

Unitatea de învățământ: Școala Postliceală Sanitară Arad

SUPPORT DE CURS

MODULUL: PSIHOLOGIE GENERALĂ ȘI MEDICALĂ (Instruire teoretică)

Profesor:

CĂTANĂ IONELA

CONȚINUTURILE ÎNVĂȚĂRII

6.3.1. Niveluri structural- funcționale ale psihicului:

1. Conștient, subconștient, inconștient

2. Relații între structuri și funcția de adaptare (reglare și autoreglare)

Psihologia ca știință posedă calități deosebite, care o diferențiază de alte discipline. Ce studiază psihologia ca știință?

În traducere din limba greacă psihologia a provenit din contopirea a două cuvinte grecești „psiuhe” (suflet) și „logos” (știință, învățătură), ceea ce înseamnă „știința despre suflet”.

Psihologia este o știință foarte veche, care în același timp e și foarte tânără. Pe de o parte, vârsta ei numără cca 2400 ani, iar pe de altă parte, abia în secolul XIX ea se constituie ca *știință independentă*.

Domeniile psihologiei:

Psihologia generală cercetează individul, accentuând în el procesele de cunoaștere și personalitatea. Procesele psihice cognitive cuprind *senzația, percepția, atenția, memoria, imaginația, gândirea și vorbirea*. Cu ajutorul acestor procese omul recepționează și prelucrează informația despre lume, ele participă de asemenea la formarea și reorganizarea cunoștințelor.

Personalitatea conține însușiri, care determină acțiunile și faptele omului. Acestea sunt *emoțiile, dispozițiile, aptitudinile, mecanismele (directivele), motivația, temperamentul, caracterul și voința*.

Psihicul este însușirea materiei special superior organizate (MSSO), cu ajutorul căreia are loc reflectarea subiectivă și obiectivă a realității înconjurătoare.

Procesele psihice reprezintă reflectarea dinamică a realității în diferite forme ale fenomenelor psihice. Stările psihice sunt nivelul relativ stabil al activității psihice concretizat în momentul dat, care se exteriorizează printr-o activitate mai intensă sau mai slabă a personalității.

Însușirile psihice reprezintă niște formații stabile, care asigură un anumit nivel calitativ și cantitativ al activității și conduitei, caracteristic pentru omul respectiv. Pentru a defini mai complex psihicul, o să recurgem la o definiție numită „tip caracterizare”, care își propune mai întâi inventarierea principalelor caracteristici sau note definitorii ale psihicului, apoi sintetizarea lor într-o formulare concisă.

Așadar, cel mai simplu răspuns la întrebarea: „Ce este psihicul?” ar fi:

Psihicul este o expresie a vieții de relație, un fenomen inseparabil legat de structurile materiale și cuantice, o reproducere în subiectiv a realității naturale obiective, un produs al condiționărilor și determinărilor socio-istorice și socio-culturale.

Psihicul nu este omogen, uniform, nediferențiat, linear, dimpotrivă, el există și se manifestă în variate forme. Uneori este mai clar, mai lucid, alteori mai tulbure, mai obscur; în anumite situații ne dăm seama de noi înșine, de trăirile noastre, în altele nu.

Diverse acțiuni sau gânduri, care ne-au captat cândva atenția și efortul încep, o dată cu trecerea timpului, să se realizeze aproape de la sine, fără a mai fi necesară concentrarea asupra lor. Sunt și cazuri când „ceva” din interiorul nostru, pe care nici măcar nu-l bănuiam, iese la suprafață, ne acaparează și ne chinuie existența. Cu alte cuvinte, psihicul cunoaște o mare diferențiere și neuniformitate existențială și funcțională. Există următoarele forme ale vieții psihice (numite și ipostaze ale psihicului): conștiința, subconștientul și inconștientul.

1. Conștiința

Conștiința este una dintre cele mai importante niveluri de organizare a vieții psihice (nivelul superior de dezvoltare al psihicului). Deci conștiința este structura psihică de suport a vieții interioare și constituie nucleul vieții psihice. Conștiința poate fi definită ca fiind totul (psihologia fără inconștient) sau nimic (psihologia fără conștiință).

Conștiința este nivelul psihic superior de reflectare a realității caracteristic doar omului și nu în toate cazurile.

Omul este unicul dintre ființe, care este capabil de *autoanaliză*, *autocontrol* și *autoapreciere*. Frecvent se spune că specificul psihicului uman este apariția conștiinței. Dar există două feluri de conștiință: - conștiința implicită - primitivă, nediferențiată, care există și la animalele superioare; - conștiința reflexivă - conștiința de sine, de „eu”, într-adevăr specific umană.

Conștiința de sine (explicită) e precedată de „sentimentul de sine”, stare confuză, dinaintea momentului, când persoana va judeca, va aprecia modul său de existență. La baza evoluției conștiinței stă formarea treptată a unei scheme corporale și a unei imagini a propriului corp. Prin sistematizarea reflecțiilor asupra fenomenului de conștiință și a definițiilor diverse date acestuia se pun în evidență, implicit sau explicit, și funcțiile conștiinței:

- funcția de semnificare sau de cunoaștere;
- funcția de relație;
- funcția de sinteză;
- funcția de autosupraveghere;
- funcția de adaptare;
- funcția reglatorie (de autoreglaj voluntar);
- funcția informațional-cognitivă;
- funcția de orientare spre scop;
- funcția anticipativ-predictivă;
- funcția creativ-proiectivă;
- funcția finalistă.

2. *Subconștientul*

Poziția subconștientului în psihologie este destul de imprecisă. Termenul a apărut la sfârșitul secolului al XIX-lea - începutul secolului XX, căpătând diferite denumiri. Astfel, el a fost considerat când o postconștiință, când o preconștiință. Unii autori l-au denumit chiar „inconștient normal”. În prezent, există tendința de a-l defini prin opoziție cu conștiința, spunându-ni-se mai degrabă ce nu este decât ce este. Grand dictionnaire de la psychologie (1994, p.760) definește subconștientul ca fiind „ansamblul stărilor psihice, de care subiectul nu este conștient, dar care influențează comportamentul său.”

Conservarea noțiunii de subconștient în psihologie este firească, deoarece subconștientul reprezintă una dintre ipostazele importante ale psihicului, care nu poate fi nici ignorată, nici redusă sau identificată cu alte ipostaze ale acestuia.

3. *Inconștientul*

Inconștientul constituie cel mai controversat nivel de organizare a vieții psihice, în legătură cu care pozițiile de negare sunt de afirmare abundă în literatura de specialitate. Discuțiile cu privire la accepțiile noțiunii, la natura psihică a inconștientului, la rolul lui în existența umană sunt atât de numeroase, prolix și contradictorii, încât creează un tablou deconcertant referitor la inconștient.

Se afirmă chiar că psihologia a renunțat să mai plaseze în centrul preocupărilor sale teoretice și practice noțiunea de conștiință, în favoarea celei de inconștient. Chiar dacă inconștientul a captat în ultima vreme într-o mai mare măsură atenția psihologilor, nu se poate susține fără a greși că ei au încetat să se mai preocupe de studiul conștiinței. Vom încerca să analizăm câteva dintre problemele mai importante ale inconștientului ca ipostază a psihicului. Există un număr destul de mare de fenomene și reacții psihice, care intervin în activitatea noastră, fără a ne da seama de prezența lor. Ansamblul lor, ca și al posibilităților de acțiune existente, neactualizate îl denumim, în mod obișnuit, inconștient. Astăzi includem în inconștient mai întâi tot bagajul de cunoștințe, imagini, idei achiziționate și care nu ne sunt utile în prezent. Ele rămân într-o stare de latență; unele vor fi actualizate frecvent, altele poate niciodată. Apoi găsim toată rezerva de acte automate, priceperi și deprinderi, care nu sunt necesare pentru moment (știi să dansezi, dar nu e cazul etc.). Ele intervin când o cere situația prezentă.

2. Relații între structuri și funcția de adaptare

1. SENZAȚIA

Necesitatea de adaptare a organismului, de a face față unor solicitări exterioare din ce în ce mai complexe au condus la apariția unor forme de captare și prelucrare a informațiilor, la structurarea unor modalități de răspuns la influențele externe. La nivelul elementar al dezvoltării organice, forma sub care se reacționează este

iritabilitatea simplă, proprietatea biologică generală, care permite ființelor vii să recepționeze influențele externe și să răspundă selectiv la ele printr-o modificare internă.

Când un stimul din exterior acționează asupra oricărei porțiuni a organismului, în interiorul acestuia din urmă au loc modificări biochimice și biofizice, care dau naștere unei stări de excitație, ce se propagă prin difuziune, din aproape în aproape, în tot organismul. Iritabilitatea nu înseamnă însă reacția organismului la orice stimul, ci numai la stimulii, care au o semnificație biologică vitală pentru organism și care satisfac prin ei înșiși trebuințele biologice ale organismului; în interiorul acestuia din urmă au loc modificări biochimice și biofizice, ce dau naștere unei stări de excitație, care se propagă prin difuziune, din aproape în aproape, în tot organismul.

Proprietatea organismului de a recepționa factorii indiferenți, de a stabili un raport cu sens între ei și cei necondiționați poartă denumirea de sensibilitate. Spre deosebire de iritabilitatea simplă, care este o proprietate biologică, sensibilitatea este o proprietate psihică.

Cea mai simplă legătură informațională a omului cu realitatea este realizată prin intermediul senzațiilor.

- Senzațiile sunt procesele psihice elementare, prin care se semnalizează, separat, în forma imaginilor simple și primare, însușirile concrete ale obiectelor și fenomenelor, în condițiile acțiunii directe a stimulilor asupra organelor de simț (analizatori).
- Senzațiile sunt procese psihice senzoriale, cognitive, esența cărora constă în reflectarea unor calități izolate ale obiectelor și fenomenelor în momentul acțiunii lor asupra organelor de simț.

Senzațiile sunt elementele fundamentale ale oricărui proces de cunoaștere și se efectuează prin intermediul organelor de simț.

Calitatea senzațiilor - care constă în capacitatea lor de a fi vizuale, auditive, gustative, olfactive etc., are mare importanță în identificarea corectă a obiectelor și persoanelor, dar mai ales în ghidarea comportamentului. Savoarea unui aliment, vocea unui prieten, mirosul unui animal influențează reacțiile noastre de căutare sau de evitare a alimentelor, prietenilor, animalelor. Iată de ce descoperirea mecanismelor, cărora le poate fi atribuită calitatea experienței senzoriale umane, a constituit o preocupare constantă a cercetătorilor.

Senzațiile au mai multe însușiri, sunt de mai multe feluri, deci necesită o clasificare. Delimităm anumite criterii:

I. În funcție de modul de excitație a organelor de simț:

- tangoreceptive - senzații, ce presupun un contact direct al obiectului cu organele de simț (tactile, organice, gustative, chinestezice);
- teleceptive - senzații, ce presupun acțiunea obiectului de la distanță (vizuale, auditive, olfactive).

II. În funcție de prezența sau absența scopului și a efortului volitiv:

- voluntare;

- involuntare.

III. In funcție de situarea receptorilor pe suprafața corpului :

- exteroreceptive - senzații, ce furnizează informații cu privire la obiectele din exterior;

- interoreceptive - senzații, ce transmit informația despre modificările stării interne a corpului (senzația de frig, foame, sete, căldură);

- proprioreceptive - senzații referitoare la poziția și mișcarea corpului nostru (în spațiu senzația de mișcare, de echilibru).

6.3.2. Stimularea și energizarea comportamentului:

1. MOTIVATIA

Definirea și funcțiile motivației:

Orientarea personalității este un sistem de imbolduri, care determină selectivitatea relațiilor și activitatea omului. Un component al orientării personalității este *motivația*. Nici un act comportamental nu apare și nu se manifestă în sine, fără o anumită direcționare și susținere energetică. Chiar în cazul absenței unui obiectiv sau scop, un comportament are la bază acțiunea unei cauze.

Motivația este totalitatea de mobiluri interne ale comportamentului, fie că sunt înnăscute sau dobândite, conștientizate sau neconștientizate, simple trebuințe fiziologice sau idealuri abstracte.

Printre funcțiile motivației enumerăm:

I. Funcția de activare internă difuză și de semnalizare a unui dezechilibru fiziologic sau psihologic. În această fază starea de necesitate apare, dar nu declanșează încă acțiunea. De obicei, această funcție este specifică trebuințelor, ce posedă o dinamică deosebită: debutează cu o alertă internă, continuă cu o agitație crescândă, ajungând chiar la stări de mare încordare internă, pentru a se finaliza prin satisfacerea lor.

II. Funcția de mobil sau de factor declanșator al acțiunilor efective. Acesta este motivul, definit de psihologul francez H. Pieron drept „mobilul, ce alege dintre deprinderile existente pe cea, care va fi actualizată”. A identifica un motiv înseamnă a răspunde la întrebarea: de ce? Această funcție constă în centrarea comportamentului și activității pe un obiect anume - satisfacerea stării de necesitate individualizate de către motiv.

Prin termenul de motivație definim o componentă structural-funcțională specifică a sistemului psihic uman, ce reflectă o stare de necesitate în sens larg.

Astfel se dezvoltă necesitatea de substanțe nutritive, de îmbrăcăminte, de oxigen, de anumite condiții de temperatură, de semnale informaționale, de mișcare, acțiune, relaxare, de comunicare cu alții, de realizare de sine și altele. Toate acestea nu sunt altceva decât trebuințe, condiții ale vieții. Deci, primul element din structura motivației sunt trebuințele. Alături de trebuințe se dezvoltă și motivele, interesele, impulsurile, valențele, tendințele, dorințele, scopurile, idealurile și convingerile omului.

2. AFECTIVITATEA

Conceptul de afectivitate, în psihologia generală, a fost multă vreme greu de definit. I.M. Testus (1736-1865) acum două secole preciza că psihicul uman se compune din intelect, voință și sentimente, fenomenele afective au continuat să fie identificate, când cu procesele senzoriale, când cu instinctele individului cu trebuințele sau cu reflexul unor modificări vegetative-organice în sfera trăirilor psihice conștiente. Datorită cercetărilor psihologice contemporane, afectivitatea a dobândit statut de aspect fundamental al personalității de componentă bazală, infrastructurală a psihicului, dar și de nota lui definitorie, deoarece pentru afectivitate omul se diferențiază de roboți și calculatoare de inteligență artificială, fiind rezonanța subiectivă generală a individului, intim și relațional trăită la schimbările de tot felul din mediul său intern sau extern.

Omul nu se raportează indiferent la realitate, dimpotrivă, obiectele, fenomenele, evenimentele, care acționează asupra lui, au un ecou, o rezonanță în conștiința sa, trezesc la viață anumite trebuințe, corespund sau nu nevoilor lui, îi satisfac sau nu necesitățile, aspirațiile, idealurile. Între stimulii interni și realitatea înconjurătoare au loc confruntări și ciocniri, ale căror efecte sunt tocmai procesele afective. În timp ce aprobarea sau satisfacerea cerințelor interne generează plăcere, mulțumire, entuziasm, bucurie, contrazicere sau nesatisfacerea lor conduce la neplăcere, nemulțumire, indignare, tristețe etc. În cadrul proceselor afective pe prim plan se află nu atât obiectul, cât valoarea și semnificația, pe care acesta o are pentru subiect.

Afectivitatea este aceea componentă a vieții psihice, care reflectă, în forma unei trăiri subiective de un anumit semn, de o anumită intensitate și de o anumită durată, raportul dintre dinamica evenimentelor motivaționale sau a stărilor proprii de necesitate și dinamica evenimentelor din plan obiectiv extern.

Afectivitatea este o trăire diferențiată, ca stare față de situații, evenimente, persoane, conținuturi de comunicări, la care se participă etc. Afectivitatea se manifestă nu numai față de evenimente prezente, ci și față de cele evocate din trecut, dar și asociate de trăiri, ce se vor putea produce în viitor. Expresiile afectivității, dacă sunt legate de un moment sau situație, se numesc *afecte* și *emoții*. Dacă sunt latente (de fond), se numesc *sentimente*, iar când au o intensitate foarte puternică și obsesivă, răscolitoare, cu efecte de reflux în întreaga viață psihică, se numesc *pasiuni*.

Afectivitatea sau emoționalitatea poate fi activă sau pasivă. Activă este când se participă prin implicație în situații și evenimente, pasivă - când evenimentele și situațiile se suportă doar sau se percep.

6.3.3. Reglarea psihică a comportamentului:

1. ATENTIA

Atenția prezintă în sine un fenomen psihologic, în privința căruia până în prezent nu există o opinie unică.

Atenția nu e proces psihic separat, ci un fenomen psihologic, o latură a vieții psihice, cu ajutorul căreia se dirijează toată viața psihică umană. Ea e aceea latură a vieții

psihice, prin intermediul căreia are loc orientarea și concentrarea activității psihice asupra fenomenelor și obiectelor cu sustragerea concomitentă de la toate celelalte.

Atenția este o stare psihologică, ce caracterizează intensitatea activității cognitive și se materializează în concentrarea ei pe un sector relativ îngust, (o acțiune, un obiect, un proces, un fenomen), care devine conștientizabil și concentrează asupra sa eforturile psihologice și fizice ale omului pe parcursul unei anumite perioade de timp. Atenția ca atare nu reprezintă un proces psihic cognitiv, însă caracterizează condițiile evoluției oricărui proces cognitiv.

Atenția îndeplinește următoarele funcții:

- 1) activează procesele necesare în momentul dat și le înhibă pe cele, care nu sunt necesare;
- 2) contribuie la selectarea bine orientată, organizată a informației, ce vine din sursele solicitate;
- 3) asigură concentrarea de lungă durată a activismului la unul și același obiect.

atenția poate fi definită drept un proces psihofiziologic de orientare, concentrare și potențare selectivă a funcțiilor și activităților psihice și psihocomportamentale modale specifice în raport cu obiectul și finalitatea lor proprii, asigurându-le atingerea unui nivel optim de eficiență adaptivă.

2.VOINȚA

Voința este unul din fenomenele cele mai complexe ale psihologiei omului, care este destul de dificilă a fi determinată.

Voința se definește drept un proces psihic complex de reglaj superior, realizat prin mijloace verbale și constând în acțiuni de mobilizare și concentrare a energiei psihonervoase în vederea învingerii anumitor greutăți sau obstacole în activitate și atingerii scopurilor conștient stabilite. Voința este numită de către psihologi „reglajul reglajelor”. Ea reglează rațiunea, activitatea cognitivă și practică a omului, precum și sentimentele. La om mecanismele interne de autoreglare se structurează și se integrează la două niveluri funcționale calitativ diferite: nivelul involuntar și nivelul voluntar.

Nivelul involuntar se caracterizează prin absența intenționalității, a analizei prealabile a condițiilor, a comparării - alegerii și a deliberării. El asigură declanșarea automată a acțiunilor de răspuns și centrarea ei directă pe obiectiv (efectul adaptiv final). Exemplul tipic al reglării involuntare îl constituie actele reflexive, ce stau la baza homeostazei fiziologice a organismului, reflexele de orientare-explorare-țintire în cadrul activității perceptive, reflexele de apărare.

De nivelul involuntar se apropie actele comportamentale puternic automatizate, de genul deprinderilor și mai ales al obișnuințelor, a căror derulare nu mai reclamă un control conștient susținut și nici o concentrare specială. Nivelul voluntar se subordonează, din punct de vedere structural, funcției reglatoare a conștiinței (deci el implică obligatoriu atributul conștiinței), iar din punct de vedere instrumental, se

conectează la subsistemul motivational, favorizând și optimizând finalizarea motivului în scop.

Calitățile voinței:

Ca formă superioară de autoreglare, voința exprimă un mod de organizare funcțională a întregului sistem al personalității și, ca urmare, pune în evidență o serie de atribute sau calități specifice, a căror influență se exercită asupra întregii vieți psihice, nu numai de nivel conștient, ci și inconștient. Aceste calități pot fi evaluate și exprimate în unități de măsură obiective: de forță, de timp, de frecvență. Principalele criterii după care apreciem voința, sunt:

- 1) forța;
- 2) perseverența;
- 3) consecvența;
- 4) fermitatea;
- 5) independența

6.3.4. Conceptul de personalitate:

1. Individ- individualitate

Termenul de individ desemnează „acea totalitate a elementelor și însușirilor fizice, biochimice, biologice și psihofiziologice - înnăscute sau dobândite - care se integrează într-un sistem pe baza mecanismului adaptării la mediu”. Desemnând unitatea integrativă indivizibilă rezultată în virtutea procesului vieții și a acțiunii legilor evoluției biologice, termenul individ se aplică tuturor organismelor vii. Fiind o entitate biologică și o unitate structural și funcțional indivizibilă, omul este primordial, un individ. Individul este privit ca un purtător al însușirilor genotipe generale distincte speciei, din care face parte, exemplar dintr-o categorie.

Individualitatea se referă, în schimb, la o realitate psihologică specială; la structurarea în interiorul individului a proceselor sale conștiente, a trăsăturilor psihofizice, a diferitelor însușiri personale într-o formă unică, irepetabilă la ceilalți. În acest sens, fiecare om este o individualitate distinctă. Individualitatea omului se poate exprima în orice sferă a activității psihice: intelectuală, emotivă, volitivă, atitudinală. Originalitatea intelectului constă în modul deosebit de a percepe și a înțelege, de a înainta și a rezolva probleme. Individualitatea ca structură interioară caracterizează personalitatea mai amplu, mai concret și totodată are loc deosebirea și diferențierea unei personalități de alta.

O noțiune mult mai integră decât cele definite anterior este noțiunea de personalitate. Termenul de personalitate cuprinde întreg sistemul atributelor, structurilor și valorilor, de care dispune o persoană. De aceea, personalitatea implică și evaluări privind calitățile personale, rolurile și statuturile, de care dispune respectiva persoană. Trebuie luat în considerație și nivelul suficient de maturitate socială. În acest caz, copilul

mic (până la 3 ani) sau omul cu psihicul bolnav, bunăoară, nu pot fi considerați personalități.

6.3. 5. Temperament și tipologii:

După cum nu există doi oameni cu amprente digitale identice, nici două frunze absolut echivalente pe același pom, tot astfel în natură nu există nici personalități umane absolut asemănătoare - personalitatea fiecărui om este irepetabilă.

Temperamentul constituie latura dinamico-energetică a personalității. Dinamica pentru că ne furnizează informații cu privire la cât de iute sau lentă, mobilă sau rigidă, accelerată sau domoală, uniformă sau neuniformă este *conduita* individului. Energetică deoarece ne arată care este cantitatea de energie de care dispune un individ și mai ales modul cum este consumată această energie.

Temperamentul este una dintre laturile personalității care se exprimă cel mai pregnant în conduita și comportament (miscări, reacții afective, vorbire).

2. Clasificarea temperamentelor

Tipologii constitutionale:

Aceste tipologii iau în calcul constituția corporală, morfologică a individului, considerând că o anumită constituție predispune la un anumit comportament.

Pot fi grupați în funcție de trăsăturile lor asemănătoare, chiar dacă există diferențe psihocomportamentale, implicit și temperamentale, între aceștia:

tipul picnic – ciclotim: se caracterizează prin expansiunea cavității viscerale, prin tendința de a acumula grăsime, piele întinsă, față moale, sistem osos fragil, extremități moi, rotunde, scurte;

tipul leptosom (astenic) – schizotim: se distinge prin constituție verticală, trunchi cilindric, cutia toracică plată, umeri apropiați și înguști, cap mic și rotund, mușchi și oase subțiri, nas lung și ascuțit, paloarea feței, trăsături feminine la bărbați și masculine la femei (leptos-îngust, stramt);

tipul athletic – vascos: mare dezvoltare a scheletului osos, a musculaturii, epidermei; umeri lați și bazin îngust, partea de sus a corpului dezvoltat
tipul displastic – reuneste numeroase varietăți dismorfice, cu malformații congenitale.

Pavlov a pus în corespondență cele patru tipuri generale de sistem nervos cu cele patru temperamente stabilite în antichitate. Astfel:

tipul puternic-echilibrat-mobil – sanguinic: vioi, comunicativ, sociabil, adaptabil, controlat;

tipul puternic-echilibrat-inert – flegmatic: calm, tacut, nesociabil, lent, greu adaptabil la situații noi, puțin impresionabil, rezistent la stres și frustrării;

tipul puternic-neequilibrat-excitabil – coleric: rezistent, vioi, hiperactiv, irascibil, impulsiv, imprudent, trăiri emoționale explozive, instabilitate comportamentală,

tendința de dominare în relațiile interpersonale, saturație și plictiseala rapidă la monotonie.

tipul slab – melancolic: interiorizat, retras, sensibil, delicat.

6.3.6. Comunicare și limbaj

6.3.8. Comunicarea nonverbală

Comunicarea nonverbală se referă la gesturi, expresii faciale, tonul vocii, contactul vizual (sau lipsa acestuia), limbajul corpului, postura și alte moduri în care oamenii pot comunica fără a folosi cuvinte.

Cum se folosește eficient comunicarea nonverbală?

Menținerea contactului vizual:

Trebuie stabilit contactul vizual atunci când se vorbește cu alte persoane. Când se stabilește un contact vizual direct, acesta arată celorlalte părți interesul acordat față de ceea ce spune. Dacă trebuie să se facă o prezentare la locul de muncă, se stabilește un contact vizual cu publicul. Asta le va spune oamenilor că vorbitorul este încrezător în ceea ce prezintă.

Efectuarea unui contact vizual direct oferă celorlalți confortul necesar pentru a comunica cu persoana în cauză. Este nevoie de atenție, totuși, pentru ca încercările de contact vizual să nu se transforme într-o privire neîncetată, moderarea este cheia.

Folosirea expresiilor faciale:

Expresiile faciale transmit emoțiile. Expresiile faciale sunt de obicei universale, ceea ce înseamnă că transmit același mesaj la nivel global. O persoană încruntată este de obicei supărată. Oferirea unui zâmbet atunci când o persoană vorbește cu cineva, atâta timp cât nu este inadecvată situației, este minunată.

Acest lucru le spune oamenilor că respectiva persoană este fericită sau într-o bună dispoziție. De asemenea, creează o atmosferă călduroasă și prietenoasă, permițându-le celorlalți să se simtă confortabil.

Fața poate afișa o multitudine de emoții. Când nu este necesar un zâmbet, este importantă conștientizarea expresiei faciale avute și reacționarea în consecință. O privire serioasă atunci când munca este criticată sau un răspuns simpatic la exprimarea dificultăților cuiva poate contribui cu mult la transmiterea angajamentului respectivului cu situația.

Atenția la spațiul personal:

Atenția la apropierea de ceilalți. Diferite culturi privesc proximitatea în diferite moduri, așa că este esențială observația dacă persoana cu care se dorește a comunica este incomodă. Acest lucru ar putea însemna statul prea aproape și ar trebui creată o anumită distanță între cele două persoane. Cantitatea de spațiu fizic oferită poate transmite multe emoții.

Grija posturii:

Este important să dați atenție și la postura avută. Statul cocoșat arată lipsa de interes față de ceea ce spune o persoană. Mișcarea corpului este, de asemenea, importantă.

De exemplu, balansarea piciorului înainte și înapoi în timpul unei întâlniri le arată celorlalți nerăbdare, plictiseală și dezinteres. A sta drept și față în față cu alții când se vorbește este foarte important.

A fi conștient de ton și sunete:

Tonul și sunetele care se fac pot comunica gândurile altora fără a vorbi. Dacă atunci când se primesc instrucțiuni de la un manager se mormăie imediat, asta arată managerului că respectivul nu este de acord cu ceea ce a spus el. Tonul sau sunetele pot informa oamenii despre furie, frustrare sau sarcasm. Este importantă evitarea oftatului repetat sau vorbitul cu o voce puternică. Este recomandat vorbitul încet și calm.

PSIHOLOGIE MEDICALĂ

6.3.9. Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii

Psihologia medicala este un domeniu de interferenta a doua mari practici care privesc individul uman in starile lui fundamentale de sanatate si boala. Capacitatea de a ne imbolnavi este *patibilitatea*.

Cauzele bolii inseamna *etiologia* sau *patogeneza*. *Sanogeneza* este un termen care vizeaza intarirea sanatatii. Profilaxia vizeaza evitarea imbolnavirilor sau a desfasurarii grave a bolii. Cand spunem ca factorii psihici ai pacientului (si a asistentului medical) intervin in dinamica sanatatii si a bolii, ne gandim la interventia pasiva a bolii in constiinta.

Ce inseamna factor?

Factor va fi de exemplu o *emotie* unica, puternica – in particular emotia negativa (trauma psihica) – dar si conflictul de durata, constient (drama) ca si atitudinea bolnavului fata de boala.

Cuvântul *trauma* înseamnă în grecește „rană” și, prin analogie, traumă psihică va însemna o leziune sufletească. Așa cum în medicina somatică unele leziuni apar prin expunerea repetată la un factor patogen atunci când capacitatea de apărare a organismului este depășită, iar altele prin acțiunea punctuală brutală a altui factor, tot așa atunci când rezistența sistemului nostru psihic este depășită de evenimente punctuale sau de persistența unor evenimente cu caracter nefavorabil pot apărea leziuni sufletești.

Organizația Mondială a Sănătății definea starea de sănătate ca fiind: „o stare completă de bine din punct de vedere psihic, mental și social, și nu neapărat în absența durerii”. Această definiție este o recunoaștere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența durerii. Este o stare de armonie, o stare-de-bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Adaptarea este strâns relaționată cu promovarea stării de sănătate și cu prevenirea tulburărilor (bolilor). în acord cu **Pearlin și Schooler (1978)**, adaptarea ne protejează prin:

1. eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
2. perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze

caracterul ei problematic;

3. păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

Aceste funcții prefigurează baze comportamentale pentru tratarea și prevenirea tulburărilor și pentru promovarea sănătății.

Prezentă la orice formă de psihism, adaptarea este implicată în toate tipurile de reacții întâlnite la om, după cum poate fi identificată chiar și în secvențele constitutive ale unor subsisteme psihice ale personalității. În acest sens, este cazul să consemnăm opinia marelui psiholog **Piaget J**, pentru care legile fundamentale după care funcționează psihicul uman sunt *asimilarea* și *acomodarea*, ambele cu evidente implicații adaptative.

Orice realitate exterioară sau interioară pe care o percepem, are o tonalitate afectivă care poate fi plăcută sau neplăcută. Cunoașterea afectivității devine un prim element esențial în înțelegerea tulburărilor psihosomatice. Rolul și intervenția emoțiilor în dinamica sănătății și a bolii, prin cunoașterea mecanismelor fiziologice ale acestora, ne oferă șansa de a stăpâni și a folosi viața afectivă în cadrul activității profilactice și terapeutice.

Emoția poate fi caracterizată ca o reacție adaptativă la evenimentele din viața individului. Ea este un simplu semnal de perturbare al echilibrului. Atitudinea bolnavului față de evenimente, față de boală, față de sine însuși, depinde de ritmul și de mobilitatea afectivității.

Instinctul

Ce înseamnă instinct? Prin instinct (pulsione), vom înțelege o forță dinamizatoare, o pornire care produce o serie de acte comportamentale în raport cu o situație exterioară. Pulsunile determină acte de comportament îndreptate spre satisfacerea unor nevoi specifice. Omul caută mijloace și cai adecvate pentru satisfacerea acestor nevoi, având până la un punct capacitatea de a le accepta sau a li se opune.

Prin instincte, vom înțelege o serie de pulsuni puse nemijlocit sau mijlocit în serviciul nevoilor biologice, care decurg de la sine la momentul oportun – fără ca individul să cunoască finalitatea comportamentului său.

Sugestibilitatea poate fi definită ca aparținând răspunsurilor conditionate motorii la cuvinte și la gesturi.

Ex: un ordin care întâlnește întâmplarea, antipatie, nu este executat.

Rezistența la sugestie, poate fi numită negativism.

Imitația este și ea o problemă de condiționare. Simpatia poate fi privită ca o manifestare a condiționării. Analiza tipurilor complexe de simpatie necesită să facem apel la conceptele de empatie. Empatia înseamnă „a te pune în locul altuia, fie că e vorba de o persoană sau de un lucru”.

Psihosomatica este o concepție medicală integratoare (are în vedere relația psihosoma) care permite abordarea unor afecțiuni somatice induse psihic ca relația unor trăiri

emotiv tensionale (factori stresanti, conflicte, pierderi) sau a unor manifestari psihice secundare unor boli organice.

Medicina geto-dacica a fost prima medicina de factura psihosomatica mentionata in documente. Platon in Charmides vorbea despre terapeutii geto-daci. Zamolxis ne invata ca: „dupa cum nu trebuie sa incercam a vindeca ochii fara sa vindecam capul, ori capul fara sa tinem seama de trup, tot astfel, nici trupul nu poate fi insanatosit fara suflet”.

A exercita corect medicina inseamna a raspunde prompt, onest si cu intelegere la diferitele nevoi si cereri fata de actul medical, care va trebui insotit intotdeauna de constiinta etica. Stiinta fara constiinta nu este decat ruina sufletului. Obiectivul oricarui act medical este de a vindeca omul bolnav, de a apara viata si a promova sanatatea.

Relatia asistent medical - pacient va fi de acceptare reciproca, o atitudine de respect, caldura si intelegere empatica fata de pacient. Atunci cand sursa de dificultate este legata de lipsa de cunostinte, asistenta medicala poate ajuta pacientul in castigarea unor cunostinte care sunt necesare, pentru a-l ajuta in satisfacerea nevoilor- respectiv informatii pentru cunoasterea de sine, despre boala, o eventuala interventie chirurgicala care poate ameliora acuitatea vizuala, despre cunoasterea celorlalte personae, punerea in contact cu persoane care au trecut printr-o interventie chirurgicala, si altele.

Pacientul este depersonalizat in primul rand prin scoaterea lui din mediul anterior si internarea in spital, conditie in care poate sa apara un sindrom de spitalizare, care este generat in primul rand de o stare psihica negativa de natura emotionala accentuata, de deficitul vizual si uneori auditiv determinata de teama de suferinta pricinuita de investigatii si tratament. Se mai adauga senzatia de frustrare a libertatii cotidiene, schimbarea mediului de viata, acesta fiind inlocuit de un nou mediu, noi reguli, pentru pacient uneori inedite (patul nefamilial, saloane mari care nu respecta intimitatea pacientului, uneori singuratatea).

Pentru o abordare adecvata a pacientului în context bio-psiho-social trebuie avute în vedere urmatoarele criterii:

- Considerarea pacientului ca un întreg, printr-o abordare holistica, nelimitata doar la organul bolnav.
- Cunoasterea pacientului dincolo de antecedentele sale patologice, în contextul retelei sale sociale, cu preferintele, valorile si convingerile sale legate de actul medical.
- Abordarea empatica a pacientului, cu simpatie, interes, grija, atentie si respect.
- Stabilirea unei relatii de încredere între personalul medical si pacient, prin schimb permanent de informatii, într-un mod accesibil înțelegerii pacientului. Acesta trebuie sa stie ca personalul medical actioneaza în interesul bolnavului si ca va urmari tratamentul si îngrijirea acestuia.
- Adaptarea tratamentului în functie de starea pacientului, menajând convingerile, valorile si circumstantele de viata ale acestuia.

Considerând omul ca o unitate corp-minte-spirit, actul medical va trebui sa se adreseze întregului si atunci toate valorile morale coroborate cu altruismul, compasiunea, respectul pentru viata in completare cu stiinta vor putea asigura starea de

bine a pacientului. . Relatia asistent medical- pacient face parte din psihologia comportamentului interpersonal.

Persoana "intra in boala" cu un anumit tip de sistem nervos si de temperament cu un anumit caracter si inteligenta, cu o anumita ereditate, cu complexe si pareri preconcepute, cu un anumit orizont cultural. Bolnavul ia diverse atitudini 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. Simptomele si semnele bolii alcatuiesc "un limbaj al corpului" ce trebuie sesizat si decodificat, atmosfera ce se stabileste intre pacient si echipa medicala fiind de un acordaj reciproc ca intre un post de emisie si unul de receptie.

6.3.10. Comportamente protectoare si de risc

1. Credinte personale si tendinte fata de sanatate

Boala creeaza un tip nou , specific, de raporturi si relatii intre oameni, o adevarata lume particulara in sînul lumii mai mari, care se conduce dupa valorile si nevoile fiintelor normale.

Boala este un fenomen social:

- prin „definitie”
- prin origine
- prin consecințe
- prin atitudinile colective pe care le suscita;

De exemplu, atunci cand o boala endemica frecventa cum ar fi gușa in unele regiuni din Tirol, cei care nu sunt atinsi de boala sunt considerati anormali; asa cum la unele triburi exotice bolnavii de schizofrenie sunt considerati drept „vrajitori” atribuindu-li-se calitati supranaturale. Mediul social poate fi patogen prin solicitare, multiplicitatea de roluri pe care le joaca un individ este generatoare de tensiuni si de conflict, ex. rolul de mama si de profesionista.

Mobilitatea sociala este un alt factor patogen, competitia sociala este deseori generatoare de stres.

Familia este o unitate sociala care creeaza legaturi interpersonale specifice, (rol de sot, sotie, tata, mama, copil), inseamna printre altele, sprijin si ajutor reciproc- care se manifesta si in boala. Supravietuirea si vindecarea depind in numeroase cazuri de factorul familial. Bolnavul cronic cere o ingrijire mai deosebita, obliga familia la o readaptare ca timp, venituri, autoritatea, toleranța.

Este necesara si analiza cauzelor unui comportament greșit față de indicatiile si recomandarile medico-sanitare.

In cadrul cercetarilor de teren un mare interes se acorda *cunoasterii imaginii mentale* raspindite in populatie despre o boala sau alta- cu tot ce contine ea ca prejudecata sau boala.

Superstitiile reprezinta o problema complexa, originea si persistenta lor se gaseste in observatia necontrolata, in amestecul nedorit al afectivitatii, in conceptiile magice si mistice.

Prejudecatiile pot tine de cultura, de influenta familiala. In epoca noastra, s-au constituit prejudecati in legatura cu administrarea unor mijloace terapeutice,(ex antibiotice).

Inerția este mai greu de invins. S-a remarcat ca „bolile intereseaza populatia mai mult decat sanatatea”

In studii de specialitate s-a aratat ca:

1. in orice populatie exista un nucleu de cei ce „nu-stiu”, ironici, impermeabili la actiunile de lamurire;
2. interesul sau lipsa de interes au tendinta de a fi generalizate la diferite sectoare;
3. indivizii interpreteaza diferit aceeași informatie;
4. faptul de a fi informat nu modifica in mod necesar atitudinile.

Educatia sanitara ratata poate fi izvor *de iatrogenie*, de anxietate, de ipohondrie, de autosugestie negativa; ex intr-o regiune in India, unde vaca este un animal sfant ce nu poate fi muls, s-a introdus laptele praf in alimentatie pentru prevenirea anumitor carente alimentare; pentru a convinge populatia unui trib sa se vaccineze impotriva leprei, s-a inoculat in public primarul și seful politiei.

Iatrogenie- stare psihică produsă sau agravată pe cale [psihogenă](#) de către medic, de tratament sau de condițiile spitalizării.

Comportamente adictive

Adicție- stare care apare secundar unui uz repetat al unor substanțe cu rol de stimulare a funcțiilor psihoafective in scopul obtinerii unei plăceri în urma careia pacientul devine intoxicat periodic sau cronic. Individul care consuma astfel de substante este constient de efectul plakat pe care il provoaca, ca si de pretul platit pentru satisfacerea aceștei nevoi. Actualmente sensul a fost extins la toate comportamentele de tip adictiv (jocuri de noroc, sedentarism).

Adaptarea individuala la stres

Yujiro Ikemi, pionier al medicinei psihosomatice japoneze, consideră că, în cursul unei boli cronice severe sau fatale (desigur cu o limitare marcată a calității vieții), se pot întâlni 4 tipuri de comportament față de stresul psihic implicat de avaturile bolii respective:

1. Evitarea confruntării cu agentul stresor (boala)

Este echivalentă, după cum descrie autorul acestui tip de comportament, cu o centrare excesivă pe emoție. Se întâlnește în cazul unor boli cu prognostic fatal (SIDA, cancer) și constă în:

- abuzul de stimulente - de la cafea și alcool până la drog;
- inadaptare la exigențele tratamentului, însoțită adesea de stare depresivă, cu izolare socială, "abandon de sine" și culminând cu actul suicidal;
- tulburări de conversie variate ce pot îngreuna diagnosticul, sugerând o eventuală complicație a bolii (de exemplu, o pareză "funcțională" la un bolnav neoplazic poate sugera o embolie cerebrală metastatică).

2.Focalizarea excesivă asupra bolii

Implică o luptă disperată ("oarbă") cu aceasta. Este o atitudine rezumată în expresia "este decis sau să învingă, sau să moară". Constă în căutarea de remedii în rândurile medicilor - dar mai ales în mediile paramedicale sau ale medicinei alternative - și înlăturarea mijloacelor de relaxare. Oboseala, mergând până la epuizare, accentuează ravagiile bolii (prin sondarea imunității, de exemplu) și îi grăbește sfârșitul.

3. Supraadaptarea

Reprezintă comportamentul adaptat în bolile cronice invalidante (de exemplu, reumatismul inflamator sau cel cronic cu afectare importantă a mobilității, boli dermatologice cu aspect inestetic etc.) și mai ales la indivizii care percep dureros instalarea bătrâneții. Este un amestec de coping* centrat pe emoție (cel mai adesea, sau ca o rezultată a tuturor stilurilor de coping), dar și de coping centrat pe problemă (dar episodic și cu tentația cvasipermanentă de abandon al problemelor insolvabile).

Se manifestă prin excese:

- în activitatea profesională: "refugiul în muncă", dar - întâlnind aspecte decepționante și neavând beneficiile "recuperării" în viața de toate zilele
- în stilul de viață: comportament autodistructiv prin consum excesiv de alcool (adeseori observat de cei din anturaj), fumat excesiv și o activitate sexuală obsedantă și dezordonată.

Rezultatele în plan patologic ale acestui stil de viață sunt o serie de tulburări psihosomatice polimorfe, dar și apariția unor boli psihosomatice grave, precum infarctul miocardic sau a bolilor neoplazice.

4. Coexistența cu stresul

Este o soluție recomandată tot mai mult în ultima vreme, nu numai în lumea medicală (atunci când o boală este nevindecabilă, dar nu este fatală), ci și în planul vieții personale a multor indivizi confrunțați cu probleme imposibil de rezolvat într-un mod decisiv (inclusiv îngrijirea unor părinți, copii sau frați cu grave tulburări somatice sau psihice). O expresie populară "Să știi să-ți porți crucea", de sorginte creștină, se întâlnește cu optica de liberă asumare a destinului și ambele circumscriu un mod de comportament ce poate fi caracterizat prin următoarele:

- păstrarea unei gândiri pozitive și a unei vieți active, independente;
- trăirea pleneră a bucuriilor vieții centrate pe "aici și acum";
- bunăvoință, corectitudine și grație față de cei din jur;
- evitarea solitudinii, izolării;
- păstrarea umorului și apelul la acesta pe cât mai des posibil;
- apelul la religie (acolo unde este posibil).

*coping = mecanism de adaptare, de gestiune a stresului

6.3.11. Tulburari functionale

Evidențierea simptomatologiei psihosomatice

Pentru a putea pune în evidență simptomatologia psihosomatică este necesar ca bolnavul să fie investigat, în afara de medicul generalist și de specialistul într-o anumită gamă de afecțiuni (cele pe care le reclamează pacientul) și de către medicul psihiatru și de psiholog, pentru realizarea, în primul rând, a anamnezei, edificatoare în astfel de situații, alături de utilizarea și a altor instrumente și metode de investigare psihologică (interviul, observația, ancheta socială, psihogenograma, testele psihologice).

Esențiale în acest demers sunt:

- 1) Cunoașterea biografiei individului, a istoriei sale de viață și a istoriei reactivității emoționale a acestuia, în momentele delicate ale existenței sale;
- 2) Cunoașterea evenimentelor psihotraumatizante (dacă există);
- 3) Cunoașterea istoricului sau medical, al tratamentelor și al spitalizărilor;

4) Cunoasterea, macar aproximativa, a numarului medicilor si a varietatii specializarii acestora, sau a centrelor medicale consultate de-a lungul timpului;

5) Cunoasterea evolutiei diagnosticului si a manifestarilor acuzelor somatice de-a lungul istoriei biografice – aici ne intereseaza in mod special: constanta sau inconstanta diagnosticului in timp, dificultatile de diagnosticare si oscilarea intre mai multe alternative, dificultatea de stabilire a localizarii leziunilor somatice, mutatiile suferite in simptomatologia pacientului, tulburarile asociate;

6) Debutul manifestarilor somatice si ciclicitatea acestora;

7) Accesul la discutia, interviul cu familia, rudele, persoanele apropiate (pentru confirmarea datelor biografice, in primul rand, dar si pentru suplimentarea informatiilor despre dinamica simptomelor pacientului – cand se manifesta, cat de des, cu ce intensitate, care sunt factorii care influenteaza cel mai adesea aceste manifestari etc).

Toate aceste informatii sunt absolut necesare pentru a putea confirma sau infirma existenta unor factori etiologici de natura psihogena.

Reconstituirea anamnezei este o parte esentiala a examenului clinic si ea consta in regruparea, interpretarea si intelegerea simptomelor culese in cursul dialogului dintre medic si bolnav. In sensul acesta va trebui sa tinem seama de urmatoarele aspecte:

- a) este imposibil de separat istoria bolii de *istoria vietii individuale (psihobiografia)* bolnavului. Fiecare element biografic poate avea o semnificatie favorabila sau nefavorabila in geneza tulburarilor sale clinice, in procesul de dezorganizare al sistemului personalitatii, al relatiilor sale cu ceilalti, a conduitelor, etc.
- b) anamneza trebuie sa fie cat se poate de obiectiva. Se va face distinctie intre aspectele obiective ale bolii si relatarile subiective ale bolnavului fata de propria sa suferinta si istoria biografica.

Anamneza trebuie sa evite aspectele nesemnificative, anecdotice, colectionand si retinand numai datele reale. Culegerea datelor anamnestiche consta in a preciza si a ordona relatarea (naratiunea) spontana a bolnavului, cautand sa i completeze golurile.

Principalele aspecte care trebuie urmarite sunt:

- istoria vietii personale a bolnavului (psihobiografia),
- istoria tulburarilor psihice,
- istoria medicala a cazului (examene medicale anterioare, diagnostice, tratamente modele de evolutie, vindecari, recaderi, ciclicitatea evolutiei clinice, etc),
- cadrul familial, socio-cultural si profesional al acestuia .

Referitor la istoria persoana a subiectului vom avea in vedere urmatoarele aspecte:

- a) istoria biografica asa cum este ea relatata de bolnav,
- b) felul in care episoadele clinice au fost traite de bolnav,
- c) perioadele “uitate” sau cele “omise” din relatarea bolnavului,
- d) date furnizate de familie, anturaj etc,
- e) modul de dezvoltare si evolutie al personalitatii bolnavului.

Toate datele de mai sus demonstreaza ca examenul clinic este un tip particular de rationament, care pornind de la *bolnav* ajunge la *boala*, sau de la *suferinta ca traire subiectiva*, la *diagnostic* ca forma de cunoastere medicala.

Ca act medical, examenul clinic al bolnavului psihic, implica mai multe “etape” succesive si anume:

- primul contact cu bolnavul,

- explorarea bolnavului, convorbirea medicala sau interviul,
- anamneza biografica sau istoricul bolii actuale,
- chestionarea anturajului bolnavului,
- explorarea psihologica, cu ajutorul testelor psihodiagnostice, a personalitatii bolnavului respectiv.

Raspunsuri somatice ale emotiilor

Toate starile de constiinta au probabil o expresie organica, iar emotiile se intovarasesc de modificari ale circulatiei (prin intermediul nervilor vasomotori si a glandelor endocrine), a secretiei si peristaltismului digestiv, ale diurezei, etc. repercusiunile asupra umorilor sunt atat de masive incat expresia „a-ti face sange rau” este cat se poate de exacta.

O supraincarcare nervoasa, poate provoca aparitia unor tulburari nevrotice. Tulburarile psihoafective care pun in joc mecanismele emotiei sunt mult mai nocive, deoarece releurile emotiei favorizeaza orientarea catre soma a influentelor corticale (cortexul cerebral). Cu cat o emotie se manifesta mai putin in afara, cu atat este in interior mai perturbatoare.

Medicina psihosomatica a studiat mai intai rasunetul patologic al starilor afective sub forma unei proiectii in organic a reactiilor psihologice. S-a admis ca alegerea organului sau a functiei depinde de emotia in cauza; astfel, **agresiunea si mânia reprimata**, provoaca o stare de excitatie a sistemului muscular si circulator si o hiperfunctie a glandelor tiroida si suprarenala; de aici, aparitia unor contractii musculare, palpitatii cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiperglicemie.

Daca, dimpotriva, individul incearca sa rezolve situatia nu prin atac, ci printr-o **reactie de chemare in ajutor**, organele care devin cele mai sensibile sunt acelea care concura la functiile de achizitie, de intretinere si de transmitere a vietii, adica organele digestive, respiratorii si sexuale. Avem atunci spasme si dureri digestive, reactii disproportionale de foame, ulceratii digestive, oboseala, crize de astmă, impotenta si frigiditate. In plan psihic, determina o reactie de culpabilitate.

Afectiuni de etiologie psihogena

I. Tulburări psihosomatice digestive

1. Boala ulceroasă

Boala ulceroasa este o afectiune complexa caracterizata prin aparitia unor ulceratii ale mucoasei stomacale sau duodenale, care evolueaza sub forma de crize dureroase periodic acutizate primavara si toamna. Ele se pot complica cu hemoragii digestive sau cu scaune „melenice”.

In etiologia bolii ulceroase un rol important revine terenului constitutional si factorilor ereditar- genetici, notandu-se o anumita predispozitie morbida cu caracter familial in acest sens.

Specialistii in domeniu noteaza existenta a 3 grupe de factori etiologici incriminati in producerea bolii ulceroase:

- factori fiziologici
- factori psihogeni

- factori socio-culturali

S-a cautat sa se descifreze personalitatea ulcerosului si sa se formuleze o teorie in acest sens. Astfel s-a pus in evidenta situatia de *dependenta* a ulcerosului.

Profilul de personalitate al bolnavului ulceros : ambitiosi, competitivi, hiperactivi, tensionati.din punct de vedere psihodinamic, bolnavii ulcerosi se situeaza la nivelul de „dependenta/independenta ” de comportament.

2. Rectocolita ulcero-hemoragică

Este o afectiune psihosomatica grava, declanșata de un eveniment emoțional cu actiune prelungita (pierderea unei persoane dragi, ranirea orgoliului personal,etc).

Bolnavii sunt, de regula, imaturi emotional- afectiv, incapabili de a face fata agresiunilor reale sau imaginare. Agresivitate acestor bolnavi este refulata, afisand o atitudine de pasivitate si dependenta ca un substitut al unei nevoi de iubire, simpatie si protectie. Aceasta categorie de bolnavi traiesc intr-o permanenta stare de tensiune mascata, ca un mecanism de *retragere- aparare* in relatie cu lumea externa.

In profilul psihologic al acestei categorii de bolnavi se mai remarca o relatie patologica cu mama : o mama ostilă, sau dimpotriva, dominatoare si hiperprotectiva.

II. Patologia psihosomatica respiratorie

In patogeneza psihosomatica a tulburarilor respiratorii sunt implicate doua categorii de factori :

- *anxietatea*, care determina o tahipnee intrerupta de pauze de respiratie profunda, ca un fel de suspin
- *stari emotionale* diferite, asociate cu *situatii fobice* care pot produce fie tahipnee, fie apnee

Majoritatea autorilor sunt de acord in a recunoaste 4 categorii principale de *sindroame clinice respiratorii* de natura psihosomatica :

1. *Sindromul de hiperventilatie si pseudotetanie*
2. *Dispneea de claustrofobie*
3. *Astmul bronsic*
4. *Tuberculoza pulmonara*

3. Astmul bronsic

Este o tulburare respiratorie destul de frecventa, severa si cu un aspect dramatic ca manifestare clinica. Se manifesta prin crize de dispnee, raluri sibilante datorita unei bronhoconstrictii.

Etiologic, implineste rolul unor factori emotionali care actioneaza pe un teren adesea alergic.

Din punct de vedere psihanalitic, un rol esential se pare ca îi revine relatiei „mama-copil” si, legat de aceasta, fricii inconstiente (a copilului) de a nu pierde imaginea mamei.

Criza de astm ar reprezenta o criza de plîns inhibata.

4. Tuberculoza pulmonara

Cercetarile moderne au regasit intuiții foarte vechi asupra participarii factorilor emotionali in viata tuberculosului.

Orientarea psihosomatica insista asupra faptelor de frustratie in primii ani de viata.

Tuberculosul este un „infometat de dragoste”, abandonandu-se protectiei, dependentei, acesta se va vindeca medicamentos atunci cand se va vindeca „rana afectiva”.

III. Patologia psihosomatica cardiovasculara

Principalele tulburari de natura psihosomatica sunt :

1. *Tulburarile functionale cardiovasculare* se manifesta sub forma de *tahicardii neurogene, extrasistole, precordalgii si astenie neurocirculatorie*. In toate aceste cazuri avem de-a face cu persoane timide, cu un grad crescut de inhibitie si o dominanta neurovegetativa de tip vagal.

2. *Tulburarile psihosomatice cardiovasculare*. In aceasta categorie sunt incluse :

- Insuficienta coronariana
- HTA

Un rol important il are stresul care actioneaza pe doua cai: fie prin sporirea apetitului alimentar, in special prin cresterea consumului de alimente si grasimi de origine animala, fie prin diminuarea apetitului alimentar care antreneaza o scadere corporala cu epuizare fizica, greata, stari de anxietate. Se disting in sensul acesta doua grupe de afectiuni : *boala coronariana si HTA esentiala*.

HTA esentiala este o afectiune psihosomatica caracterizata prin cresterea valorilor tensiunii arteriale. Pacientii pot avea tipuri de personalitate foarte diferite, dar au in comun, incapacitatea de a-si exprima liber agresivitatea. De frica consecintelor acestei exprimari, ei isi ascund dorinta de competitivitate indaratul unei atitudini de pasivitate. Ei isi stapinesc nervii vietii lor interioare, dar platesc tribut acestei dominatii prin reactii cardiace si vasomotorii intense.

Coronarienii sunt descrisi ca avand un caracter compulsiv al nevoii lor de autoritate si asupra ardoarei la lucru.

IV Afectiunile dermatologice

Afectiunile dermatologice ocupa un loc aparte in psihosomatica si ele sunt frecvent intilnite in practica curenta. Pielea are, dincolo de functiile sale biologice, o semnificatie psihologica multipla si complexa.

Pielea, ca „limita” a trupului, reprezinta zona de contact a trupului persoanei cu mediul fizic extern, fiind prin aceasta sediul primar al actiunii factorilor fizici, dar si a emotiilor. Este cunoscut faptul ca pielea roseste de placere sau de rusine, se albeste in situatiile de frica sau de mînie, in cursul starilor anxioase apar transpiratii reci si/sau se „face pielea de gaina”.

Fiind situata la suprafata trupului, pielea constituie o parte importanta a imaginii de sine.

Afectiunile dermatologice recunosc cauze multiple : genetice, infectioase, chimice, alergice si psihogene.

Se disting 3 grupe de afectiuni dermatologice de natura psihosomatica :

- *dermatitele psihogene*, se manifesta ca *eritoze* sau *hiprehidroze*
- *dermatozele functionale* se manifesta prin prurit simplu, complicat cu leziuni de grataj. O forma particulara a acestei tulburari psihosomatice o reprezinta *pruritul anal si pruritul vulvar*.
- *dermatozele psihosomatice propriu-zise* se prezinta ca *eczeme, psoriazis, urticarie si pelada*

In cazul eczemelor sunt incriminati factori emotionali, precum si o importanta agresivitate refulata.

Psoriazisul este frecvent semnalat la persoane cu o constitutie psihastenica.

Urticaria este asociata cu stari emotionale negative de mare intensitate, carente si frustrari afective.

V. Patologia psihosomatica sexuala

Cuprinde mai multe grupe de tulburari :

1. Tulburarile menstruale

Se cunosc *amenoreele psihogene*, dintre care unele sunt interpretate ca un refuz nevrotic sau reactional de a accepta „rolul” feminin si matern. In mod analog, *metroragiile* sau unele *meioragii* au fost interpretate ca o exagerare a sexualitatii feminine.

2. *Sindromul algic genital* este foarte frecvent intilnit, se caracterizeaza prin dureri pelviene sau/si lombare.aceste tulburari se asociaza cu *dismenoreea* si sunt legate de situatii tensionate sau de conflicte deschise in viata de cuplu. Dismenoreea ar exprima o „aparare spasmodica si anxioasa” impotriva feminitatii.

3. Sterilitatea si avortul spontan

4. *Tulburarile psihosexuale specifice femeii*, sunt intilnite urmatoarele forme de manifestari clinice:

- *pseudofrigiditatea* sau *frigiditatea*, caracterizata prin scaderea sau chiar pierderea completa a libidoului in relatiile sexuale cu partenerii cu care este in conflict

- *dispareunia*, caracterizata prin aparitia unor dureri vaginale care prin intensitatea lor impiedica desfasurarea actului sexual

- *vaginismul*, caracterizat prin aparitia unor spasme, ca expresie a unui refuz inconstient din partea femeii fata de un partener sexual nedorit, violent, etc.

5. Tulburarile psihosexuale specifice barbatului

In aceasta categorie de tulburari psihosexuale ale barbatilor sunt semnalate urmatoarele manifestari clinice:

- *uretrita banala*, este de cele mai multe ori asociata cu fobii

- *impotentia si ejacularea precoce* sunt tulburari legate de situatii conflictuale, stari de inhibitie consecutive unor tensiuni fobic-anxioase prelungite. Tot aici sunt semnalate complexe de inferioritate, culpabilitate si castrare.

In ceea ce priveste ejacularea precoce sunt incriminate teama, agresivitatea si culpabilitatea. Aceasta categorie de bolnavi sunt timizi, inhibati, nevrotici.

6. Tulburarile psihosomatice osteoarticulare

Cele mai frecvente tulburari din aceasta categorie sunt *dorsalgiile* si/sau *lombalgiile* functionale. Ele sunt intilnite la bolnavii nevrotici anxiosi, cu multiple si grave tulburari de adaptare/dinamica sexuala.

Lombalgiile esentiale, sine materia, sunt tulburari functionale de tip cenesteopat.

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.

6.3.12. Tipurile psihologice si boala

Psihologia actului chirurgical

Chirurgia este cea mai dramatica si, spectaculoasa specialitate a medicinei. Incarcatura emotionala este maxima si pentru chirurgul ce opereaza cat si pentru cel ce asteapta. Conceptia psihosomatica restabileste locul psihicului alaturi de soma, atat in procesul imbolnavirii cat si in cel al vindecarii.

In marea majoritate a cazurilor de interventii chirurgicale, sunt prezente doua mari caracteristici de ordin psihologic: ineditul situatiei create prin existenta leziunii sau disfunctiei ce trebuie corectata prin actul operator (cu rasfringere in primul rand pentru chirurg), si, anxietatea (extrema- pentru bolnav, uneori destul de crescuta si pentru chirurg) generata de existenta unor riscuri operatorii ce vizeaza adesea chiar supravietuirea bolnavului. O clasificarea simpla, dar utila, a interventiilor chirurgicale pune in evidenta cateva probleme de baza:

- in interventia de urgenta, stresul psihic al bolnavului este produs in principal de boala, si mai putin de perceperea si anticiparea necesitatii interventiei chirurgicale.
- in interventiile chirurgicale „la rece”, de tipul urgentelor amanate, stresul psihic este produs intr-o masura mai mica de simptom (parametri ca durerea, temperatura, TA, statusul hemodinamic sunt stabilizati), si intr-o pondere sporita de anticiparea momentului operator.

Patrunderea in lumea spitalului, nefamiliara, rece, confruntarea cu suferintele, eventual decesul altor

bolnavi, ruperea puntilor de legatura cu mediul inconjurator, sunt factori ce ridica serioase probleme psihologice. O importanta deosebita o are tipul de personalitate al bolnavului, in relatie cu tipul de personalitate a medicului care trateaza.

In perioada postoperatorie precoce disconfortul este mixt: fizic prin dureri, varsaturi, meteorism, impotenta functionala, dar si posibil psihic (sechle, infirmitati, ex amputari)

In perioada postoperatorie tardiva se pot manifesta doua tendinte cu sens contrar: pe de-o parte recidiva/ recaderea (corelata cu suprasolicitarea anterioara de catre pacient a interventiei chirurgicale)

erodeaza puternic fundamentul increderii in medic.in cadrul factorilor de prognostic prost in plan psihologic, se pot include in aceasta perioada si complicatiile generate de insasi interventia chirurgicala(granulom de fir, eventratii. evisceratii, etc.)

6.3.13. Modalitati de optimizare a actului de ingrijire Calitatea vietii si Indicatori de calitate a vietii

Conceptul de stare de bine

În ultimii ani se pune un accent tot mai mare pe aspectele calitative ale stării de sănătate. Prin acestea nu se diminuează rolul integrității somatice și fiziologice a organismului dar se dorește sublinierea faptului că sănătatea înseamnă mai mult decât atât. În acest context două concepte devin relevante, și anume : starea de bine și calitatea vieții.

Starea de bine presupune :

- Acceptare de sine
- Relații pozitive cu ceilalți
- Autonomie
- Control asupra propriei vieți
- Sens și scop în viață
- Dezvoltare personală

Conceptul de calitatea vieții

Noțiunea de calitatea vieții este complexă și multidimensională. Calitatea vieții este definită ca : percepția subiectivă a poziției în lume în relație cu standardele și așteptările personale .

Dimensiunile calității vieții relevante pentru starea de sănătate sau boală sunt :

- fizică (mobilitate, îngrijire personală, controlul reflexelor, absența durerii, vitalitate, energie)
- psihică (reacții emoționale, funcționare cognitivă)
- socială (relații interpersonale, comunicare, roluri)
- comportamentală (somm, alimentatiei, recreere, hobiuri)
- economică (financiar)
- independentă (sexualitate)

Dinamica relatiei asistent medical-pacient

Prin actul medical are loc producerea unei realitati noi: conditia umana ameliorata; are loc nasterea efectiva a valorii, pregatita prin cunoastere si faurita prin actiune.

Considerând omul ca o unitate corp-minte-spirit, actul medical va trebui sa se adreseze intregului si atunci toate valorile morale coroborate cu altruismul, compasiunea, respectul pentru viata in completare cu stiinta vor putea asigura starea de bine a pacientului.

In procesul de ingrijire se fundamenteaza relatia paciant-asistent medical, o relatie foarte complexa ale carei probleme nu au fost intotdeauna clar formulate, dar mai ales nu au fost intotdeauna clar rezolvate.

Se spune ca "atunci când imbracam halatul pentru a intra la serviciu imbracam odata cu el si atitudinea pe care o simbolizeaza formatia profesionala dar si deformatia pe care o comporta" (Minkowski).

In actul terapeutic se face balansarea aproape imperceptibila intre subiectiv si obiectiv, ajutând omul de lânga tine, dar vazând in el un capitol de patologie. *Relatia asistent medical-pacient face parte din psihologia comportamentului interpersonal.* Persoana "intra in boala" cu un anumit tip de sistem nervos si de temperament cu un anumit caracter si inteligenta, cu o anumita ereditate, cu complexe si pareri preconcepute, cu un anumit orizont cultural. Bolnavul ia diverse atitudini 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.

Simptomele si semnele bolii alcatuiesc "un limbaj al corpului" ce trebuie sesizat si decodificat, atmosfera ce se stabileste intre pacient si echipa medicala fiind de un acordaj reciproc ca intre un post de emisie si unul de receptie.

Relatia de ingrijire medicala pacient- asistent nu se reduce la modul simplist "eu-tu" ci se extinde in ambele parti: echipa medicala- familia pacientului. Cu aceasta se creeaza o legatura ca suport de sprijin pentru bolnav pe plan psihic, dar si ca ajutor la ingrijirea bolnavului (ingrijiri primare sau prin educatie sanitara pâna la ingrijiri mai complexe ce pot continua si la externare.

Dr. doc. Andrei Athanasiu propune mai multe tipuri de atitudini in relatia pacient- echipa medicala care trebuie adoptate in functie de caz si pacient:

- tutore autoritar: fara explicatii, se asteapta o ascultare fidela din partea pacientului;
- mentor: ofera cunostinte de expert;
- bun parinte;
- avocat al adevarului inainte de toate.

Pacientul nu apreciaza intotdeauna efortul si ajutorul nostru, nu ne acorda incredere si respectul cuvenit, mai mult nu ni se admite nici o greseala. In fata acestora ramânem la cea mai mare multumire "constinta datoriei indeplinite".

"Am facut tot ce este omeneste posibil" este o expresie deseori întâlnita dar oare nu se asteapta la ceva supraomenesc? De aceea, in cadrul actului medical raspunderea este mult mai mare pentru ca vine in fata legii, a eticii, dar mai ales in fata constiintei.

Ca sa fii impacat cu tine insuti trebuie sa fii convins ca profesional nu ai gresit, ca totul a fost corect, prompt si eficient. in plus, toate cunostintele trebuie ameliorate continuu, pentru ca in aceasta meserie nu se poate spune: "nu am stiut".

De calitatea actului medical depinde prestigiul care reflecta pe de o parte stadiul de dezvoltare a practicii medicale si deci eficienta, iar pe de alta parte atitudinea bolnavului fata de echipa medicala de la care asteapta totul si nu i se iarta nimic. Si nici asta nu e destul. Apare arta de a sti sa lucrezi in echipa. Deobicei exista un cod nescris al comportamentului in fiecare sectie ca intr-un grup de oameni.

In cadrul echipei medicale se întâlnesc oameni cu vederi diferite fata de scrupulozitatea respectarii valorilor morale, atât in activitatea profesionala, cât si in

viata personala, transferul incarcarii morale facându-se mai adesea dinspre particular spre profesional. În general se creează un consens al regulilor morale care trebuie respectate în raporturile cu colegii sau subalternii bazate pe corectitudine, cinste, sinceritate, datorie, respect. Cinstit și corect ar însemna și când se ia atitudine critică asupra unui act medical defectuos efectuat de către oricare dintre membrii echipei medicale.

Recunoașterea superiorității profesionale, a uneia sau unora dintre membrii echipei "de la care ai ce învăța" perseverența de a-i ajunge pe aceștia, știința rezolvării conflictelor la locul de muncă, atitudinea pozitivă față de foștii colegi care trebuie ajutați să se integreze dovedesc inteligența socială.

Oricare ar fi tipul de relație, fie pacient- asistent, fie asistent- restul echipei medicale, trebuie să înțelegem că "*autoritate*" nu înseamnă lipsa politetii, iar "*amabilitate*" nu înseamnă slăbiciune.

6.3.14. Abordarea în situații de criză și în faza terminală

Asistenta psihologică a pacienților neoplazici

În prezent, circa 4 milioane de persoane din întreaga lume suferă de durere provocată de cancer. Cancerul constituie în întreaga lume o problemă majoră de sănătate publică. În România, boala neoplazică reprezintă a doua cauză de deces după bolile cardiovasculare.

Boala este însoțită de un grad mare de stres, poartă în ea amenințarea morții, nevoia de tratamente inconfortabile. Ea presupune traversarea mai multor stadii, cel al primelor simptome, faza de diagnostic, faza de tratament, cea a remisiunii și a vindecării, și uneori faza de reapariție a bolii, urmată de cea preterminală și terminală.

De la primele simptome, bolnavul este confruntat cu o nouă realitate fizică. Percepțiile fizice chiar și cele necunoscute, trebuie să fie integrate: tumori, durere, oboseală, pierderea apetitului, a libidoului, alterarea funcției intelectuale, pierdere sau câștig în greutate, pierderea forței musculare, etc. Confirmarea diagnosticului de cancer este asociat cu o sentință la moarte, la catastrofă.

Gânduri la moarte, tulburări emoționale (pesimism, anxietate, disperare), vulnerabilitate, se asociază cu o remisiune a legăturilor cu mediul, fie că acesta este cel familial, social sau profesional. Diagnosticul descrie o criză individuală și interpersonală. Apar tendințe depresive cu timpul, o anxietate generalizată, o pierdere a rolurilor îndeplinite până atunci ce duce la o scădere a stimei de sine, la o schimbare a imaginii corporale, la o afectare a sexualității și fertilității în special la femei. Se presupune că boala ar duce la o reevaluare la nivel axiologic, astfel încât nevoile celor bolnavi de cancer să se modifice o dată cu boala.

În cazul bolnavilor neoplazici se ridică unele probleme importante de ordin psihologic:

- problema adevărului despre boala, cel mai adesea la aflarea diagnosticului apar stări de negare- revolta- resemnare- disperare- cu posibile conduite de tip suicidar

- decizia modalitatii de interventie radicala sau paliativa(mutilare, fara certitudinea salvarii vietii sau vindecarii)

Abordare si consiliere in HIV pozitiv

Diagnosticul infectiei HIV creează tensiuni psihologice majore. Stările psihologice în care cade persoana infectată cu HIV sunt condiționate de faptul că, diagnosticul deseori este neașteptat pentru ea și este nevoie de timp pentru a-l accepta și a se adapta la viață într-o nouă realitate. Persoana infectată cu HIV trebuie să întreprindă anumiți pași, ca să se adapteze la noile condiții.

Șocul

Acesta este o reacție firească a omului la o informație care reprezintă o amenințare pentru viață.

Negarea

Unele persoane pot reacționa la comunicarea diagnosticului stabilit printr-un refuz categoric de a crede în realitatea unui asemenea fapt („Asta nu mi se poate întâmpla mie!”). La etapa inițială, negarea, slăbind stresul, este capabilă să influențeze benefic asupra pacientului

Gânduri și fapte suicidale

Pentru omul care a aflat despre statutul său HIV crește riscul unui deznodământ suicidal. Suicidul poate fi interpretat ca o posibilitate de a evita suferințele fizice și de a pune capăt frământărilor rudelor și persoanelor apropiate.

Teama

Omul care trăiește cu o boală anumită are multe temeri. Cele mai serioase din ele sunt teama de moarte și teama de agonie din cauza bolii și/sau a singurătății. Printre altele mai trebuie menționată teama de a fi abandonat (respins) de cei apropiați și de societate, teama de a lăsa copiii/familia fără sprijin, teama pierderii capacităților fizice sau mintale, teama de a pierde confidențialitatea.

Depresia

Foarte des omul ajunge în starea de depresie în momentul conștientizării că boala a pus stăpânire pe întreg corpul, că maladia este incurabilă și că situația a scăpat de sub control.

Anxietatea

Neliniștea intră în viața persoanei bolnave ca urmare a sentimentului de confuzie în legătură cu maladia.

Diminuarea autoaprecierii

Autoaprecierea începe să sufere imediat după diagnosticarea unei maladii. Înstrăinarea vecinilor, a colegilor de serviciu, a cunoscuților și rudelor poate provoca sentimentul pierderii propriei valori sociale și a încrederii în sine, ceea ce, la rândul său, conduce la diminuarea autoaprecierii.

Ipohondria

La ipohondrie omul poate ajunge din cauza îngrijorării excesive în privința sănătății sale, când chiar și cele mai neînsemnate schimbări fizice provoacă o neliniște puternică. Ipohondria poate avea caracter temporar, manifestându-se imediat după comunicarea diagnosticului, sau permanent, când adaptabilitatea la maladie este dificilă.

Etapele adaptării la diagnostic

Informația despre maladia incurabilă poate influența în mod diferit viața omului și a persoanelor apropiate lui. Unii suspectau boala, pentru alții ea a fost o surpriză absolută. Dar, într-un fel sau altul, aflarea acestei informații se apreciază ca un eveniment ieșit din comun.

Criza psihologică este o parte integrantă a procesului acceptării maladii, pentru că boala atacă și schimbă întreaga viață a omului.

Maladia include câteva componente:

- *senzorial* - perceperea bolii sau a altor dereglări;
- *emoțional* - chinurile sufletești în legătură cu cele întâmplate cu un larg spectru de emoții, de la teamă pînă la speranță;
- *volitiv* - necesitatea de a depăși maladia;
- *rațional* - cunoașterea faptului îmbolnăvirii.

Atitudinea omului față de boală poate fi:

- *adecvată* - corespunzătoare stării date;
- *neglijentă* - seriozitatea maladii se subapreciază;
- *negativă* - se resping gîndurile și faptele legate de maladie,
- *fobică* - seriozitatea situației se exagerează;
- *pozitivă* - boala este pusă în conexiune preponderent cu emoțiile pozitive (de exemplu, boala ca experiență nouă, ca posibilitate de a privi altfel lumea și pe sine, de a obține noi avantaje materiale sau de alt fel etc).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

1. Athanasiu, A. (1998). *Tratat de psihologie medicală*. București. Editura Oscar Print;
2. Băban A., Derevenco P. (1986). *Un profil psihofiziologic posibil al bolnavilor coronarieni*. Revista de psihologie;
3. Cucu, I. (1980). *Psihologie Medicală* București. Ed. Medicală;
4. Enăchescu, C. (2001). *Tratat de psihopatologie*. București. Ed. Tehnică;
5. Enăchescu, C. Enăchescu, L. (2008). *Psihosomatica*. Editura Polirom;
6. Iamandescu, I.B. (1993). *Stresul psihic și bolile interne*. București. Editura All;
7. Iamandescu, I.B. (2005). *Psihologie medicală*. București. Ed. Infomedica;
8. Iamandescu, I.B. (1998). *Psychoneuroallergology*. București. Romcartexim;
9. Iamandescu, I. B. (1999). *Elemente de psihosomatică generală și aplicată*. București. Ed. Infomedica;
10. Ionescu G. (1995). *Tratat de psihologie medicală*. București. Editura Asklepios;
11. Souzenelle, d. A. (1999). *Simbolismul corpului uman*. Timișoara. Editura Amarcord;
12. Valeanu, V.(1977). *Psihosomatica feminina*. București. Editura medicală;
13. Alain Lieury. Manual de psihologie generală. Bordas, Trad, de Iulia Hașdeu-Oradea, Paris, 1990.
14. Cosmovici Andrei. Psihologie generală. Ed. „Porom”, Iași, 1996.
15. Dinu Mihai. Comunicarea: repere fundamentale. Ed. Științifică, București, 1997.
16. Ey Henri. Conștiință. Trad. Din 1. franceză de Dinu Grama, Ed. Științifică, Ediția a II-a, București, 1997.
17. Fordham, Frieda. Introducere în psihologia lui C.G. Jung. Trad. Eseu introductiv și note de Leonard Gavrilu, Ed. IRI, București, 1998.
18. Laplanche Jean, Pontalis J.B. Vocabularul psihanalizei. Trad, din 1. franceză / Ed. „Humanitas”, București, 1994.
19. Marghidan Valentina. Metode de psihodiagnostic. Ed. Didactica și Pedagogică / București, 1997.
20. Minulescu Mihaela. Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică. București, 1996.
21. Mihai Golu. Comunicarea: repere fundamentale. Ed. Științifică, București, 1997.
22. Mihai Golu. Fundamentele psihologiei. Vol. I, Ed. Fundației „România de mâine”, București, 2003. 185
23. Norbert Sillamy. Dicționar de psihologie. La Rouse, Ed. Univers enciclopedic, București, 1996.
24. Nicky Haies, Sue Orrell. Introducere în psihologie. Ed. All Educational S.A., București, 1997.

25. Nemov R.I. Psihologia. Ed. „Chișinău”, 1994.
26. Oprescu Victor. Aptitudini și atitudini. Ed. Științifică, București, 1991.
27. Parot Françoise, Richelle Marc. Introducere în psihologie. Istoric și metode. Chișinău, Ed. „Humanitas”, 1995.
28. Pospai Aurelia. Schițe din istoria psihologiei. Chișinău, 1994.
29. Psihologia vieții cotidiene. Coord. Mielu Zlate / Ed. „Polirom”, Iași, 1997.
30. Psihologia socială a relațiilor cu celalalt. Coord. Sergiu Mocovici, Ed. „Polirom”, Iași, 1998.
31. Radu I. Psihologia. Cluj-Napoca, 1988.
32. Radu I. Introducere în psihologia contemporană. Cluj, Ed. „Sincron”, 1991.
33. Rădulescu-Motru C. Curs de psihologie. Ed. „Esotera”, Vox, București, 1996.
34. Stanton, Nicky. Comunicarea. Ediția Revizuită, Ed. „Societatea, Știința și Tehnica”, București, 1995.
35. Șchiopu Ursula, Emil Verza. Psihologia vârstelor. București, 1995.
36. Șoitu Laurențiu. Comunicare și acțiune. Ed. „Inst. European”, Iași, 1997.
37. Șchiopu Ursula (coord.). Dicționar enciclopedic de psihologie. Ed. Babei, Bucur, 1997.
38. Tereșciuc Raisa, Berezovschi Natalia. Psihologia aptitudinilor comunicative. Editura USM, Chișinău, 2000.
39. Zlate Mielu. Introducere în psihologie. București, Ed. „Polirom”, Iași, 1997.
40. Zlate Mielu. Psihologia mecanismelor cognitive. Ed. „Polirom”, Iași, 1999.

