeze, să nu influențeze negativ pacientul.

Psihoterapiile sunt metode ce se pot aplica aproape tuturor formelor de boală psihică sau fizică, cu acordul pacientului și cu condiția evidentă ca acesta să poată comunica (emite și recepta informațiile), să fie conștient și, prin urmare, să poată fi influențat. **Se aplică prin excelență tuturor formelor de nevroze sau reacții nevrotice** (mai puțin sau deloc psihozelor – schizofreniei; sau întârzierilor mentale grave, tulburărilor de comportament în pubertate și adolescență, etc), **tuturor tulburărilor psihosomatice** (vezi suferințele gastrice, cardiace, vasculare etc.) și **chiar unor boli predominant somatice ca terapie adjuvantă**.

Forme și metode de psihoterapie

Funcție de specificul bolii, a bolnavului, a situației și a modului de apreciere și pregătire a psihoterapeutului, se pot folosi mai multe forme sau metode de psihoterapie. Astfel, atunci când există mai mulți bolnavi cu afecțiuni relativ asemănătoare, și apreciem că pot deveni unii pentru alții suport sau factor terapeutic, folosim *psihoterapia de grup*. În grup pot intra între 3 și 9 bolnavi, ei se întâlnesc (zilnic sau la intervale de timp bine stabilite, în jurul aceleiași mese, într-o atmosferă de siguranță, destindere și deschidere, ce invită la comunicare. Având în vedere aspectul personal, chiar intim al problematicii pacientului, forma de terapie cel mai frecvent folosită este *psihoterapia individuală*, care este o relație de terapie-comunicare între două persoane: pacient și psihoterapeut. În aceste situații se pot aborda o multitudine de metode, între care ne vom referi pe scurt la câteva:

- Psihoterapii psihanalitice sau catartice ce au drept scop conștientizarea unor idei, pulsioni, tendințe inconștiente ce generează conflicte intrapsihice și soluționarea lor la nivel conștient.
- Psihoterapii comportamentale .Sunt tehnici inspirate din teoria învățării, considerând că cele mai multe manifestări psiho-comportamentale normale și patologice țin de stimulii externi, de valorile și normele sociale și sunt rezultatul învățării. Fie că vorbim de tehnica stingerii comportamentelor nedorite (după principiul stingerii reflexelor condiționate) prin tehnica expunerii (punerea efectivă într-o situație ce provoacă simptome, și stingerea ei prin conștientizarea lipsei urmărilor nocive), fie tehnica desensibilizării sistematice (prin formarea altor modele, antagoniste de comportament - relaxare, stabilirea ierarhiilor etc.), esența acestor metode este aceea că ele sunt directe, țintite pe subiect și simptom, și sunt de mai scurtă durată decât cele din prima categorie.
- Psihoterapiile asertive – cele ce au drept principiu elaborarea la pacient a unor mecanisme de comunicare și adaptare ce-l fac mai deschis și dornic de schimbare, mai empatic, urmărindu-se astfel schimbări mai evidente ale comportamentului lui adaptativ.
- Metoda modelării – psihoterapie ce vizează imitarea unor comportamente dezirabile, văzute la alte persoane.

De asemenea, funcție de obiectivul propus, există psihoterapii centrate (orientate) mai ales pe bolnav, încercând să fie înțelese problemele lui în ansamblu, sau psihoterapii bazate pe simptom – orientate mai ales pe dispariția simptomului patologic.

Alte forme de terapie cu valențe psihoterapeutice

Amintim că mai sunt o serie de metode de terapie cu mare încărcătură psihoterapeutică, așa cum ar fi:

- Ludoterapia – *terapia prin joc*, folosită mai ales la copii dar și la adulți, și care are drept element de bază principiul regenerării energiei psihice prin activități plăcute.
- Meloterapia – *terapia prin muzică* ce are drept fundament crearea unor stări psihice cu tonalitate pozitivă, schimbarea dispoziției emoționale prin stimularea plăcută a sensibilității auditive cu stimuli armonici, ce reduc sau cresc excitabilitatea corticală, și creează o stare psihică plăcută, de relaxare, acolo unde muzica are efecte relaxante (se impune subiecților anxioși, obsesivi, impulsivi etc.) sau dimpotrivă, de activare (la astenici).
- Ergoterapia – *terapia prin (activitate) muncă*, ce are efect dublu: odată, prin efortul fizic, prin mișcare (mulți bolnavi își reduc mișcările și efortul, și tocmai acest efect produce o “descărcare” de stări tensionale), a doua oară prin redirecționarea atenției și peocupărilor pacientului de la simptom la activitatea pe care o prestează.

Comportamente nocive pentru sanatate

Alcoolismul

Termenului de alcoolism nu i s-a găsit o definiție clară, însă i s-au dat două definiții complementare: “abuzul de alcool” și “dependența de alcool”. În prima accepțiune, alcoolismul are ca element central “*consumul recurent de bauturi alcoolice, în ciuda consecințelor negative ale acestuia*”. În al doilea sens, definiția este mai extinsă, ea constând în identificarea la un anumit pacient, în ultimele 12 luni, a trei din următoarele șapte criterii:

- a) *toleranța la alcool* (scaderea progresivă a efectului dorit, dacă doza de alcool este menținută constantă);
- b) *sindrom de abstenență* (două sau mai multe din următoarele simptome, aparute la încetarea sau reducerea consumului, la un consumator cronic de alcool: hiperactivitate a sistemului nervos vegetativ – transpirații profuze, tahicardie, accentuarea tremorului extremităților, anxietate și crize convulsive de tip grand mal);
- c) *consumul de alcool pe o durată mai lungă de timp decât cea dorită*;
- d) *dorința persistentă*, cuplata cu incapacitatea de a renunța la consumul de alcool;
- e) *cheltuirea disproporționată de timp, energie și resurse financiare pentru procurarea alcoolului sau pentru recuperarea post-consum*;
- f) *existența consecințelor negative* (sociale, inclusiv recreative și profesionale) ale consumului de alcool;
- g) *persistenta consumului*, în ciuda constientizării efectelor nocive (fizice și psihice) ale alcoolului.

Se estimeaza ca aproximativ 10% din populatia tarilor dezvoltate este afectata de consumul cronic si exagerat de alcool. Din nefericire, alcoolismul nu este doar o tara cu consecinte individuale, ci aduce cu sine si importante consecinte sociale: aproximativ jumatate din infractiunile cu violenta (omucideri, crime sau sinucideri) ar avea drept cauza consumul de alcool. Un factor agravant il constituie faptul ca numai 25% dintre alcoolici cer ajutorul. Pe langa afectiunile gastro-intestinale (ulcer, colita), hepatice (ciroza) si neurologice (polinevrita, encefalopatie alcoolica), alcoolul este asociat si cu tipurile de personalitate antisocial

In urma studiilor, s-a ajuns la concluzia ca transmiterea genetica a genei pentru alcoolism ar fi incriminata in special in aparita alcoolismului precoce si a celui cu comportament antisocial asociat. Alte teorii sustin ca alcoolul scade presiunea pentru adoptarea unor decizii ce trebuie sa fie neaparat corecte si rapide, in situatiile de stress acut. Aceasta teorie se dovedeste, de fapt, ineficienta, in timp ducand la dependenta.

Principalele optiuni psihoterapeutice la alcoolici

- Psihoterapia cognitiv comportamentala – este o optiune terapeutica ce produce efecte durabile intr-o durata relativ scurta. Actioneaza la nivel cognitiv (inlaturarea convingerilor si ideilor irrationale de tipul “alcoolul ma face sa ma simt puternic”, alcoolul ma ajuta sa rezist mai bine la stress” sau “nu am forta necesara sa renunt la alcool”) si comportamental (inlocuirea automatismelor legate de alcool si a contextelor favorizante cu comportamente si context alternative).

- Hipnoza si relaxarea - sunt terapii care au avantajul ca pot opera relativ rapid la nivel inconscient, construind, astfel, o aversiune fata de consumul de alcool. Se recomanda in cazul alcoolizilor avansati. Totusi, daca gradul deteriorarii cognitive este prea accentuat, si aceste terapii au efecte mediocre, deoarece subiectul nu poate sustine selectiv atentia catre hipnotizator si ca urmare nu poate intra in transa.

- Psihoterapia de grup – este populara sub numele de “Alcoolici Anonimi”(1935). Urmareste realizarea abstinentei de durata la alcoolici, facilitarea reinsertiei lor sociale si promovarea mesajului ca renuntarea la alcool e posibila. Implica 12 pasi, printre care acceptarea faptului ca dependenta de alcool este o problema, ca a scapat de sub control si ca subiectul are nevoie de ajutor, precum si intelegerea consecintelor negative ale alcoolismului.

Fumatul

Pe ansamblu, cifra globala a prevalentei tinde sa creasca, si ca atare, si decesele provocate de fumat – 4 milioane/an, cu un potential de crestere pana la 8,4 milioane in anul 2020. Fumatul este mai raspandit la barbati, iar in ceea ce priveste varsta, incidenta este maxima la varste tinere (15-30 de ani).

Se considera ca fumatul are un rol decisiv in aparitia unei serii intregi de boli grave si ca detine, intre comportamentele nocive, primul loc la categoria “cauze de moarte evitabila sau neasteptata”. Cele mai frecvente boli produse de fumat, direct sau indirect, sunt reprezentate de o varietate larga de cancere: bronhopulmonar- 80-90% din totalitatea cazurilor, renal, faringian, esofagian, gastric, uterin, cervical, de pancreas, de vezica urinara, dar si alte boli, ca bronhopneumopatia cronica obstructiva, boala coronariana sau accident vascular cerebral.

Factorul genetic are o contributie importanta in insusirea si persistenta fumatului (46-84%, respective 58-74 %) si se concretizeaza in scaderea varstei de debut pentru fumat, dar si in facilitarea aparitiei dependentei fata de acesta. Totusi, studiile in aceasta privinta nu sunt unanim recunoscute, deoarece, ca si in cazul consumului de alcool, este dificil a separa influenta factorului genetic de cea a mediului, mai ales in familiile de fumatori. Familia poate influenta, la randul sau, insusirea precoce a fumatului prin:

- modelare directa (parinti care fumeaza);
- neimplicare/raceala afectiva fata de copil (acesta fumeaza pentru a atrage atentia);
- restrangerea libertatii de expresie emotionala;
- climat de insecuritate si/sau violenta din familie.

Principalele optiuni psihoterapeutice la fumatori

- Psihoterapia cognitiv-comportamentala – vizeaza demontarea gandurilor si convingerilor disfunctionale (ex: “fumatul ma face sa par cool”, “fumatul ma ajuta sa ma concentrez mai bine”), dar opereaza si automatismele motorii, atat de caracteristice fumatorilor inveterati (tigara de dimineta, tigara de langa cafea, tigara in moment de asteptare prelungita etc.). Cuprinde mai multe faze, intre care angajarea in terapie si construirea motivatiei pentru schimbare. Aceasta terapie are rezultate favorabile, intr-o durata scurta (2 ore saptamanal, timp de 5 saptamani), ducand la o rata a abstinentei la 12 luni de 12%, iar in combinatie cu aplicarea de tratament nicotinic substitutiv, de 28%.
- Hipnoza – rezultatele hipnozei in facilitarea incetarii fumatului sunt remarcabile. De exemplu, intr-o metaanaliza care a vizat 48 de studii, eficacitatea medie a fost de 36%. Se urmareste scurtcircuitarea mecanismelor de rezistenta ale fumatorului, construite in special in jurul dependentei psihice de fumat.
- Psihoterapia de grup – reprezinta o metoda bine cunoscuta de terapie impotriva fumatului, avand ca avantaje majore: facilitarea catharsisului emotional, perceperea si furnizarea de solidaritate si furnizarea unor oportunitati de invatare a unor strategii mai bune de coping, de catre fiecare din membrii grupului.

Cele mai bune metode de a renunta la obiceiurile nocive:

1. Fii tu insuti/insati

Studiile efectuate de cercetatorii de la Universitatea Alberta Canada demonstreaza ca oamenii sunt perfect constienti de efectele negative ale fumatului sau suprasaturatiei alimentare. Unul dintre motivele pentru care intampina dificultati in a renunta la aceste comportamente este faptul ca acestea i-au ajutat sa fie acceptati pe plan social. Ar trebui sa incetezi sa te folosesti de astfel de actiuni doar pentru a te potrivi intr-un loc.

2. Identifica problema

Suna banal, dar este adevarat. Nu poti renunta la un obicei nesanatos decat din momentul admitti ca acesta exista. Urmatorul pas este sa te gandesti macar o clipa la obiceiurile tale, evalueaza-le si pastreaza-le doar pe cele de care chiar ai nevoie, acelea care nu-ti afecteaza sanatatea.

3. Multitask

Eliminand mai mult de unul dintre comportamentele nesanoase ar putea functiona mai bine decat daca le-ai aborda separat. Cercetatorii de la National Heart, Lung and Blood Institute USA afirma ca in cazul in care obiceiurile tale negative sunt interconectate, cum ar fi consumul de junk food in fata televizorului in timpul liber, eliminandu-le pe amandoua, ai doua avantaje simultan.

4. Nu te amagi

Nimanui nu-i place sa i se spuna ce sa faca. Ca rezultat, s-ar putea sa incerci sa rationalizezi acele obiceiuri despre care toti vorbesc ca ar fi daunatoare. De exemplu, ai auzit de sute de ori ca fumatul este nociv, tu insa continui sa consumi "betele ucigase" pentru ca, in mintea ta, acestea te ajuta sa-ti controlezi greutatea. Daca tii totusi la sanatatea ta ar trebui sa eviti aceasta mentalitate cu tendinta de sfidare.

5. Fii specific(a)

Decat sa iti spui intr-una ca vrei sa mananci sanatos, fii mai specific. Seteaza-ti alimentele sau obiceiurile la care vrei sa renunti. Incearca sa reduci cat mai mult consumul de carne rosie sau produse refrigerate, si ia-ti extra portii de legume si vegetale.

6. Fii modest(a)

Daca scopurile tale sunt prea indraznete sau dificile, esti sortit(a) esecului. Este mult mai usor sa-ti setezi obiective pe care stii sigur ca le vei atinge. Spre exemplu, in loc sa-ti spui ca vei face exercitii fizice zilnic, ai putea sa incepi prin a merge la sala de doua ori pe saptamana.

Cum sa ajuti un om sa scape de vicii

- Oferă-i ex-fumătorului tot suportul de care are nevoie ca să spună definitiv [Stop fumat!](#)
- Respecta faptul că cel care renunță este la conducere. Este vorba despre stilul său de viață, el este cel care are o provocare de înfruntat, nu tu.
- Întreabă persoana respectivă dacă vrea ca tu să o întrebi regulat despre cum se simte. Spune-i că ești alături de ea și că poate oricând să apeleze la tine în cazul în care are nevoie de vorbe de încurajare.
- Ajută-l pe cel care a renunțat la fumat să aibă ceva lângă el care să-l ajute să depășească momentele dificile: o bomboană, o gumă sau câteva legume proaspete în frigider.
- Petrece timp alături de cel care tocmai spus [Stop fumat!](#), astfel încât să uite de țigări
- Petrece timp alături de proaspătul nefumător, implicați-va împreună în activități care să-l ajute să uite de țigări: mergeți la un film, plimbați-va sau închiriați câte o bicicletă pentru o scurtă plimbare.
- Încearcă să vezi situația din punctul de vedere al fumătorului – fumatul este asemenea unui vechi prieten care i-a fost alături când timpurile au fost grele. Este greu să renunți la asta.

- Interzice fumatul in casa. Nu se pipeaza in nici o incapere. Scoate din casa absolut toate brichetele si scrumierele.
- Sarbatoreste fiecare zi in care cel care a spus Stop fumat! a rezistat fara tigari
- Ajuta-l pe cel care tocmai a renuntat la fumat la treburile gospodaresti, sa aiba grija de copil, cu gatitul, cu orice l-ar putea ajuta sa reduca stresul provocat de renuntarea la viciu.
- Sarbatoreste alaturi de cel care a renuntat fiecare zi in care a rezistat fara tigari. Renuntatul la fumat este o MARE realizare.
- Nu pune la indoiala vointa fumatorului de a renunta la acest obicei. Increderea ta in el ii reaminteste faptul ca poate sa duca lucrurile pana la capat.
- Nu judeca, nu cicali, nu te ruga, nu tine predici. Toate acestea il pot face pe fumator sa indoiasca de capacitatile sale. Nu-ti doresti ca persoana pe care o iubesti sa si gaseasca alinarea intr-o tigara
- Nu-l bombani pe ex-fumator pentru ca inca simte nevoie de nicotina
- Nu-l bombani pe nefumator pentru ca inca simte nevoia de nicotina la cateva zile dupa ce a renuntat la acest viciu. Simptomele vor disparea dupa aproape doua saptamani.
- Nu oferi sfaturi! Intreaba numai cum poti sa-l ajuti cu planul sau programul pe care il utilizeaza pentru a se tine departe de fumat.

Ce faci daca fostul fumator „recidiveaza”

In primul rand nu trebuie sa presupui ca va incepe sa fumeze la fel de mult precum inainte. Un fum sau chiar o tigara sau doua este un lucru obisnuit pentru o persoana care a renuntat de curand.

- Reaminteste-i cat de mult a rezistat fara sa fumeze, inainte de a recidiva.
- Ajuta-l pe cel care a renuntat sa-si aduca aminte de absolut toate motivele pentru care a dorit sa renunte si sa uite de recidiva cat de repede se poate.
- Nu judeca, nu cicali, nu te ruga pentru a-l face ce fostul fumator sa se simta vinovat. Asigura-l ca vei fi alaturi de el indiferent daca fumeaza sau nu.

Ce faci daca fostul fumator se reapuca de fumat?

Diferite studii de specialitate au aratat faptul ca oamenii incearca sa renunte la viciu de cateva ori inainte de a reusi. Chiar daca incepe din nou sa fumeze nu trebuie sa renunti sa-l sustii pe cel/cea care il/o iubesti. Daca persoana in cauza n-a reusit sa se lase decat o perioada iata ce trebuie sa faci:

- Roaga-l din nou sa se lase pe o perioada pe care o stabiliti impreuna: zile, saptamani luni.
- Incurajeaza-l sa incerce din nou. Nu-i spune: „Daca incerci din nou...”. Spune-i: „Cand incerci din nou...”. Studiile au demonstrat faptul ca cei mai multi dintre oameni care n-au reusit sa renunte sunt gata sa incerce din nou in viitorul apropiat.

- Incurajeaza-l sa invete din esec. Lucrurile pe care o persoana le invata dintr-o incercare ratata il vor ajuta sa renunte pentru totdeauna data viitoare. Dureaza ceva timp pana cand o persoana devine nefumatoare.

- Spune-i: "Este normal sa nu reusesti de prima data cand ai incercat sa renunti. Cei mai multi dintre oameni inteleg asta si stiu ca trebuie sa incerce din nou sa renunte la fumat. Ai reusit sa nu fumezi pentru x zile/luni. Acum stii ca poti s-o faci macar pentru aceeasi perioada. Sunt convins/a ca data viitoare poti sa extinzi aceasta perioada".

Terapia pierderii la copil

Intristarea si suferinta sunt reactii emotionale la o pierdere importanta. Cuvintele "necaz" si "inima franta" sunt folosite deseori pentru a descrie starea de indurerare. Chiar si cand se pierde o persoana draga, un animal, obiect, loc sau un mod de viata (ca si un loc de munca, o casatorie, stare de sanatate), apare in mod normal un anumit grad de indurerare. *Suferinta anticipativa* apare in iminenta unei pierderi. Se poate simti aceasta pentru o persoana iubita, care este pe moarte. De asemenea, atat copiii cat si adultii simt durerea produsa de divort sau de schimbarea locuintei. Indurerarea anticipativa ajuta la pregatirea psihica a unor asemenea pierderi.

Plangerea necazului- este procesul emotional si de ajustare a vietii, ce urmeaza unei pierderi. Plangerea apare si in cazul mortii unei persoane iubite, ceea ce constituie o pierdere ireparabila. Este o experienta personala care depinde de propria personalitate si de natura pierderii suferite. Nu exista o perioada de timp specifica pentru plangerea necazului. Unele persoane se adapteaza la noua situatie in cateva saptamani sau luni in timp ce altele au nevoie de mai bine de un an, mai ales cand viata lor a suferit o schimbare majora sau cand pierderea a fost traumatica si neasteptata.

Exemple de pierderi importante pot fi : moartea unei persoane iubite , diagnosticul unei boli cronice sau incurabile , invaliditatea dupa un accident sau boala ,divortul , pierderea unei sarcini sau nasterea unui copil mort , diagnosticul infertilitatii , un copil cu probleme comportamentale, invalid sau dependent de droguri ,mutarea din cadrul familial (mai ales pentru batrani) concedierea , pierderea independentei dupa un accident sau boala ,un act de violenta sau o calamitate

Tristetatea poate fi indusa si de o schimbare normala, pozitiva in viata: inceperea scolii (plecarea de acasa si indepartarea de mediul familial) , cresterea independentei si responsabilitatilor spre adolescenta (pierderea dependentei de parinti) , casatoria (luarea deciziilor nu mai este independenta) ,nasterea unui copil (pierderea independentei) , pensionarea (pierderea venitului si a relatiilor sociale zilnice) ,imbatranirea (pierderea puterii fizice si a aspectului tineresc) .

Exprimarea fizica include plansul, suspinele, durerile de cap, lipsa poftei de mancare, insomnia, scaderea in greutate, oboseala, sentimentul de povara, durerile organice si alte semne de stres. Din punct de vedere emotional, sunt prezente tristetea, dorul, ingrijorarea, anxietatea, frustrarea, furia, sentimentul de vina. Exprimarea sociala consta in izolare si comportamente

bizare. Exprimarile spirituale sunt sub forma intrebarilor privitoare la motivul pierderii, scopul durerii, suferintei si al vietii, sensul mortii. Plangerea unei morti este influentata de modul in care este privita moartea in general. Amaraciunea poate cauza simptome serioase si de durata, precum depresia, anxietatea, tentativele de suicid, durerile fizice, stresul post-traumatic. Durerea intensa poate provoca experiente neobisnuite. Dupa un deces, o persoana poate dezvolta un comportament si maniere similare celui pierdut, poate avea halucinatii auditive si vizuale cu persoana draga pierduta. Cei care trec prin aceste experiente trebuie sa consulte un medic si un psiholog sau o persoana a clerului specializata in consiliere.

Varsta si dezvoltarea emotionala influenteaza modul de plangere a unei morti.

Copiii cu varsta sub 7 ani percep moartea ca o separare. Se pot simti abandonati si sperati. Le este frica sa ramana singuri sau sa plece de langa persoane dragi, nu vor sa doarma singuri noaptea si sa mearga la gradinita sau la scoala. Copiii la aceasta varsta nu-si pot exprima verbal sentimentele, ci prin actiuni: refuzul de a asculta de adulti, accese de furie, jucarea unor roluri intr-o lume imaginara. Copiii mai mici de 2 ani refuza sa vorbeasca si sunt iritabili. Copiii cu varste intre 2 si 5 ani pot avea probleme in legatura cu alimentatia, somnul, mersul la toaleta. Intre varstele de 7 si 12 ani, moartea este perceptuta ca o amenintare a propriei sigurante. Unii simt nevoia sa stea langa cineva care sa-i protejeze, pe cand altii devin retrasi. Sunt copii care incearca sa fie curajosi si se comporta foarte bine. Un copil indurerat poate avea probleme de concentrare la scoala, nu poate urma indicatiile si nu-si poate indeplini activitatile zilnice. La aceasta varsta copiii au nevoie sa fie facuti sa inteleaga ca nu au nici o vina pentru deces.

Adolescentii percep moartea ca si adultii. Isi pot exprima sentimentele intr-un mod dramatic si neasteptat. Se pot alatura unor grupuri religioase care definesc moartea intr-un mod linistitor pentru tineri. Pot incerca sa invinga moartea prin participarea la activitati periculoase (curse de masini, fumat, alcool, droguri, sex neprotejat). Ca si adultii, adolescentii sunt capabili de suicid in aceasta perioada de suferinta.

Plangerea unei pierderi importante necesita timp. In functie de circumstantele in care a avut loc, poate dura de la luni la ani de zile. Trecerea prin etapele suferintei adapteaza omul pentru noul capitol al vietii sale.

Constientizarea pierderii poate fi pe loc sau in cateva zile sau luni. O pierdere asteptata (moartea dupa o lunga suferinta) se constientizeaza imediat, o pierdere subita, tragica necesita mai mult timp. Acceptarea realitatii atunci cand neazul nu afecteaza rutina zilnica (un deces intr-un oras indepartat, diagnosticul de cancer cand boala nu se manifesta) cere timp. In aceasta etapa, persoanele se simt amortite si tulburate. Funerariile, ritualurile si evenimentele acestei perioade pot ajuta acceptarea pierderii.

In privinta sentimentelor sia exprimarii durerii, modul de exteriorizare este unic si depinde de natura pierderii. Omul se poate simti iritabil si nelinistit, mai calm decat de obicei sau poate simti nevoia sa fie departe sau aproape de alte persoane. Poate avea sentimentul ca nu mai este aceiasi persoana. Nu sunt surprinzatoare sentimentele contradictorii (disperare si in acelasi timp usurare). Procesul de plangere a neazului nu urmeaza un program stabilit. Tinde sa fie imprezvizibil, cu ganduri triste si sentimente care apar si dispar. Dupa primele zile, amortea si

tristetea se estompeaza urmand cateva zile fara lacrimi. Apoi, fara un motiv aparent, durerea revine. Cand durerea provoaca dorinta de izolare este important sa se gaseasca modalitati de exprimare a ei (discutie, scris, arta, muzica, exercitii fizice).

Spiritualitatea isi face loc in procesul de plangere a necazului. Se cauta sau se contesta scopul pierderii. Unii pot obtine linistea prin religie sau credinta altii se pot indeparta de ea.

Adaptarea la pierderea suferita poate dura 2 sau mai multi ani, trecerea prin toate etapele de plangere a pierderii si depinde de relatia cu persoana decedata, cu obiectul pierdut si de modul de viata. Chiar dupa 2 ani se poate retrai sentimentul de durere cand este vorba de o persoana iubita. Se intampla mai ales in timpul sarbatorilor sau altor evenimente speciale. Unii specialisti considera parocesia de plangere ca fiind o recuperare lenta dupa o criza de atasament. Dupa ce se pierde ceva sau pe cineva apropiat, dispare sentimentul de siguranta. Adaptarea la o pierdere majora reprezinta dezvoltarea sau intarirea relatiilor cu alte persoane, locuri sau activitati. Aceste noi capitole ale vietii nu sunt menite sa inlocuiasca pierderea suferita si servesc ca suport inceputului noii faze a vietii.

Durerea este un raspuns natural care nu necesita tratament medical dar cateodata oamenii necesita ajutor pentru a depasi aceasta perioada.

Durerea initiala. Medicatia. In primele zile dupa necaz, anxietatea si insomnia pot crea dificultati. Medicul poate prescrie anxiolitice (medicamente ce inlatura anxietatea) pe termen scurt, daca agitatia dureaza mai mult de cateva zile. (Medicii considera inutila medicatia in cazul persoanelor care nu au o suferinta psihica, unii cred ca prin tratarea medicamentoasa a anxietatii si insomniei se impiedica procesul de plangere a durerii).

Durerea cronica si complicatiile ei. Daca cineva are o tentativa de suicid, trebuie contactat imediat serviciul de urgenta. Trebuie consult medical si psihologic daca o pierdere majora a dus la complicatii de genul depresie, anxietate prelungita, stres post-traumatic sau tristete imensa pe o perioada mai mare de 6 luni.

Ameliorarea durerii. Tratamentul ambulator joaca un rol important in procesul de plangere a necazului. Impartasirea grijiilor si ajutorului altor persoane este foarte important. Cand cineva ingrijeste o persoana muribunda, trebuie sa aiba grija si de propria persoana, astfel stiind ca sfarsitul se apropie, va face fata mai bine sentimentelor dureroase.

Dupa o pierdere importanta sunt necesare:

- Odihna suficienta. In timpul somnului mintea da sens intamplarii nefericite. Lipsa odihnei duce la extenuare si boala. Trebuie incercate activitati de relaxare (meditatie, imagini artistice).
- Alimentatie sanatoasa. Trebuie rezistat impulsului de a nu manca sau de a manca doar anumite lucruri. Daca este o problema in a manca singura, persoana respectiva poate ruga pe cineva sa o insoteasca la masa. In cazul lipsei poftei de mancare sunt indicate mesele sarace, dar dese si gustarile. Se pot lua multivitamine.
- Exercitii fizice. Mersul vioi si alte forme de exercitii (yoga) ajuta la eliberarea emotiilor inabusite.
- Consolarea (prin intermediul imprejurimilor familiare si al lucrurilor personale dragi (fotografii, bluza persoanei iubite). Un masaj sau alt lucru care face placere poate consola.

- Menținerea activitatilor zilnice. Implicarea în activități care includ rețeaua de sprijin (servicii, biserică, activități sociale).

Ajutarea copiilor aflați în necaz poate fi o provocare pentru adult și depinde de vârsta și dezvoltarea emoțională. Adolescenții pot necesita o îngrijire specială atunci când suferă. De multe ori, este dificilă abordarea și ajutarea acestora. Un adult nu-și exprimă durerea în același mod cu un alt adult. Cei mai în vârstă se pot îmbolnăvi după o mare pierdere. Ei pot avea o boală cronică sau o altă condiție care interferează cu suferința psihică sau care se poate agrava. Adulții pot dezvolta complicații ale durerii. La bătrani există posibilitatea să aibă mai multe pierderi importante într-o perioadă scurtă de timp.

Când un părinte moare ...

Copiii conștientizează dispariția unei persoane apropiate și simt durerea la fel ca și adulții. Ei trec prin aceleași stadii ale durerii, deși probabil că le vor depăși mai repede decât adulții. Dacă intenționați să ajutați un copil să treacă peste perioada de doliu și peste pierderea suferită cu bine, trebuie să înțelegeți cum simt ei durerea și pierderea din viața lor. Trebuie să fiți în stare să ascultați și să vorbiți cu copilul pe înțelesul lui, în funcție de vârsta pe care o are. Copiii și adolescenții au nevoie să vorbească despre ce s-a întâmplat, să-și exprime emoțiile legate de această situație. Încurajați-i să deseneze, să scrie, să vorbească despre cel dispărut. Încurajați-i să iasă din casă și să facă sport, sportul ajută creierul să elibereze endorfine, care așa cum știți, alină durerea. Deși sună crud, copiii și adolescenții pot trece mai ușor peste durere dacă sunt anunțați din timp că mama/tatăl este pe moarte decât dacă sunt luați complet prin surprindere. Deși vi se va părea poate nepotrivit să îi luați la înmormântare și veți fi tentați să îi țineți departe de vaiete și de bocetele specifice înmormântărilor românești, copiii au nevoie să participe la ritualuri.

Copiii înțeleg moartea diferit, în funcție de vârsta pe care o au. Unii pot părea indiferenți sau neinteresați, dar acesta nu este decât un semn că suferă foarte tare. De la 0 la 1 an Bebelușii simt emoțiile celor care îi îngrijesc. Ei simt tristețea în vocea celui ce-i vorbește, o văd pe fața lui și o simt din felul în care sunt îmbrățișați. Dar un bebeluș de șase luni nu poate înțelege că a murit cineva drag. Nu vă ascundeți emoțiile de bebeluși, ei acum învață despre emoții. A îngriji un bebeluș poate fi reconfortant atât pentru bebeluș cât și pentru părintele rămas în viață. Sub trei ani, copiii pot echivala moartea unui părinte cu abandonul sau cu o dispariție temporară. Trebuie să le explicați că moartea este ceva permanent și natural pentru orice ființă vie. Între 3-6 ani Între trei și șase ani, copiii înțeleg vag moartea și sunt foarte curioși. Cred că gândurile, dorințele și acțiunile lor pot cauza moartea cuiva. Se pot simți vinovați de moartea părintelui și trebuie să li se spună în mod repetat că nu ei au fost cauza din care părintele a murit. Este posibil să vă pună foarte multe întrebări legate de aspectele fizice ale morții: ce se întâmplă când mori, unde este cel ce a murit? Nu le spuneți că persoana în cauză doarme, vor înțelege că odată și-odată acea persoană se va trezi. Preșcolarii cred că moartea este ceva ce li se poate întâmpla doar celorlalți. E posibil să vă întrebe dacă și cățelii mor sau dacă și copiii mor. Cu ajutorul răspunsurilor pe care le veți da, copilul dumneavoastră va înțelege că și moartea face parte din viață. Între 6-9 ani

Între 6 și 9 ani, copiii înțeleg că moartea este ceva permanent dar se simt vulnerabili și simt nevoia să fie încurajați să-și exprime durerea și nesiguranța.

Deși înțeleg fenomenul, le este frică. La această vârstă copiii au nevoie să participe la ritualuri, dacă nu la înmormântarea propriu-zisă, măcar la un ritual de adio, conceput de dumneavoastră, atunci când apele se mai liniștesc. Dacă până la această vârstă copilul a avut o legătură cât de mică și cu religia, credința îl poate ajuta să depășească momentul.

Copiii peste 10 ani. Dacă aveți un copil adolescent și acesta preferă să plece de-acasă, să stea de vorbă cu prietenii în loc să vă vorbească, amintiți-vă că acesta nu este un semn de lipsă de respect sau de nepăsare ci, pur și simplu, felul în care adolescentul își asumă dispariția părintelui. Ajutați-i să înțeleagă ideea de moarte Nu există cale ușoară de a da așa o veste unui copil. Iată câteva idei care să va ajute să le spuneți. Explicați-le ce s-a întâmplat. O rudă apropiată poate să-i explice copilului dispariția unui părinte. De exemplu o matusă sau un bunic. Nu folosiți exemple pe care nu le pot înțelege. Spuneți-le pe față, ceva de genul: “Probabil te întreb ce se întâmplă. Seara trecută tăticul tău a murit. Știi că era bolnav. Când cineva moare înseamnă că nu mai respiră, inima nu-i mai bate. Când mor, oamenii nu mai simt nici un fel de durere. Nu mai mănâncă și nu mai dorm. Asta înseamnă că tăticul tău nu se mai întoarce.” Spuneți-le că e normal ce simt “Știu că ți-e teamă, că ești trist și nu prea înțelegi ce se întâmplă.” – sunt cuvinte simple dar de folos. Unii copii plâng, alții stau fără să scoată o vorbă. Alții pun întrebări sau par să evite ideea în sine. Nu-i izolați dar lăsați-le timp să se gândească la ceea ce le-ați spus. Răspundeți-le la întrebări Unii copii vor pune întrebări imediat ce află. Alții vor aștepta câteva zile. Încercați să le răspundeți clar și sincer. Spuneți-le și următoarele cuvinte: “nimeni nu putea să împiedice moartea tăticului/mămicii tale. Te-a iubit foarte mult. N-a murit pentru că era supărat(ă) pe tine, nu din cauza ta a murit. Dar noi (eu, bunica, mătușile) suntem aici și te iubim și o să avem grijă de tine. E normal să fii trist, e normal și să te joci. Nu se supără nimeni dacă te vede râzând sau jucându-te.” Înțelegeți-le comportamentul Copiii au propriul lor fel de a trece peste moartea unui părinte. Durerea lor va fi reflectată în mod cert în felul în care se comportă. Poate unii vor fi arțăgoși și pretențioși. Alții pot avea probleme cu dormitul, mai ales dacă li s-a spus că moartea e ca un somn lung. Unii vor plânge. Alții își ascund tristețea pentru a-și proteja părinții. E posibil să fie furioși sau să creadă că din pricina lor părintele a murit. Unii se vor plânge că-s bolnavi sau că îi doare stomacul. Unii se tem să rămână singuri sau vor spune foarte des că vor să se ducă după cel mort.

Durerea pierderii unui părinte în copilăria mică poate cauza:

- Insomnii, coșmaruri, probleme cu mâncarea, pierderea apetitului, probleme cu mersul la toaletă, manifestări fizice noi sau acutizarea problemelor deja existente (exeme, astm)
- Anxietate, teama de separare, dispoziții schimbătoare, izolare, ieșiri agresive, probleme la școală. Lipsă de concentrare.
- Sentimentul de responsabilitate pentru moartea părintelui.
- Pierderi de memorie, dificultăți de învățare. Pierderea motivației. Hiperactivitate, mici scene, asumarea unor riscuri noi, evitate până la dispariția părintelui.

Ludoterapia

Ludoterapia este o metoda de tratare a bolilor mintale cu ajutorul jocului. Ea se mai numeste si terapie prin joc. In epoca moderna ludoterapia este principalul mijloc terapeutic folosit in tratarea problemelor emotionale la copii. Jocul este fundamental in viata copiilor. Este un instrument de comunicare adecvat pentru orice varsta. Jocul si joaca sunt de obicei considerate ca facand parte din contextul social sau individual in care traieste copilul. Daca pana acum avea rolul de intretine, amuza si de a contribui la dezvoltarea copilului, medicii sustin ca acesta este un instrument terapeutic valoros.

In ce situatii este utila ludoterapia? Exista mai multe afectiuni si probleme in care terapia prin joc sau ludoterapia poate fi folosita pentru ca micutul tau sa le poata depasi. Ludoterapia poate fi de folos pentru copii care:

- se confrunta cu separarea de un parinte, cu divortul sau conflictul dintre parinti;
- au fost traumatizati sau abuzati (sexual, fizic sau emotional);
- au fost martori ai violentei domestice sau ai unor acte de cruzime;
- sunt adoptati sau stau in centre de plasament;
- se confrunta cu moartea unui parinte sau a unei persoane dragi ori cu imbolnavirea cuiva;
- au fost bolnavi si spitalizati perioade lungi de timp;
- au trecut prin calamitati naturale sau accidente severe.

Prin intermediul jocului copiii exprima sentimente, trairi si emotii pe care de multe ori nu le pot verbaliza. De asemenea, el este folosit si ca metoda de diagnosticare a celor mai frecvente boli mintale la copii.

Care sunt beneficiile ludoterapiei?

Terapia prin joc are meritul de a asigura un spatiu - atat locativ, cat si emotional - sigur si confortabil pentru copii. Jocul este o activitate familiara copiilor si ii face sa se simta relaxati in timpul unei astfel de sedinte. Alte beneficii mai pot fi:

- reducerea anxietatii;
- asigurarea unui spatiu sigur si familiar pentru exprimarea sentimentelor;
- facilitarea exprimarii sentimentelor si emotiilor in moduri originale si creative;
- ajuta la explorarea si practicarea anumitor tactici sociale;
- contribuie la dezvoltarea concentrarii;
- incurajeaza si consolideaza increderea in sine si un simt al competentei;
- dezvolta increderea in ceilalti;
- incurajeaza creativitatea si joaca;
- creste gradul de intelegere si constientizare a unor probleme.

Prof.psiholog Suzana Pavlov

