

UNIVERSITATEA SPIRI HARELI

FLORIN TUDOSE



*FUNDAMENTE ÎN
PSIHOLOGIA MEDICALĂ*

Psihologie clinică și medicina în practica psihologului

EDITURA FUNDAȚIEI



ROMÂNIA DE MĂINE

**UNIVERSITATEA SPIRU HARET
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE-PSIHLOGIE**

FLORIN TUĐOSE

**FUNDAMENTE
ÎN PSIHLOGIA MEDICALĂ**

.Psihologie clinică și medicală în practica psihologului

**EDITURA FUNDAȚIEI ROMÂNIA DE MÂINE
București, 2003**

ARGUMENT

Psihologia medicală este un domeniu de interferență a două mari practici care privesc individul uman în stările lui fundamentale de sănătate și boală. Evoluția extraordinară de rapidă a medicinei ultimilor 50 de ani nu a fost dublată, din păcate, de o dezvoltare la fel de importantă a psihologiei medicale și acest lucru a însemnat o pierdere în calitate a actului medical și nu rareori o îndepărtare sau o nepotrivită plasare a psihologului în echipa terapeutică.

Momentul actual este cel al unei recuperări a unei dimensiuni fundamentale a practicii medicale, și anume, dimensiunea psihologică, dimensiune fără de care relația medic-pacient ar fi mereu incompletă, iar comunicarea ar fi distorsionată sau insuficientă.

Paradoxul medicinei moderne este acela că pe măsură ce medicul se consideră mai obiectiv, mai despovărat de subiectivitatea aprecierilor sale și ale pacientului, cu atât ea devine o știință, dar mai ales o practică, care își pierde conținuturile umane, iese din propriul domeniu de acțiune pentru a deveni o practică sterilă pe care individul în suferință o va respinge.

Printre nevoile fundamentale ale pacientului nu se află nici cea de savanți și cu atât mai puțin cea de roboți. Cel în suferință are nevoie de remedii, atunci când ele există, și întotdeauna de alinare, empatie și simpatie. Prima nevoie a oricărui suflet omănesc este aceea de a împărtăși cu cineva bucuria, dar mai ales suferința și teama. Iar dacă medicul nu este acest interlocutor, dacă nici un membru al echipei terapeutice nu are deprinsă arta și știința de a asculta pacientul, acesta va căuta cu siguranță alți parteneri, iar rezultatul este că viața și sănătatea îi vor fi puse în pericol de nepriceperea acestora, care se va împleti de minune cu indiferența primilor.

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

Tot psihologia medicală este aceea care arată de ce medicina își păstrează limitele ei empirice, în sensul cel mai bun al cuvântului, fiind obligată să abordeze caz cu caz sau, altfel spus, personalitate cu personalitate, pe cei aflați în suferință. Nici un pacient nu este un reper statistic decât în momentul în care nu mai este în fața medicului sau a echipei terapeutice, fie pentru că a reușit să depășească boala, fie pentru că a fost depășit de aceasta.

Practică multimilenară, medicina renaște în mileniul al treilea ca o veritabilă pasăre Phoenix, înnoindu-se mereu prin dimensiunea ei cea mai stabilă, dimensiunea psihologică. Iată de ce o carte de psihologie medicală nouă este mereu diferită și iată de ce rămâne un instrument de lucru de neînlocuit și de nelipsit din activitatea oricărui psiholog și medic și mai ales a studentului în aceste domenii.

CUPRINS

I. OBIECTUL ȘI RELAȚIILE PSIHOLOGIEI MEDICALE	13
I.1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ, PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII	13
I.2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ: DEFINIȚIE, OBIECT, CONȚINUT, INTERRELAȚII	14
I.3. PSIHOLOGIE MEDICALĂ, PSIHOLOGIA MEDICINEI, PSIHOLOGIE CLINICĂ – O FALSĂ DILEMĂ	16
I.4. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE	18
I.5. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINTELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE	18
I.6. RELAȚIA CU PSIHPATOLOGIA	19
I.7. RELAȚIA CU PSIHOZOMATICA	20
I.8. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE	22
I.9. PSIHOLOGIA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA	30
II. NORMAL ȘI PATOLOGIC ÎN BIOLOGIE, MEDICINĂ ȘI VIAȚA PSIHCĂ	31
II.1. ACCEPȚIUNILE TERMENULUI DE NORMALITATE ȘI DEZVOLTARE A CONCEPTULUI	31
II.2. NORMALITATE ȘI SĂNĂTATE	33
II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE	34
II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE	35
<i>Concepții psihanalitice despre normalitate</i>	37
<i>15 valori fundamentale ale societății americane contemporane</i>	38
II.5. NORMALITATEA CA PROCES	39
II.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE	39
II.7. NORMALITATE ȘI ADAPTARE	40
III. SĂNĂTATE ȘI BOALĂ, ADAPTARE ȘI STRES	43
III.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ	43
III.2. ANORMALITATE ȘI BOALĂ	46
III.3. COMPORTAMENTELE ANORMALE	48
III.4. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHCĂ	51
III.5. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHCICE	53
III.6. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE	53
III.7. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTAREA	58
III.8. CONCEPTUL DE STRES	59
III.9. COMPORTAMENTE ADAPTATIVE	66
IV. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE ÎN DETERMINAREA BOLILOR	68
IV.1. CONCEPTUL DE PERSONALITATE	68
<i>Teorii neobehavioriste</i>	69

<i>Teorii psihodinamice</i>	69
<i>Teorii sociale</i>	70
IV.2. PERSONALITATEA ȘI CICLURILE VIETII	73
ETAPELE CICLULUI VIETII	77
<i>Perioada copilăriei</i>	78
ETAPA I: Încredere bazală/Neîncredere bazală (de la naștere la un an)	78
ETAPA a II-a: Autonomie/ Rușine și îndoială (1 – 3 ani)	79
ETAPA a III-a: Inițiativă/Vinovăție (3 la 5 ani)	80
ETAPA a-IV-a: Hărnicie, perseverență/Inferioritate (6 la 11 ani)	81
ETAPA a-V-a: Identitate/ Confuzie de rol (de la 11 la 20 de ani)	83
<i>Perioada adultă</i>	84
ETAPA a-VI-a: Intimitate/ Izolare (20 – 40 de ani)	84
ETAPA a-VII-a: (Pro) Creație/Stagnare (40 – 65 de ani)	84
<i>Perioada bătrâneții</i>	85
ETAPA a-VIII-a: Integritate/ Disperare și izolare (peste 65 de ani)	85
IV.3. TEREN PREMORBID ȘI VÂRSTA	87
IV.4. „SENSUL PERSONAL AL VIETII”	87
IV.5. CONȘTIINȚA IDENTITĂȚII PERSONALE	88
IV.6. BOALA ȘI PERSONALITATEA	89
IV.7. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI CU TULBURARE DE PERSONALITATE INTERNAT	92
IV.8. MANAGEMENTUL MEDICAL AL PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE PERSONALITATE	92
IV.9. PERSONALITATE ȘI ADAPTARE	94
<i>Scala de evaluare globală a funcționării (GAF – Global Assessment of Functioning</i>	95
V. VULNERABILITATE, EVENIMENT DE VIAȚĂ, CONFLICT ȘI CRIZA	97
V.1. EVENIMENTUL DE VIAȚĂ – O ABORDARE CONTEMPORANĂ	97
V.2. NATURA EVENIMENTULUI	97
V.3. IMPORTANȚA EVENIMENTELOR	98
V.4. CONTEXTUL EVENIMENTULUI	101
V.5. TRACASĂRILE ȘI MOMENTELE BUNE COTIDIENE	102
V.6. CONSTRÂNGERILE ROLULUI ȘI NATURA LOR	103
V.7. ABORDAREA SOCIO-CLINICĂ (BROWN ȘI HARRIS)	104
<i>Scala Evenimentială după Holmes și Rahe (Social Readjustment Scale, 1967)</i>	105
V.8. IMPORTANȚA INTERACȚIUNILOR	108
V.9. PRINCIPIUL SUMĂRII	108
V.10. VULNERABILITATE ȘI AGENȚI DECLANȘATORI	109
V.11. SUPORT SOCIAL	111
V.12. SCALA VULNERABILITĂȚII PSIHOLOGICE (SVP)	111
V.13. CLASA SOCIALĂ	112
V.14. SEXUL	112
V.15. LISTA EVENIMENTIALĂ DUPĂ PAYKEL	113
V.16. CHESTIONARUL EVE	115
VI. MECANISMELE DE APĂRARE	118
VI.1. DEFINIȚIA ȘI ROLUL MECANISMELOR DE APĂRARE	118
<i>Cele 10 mecanisme de apărare clasice</i>	121
VI.2. O ABORDARE COGNITIVĂ A MECANISMELOR DE APĂRARE	121

	<i>Locul mecanismelor cognitive de apărare în tipologia mecanismelor de coping</i>	122
VI.3.	MECANISME DE APĂRARE, PERSONALITATE ȘI BOALĂ	124
	<i>Niveluri de apărare a Eu-lui în situația de a fi bolnav</i>	124
VI.4.	GLOSAR DE MECANISME SPECIFICE DE APARARE	125
VI.5.	INTERACȚIUNE SOCIALĂ ȘI MECANISME DE APĂRARE	127
VI.6.	RESURSELE SOCIALE	129
VI.7.	PERSONALITATEA MEDICULUI ȘI DIAGNOSTICUL	130
VII.	ASPECTE ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL	132
VII.1.	CARACTERISTICILE COMUNICĂRII MEDICALE	132
VII.2.	FEREAȘTRA DE COMUNICARE DONA	133
VII.3.	FACTORI PERTURBATORI AI COMUNICĂRII	135
VII.4.	STABILIREA RELAȚIEI DE COMUNICARE	136
VII.5.	RELAȚIA MEDIC – PACIENT ȘI MODELUL BIOPSIHOSOCIAL	137
VII.6.	COMPORTAMENTUL FAȚĂ DE BOALĂ	137
VII.7.	CALITĂȚI TERAPEUTICE ESENȚIALE	138
	<i>Respectul</i>	139
	<i>Autenticitatea</i>	139
	<i>Empatia</i>	140
VII.8.	CUVINTE CARE IDENTIFICĂ SINTOME ȘI SENTIMENTE	141
VII.9.	COMUNICAREA NONVERBALĂ MEDIC-PACIENT	142
VII.10.	MODELE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT	144
VII.11.	ASPECTE ALE DINAMICII RELAȚIEI MEDIC-PACIENT	146
VII.12.	TRANSFER ȘI CONTRATRANSFER ÎN RELAȚIA MEDICALĂ	147
VII.13.	MEDICII CA PACIENȚI	148
VII.14.	MEDICUL ȘI PATOLOGIA PSIHOLÓGICĂ PROFESIONALĂ (<i>SINDROMUL DE BURNOUT</i>)	149
VII.15.	CÂTEVA IPOSTAZE SPECIALE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT	150
VII.16.	COMUNICARE ȘI CONFIDENȚIALITATE	153
VII.17.	O SITUAȚIE CU TOTUL SPECIALĂ – COMUNICAREA CU ADOLESCENȚII	154
VII.18.	CUM SĂ COMUNICI ÎN MEDICINĂ VEȘTILE RELE	157
VII.19.	PROBLEME DE COMUNICARE LA BOLNAVII CU TULBURĂRI COGNITIVE	159
VII.20.	O ÎNCERCARE DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE COMUNICARE	160
VIII.	MEDICINĂ PSIHOLÓGICĂ ȘI PSIHOSOMATICĂ	163
VIII.1.	DEFINIȚII ȘI CADRU CONCEPTUAL	163
VIII.2.	SOMATIZAREA ÎNTRE PSIHANALIZĂ ȘI NEUROBIOLOGIE	164
VIII.3.	SOMATIZARE ȘI MEDICINĂ PSIHOSOMATICĂ	164
VIII.4.	GRUPA TULBURĂRI SOMATOFORME ÎN DSM-IV ȘI ICD 10	165
VIII.5.	TULBURĂRI SOMATOFORME ȘI NORMATIVITATE	166
VIII.6.	AFECTIVITATEA NEGATIVĂ ȘI SOMATIZAREA	167
VIII.7.	SOMATIZARE ȘI CONȘTIINȚĂ	167
VIII.8.	SOMATIZAREA – UN COMPORTAMENT ÎN FAȚA BOLII	168
VIII.9.	GENETICĂ ȘI SOMATIZARE	169
VIII.10.	SOMATIZARE ȘI PERSONALITATE	169
VIII.11.	POSSIBILE MODELE ALE SOMATIZĂRII	170
	<i>Somatizarea ca mecanism de apărare psihologică</i>	170
	<i>Somatizarea ca amplificare nespecifică a suferinței</i>	171
	<i>Somatizarea ca tendință de a apela la îngrijiri medicale</i>	172
	<i>Somatizarea ca o consecință a suprautilizării asistenței medicale</i>	173
VIII.12.	ETIOLOGIE ȘI ONTOLOGIE ÎN SOMATIZARE	174

VIII.13. FIZIOLOGIE ȘI PSIHIATRIE ÎN DETERMINAREA SIMPTOMELOR FUNCȚIONALE	175
VIII.14. FACTORII PSIHO-SOCIALI ȘI SOMATIZAREA	175
VIII.15. COMORBIDITATE ȘI SOMATIZARE	176
VIII.16. NOSOGRAFIE ȘI SOMATIZARE	176
VIII.17. ANTROPOLOGIE ȘI SOMATIZARE	177
IX. CONDIȚII PSIHOPATOLOGICE FRECVENTE CU EXPRIMARE CORPORALĂ	179
IX.1. DISMORFOFOBIA	179
<i>Automutilarea ca o consecință a dismorfobiei</i>	181
IX.2. HIPOCONDRIA – SEMANTICĂ ȘI SEMIOLOGIE	184
IX.3. HIPOCONDRIA ȘI PSIHANALIZA	184
IX.4. ORGANODINAMISMUL ȘI HIPOCONDRIA	186
IX.5. MODELUL COGNITIV AL HIPOCONDRIEI	188
IX.6. FENOMENOLOGIE ȘI HIPOCONDRIE	189
IX.7. MEDICUL ȘI HIPOCONDRIACUL – UN CUPLU INSEPARABIL	189
IX.8. HIPOCONDRIA – O VIZIUNE PSIHOPATOLOGICĂ ROMÂNEASCĂ	190
IX.9. REPERE SOMATICE ȘI PSIHICE ÎN PSIHOPATOLOGIA HIPOCONDRIEI	191
IX.10. EPIDEMIOLOGIA HIPOCONDRIEI	192
IX.11. ÎN CĂUTAREA UNEI STRATEGII ÎN TERAPIA HIPOCONDRIEI	193
<i>Tratamentul medicamentos</i>	194
<i>Psihoterapiile</i>	195
IX.12. HIPOCONDRIA ȘI ANXIETATEA PENTRU SĂNĂTATE LA VÂRSTNICI	196
X. REPERE ÎN PSIHOSEXOLOGIE	201
X.1. PROBLEMA SEXUALITĂȚII ÎN LUMEA CONTEMPORANĂ	202
X.2. MEDICUL ȘI SEXUALITATEA – O SITUAȚIE INEDITĂ	203
X.3. ANAMNEZA ÎN SEXOLOGIE	206
X.4. DISFUNȚIILE SEXUALE PSIHOGENE	207
X.5. DISFUNȚIILE SEXUALE MASCULINE	208
X.6. DISFUNȚIA ERECTILĂ ȘI DEPRESIA	211
X.7. MITURI ȘI PREJUDECĂȚI CARE ÎMPIEDICĂ PACIENTUL CU DISFUNȚIE ERECTILĂ SĂ SE PREZINTE LA PSIHIATRU	212
X.8. MODALITĂȚI DE ABORDARE A DISFUNȚIEI ERECTILE PSIHOGENE	214
X.9. VAGINISMUL	214
X.10. ORGASMUL ȘI FRIGIDITATEA	217
X.11. CICLUL RĂSPUNSULUI SEXUAL FEMININ	217
X.12. ORGASMUL – VAGINAL /CLITORIDIAN	218
X.13. FRIGIDITATEA	219
<i>Frigiditatea Vs. Hipogineism</i>	219
<i>Frigiditatea ca sexism</i>	220
<i>Frigiditatea ca disfuncție sexuală</i>	220
<i>Clasificare frigiditate</i>	220
<i>Incidență și pronostic</i>	220
<i>Consultul în frigiditate</i>	221
<i>Considerații psihodinamice în frigiditate</i>	221
<i>Frigiditatea ca apărare</i>	221
<i>Amenințarea externă</i>	222
<i>Homosexualitatea latentă</i>	222
<i>Frica de graviditate și boli venerice</i>	223
<i>Negarea plăcerii</i>	223

<i>Stimularea inadecvată</i>	223
<i>Depresia</i>	223
<i>Tulburări de personalitate</i>	223
<i>Medicația</i>	223
X.14. TRATAMENTUL ANORGASMIEI	224
X.15. DISFUNCTIILE SEXUALE ALE CUPLULUI	225
X.16. CALITĂȚILE SEXOLOGULUI	227
XI. PSIHLOGIA INTERVENȚIEI TERAPEUTICE	229
XI.1. PSIHOTERAPIILE	229
XI.1.1. PSIHOTERAPIA ȘI MEDICINA – O SINGURĂ ISTORIE	229
XI.1.2. O CLASIFICARE SCOLASTICĂ	231
<i>Psihoterapiile de încurajare</i>	232
<i>Psihoterapiile de susținere</i>	232
<i>Sugestia</i>	232
<i>Autosugestia</i>	233
<i>Hipnoza</i>	233
<i>Reveria dirijată</i>	234
<i>Reeducarea individuală</i>	234
<i>Biofeedback-ul</i>	234
<i>Arterapia</i>	235
<i>Meloterapia</i>	236
<i>Cromoterapia</i>	237
<i>Psihoterapiile scurte</i>	237
<i>Psihoterapia nondirectivă de tip rogersian</i>	238
<i>Logoterapia</i>	239
<i>Analiza existențială (Daseinsanalyse)</i>	239
<i>Psihanaliză</i>	239
<i>Psihoterapia jungiană</i>	240
<i>Psihoterapia adleriană</i>	240
<i>Terapiile de grup</i>	240
<i>Psihodrama</i>	241
<i>Terapiile familiale</i>	241
XI.1.2. EVALUARE ȘI EFICIENȚĂ ÎN PSIHOTERAPIE	242
XI.1.2. INDICAȚII ȘI CONTRAINDICAȚII ALE PSIHOTERAPIEI	243
XI.2. LUMEA MEDICAMENTULUI	244
XI.2.1. MEDICAMENTUL – ISTORIE ȘI CONTEMPORANEITATE	244
XI.2.2. IMAGINI ALE MEDICAMENTULUI	245
<i>Imaginea externă și reclama medicamentului</i>	246
<i>Imaginile interne ale medicamentului</i>	247
XI.2.3. EFECTUL PLACEBO	248
XI.2.4. COMPLIANTĂ, NON-COMPLIANTĂ, ACCEPTANȚĂ	252
XI.2.5. IATROGENII	258
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	261

I. OBIECTUL ȘI RELAȚIILE PSIHOLOGIEI MEDICALE

- I.1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ, PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII
- I.2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ: DEFINIȚIE, OBIECT, CONȚINUT, INTERRELAȚII
- I.3. PSIHOLOGIE MEDICALĂ, PSIHOLOGIA MEDICINEI, PSIHOLOGIE CLINICĂ – O FALSĂ DILEMĂ
- I.4. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE
- I.5. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE
- I.6. RELAȚIA CU PSIHPATOLOGIA
- I.7. RELAȚIA CU PSIHSOMATICA
- I.8. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE
- I.9. PSIHOLOGIA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA

I.1. PSIHOLOGIA MEDICALĂ, PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

Psihologia medicală este și va rămâne, atâta timp cât arta medicală va dăinui, fundalul de stabilitate și umanitate în care aceasta își desfășoară demersul pragmatic, adică nobila înfruntare a suferinței și morții.

Vita brevis, ars longa – rămâne motto-ul care conține adevărul superb, dar și implacabil al unei meserii milenare în schimbare tot mai rapidă, schimbare ajungând la accelerații amețitoare în ultimele decenii.

Cu cât problemele cu care se confruntă medicina se vor multiplica – iar acestea sunt tot mai neobișnuite, desprinse uneori parcă din scenariile science-fiction: chirurgie genetică, transplant și protezare cibernetică, clonare și schimbare de sex – cu atât relația medic-pacient capătă dimensiuni mai complexe, ajungându-se la tipologii nebănuite sau chiar la adevărate capcane fără ieșire.

Așa cum a arătat părintele medicinei – Hipocrate: medicul tratează bolnavi, nu boli. El este singurul care îl poate ajuta într-adevăr pe cel în suferință. În plus, medicul trebuie să știe să responsabilizeze pacientul în ceea ce privește comportamentul pentru sănătate, să împartă cu acesta laurii victoriei atunci când suferința este îndepărtată. Este o altă viziune și un alt mod de a înțelege lucrurile.

Psihologia medicală este aceea care transformă puterea abstractă și formală a medicului în putere vindecătoare, limitând fantezmele luciferice ale acestuia.

Domeniul psihologiei medicale poate fi regăsit în toate faptele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că e vorba de raportul unui eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire) cu derularea unei afecțiuni somatice, sau de locul relației medic-pacient a proiecției acesteia în diagnosticul, tratamentul sau urmărirea bolilor.

Psihologia medicală este nu doar un domeniu intrinsec practicii și teoriei medicale, ci și o resursă, de departe cea mai importantă, în ceea ce va fi medicina viitorului.

Această carte își propune să scruteze, cu modestie și fără pretenția că le va putea epuiza, orizonturile psihologiei medicale. Dacă în acest demers, făcut cu neregretat efort, am reușit să arătăm o câtime din zbaterile sufletești ale medicului și pacientului, dacă am reușit să strecurăm o rază de lumină acolo unde înainte era întunericul nepăsării sau ignoranței, vom crede că va trebui să continuăm.

Gaston Berger spunea că *viitorul nu este numai ceea ce se poate întâmpla sau numai ceea ce are cele mai multe șanse să se producă. El este de asemenea ceea ce*

vom voi să fie. Psihologia medicală contribuie din plin la umanizarea medicinei, iar aceasta nu este decât o reîntoarcere în viitor.

Atâta timp cât actul medical implică întotdeauna relație și comunicare, se poate spune că medicina nu se poate practica fără psihologie, chiar dacă cunoștințele de psihologie au apărut ca „o *determinare inconstientă, acumulată în decursul practicii*” (Nayrac P, 1962).

Psihologia medicală a revenit în forță atât în ceea ce privește demersul practic, cât și considerațiile teoretice abia în secolul XX, ultimii 50 de ani transformând radical atât practica medicală, cât și intervenția din direcția psihologiei în actul medical. În fapt, domeniul psihologiei medicale și clinice a devenit zona centrală, de rezistență a psihologiei, un domeniu în care își desfășoară într-un fel sau altul activitatea cei mai mulți din absolvenții facultăților de profil din țările puternic dezvoltate.

Factorul psihic poate fi privit într-o dublă perspectivă: ca agent etiologic în majoritatea bolilor somatice plurifactoriale, cât și agent „furnizor de sănătate” – exclusiv ca în cazul psihoterapiei sau adjuvant la terapia medicamentoasă ori de altă factură (Bradu Iamandescu I și Luban-Plozza, 2002).

Unii situează medicina, prin practica și prin obiectul său, la polul opus psihologiei, văzând-o ca pe o antipsihologie (Tignol J). El adaugă că ne aflăm actualmente în fața unei științe medicale riguroase a cărei antipsihologie fundamentală este fondatoare și perfect justificată. Dimpotrivă, aceeași antipsihologie aplicată în cazul solicitării de îngrijiri, distinctă față de boală și definitorie dintotdeauna pentru condiția umană, este nu numai antiștiințifică ci și un eșec.

Delahousse este frapat de faptul că în spitalul general există o inadecvare din ce în ce mai evidentă între extraordinarul perfecționism tehnic cu împărțirea sarcinilor și depersonalizarea intervenanților pe care aceasta o impune și persistența unei mișcări masive ce împinge spre spital o masivă populație heterogenă care ridică probleme umane, sociale, psihice, care trăiește momente de criză, care utilizează diferite registre de exprimare somatică a cărei organicitate reprezintă doar un aspect și a cărei luare în grijă este total incompletă, aleatorie. O serie de autori americani atrag atenție că medicina ar trebui să aibă grijă să răspundă corect solicitărilor reale ale bolnavilor, deoarece aceștia încep să o evite îndreptându-se către practici non-medicale (vindecători, bioenergeticieni, vrăjitori).

I.2. PSIHOLOGIA MEDICALĂ: DEFINIȚIE, OBIECT, CONȚINUT, INTERRELAȚII

O definiție comprehensivă a psihologiei medicale unanim acceptată nu există, dar există o serie de adevăruri incontestabile care pot conduce spre acoperirea întregului spectru de activitate, în care se pot recunoaște punctele de interes și aplicație ale acesteia. Este vorba de un concept hibrid care a fost întotdeauna greu de definit într-o manieră convenabilă și unde au fost alăturați doi termeni care în mod cert nu se contrazic, dar care, de aceea, nu au în mod evident o legătură naturală între ei.

Dacă, în conformitate cu definiția lui Popescu Neveanu P. – obiectul psihologiei generale tratează procesele, sistemele și însușirile psihice integrând și problematica generică a personalității, studiul psihologiei medicale se poate restrânge la domeniile relațiilor interpersonale și ale grupurilor mici (Golu P.) și are ca obiect de studiu al psihologiei bolnavului și al relațiilor sale cu ambianța,

legăturile sale subiective cu personalul medico-sanitar (în mod predominant cu medicul) și cu familia.

Ea studiază și reacția psihică a bolnavului față de agresiunea somatică și/sau psihică (posibilă generatoare de boală) și mijloacele psihice de tratament. **Veil Cl.** adaugă ca aparținătoare de conținutul psihologiei medicale atitudinea în fața morții fenomenele de transfer și contratransfer, beneficiul secundar, relațiile umane de la nivelul spitalului.

Pot fi inserate, conform opiniei lui **Besançon G.**, în cadrul rubricii psihologie medicală, toate faptele din practica medicală unde intervine, într-un fel sau altul, un factor psihologic, fie că e vorba de un eveniment traumatizant din punct de vedere afectiv (doliu, despărțire), de determinarea sau evoluția unei afecțiuni somatice, sau de relația medic-pacient în cursul elaborării diagnosticului, al conducerii tratamentului sau de-a lungul evoluției bolilor cronice. În opinia acestui autor psihologia medicală, adică spiritul său, este sau ar trebui să fie prezentă în practica medicală, cotidiană și obișnuită (medicina generală sau de familie) sau mai sofisticate (grefe, tratament complex al cancerelor, cronicitate, abordarea morții etc.).

Săhleanu V. și Athanasiu A. adaugă în sfera de preocupări a psihologiei medicale și problematica psihologică a profesiei medicale, separat de problematica relației interpersonale medic-pacient. Acești autori consideră că psihologia medicală trebuie să fie psihologia care are în centrul ei „drama” persoanei umane, punând accentul atât pe datele obiective, cât și pe cele subiective, în primul rând introspecția bolnavului și intuiția medicală.

SUBIECTE MAJORE ÎN STUDIUL PSIHOLOGIEI MEDICALE (după <i>British Psychological Society</i>)
funcțiile psihice elementare
psihologia socială
psihologia dezvoltării
diferențele individuale
psihologia în relațiile cu medicina (efectele psihologice ale bolii, relațiile medic-bolnav)

Încercând să simplifice domeniul de definiție **Huber W. (1992)** definește psihologia clinică arătând că este ramura psihologiei care are drept obiect problemele și tulburările psihice, ca și componenta psihică a tulburărilor somatice. Este deci studiul problemelor psihice care se manifestă în conduitele normale și patologice și ale intervenției în aceste conduite. Această definiție îi permite autorului francez să refere psihologia medicală nu doar la cele trei domenii deja clasice: situația de a fi bolnav, relația medic-pacient, psihologia profesiei medicale, ci să o extindă către psihologia sănătății și psihologia comunitară.

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

Această extensie către psihologia sănătății este legată strâns de noțiunea de sănătate mintală, valoare fundamentală a societății contemporane care a căpătat o

pondere deosebită în interesul opiniei publice. De altfel, chiar sănătatea a fost redefinită de Organizația Mondială a Sănătății ca fiind nu doar absența bolii, ci existența unei stări de bine și confort psihologic, somatic și social al individului.

I.3. PSIHLOGIE MEDICALĂ, PSIHLOGIA MEDICINEI, PSIHLOGIE CLINICĂ – O FALSĂ DILEMĂ

În ceea ce privește alegerea între sintagmele „psihologie medicală” și „psihologie clinică” credem că, fără a fi similare, cele două formulări acoperă un câmp asemănător de preocupări, psihologia clinică putând fi considerată un subdomeniu al psihologiei medicale. Cu siguranță că termenul *clinic* nu se referă la asistarea bolnavului imobilizat la pat (cf. gr. *klinikos* = „de pat”), ci la observația directă, imediată și nemijlocită pe care studiul de caz individual o presupune atât în medicină cât și în psihologie.

Dicționarul LAROUSSE definește *psihologia clinică* drept „*metodă specifică de înțelegere a conduitei umane care urmărește să determine simultan ceea ce este tipic și ceea ce este individual la un subiect considerat ca o ființă care trăiește o situație definită.*” (Sillamy N., 1995).

DOMENIILE DIN CARE PSIHLOGIA MEDICALĂ ÎȘI EXTRAGE DATELE
ancheta socială
tehnici experimentale
observare comportamentală
convorbirea de la om la om
date de biotipologie
date psihanalitice.

Pe de altă parte **Fedida P. (1968)** arată că termenul de *clinic* în psihologie are un statut problematic atât în interiorul medicinei cât și în interiorul psihologiei însăși.

Huber Winfrid (1993) preferă termenul de psihologie clinică și arată că aceasta are patru domenii de intervenție: dezvoltarea și promovarea sănătății, prevenția, funcția terapeutică și funcția de reabilitare.

NIVELUL DE INTERVENȚIE – EXEMPLE (după Perrez M. și Baumann U., 1991)			
Scop	Funcționare psihică	Configurarea funcțiilor	Sisteme interpersonale
Promovarea sănătății	Antrenament în rezolvarea problemelor	Experiență personală	Training în comunicarea din întreprindere
Prevenție	Antrenarea memoriei la persoanele vârstnice	Training în controlul stresului	Educație parentală
Terapie	Tratamentul tulburărilor de somn	Terapie comportamentală cognitivă pentru depresivi	Terapia familiei cu un copil anorexic
Reabilitare	Recuperarea memoriei după un traumatism cranian	Program terapeutic pentru alcoolism cronic	Terapia familială pentru a preveni recăderile pacienților schizofreni

Psihologia clinică este văzută ca acționistă și, evident, legată de caz fără ca în unele situații să poată fi vorba de vreo legătură cu medicina.

Considerăm că despărțirea artificială psihologiei clinice – psihologie medicală nu poate fi făcută, psihologia medicală având drept instrument de lucru metoda clinică. De asemenea, despărțirea psihologiei medicale de psihologia medicinei ni se pare un demers inutil care ar crea artificial un domeniu care nu ar avea unele specifice. Psihologia medicală se referă la atitudinea față de bolnav și boală, față de sistemele de îngrijire a sănătății, atât ale individului bolnav cât și ale celui sănătos, acest lucru incluzând logic și atitudinea medicului și a celor ce lucrează în domeniul medical față de propria profesiune.

ZONELE DE INTERVENȚIE ALE PSIHOLOGIEI CLINICE – după Mayer și colab. (1991)
psihologia transportului
psihologia muncii și organizațiilor
prevenția
handicapul mintal
psihologia judiciară
depistarea precoce
case de copii și adolescenți
spitale generale
gerontologie psihiatrică
foniatrie
centre de consultație și psihologie școlară
clinici psihosomatice și clinici de reabilitare
clinici și cabinete de consultații psihiatrice
cabinete private de psihoterapie și reinsertie

Nu vom putea fi niciodată în acord cu cei ce vorbesc despre o medicină psihologică, pentru că, așa cum am arătat anterior, obiectul medicinei este **individul uman care nu poate fi dezatribuit niciodată de dimensiunea sa psihologică în nici una din ipostazele sale.**

Argumente în favoarea folosirii termenului de „psihologie medicală” – Ionescu G (1995)
prezintă un domeniu mai vast decât psihologia clinică prin cuprinderea problematicei psihologice adiacente bolnavului,
fără a renunța la caracterul aplicativ psihologia medicală prezintă mari posibilități de esențializare și teoretizare a datelor, faptelor și observațiilor izvorâte din analiza clinică,
păstrând ca aspect fundamental elanul relațional interpersonal depășește aria observației imediate directe și individuale,
păstrează relații mai ample cu alte ramuri ale psihologiei, afirmându-se ca un domeniu aplicativ al psihologiei, spre deosebire de psihologia clinică care este ferm axată asupra pacientului.

I.4. RAPORTUL PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI CLINICĂ – PSIHOLOGIE

Psihologia medicală se dezvoltă azi din întrepătrunderea cu alte domenii de cunoaștere și cercetare, cum ar fi: psihopatologia, psihologia holistică și antropologia, psihanaliza și psihologia dinamică, cronobiologia, etiologia, sociologia, psihologia experimentală și neurofiziologia. Cu fiecare din aceste domenii psihologia medicală are legături biunivoce și face un schimb continuu de informații. Ea este legată de domeniul psihologiei generale prin aspectele legate de comunicare, aspectele legate de psihologia dezvoltării, aspectele legate de personalitate.

Psihologia medicală este legată de *psihologia socială* în cele mai diverse moduri, de la relația sociologică medic-pacient, la *impactul profesiei medicale cu alte profesii conexe – medici, farmaciști, biologi, chimiști*, de la modelul biopsihosocial al bolii la modelele terapeutice privind *lumea medicamentului (psihologia reclamei, marketing)*, la calitatea vieții ca indicator modern de apreciere a intervenției terapeutice și a activității medicale, de la interrelațiile existente în interiorul instituțiilor de asistență, la atitudinea mass-mediei față de boală și suferință.

De asemenea, este legată de domeniul *psihologiei diferențiale*, care, folosind metodele psihometrice, testologia și psihodiagnoza se încadrează în principiile generale de evaluare, etalonare și diagnoză.

O interesantă și fundamentală legătură a psihologiei medicale ni se pare cea care se poate stabili cu *psihologia morală*. Aceasta are, în viziunea lui **Enăchescu C. (2002)**, ca obiect atât Eul cât și SupraEul și își concentrează studiul său asupra cunoașterii valorilor morale prin care persoana își construiește propriile sentimente morale, fiind complementară în acest fel psihanalizei. Psihologia morală caută să înțeleagă natura individului din punct de vedere sufletesc și moral și să-i răspundă dilemelor legate de sensul vital și destin. Ea reface unitatea dintre prezența corporală ca exterioritate și interioritatea reprezentată de conștiință și sentimentul moral. Căutând să înțeleagă persoana aflată în suferință, psihologia morală oferă salvarea nu doar ca reparație ci și ca psihoterapie. A-l sprijini pe cel aflat în suferință are nu doar semnificația unui ajutor și a unui suport moral, ci este și o contribuție la restaurarea sa.

I.5. RELAȚII CU DOMENIUL ȘTIINȚELOR MEDICALE ȘI BIOLOGICE

Relația cu psihiatria este incontestabil cea mai profundă dintre cele stabilite cu disciplinele medicale atât din punct de vedere istoric, cât și metodologic și, nu întâmplător, aproape toți cei care au fondat psihologia medicală au fost medici psihiatri. Pentru **Pirozynski (1988)** *domeniul de acțiune, deși în mod diferit denumit, constituie totuși o zonă comună preocupărilor psihiatriei: nevrozele pentru Kretschmer, medicina psihosomatică pentru Commonwealth Found., efectele secundare neprevăzute și nedorite ale remediilor medicale pentru Balint, iar pentru toți relația medic-bolnav*. Psihiatria reprezintă pentru psihologia clinică principalul domeniu din care își extrage informațiile, dar și domeniul în care „tehnicile psihologice și datele obținute” sunt utilizate plenar. De asemenea, zona comună a psihoterapiei oferă un amplu câmp de desfășurare psihologului clinician. Etiopatogenia tulburărilor psihice constituie alt domeniu de elecție în care psihologia medicală aduce date care constituie *fundamentul științific al psihiatriei (Huber W., 1992)*.

Domeniul psihiatriei sociale orientat spre mai buna integrare a factorilor sociali, economici și culturali în abordarea etiopatogeniei tratamentului și prevenției tulburărilor este zona cea mai fertilă de desfășurare a psihologiei medicale. Într-un mod care pentru unii poate fi considerat paradoxal, psihologia medicală interferă cu psihiatria biologică în cel puțin două domenii: psihoneurofiziologia – domeniu mereu în extensie în ultimii ani și psihofarmacologia. În psihofarmacologie validarea noilor substanțe terapeutice, a eficacității acestora, ca și a cadrului optim nosologic în care se recomandă au beneficiat de aportul substanțial al metodelor de evaluare psihologică. În acest fel, psihologia medicală a contribuit la remedializarea psihiatriei (**Ionescu G., 1995**).

I.6. RELAȚIA CU PSIHOPATOLOGIA

Ca și în cazul psihologiei medicale, definirea noțiunii de psihopatologie rămâne încă supusă disputelor cu atât mai mult cu cât folosirea unor sinonime de tipul patopsihologiei sau psihologiei patologice dispune la confuzia cu psihologia clinică. Astfel, dicționarul Larousse consideră că există o sinonimie între psihopatologie și psihologia patologică, care ar fi *disciplina având drept obiect studiul tulburărilor de comportament, de conștiință și de comunicare* (**Sillamy N., 1995**). Ea este plasată, în opinia acestui autor, la jumătatea drumului dintre psihologie și psihiatrie și completează abordarea clinică prin metode experimentale, teste și statistică.

Există uneori chiar tendința de a suprapune domeniul psihopatologiei peste cel al psihologiei medicale și a o prezenta pe aceasta ca forma în care medicul ia cunoștință de tulburările psihice.

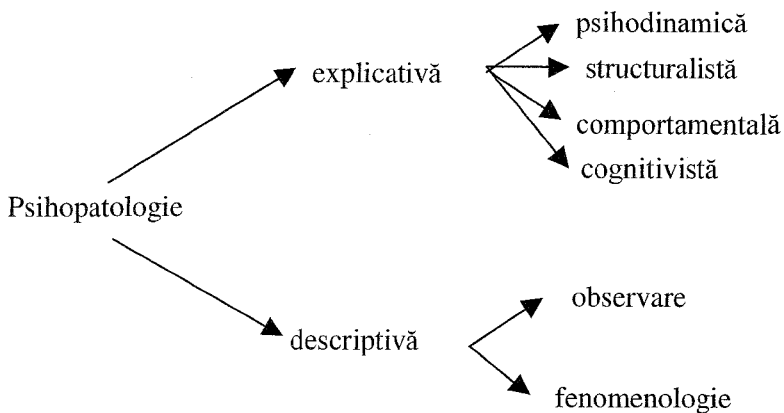
Psihopatologia nu abordează simptomele dintr-o perspectivă organică încercând să răspundă la întrebarea „de ce?”, ci se referă la desfășurarea acestora în comportamente anormale răspunzând la întrebarea „cum?”. Ea își propune să pătrundă în *universul morbid al subiectului* (**Sillamy N., 1965**) pentru a cunoaște viața psihică anormală în realitatea sa, mijloacele sale de exprimare, raporturile sale de ansamblu (**Jaspers K., 1928**). **Minkowski E. (1966)** precizează că psihopatologia este în raport cu psihologia, ceea ce patologia este în raport cu fiziologia, iar în raport cu clinica psihiatrică are statutul unei surori mai mici.

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoașterii și comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale (**Sims A., 1995**). Acest autor subliniază cele două direcții importante ale psihopatologiei: cea explicativă – aflată în raport cu construcțiile teoretice și cea descriptivă – care descrie și clasifică experiențele anormale relatate de pacient sau observate în comportamentul său.

Abordările domeniului psihopatologiei făcute din aceste două direcții au condus la o multiplicare a unghiurilor din care domeniul a fost analizat. Într-o lucrare recentă a lui **Ionescu Ș. (1995)** sunt inventariate nu mai puțin de 14 perspective diferite. Acestea sunt, în ordine alfabetică, abordarea ateoretică, behavioristă, biologică, cognitivistă, din perspectiva dezvoltării, ecosistemică, etnopsihologică, etologică, existențialistă, experimentală, fenomenologică, psihanalitică, socială și structuralistă.

Este evidentă legătura psihopatologiei cu psihologia medicală căreia îi oferă mijloacele de abordare a unor situații decurgând din cunoașterea topografiei și

dinamicii unor situații patologice. Noțiuni de psihopatologie vor face întotdeauna parte structurală din corpul psihologiei medicale.



I.7. RELAȚIA CU PSIHO-SOMATICA

Psihosomatica este o concepție medicală care stă la baza diagnosticului și terapiei celui aflat în suferință și care înglobează la un loc datele furnizate de examenul medical „obiectiv”, constante biologice, date de examinarea corpului, explorări funcționale, coroborate cu perspectiva psihologică și considerarea factorilor psihosociologici în determinismul bolii. Termenul de psihosomatică a fost creat încă din 1830 de **Heinroth**, dar a fost introdus abia în anii 50 în discursul medical de către **Alexander și Școala din Chicago**. În fapt orientarea psihosomatică este de sorginte hipocratică și este opusă viziunii lui **Galien** care trata boli și organe bolnave, nu bolnavi.

Unii autori consideră psihosomatica o *adevărată mentalitate de abordare a pacientului*. **Iamandescu I.B. (1999)**. Acest autor consideră că următoarele caractere generale caracterizează concepția psihosomatică în medicină:

1. *Concepție holistică (integrativă) – unitatea dintre SOMA și PSIHC.*
2. *Bazată pe observații clinice (confirmate de cercetări epidemiologice), date experimentale psiho-fiziologice, neuro-endocrinologice etc.*
3. *Includerea influenței mediului social (mediată prin psihicul bolnavului) asupra bolii (Von Uexkuell)*
4. *Reliefaarea la bolnavii psihosomatici a unei duble vulnerabilități la stres:*
 - psihică
 - de organ
5. *Impunerea stresului psihic ca factor de risc major în patogeneză:*
 - aparent exclusiv
 - sumativ

Încercând să dea cea mai simplă definiție bolilor psihosomatice **Wirsching M. (1996)** afirmă că acestea sunt acele boli fizice în care psihosocialul are o pondere decisivă.

Această nouă fațetă, psihosomatică, a medicinei moderne (de fapt, o reactualizare susținută cu argumente științifice pluri- și interdisciplinare a viziunii medicale hipocratice) este generată de mutațiile survenite în planul asistenței medicale și în cel al educației medicale. În prima categorie este de menționat includerea psihologului în echipa de îngrijire a bolnavilor psihiatrici și somatici sau înființarea unor clinici de psihosomatică în cadrul unor unități spitalicești (**Luban-Plozza B., Iamandescu B.I., 2002**).

Psihosomatica contemporană a investigat și a acceptat diferite mecanisme de sorginte psihanalitică, cognitivă sau adaptativă ca generatoare ale suferințelor psihosomatice.

O mare varietate de acuze somatice care antrenează convingerea pacienților că ei sunt suferinzi din punct de vedere corporal, în ciuda unor probleme emoționale sau psihosociale demonstrabile, rămân în afara unei posibilități de definire clare. Disconfortul somatic nu își are explicație sau are una parțială, în ciuda convingerii evasiunanime a pacientului că suferințele lui își au originea într-o boală definibilă care îl determină să ceară ajutor medical și care îi determină incapacitatea și handicapul (**Lipowski, 1968; Kleinman, 1977; Katon, 1982; Kirmayer, 1984; Kellner, 1990**).

În contrast cu simularea, simptomele somatice nu sunt sub control voluntar. Tulburările somatoforme diferă și de simptomele psihice consecutive unei afecțiuni medicale prin aceea că nu există nici o situație medicală care să poată fi considerată ca pe deplin responsabilă pentru simptomele somatice. Cei mai mulți autori afirmă că acest concept, care grupează situații diferite, are drept numitor comun disconfortul corporal neexplicat, generat de probleme psihiatrice, psihologice sau sociale. Prin numeroasele sale aspecte, somatizarea este problema comună a unui număr mare de probleme medicale (**Ford, 1983**). În mod cu totul paradoxal, somatizarea este o problemă majoră de sănătate publică, simptomele funcționale fiind printre primele cauze de incapacitate de muncă și incapacitate socială. Tot în sfera sănătății publice intră și faptul că pacienții cu simptome somatice neexplicate, recurente, sunt adesea investigați în *extenso*, spitalizați, supuși unor proceduri de diagnostic invazive, unor tratamente medicale în care polipragmazia se împletește cu metode recuperatorii costisitoare și care creează boli iatrogene adeseori mai grave decât presupusele boli somatoforme.

O abordare din direcția psiho-somatică permite după **Iamandescu (1998)** realizarea următoarelor obiective:

OBIECTIVE REALIZATE DE DIRECȚIA PSIHO-SOMATICĂ (după Iamandescu I.B., 1998)	
Stabilirea ponderii factorului psihic	<i>în apariția bolii psihosomatice (factor de risc asociat)</i>
	<i>în ritmarea evoluției bolii psihosomatice (trigger-declanșant)</i>
	<i>ierarhizarea participării sale etiologice în contextul plurifactorial al bolii psihosomatice</i>

<i>Impactul bolii psihosomatice asupra psihicului bolnavului</i>	<i>reculul somato-psihic generat de disconfortul simptomelor;</i>
	<i>afectarea indicilor de calitate a vieții și a inserției socio-profesionale</i>
	<i>așteptarea anxioasă a recidivelor bolii</i>
<i>Personalitatea bolnavului</i>	<i>premorbidă („primară”) ← (factor genetic + factori de risc biografici)</i>
	<i>secundară bolii</i>
<i>Tulburări neuro-psihice induse de boală psihosomatică (sau coexistente ori precedând boala psihosomatică)</i>	
<i>Psihoterapia bolii psihosomatice – obiective</i>	<i>strategia de prevenire sau atenuare a stresului psihic (SP)</i>
	<i>modalități de antrenament pentru confruntare cu SSP</i>
	<i>influențarea efectivă a simptomelor bolii psihosomatice</i>
	<i>prioritatea pentru formule de relaxare și participare în grup</i>
<i>Asigurarea unei bune compliance terapeutice</i>	<i>parteneriatul pentru sănătate dintre medic și pacient (asigurarea monito-rizării tratamentului, combaterea factorilor psihici perturbanți)</i>
	<i>implicarea familiei ± personalului medico-sanitar auxiliar în echipa terapeutică (Luban Plozza)</i>
<i>Programe educaționale și inițiative organizatorice pentru diverse categorii de pacienți (diabetici, cardiaci, reumatici etc.)</i>	

I.8. PROLEGOMENE ÎN APARIȚIA PSIHOLOGIEI MEDICALE

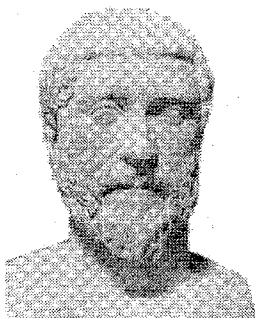
Se poate spune că este imposibil de separat momentul apariției psihologiei medicale de cel al apariției medicinei.

Acest lucru ține de o problemă fundamentală a medicinei și anume aceea a unității funcționale soma-psyche. Problema este apărută de la începuturile medicinei ca artă și știință în spațiul cultural european, respectiv o dată cu începutul filosofiei antice grecești. Înțelegerea unei simptomatologii și integrarea ei într-un model psihopatologic își găsesc explicații și, uneori, chiar sensibile răspunsuri în felul în care o abordare sau alta a transpus în timp, mai mult sau mai puțin complex, **un mod filosofic de a da perspectivă demersului logic.**

Vom marca câteva repere din pasionanta istorie a apariției psihologiei medicale. Datele pe care le vom prezenta vin să confirme o dată în plus aserțiunea lui **Ebbinghaus** conform căreia *psihologia are un lung trecut, dar o scurtă istorie*, aserțiune care se potrivește cu atât mai mult psihologiei medicale.

- Nașterea medicinei a fost simultană cu cea a filosofiei, iar **miracolul hipocratic** nu poate fi în nici un fel separat de miracolul civilizației grecești.
„În ziua pe care o plănuise pentru a da o formă artei medicale, Dumnezeu a făcut să se nască un om provenit dintr-o veche familie de medici, la mare cinste în Grecia. L-a făcut să se nască în secolul cel mai luminat al antichității, astfel că a fost contemporan cu Socrate și maestru al lui Platon.” **Cayol J.B.**
- Înrudirea dintre formulările operelor hipocratice și ideile dezvoltate în diferite fragmente filosofice este indubitabilă, „întreaga Colecție hipocratică este legată printr-o mulțime de fire cu întreaga filosofie presocratică și socratică”. (**Dies A., 1927**).
- Școlile medicale, de la Knidos și Kos – cele mai importante școli de medicină ale antichității, s-au dezvoltat și au atins maxima înflorire în apropierea Miletului, unul din principalele centre comerciale, metropolă a sute de așezări și patrie a unor personalități proeminente ale filosofiei presocratice: **Thales, Anaximene, Anaximandru**.
- **Homer**, care nu poate fi considerat un filosof în sensul obișnuit al cuvântului, pune în poemele sale problema raportului dintre *psyche* (suflul vieții care continuă să trăiască și după moarte într-o formă atenuată) și *soma* (cadavru nemișcat, ceea ce rămâne din agregatul mobil de mădule din care a dispărut *psyche*). **Homer** este cel care face prima legătură dintre cap și suflet, afirmând că sufletul eroilor iese pe gură, dar desparte *psyche* de *thimos*-spiritul, care ar fi localizat în diafragma (*phrenes*) cu care omul gândește și simte.
- **Thales** este reprezentantul cel mai important al școlii din Milet. El afirmă că substanța care stă la baza tuturor lucrurilor și se transformă în toate lucrurile este apa. El și școala ionică vor afirma derivarea lumii dintr-un principiu unic material.
- **Heraclit din Efes** va gândi ca element primordial focul în permanentă schimbare, ca și întregul Univers în care nimic nu rămâne imobil: „Lumea a existat întotdeauna, ea este și va fi mereu un foc viu”.
- Școala eleată, al cărui principal reprezentant a fost **Parmenide**, afirmă cu vigoare principiul identității pe care îl instalează în ființa însăși. Ființa este, după **Parmenide**, ceva profund divin, fără nici o personificare. Ființa este un tot perfect. Această concepție despre ființă va fi unul din filioanele care se va regăsi de-a lungul întregii istorii a gândirii occidentale. Lumea sensibilă percepută prin inter-mediul simțurilor este considerată doar aparentă, iar lumea aparențelor ar fi condusă de o divinitate situată în centrul ei căreia îi aparțin timpul și spațiul.
- Atomistii (**Democrit, Leucip, Anaxagora**) propun o reprezentare a ființei printr-o multitudine de mici unități indivizibile, imuabile, indestructibile, care constituie fondul permanent al realului, care se alătură unul altuia în mii de feluri provizorii pentru a alcătui lumea schimbării. Atomistii au făcut o încercare serioasă de a distinge între *psyche* și *nous* atât ca funcție, cât și ca localizare. *Nous-ul*, inteligența, intelectul, spiritul ființează separat de masa asupra căreia acționează.

- **Diogenes din Apolonia** consideră că legătura psyche-aer este evidentă pentru că de acesta din urmă depinde viața. În secolul al VI-lea psyche ajunge să absoarbă funcțiile *thimosului* homeric și termenul va fi folosit pentru totalitatea psihică a omului, în timp ce, în paralel, agregatul fizic al mădulelor și părților corporale va ceda locul lui soma, care nu mai înseamnă acum cadavrul, ci unitatea fizică corelată cu ceea ce psihic este psyche.
- **Pitagora** este primul gânditor grec care a căutat în structurile cor-porale suportul material al fenomenelor psihice, realizând la nivelul cunoștințelor epocii și în cadrul concepției cosmologice proprii interrelația suflet-corp. El a considerat sufletul (*pneuma*) o formă materială care se mișcă prin corp și este constituit dintr-un principiu cosmic – eterul. El reia modelul orfic privitor la suflet, dar îl extinde escatologic susținând natura cosmică a sufletului care se întoarce în spațiile siderale după moartea care îl eliberează din corp.



HIPPOCRATE DIN COS (460-356 a I.C.)
Medic și filosof grec. *Părintele medicinei*

- **Alcmenon din Crotona**, discipol al lui **Pitagora**, a fost o proeminentă personalitate medicală a timpului. El va fi cel care spune: „*Omul înțelege, în timp ce animale celelalte percep, dar nu înțeleg ... Toate percepțiile ajung la creier și aici se pun de acord.*” În contrast cu ideile epocii, medicul filosof din Crotona încearcă să descopere relația sănătate-boală și să explice aceste stări fundamentale prin prezența unor factori naturali de origine internă sau externă. „*Izonomia forțelor umed, uscat, rece, cald, amar, dulce, este născătoare de sănătate, pe când monarhia lor provoacă boala; într-adevăr, monarhia oricăreia este un lucru primejdios.*”
- Opera lui **Socrate** este greu de separat de cea a lui **Platon**, ea fiind transmisă în mare parte prin conținutul dialogurilor platoniciene. Originile delfice ale gândirii sale îl vor îndemna spre cunoașterea de sine, spre o înțelegere profundă a naturii umane sub toate aspectele; nu a scris nimic și nu a lăsat nici o mărturie personală despre el însuși. Opera platoniciană, în totalitatea ei și în devenirea ei temporală, poate fi definită ca una în care ființa umană este prezența absolută, ca un discurs filosofic care își asumă omul ca element esențial.
- Concepția lui **Platon**, care vedea omul ca structură duală, în același timp trup și suflet, relevată în toate dialogurile referitoare la om, va marca întreaga cultură ulterioară (antică, medievală și modernă). În opera lui **Platon**, problematica corpului și a sufletului, care este inseparabilă,

constituie un fel de linie de creastă în continuitatea având, pe de-o parte, contextul arhaic în care filosofia a luat naștere, iar de cealaltă, tot ceea ce îi va succede de la **Aristotel** la epicurieni. Calea de rezolvare a conflictului este, așa cum o indica **Platon**, boala, care poate tot atât de bine să fie corporală, excesul de probleme cu care individul se confruntă evidențiind de o manieră mai generală un destin nefast sau malefic. **Platon** consideră sufletul „*uman și divin deopotrivă, luând în seamă înrâuririle și faptele ce îi sunt proprii*”. Sufletul este definit ca nemuritor prin faptul că se mișcă de la sine și este sursă și principiu al mișcării pentru toate câte se mișcă. Iar acest principiu este el însuși neînnăscut. Influența concepțiilor orfico-pitagoreice este evidentă: *psyche* – o unitate nemuritoare supusă renașterii ciclice într-un corp care este sursa tuturor relelor. Scopul vieții devenea astfel purificarea (*catharsis*) pregătirea pentru moarte și revenirea sufletului în mediul său natural – cosmosul. Din aceleași surse provine și doctrina reamintirii: nu ne reamintim detalii dintr-o viață anterioară, ci doar recunoașterea formelor (*eide*); *psyche* este facultatea prin care cunoaștem *eide*-le, pentru că sufletul este înrudit cu ele fiind nemuritor, invizibil și imaterial. **Platon** va reveni asupra acestor idei admitând că anumite funcții somatice aparțin și ele sufletului (care în *Phaidon* era considerat ca acționând independent de simțuri).

- **Aristotel**, fiu al unui important medic al vremii, elev și dizident al școlii platoniciene, considerat al doilea părinte al filosofiei, a abordat într-o manieră complet diferită problema sufletului și a corpului în partea a doua a tratatului despre suflet (*Peri psyches*). **Aristotel** considera corpurile vii realități „*care se hrănesc, cresc și dispar prin sine însăși*”, compuse din materie și din formă. El rupe dualismul metafizic corp-suflet, afirmând că realitatea formală a corpului nu este altceva decât sufletul „*entelechia*”. Deși în cursul perioadei platoniciene tratase sufletul ca pe o substanță completă care nu are nevoie de corp, în *De Anima* el precizează: „*Corpul viu și însuflețit (soma empsychon) este compus din hyle (principiul material) și eidos (principiul formal)*”. Studiind părțile sufletului, el alege calea funcțională, numindu-le facultăți (*dynameis*) și pornește de la cea fundamentală, cea nutritivă, până la facultatea distinctivă, *noetika*. Definind trei grade ale sufletului vegetativ, senzitiv și intelectual, ca trei forme ale unei unități indisolubile, **Aristotel** neagă teza despre imortalitatea sufletului, „*sufletul fiind cauza finală și formală a unui corp, nu poate supraviețui desfacerii unității aceluși corp*” (*De Anima* 2, 415b). Pe de altă parte, unele considerații ale lui **Aristotel** despre suflet se extind în domeniul psihologiei, atât în ceea ce privește funcțiile perceptive, cât și în cele cognitive. Pe lângă cele cinci simțuri, el concepe și un organ de simț comun care deosebește între percepțiile unor simțuri diferite. **Aristotel** vorbește despre imaginație ca producătoare de imagini independente de simțuri și despre opinii, care sunt produse ale imaginației supuse controlului intelectual. El consideră *pneuma* drept materie imediată a activităților psihice, fără să o considere și un principiu vital. De asemenea, consideră că manifestările sufletești de ordin emoțional și afectiv sunt posibile numai la nivelul cordului care este și

sediul către care converg informațiile de la nivelul receptorilor. De remarcat că, datorită prestigiului extraordinar de care s-a bucurat **Aristotel** (biserica catolică îl consideră „*precursor Christi in rebus naturalibus*”), modelele propuse de el au rezistat mai bine de două milenii. **Aristotel** va fi considerat cea mai prestigioasă personalitate științifică în tot Evul Mediu.

- Filosofii stoici, modifică radical viziunea asupra raportului suflet-corp. Stoicismul, materialism și monism în același timp, afirmă că **totul** este corporal cu excepția gândirii logice, vidului care înconjoară lumea și timpului și spațiului. Sufletul (*psyche*) este un corp (*soma*). Lumea însăși este un corp și o ființă pe care un divin corporal o străbate până în cele mai mici dintre bucățile sale, într-o manieră fizică. Natura este deci divină, putere demiurgică dar anonimă, intim legată de corpul lumii tot așa cum corpul uman este intim legat de sufletul său. De aici rezultă că viața lumii este una, așa cum unică este viața omului. Filosofia stoică este o filosofie a omului continuu într-o lume continuă. Nimic nu este mai puternic decât Natura, iar cel înțelept își va realiza natura sa. Accesul la înțelepciune era potrivit stoicilor condiționat de o adevărată cultură a corpului, mergând de la exerciții de respirație până la reprimări dure, legate de „*un symbolism macabru, un soi de canibalism metaforic*” (**Daraki M., 1993**). Dorința de stăpânire perfectă a corpului este legată de conceptul de *ataraxie* – absența tulburării, care ar conduce corpul la adevărata sa unitate cu sufletul, care la rândul lui, prin asceză, îl poate face să intre în unitate cu cosmosul. Adevărata înțelepciune constă în a accepta inevitabilul, care, de altminteri, se înscrie în ordinea universală perfectă. Omul trebuie să-și elimine din suflet orice fel de pasiuni, patimi, poftă, dorințe, pentru a putea rămâne astfel impasibil și tare în fața vicisitudinilor vieții. Stoicii spuneau că omul care dorește ceea ce nu depinde de el este un sclav.
- Școala epicureană este, ca și stoicismul, un monism și un materialism, dar foarte diferit de cel stoic. Această școală, ilustrată de **Epicur** și poetul latin **Lucretius**, afirmă că sufletul este la fel, ca și restul universului, alcătuit din atomi, fiecare din aceștia fiind insecabili, imuabili și inalterabili, deoarece sunt simpli, necompuși. Atomii sufletești sunt într-o stare mai puțin densă și deci sunt mai rapizi și mai liberi și sunt intim legați de corp, pe care îl însoțesc în toate fazele existenței sale, de la creșterea juvenilă până la îmbătrânirea sa și, în final, în moarte. Sufletul va fi deci afectat de bolile corpului și, în momentul morții, se va risipi în aer, se va dispersa. Sufletul cunoaște lumea exterioară prin simțurile corporale cărora le e martor sigur întotdeauna. Din toate corpurile sunt emanate imagini sau simulacre de origine materială, care vin și lovesc simțurile, impresionându-le. Toate problemele omului vin din faptul că adesea noi interpretăm greșit, cu erori de judecată, iluziile noastre și visele. Omul trebuie să trăiască pentru a evita necazurile, el trebuie să se elibereze de falsele temeri și să se bucure în liniște de plăcerile vieții.
- Creștinismul nu este o doctrină filosofică, dar doctrina creștină poate fi luată în considerație în ceea ce privește subiectul care ne interesează,

deoarece ea a pus într-un mod cu totul neașteptat problema raportului corp-suflet vorbind despre *încarnare*, adică de a deveni om al lui Dumnezeu, spirit în corp muritor. Isus suferă în corpul său și prin corpul său. Încarnarea lui Dumnezeu în Fiul Său uman semnifică unitatea cărnii ca unitate intimă a sufletului și corpului. Mai mult, chiar *reînvierea* este însoțită de dispariția corpului din mormântul sfânt, ea fiind o regenerare prin reîncarnare, subliniindu-se faptul că spiritul nu poate exista (coexista) decât în și prin corp. Așa cum arată opera Sfântului Augustin, creștinismul a reprezentat deschiderea spre o veritabilă cultură a elaborării interiorității umane. Dacă la greci sufletul păstra ceva fundamental impersonal, în creștinism sufletul este esențialmente individual, centrat pe un sine care în virtutea încarnării este chiar sinele divin. Caracterul său ascuns și misterios face să trăiască în profunzimi sinele individual, care, atunci când ajunge să se deschidă, iluminează și transfigurează totul, inclusiv corpul. Sufletul este diferit de orice realitate materială, el nu mai este un fel de materie mai fluidă ca la epicurieni, ci altfel de substanță, e o realitate de același ordin ca și adevărul. Moartea sufletului ar însemna separarea dintre el și adevăr, lucru imposibil deoarece există cosubstanțialitate. Dar adevărul este și **Dumnezeu** „*Eu sunt calea, adevărul, ...*”. În felul acesta, Dumnezeu este în suflet. El este interior și nu exterior sufletului. Este „*interior intimo meo*”. Dumnezeu se află astfel în adâncurile sufletului.

- **Toma d'Aquino**, cel care pentru biserica catolică avea să devină **Sfântul Toma**, avea să încerce o sinteză majoră între opera aristotelică și tradiția creștină. „**Doctorul angelic**” stabilește o ierarhie a formelor materiale și pure între care încearcă să plaseze sufletul așa cum trăiește el în ființa umană. Sufletul omenesc este cea mai înaltă dintre formele amestecate cu materia, fiind legat indestructibil de corp. În același timp este cel mai de jos reprezentant al formelor pure.



SF. THOMAS D'AQUINO (1225-1274)

Cel mai important teolog al Renașterii, canonizat în 1323, a fost supranumit „doctorul angelic”

- Evul Mediu și perioada renaștivistă au fost dominate succesiv de gândirea aristoteliană și, ulterior, de cea platoniciană, neoplatonicismul apărând ca o reacție împotriva scolasticii medievale după secolul XIII. În problema corp-suflet ar putea fi luată în considerare contribuția lui **Muhammad ibn Rosd** cunoscut ca **Averroes**, stea de primă mărime, nu doar între arabi și nici doar în Evul Mediu (**Vlăduțescu G., 1973**). **Averroes** respinge ideea de miracol, ideea primordialității formei asupra materiei, ideea nemuririi sufletului, precum și teoria creației lumii

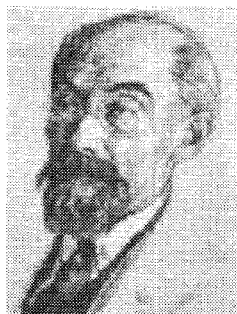
ex-nihil. Medic, jurist și filosof, el spune despre destinul final al omului că ar consta din eliberarea omului din închisoarea existenței sale corporale și intrarea sa într-o stare de euforie intelectuală obținută prin conjuncția intelectului material sau „posibil” cu intelectul „activ” supraindividual. „*Această conjuncție este un fel de perfecțiune divină a omului, unul din darurile lui Dumnezeu făcute acestuia*”. **Averroes**, comentând *De Anima*, afirmă că intelectul în stare potențială, pe care el îl numește „intelect material”, unic și incoruptibil, este o substanță separată, identică pentru toți oamenii – el este inteligența speciei umane nemuritoare și eternă spre deosebire de indivizi și suflete.

- **René Descartes**, în opera lui, aduce o viziune nouă care va revoluționa gândirea filosofică creând noi temelii ideilor filosofice. În tratatul asupra pasiunilor, autorul încearcă să stabilească explicații fenomenelor sufletești și caută o modalitate de a exprima legătura dintre corp și suflet, care lucrează unul asupra altuia. Legătura dintre corp și suflet, credea **Descartes**, se face prin glanda pineală, glanda pe care, în ciuda a numeroase încercări, nu a reușit să o pună în evidență. El este conștient de faptul că orice gândire a sufletului, adică orice act al său, trebuie să aibă un răspuns într-o mișcare a corpului și, în mod contrar, orice mișcare a corpului se repercutează într-un fel oarecare asupra sufletului. Aceasta nu înseamnă că fiecare nu și-ar avea natura proprie, iar în ceea ce privește sufletul și simțirile sale primitive încearcă să facă o trecere în revistă a acestora. Filosofia lui **Descartes** este în mod categoric dualistă: tot ce există se reduce la două realități fundamentale ireductibile una la alta: întinderea și gândirea, *res extensa* și *res cogitans*. Gândirea este activă, se pune singură în mod spontan în mișcare. Iar întinderea e pasivă, fiecare mișcare transmitându-se din afară. Pasiunile primitive erau după **Descartes** tristețea, bucuria, dorința, ura și dragostea, admirația. Pasiunile acestea nu sunt, în opinia lui **Descartes**, apariții nefirești în sânul vieții noastre. Ele nu sunt rele sau bune, ci doar întrebuintarea pe care omul le-o dă nu este întotdeauna cea bună. În **Meditații**, **René Descartes** accentuează la maxim dihotomia corp-spirit, insistând asupra faptului că și corpul omenesc este de natură mecanică. Totuși, în dorința deosebită de a-și afirma existența cugetătoare, **Descartes** nu va reuși să înlăture confuzia pe care fuziunea sufletului și corpului o provoacă în experiența intimă a certitudinii factice de a exista (**Richir M, 1993**). Sistemul cartezian ar fi trebuit să răspundă dublei cerințe de a da o explicație mecanicistă pentru *substanța întinsă* (corpul) și o responsabilitate absolută *substanței gânditoare* (sufletul). Acest sistem salvgardează posibilitatea unui suflet nemuritor, corpul aparținând întinderii se putea dizolva în ea. Sufletul, interioritate pură a gândirii, își păstra autonomia. Cu tot efortul pe care l-a făcut, **Descartes** nu a putut rezolva problema. Trebuie remarcat însă, că în epocă, cerința sa de a nu admite decât explicații mecaniciste a avut un efect enorm asupra științei, înlăturând balastul reprezentat de pretensele explicații medievale.
- Secolul XVII este dominat de figura lui **Thomas Sydenham (1624-1689)** care reia și insistă asupra rolului etiologiei psihogene în întreaga patologie, meritându-și întru totul, și din acest motiv, supranumele de **Hipocrate al Angliei**.

- Două nume de referință marchează secolul al XVIII-lea: **Phillipe Pinel (1745-1826)** fondatorul psihiatriei franceze și cel al lui **Benjamin Rush** – părintele psihiatriei americane, personalități care, deși au acționat independent, au introdus concepte și metode cvasisimilare: o mai bună observare a bolnavilor, o atitudine mai umană față de aceștia și propunerea unui *tratament moral*.
- Secolul XIX deschide, prin ideile exprimate de **Heinroth Johann Christian (1773-1843)**, **Jacobi Karl-Wigand (1775-1858)**, **I.B.Friedrich, Charcot Jean Martin (1825-1893)**, **Lasegue Ernest-Charles (1816-1883)**, **Lotze, Tuke Daniel Hack (1827-1895)**, **Bechterev Vladimir (1857-1927)**, calea spre delimitarea conceptului de psihologie medicală și chiar spre aplicarea în clinică a ideilor acesteia. Lor li se datorează termeni ca *psihosomatică*, *psihologie medicală*, *somatopsihic*, primele cărți și tratate în materie, apariția unor reviste ca *Annales Medico-Psychologiques*.
- **Ribot Th. (1839-1916)** este o figură remarcabilă prin extraordinara sa creativitate, care, atât prin studiile sale asupra memoriei, voinței și tulburărilor afective, cât și în lucrările sale privind psihologia sentimentelor și problemele psihologiei afective, deschide importante direcții în studiul psihologiei medicale.
- **Lightner W (1867-1956)**, fondatorul în 1896 a primei clinici de psihologie din Statele Unite ale Americii și a revistei *Psychological Clinic*. El este primul care folosește activitatea în echipă în examinarea, evaluarea și terapia psihologică a cazurilor.
- Secolul XX va fi influențat de lucrările lui **Freud S.** și ale școlilor de psihanaliză dezvoltate pornind de la acestea care vor avea un impact profund asupra medicinei și psihologiei. Psihanaliza va oferi psihologiei medicale nu doar un cadru teoretic privind personalitatea, ci și un model în ceea ce privește transferul și contratransferul, precum și explicații în ceea ce privește fenomenul nevrotic. În spațiul creat de psihanaliză și-au făcut loc ulterior alte concepte, precum stresul, behaviorismul, teoriile învățării. În 1913, în Tratatul său de psihopatologie, **Jaspers K.** introduce termenii de *psihologie comprehensivă* și de *fenomenologie*.
- Lucrările de psihologie medicală lui **Schilder P.** și **Janet P.** vor schimba întreaga perspectivă a primei jumătăți a secolului XX. Tot în această perioadă trebuie menționată opinia lui **Ernst K. (1888-1964)**, după care psihologia medicală trebuie considerată ca o psihologie a nevrozelor, ca expresie a psihologiei sufletului omenesc în general. *Cel care înțelege nevrozele cunoaște și ființa umană și devine mai bine format pentru alte exigențe ale profesiei medicale.*

PIERRE JANET (1859-1947)

Celebru psiholog, psihiatru și filosof francez, introduce noțiunea de subconștient și pe cea de psihastenie, este un adept al psihologiei conduitei și un critic fervent al psihanalizei freudiene.



- După 1950 psihologia clinică va redeveni obiect de studiu în Franța și în Statele Unite, numeroși psihiatri și psihologi de marcă îndreptându-și interesul spre acest domeniu: **Jean Delay, Pierre Pichot, Pierre Sivadon, Philippe Jeammet, E. Stern, Daniel Lagache, Dollard și Miller, Eysenck H. S.**
- Un loc aparte trebuie consacrat lucrărilor Școlii de la Tavistok Clinic reprezentată strălucit prin lucrările lui **Michael Balint**, care în lucrarea sa „*Medicul, bolnavul și boala*” își propune descrierea procesului privind relația medic-bolnav, cu efectele secundare neprevăzute sau nedorite de remediile medicale, descripția semnelor de diagnostic care să permită recunoașterea în timp util a procesului patologic și modelul corespunzător de psihoterapie în cadrul acestor relații complexe. El a subliniat importanța transferului și a încărcăturii afective negative pe care medicul în continuă confruntare cu boala o capătă, nevoia acestuia de a se descărca de trăirile de acest tip.

I.9. PSIHOLOGIA MEDICALĂ ÎN ROMÂNIA

Deși „*este ușor de văzut că medicina care ignoră psihologia este o medicină biologică și nu antropologică, depersonalizată, ruptă atât de dinamica vieții personale, cât și de dinamica vieții sociale*” (Atanasiu A., 1998) cecitatea școlii de medicină românești postbelice, sub presiunea factorului politic și ideologic, a fost absolută. Psihologia medicală românească a împărțășit, din păcate, soarta psihologiei universitare în timpul dictaturii comuniste, un stil excesiv de biologizant însoțind atât stilul diagnostic, cât și pe cel terapeutic în practica medicală, inclusiv în practica psihiatriei.

Un omagiu deosebit pentru o viziune remarcabilă în ceea ce privește fenomenul bolii și abordarea pacientului trebuie adus unor dascăli deosebiți ai școlii de medicină de la București: **Aurel Popescu-Podeanu și Marin Voiculescu**, care în lucrările lor nu au uitat niciodată că pacientul, în afară de corp, are și suflet.

După 1990, psihologia medicală devine obiect de studiu în toate universitățile de medicină și în majoritatea facultăților de psihologie din țară. Din păcate confuzia cu psihopatologia persistă uneori, ca și ideea că un specialist fără formare medicală ar putea să fie purtător de mesaj și formator de materie.

În țara noastră, psihologia medicală este ilustrată de lucrările și activitatea unor personalități ca: **Eduard Pamfil, Nicolae Mărgineanu, Ion Biberi, Victor Săhleanu, Mircea Lăzărescu, Andrei Atanasiu, Ioan Bradu Iamandescu, Constantin Daniel, George Ionescu, Constantin Enăchescu, Virgil Enătescu, Adrian Restian, Tadeusz Pirozynski, Gavril Cornuțiu.**

II. NORMAL ȘI PATOLOGIC ÎN BIOLOGIE, MEDICINĂ ȘI VIAȚA PSIHICĂ

II.1. ACCEPȚIUNILE TERMENULUI DE NORMALITATE ȘI DEZVOLTAREA CONCEPTULUI

II.2. NORMALITATE ȘI SĂNĂTATE

II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE

TABEL: CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

15 VALORI FUNDAMENTALE ALE SOCIETĂȚII AMERICANE CONTEMPORANE

II.5. NORMALITATEA CA PROCES

II.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE

II.7. NORMALITATE ȘI ADAPTARE

II.1. ACCEPȚIUNILE TERMENULUI DE NORMALITATE ȘI DEZVOLTAREA CONCEPTULUI

Cuvântul normal provine din latinescul „norma” (unghi drept), adică ceea ce nu oscilează nici la dreapta, nici la stânga, ceea ce se află chiar în mijloc.

Normalul este deci un termen calificativ implicând o valoare (*Aș vrea să fiu normal*). Normalul este și un termen descriptiv indicând o medie (*Aș vrea să fiu normal ca și ceilalți, ca toată lumea*).

Anomalie provine din cuvântul grec „omalos” care înseamnă egal, regulat, neted. El este opus regularității.

O normă este o regulă, ceea ce servește la a face dreptate, a dresa și a redresa, a norma, a normaliza înseamnă a impune o exigență unei existențe, unui dat, a cărei varietate și lipsă de legătură este oferită unei priviri atente ca o nedeterminare ostilă sau chiar stranie.

A fi anormal este altceva decât a avea o anomalie. Anormal este un adjectiv, un termen apreciativ introducând o diferență calitativă.

Orice demers psihologic și medical va rămâne sub semnul unei periculoase incertitudini în absența definirii normalității, sarcină pe cât de utilă pe atât de ingrată.

La dificultățile de circumscriere ale normalului din alte domenii de studiu ale medicinei se adaugă, atunci când este vorba de sănătatea mintală, o serie de criterii exterioare sferei biologicului, aici fiind mai adevărată ca oriunde în altă parte părerea că acest atribut al omului nu se poate cuantifica precis.

Dicționarul de psihologie LAROUSSE precizează că normalitatea este o noțiune relativă, variabilă de la un mediu socio-cultural la altul și, în plus, face interesanta precizare că *în medicină există tendința de a se asimila omul normal individului perfect sănătos, individ care la drept vorbind nu există* (Sillamy N, 1995).

Prelipceanu D (2000) arată că, în sens general, nevoia de normalitate derivă din și exprimă nevoia umană de ordine. Într-un univers entropic, omul și, cu prioritate inteligența umană, realizează o funcție negentropică, ordonatoare. Desigur această ordonare nu poate fi făcută decât cu anumite limite, deoarece emitențul normelor este prin excelență omul, ființă esențialmente subiectivă. Se creează deci paradoxul prin care omul, ca entitate subiectivă, emite norme (obiective) aplicabile propriei subiectivități. Normele acestea vor avea obiectivitate diferită de cea care privește materia vie supusă legilor naturii, care sunt, în răceala lor statistică, cu adevărat obiective.

Același autor arată că norma este, în esența sa, o convenție umană larg împărtășită social. Ea derivă din aprecierea, din valorizarea comună a unor stări și fapte sociale. Sub raport axiologic, norma este o valoare (aceasta fiind, în fond, o apreciere despre „ceva”, realizată în colectiv) transformată în imperativ.

Introducerea în psihiatrie a conceptului de normalitate, a ideii de normă, pare să clarifice întrucâtva problema psihiatriei, aceasta fiind, ca și restul domeniului medicinei, o specialitate *diacritică* (Ey H, 1978), pentru care diferența între normal și patologic reprezintă principalul obiect de lucru. Medicina funcționează, conform acestui autor, identificând fenomenele patologice ca abateri de la normalitate, care produce descompunerea unei organizări vii. Boala este văzută ca o dezordine, ca o alterare globală sau parțială, acută sau cronică, a organizării normative a organismului.

CRITERII DE NORMALITATE (după Ellis și Diamond)	
1.	conștiință clară a eului personal
2.	capacitate de orientare în viață
3.	nivel înalt de toleranță la frustrare
4.	autoacceptare
5.	flexibilitate în gândire și acțiune
6.	realism și gândire antiutopică
7.	asumarea responsabilității pentru tulburările sale emoționale
8.	angajarea în activități creatoare
9.	angajarea moderată și prudentă în activități riscante
10.	conștiință clară a interesului social
11.	gândire realistă
12.	acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare a acesteia
13.	îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă

Lăzărescu M. subliniază că se cere precizat ce se înțelege prin **normalitate** (și, inclusiv, sănătate), **anormalitate**, **boală** și **defect**. Problematika cuplului normalitate-anormalitate este mai apropiată de „generalitatea” normelor, a abordării statistice, a regulilor și legilor, pe când problematica „bolii” e mai legată de „concretul” cazului dat, adică de cazuistică. Concepte mai largi decât cele de sănătate și boală, normalitatea și anormalitatea sunt teme de reflexie și delimitare conceptuală și pentru alte domenii științifice care au în centrul preocupărilor lor omul.

Ionescu G. (1995) face o distincție între anormalitate și boală, arătând că anormalitatea se referă la conduite și comportamente, este un fundal, pe când boala este un fapt individual cu o anumită procesualitate. Anormalitatea s-ar referi la structură și organizare psihică, iar boala la procese morbide.

Unii autori consideră că psihiatria este centrată pe anormalitate, această imagine deformată fiind de fapt o răsturnare pesimistă a perspectivei medicale, care și-a propus întotdeauna o revenire în cadrul normalului; normalul nu pare o limită, deși, din perspectiva bolii, el este una.

Patru perspective par să înglobeze majoritatea numeroaselor concepte clinice și/sau teoretice care se referă la normalitate, dar, deși acestea sunt unice, au domenii de definiție și de descriere, de fapt ele se completează una pe cealaltă și numai sumarea lor poate da imaginea cea mai apropiată de real.

II.2. NORMALITATE ȘI SĂNĂTATE

Prima perspectivă, cea a normalității ca sănătate, este una tradițională, cei mai mulți medici și, printre aceștia, și psihiatri echivalând normalitatea cu starea de sănătate căreia i se atribuie caracterul unui fenomen universal.

Dacă toate comportamentele ar fi înscrise pe o scală, normalitatea ar trebui să cuprindă porțiunea majoritară dintr-un continuum, iar anormalitatea să reprezinte mica porțiune rămasă.

Normalitatea, adică sănătatea, în cazul nostru cea mintală, pare a fi o vastă sinteză, o rezultată complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții organice și sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional și morfologic, în istoria sa vitală.

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

Desigur, limita normal-patologic este extrem de complicată, interferențele și imixtiunile celor două domenii fiind un imprevizibil labirint. Nici un univers nu este mai greu de analizat decât psihismul și nici o nebuloasă mai complicată decât individul, orice încercare de standardizare, așa cum arătam, lovindu-se de un previzibil eșec. Ne aflăm în prezența unor nisipuri mișcătoare pe care este schițată fragila graniță dintre două sisteme, unul căutând să-și crească, celălalt să-și scadă în permanență nivelul organizațional sau, poate, entropia informațională.

Dacă boala este „*viața îngrădită în libertatea ei*”, (**Marx K.**) înțelegând prin aceasta nu numai aspectele strict biologice, ci și pe cele sociale și existențiale, acest lucru își găsește o ilustrație particulară în psihiatrie, magistral formulată de **Henri Ey**, care arată că *bolnavul mintal este privat atât de libertatea exterioară, cât și de cea internă*.

Orice boală nu este decât o greșeală în organizarea terenului pe care se înscrie textul vieții, în plus boala mintală dezorganizează individul în propria sa normativitate, constrângându-l la pierderea, din această cauză, a direcției existențiale.

Faptul psihopatologic este, desigur, mai greu sesizabil decât o plagă sau o anomalie biochimică, dar percepția lui de către specialist se va face după aceleași reguli ale cunoașterii diferențiale, impunându-se, de asemenea, ca o tulburare a organizării, ca o descompunere.

Patologic implică „patos”, sentiment direct și concret al suferinței și neputinței, sentimentul unei vieți nemulțumitoare.

Semnul patologic este totdeauna diferențial, marcând o ruptură sincronică între bolnav și sănătos, dar și o ruptură diacronică între prezent și trecut. **Ionescu G.** consideră sănătatea ca o stare ideală, ca un deziderat, pe când boala este un dezechilibru la toate nivelurile organismului.

Nu se poate vorbi despre boală dintr-un singur punct de vedere. Nu orice suferință este patologică. Există o tendință care ar vrea să abolească orice criteriologie psihiatrică, lăsând subiectul însăși să-și definească normalitatea sau boala. Nu orice tulburare, orice nefericire, orice dramă sau orice conflict este boală psihică în ciuda unor opinii destul de răspândite uneori adoptate chiar de psihiatri.

Boala psihică se obiectivează prin fizionomii tipice ale anumitor tipuri de existențe, conduite, idei, credințe, ce contrastează cu uniformitatea și conformismul

celor ale comunității, apărând și celorlalți, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a alege pe cele aparținând sferei psihiatriei. Făcându-și descifrabile semnele dezorganizării vieții psihice, psihiatrul trebuie să caute în paralel să descopere gradul lor de semnificație, profunzimea acestei destructurări. Mai mult, boala poate apare ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizării, o reorganizare la un nivel inferior a psihismului. Ansamblul acestor dezorganizări care proiectează ființa dincolo de limitele normalității sunt realități obiective, ca oricare alte „semne patologice”. O ființă desprinsă de real, invadată de imagini neliniștitoare sau înspăimântătoare, lipsită de puterea de a discerne sau prăbușită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală și elementară a realității, reprezintă punctul în care conceptul devine realitate clinică.

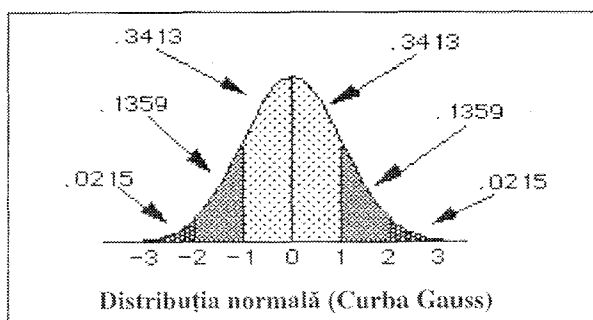
II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

Un mod obișnuit de a concepe normalitatea, folosit în studiile normative de tratament, se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției *gaussiene* a curbei în formă de clopot.



CARL FRIEDL GAUSS (1777 – 1855)
Genial matematician german

Această abordare concepe porțiunea mediană cea mai importantă ca dimensiune drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviante.



Conform acestei abordări un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal” iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv”, nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale și al unui scor total. În anumite contexte fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate,

chiar „endemice” (de exemplu caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin acestea ele să poată fi considerate normale, după cum urmând aceeași regulă a frecvențelor unele fenomene absolut normale pot căpăta aspectul anormalității (de exemplu: persoanele care au grupa sangvină AB (IV), RH negativ).

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

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

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuși semnificativ decât parțial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative.

Dificultatea sporește atunci când anormalitatea, patologicul este reprezentat de un amalgam complicat de abateri cantitative care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

Relația se complică în plus atunci când intră în joc planuri diverse, legate prin fire nevăzute, acolo unde sănătatea (normalitatea) psihică se integrează cu cea fizică. O tulburare afectivă poate genera o afecțiune până nu demult considerată pur somatică, așa cum ar fi ulcerul, infarctul miocardic, în absența unor factori biologici favorizanți preexistenți, deci pe terenul normalității fizice.

Henri Ey s-a opus întotdeauna cu putere ideii unei normalități statistice făcând din nivelul maturității corpului psihic o medie abstractă. El consideră că norma nu este exterioară ci înscrisă în arhitectura corpului psihic. În vârful piramidei funcționale a corpului psihic domnește o activitate psihică normală care are propriile sale legi, acelea ale adaptării la real. Evident că nu există o limită superioară a normalului.

Variabilitatea este descrisă doar în contextul grupului și nu în contextul unui individ. În psihiatrie este totuși necesar să se evidențieze modalitățile unor atitudini, expresive, reactive, comportamentale și convingerile cele mai frecvente într-o socio-cultură istorică dată, care reprezintă un cadru de referință pentru manifestările psihice deviate. Cu toate că această abordare a fost utilizată mai mult în biologie și psihologie, ea și-a căpătat prin extensia sculelor și testelor o utilizare tot mai importantă în psihiatrie.

II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE

În această perspectivă se stabilește o normă ideală (valorică) referitoare la un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale” pe care le descrie, le invocă și le promovează o anumită cultură și care se exprimă în formulări normative, prescriptive.

Din perspectivă psihologică nu ne interesează numai felul cum sunt și cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date, ci și modul în care aceștia ar dori și ar spera să fie în cazul ideal. Din această perspectivă, normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimală a aparatului mintal, având drept rezultantă o funcționalitate optimă.

celor ale comunității, apărând și celorlalți, nu numai psihiatrului, ca deosebite. Din acest fond comun de fapte, psihiatrului îi revine dificila sarcină de a alege pe cele aparținând sferei psihiatriei. Făcându-și descifrabile semnele dezorganizării vieții psihice, psihiatrul trebuie să caute în paralel să descopere gradul lor de semnificație, profunzimea acestei destructurări. Mai mult, boala poate apare ca o paradoxală organizare, în sensul dezorganizării, o reorganizare la un nivel inferior a psihismului. Ansamblul acestor dezorganizări care proiectează ființa dincolo de limitele normalității sunt realități obiective, ca oricare alte „semne patologice”. O ființă desprinsă de real, invadată de imagini neliniștitoare sau înspăimântătoare, lipsită de puterea de a discerne sau prăbușită în abisul depresiei, lipsită de libertatea fundamentală și elementară a realității, reprezintă punctul în care conceptul devine realitate clinică.

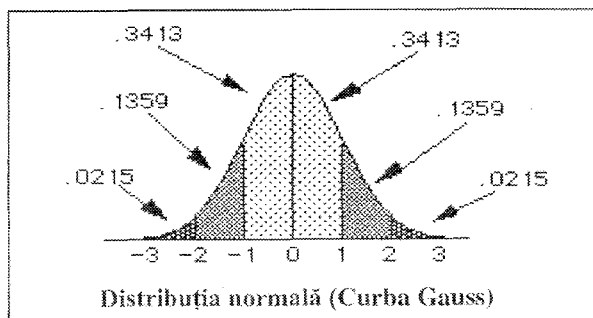
II.3. NORMALITATEA CA VALOARE MEDIE

Un mod obișnuit de a concepe normalitatea, folosit în studiile normative de tratament, se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor biologice, psihologice și sociale conform repartiției *gaussiene* a curbei în formă de clopot.



CARL FRIEDL GAUSS (1777 – 1855)
Genial matematician german

Această abordare concepe porțiunea mediană cea mai importantă ca dimensiune drept corespunzătoare normalului, iar ambele extreme, ca deviante.



Conform acestei abordări un fenomen cu cât este mai frecvent cu atât poate fi considerat mai „normal” iar cu cât este mai rar, mai îndepărtat de media statistică, cu atât apare ca fiind mai anormal. Deși acest tip de normă creează impresia că este foarte „obiectiv”, nu este suficient de operant pentru medicină. Abordarea normativă bazată pe principiul statistic descrie fiecare individ în termenii evaluării generale și al unui scor total. În anumite contexte fenomenele morbide pot fi frecvent înregistrate,

chiar „endemică” (de exemplu caria dentară, unele infecții etc.), fără ca prin aceasta ele să poată fi considerate normale, după cum urmând aceeași regulă a frecvențelor unele fenomene absolut normale pot căpăta aspectul anormalității (de exemplu: persoanele care au grupa sanguină AB (IV), RH negativ).

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

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

Normalul, ca normă statistică, nu pare totuși semnificativ decât parțial în cadrul psihopatologiei, abaterile de tip cantitativ fiind pe al doilea plan față de cele calitative.

Dificultatea sporește atunci când anormalitatea, patologicul este reprezentat de un amalgam complicat de abateri cantitative care, sumate, alcătuiesc un tablou clinic distinct.

Relația se complică în plus atunci când intră în joc planuri diverse, legate prin fire nevăzute, acolo unde sănătatea (normalitatea) psihică se integrează cu cea fizică. O tulburare afectivă poate genera o afecțiune până nu demult considerată pur somatică, așa cum ar fi ulcerul, infarctul miocardic, în absența unor factori biologici favorizanți preexistenți, deci pe terenul normalității fizice.

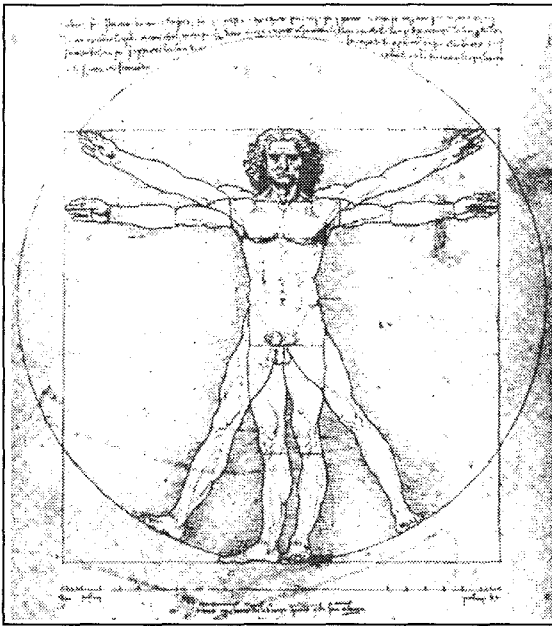
Henri Ey s-a opus întotdeauna cu putere ideii unei normalități statistice făcând din nivelul maturității corpului psihic o medie abstractă. El consideră că norma nu este exterioară ci înscrisă în arhitectura corpului psihic. În vârful piramidei funcționale a corpului psihic domnește o activitate psihică normală care are propriile sale legi, acelea ale adaptării la real. Evident că nu există o limită superioară a normalului.

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

II.4. NORMALITATEA CA UTOPIE

În această perspectivă se stabilește o normă ideală (valorică) referitoare la un ideal de normalitate atât din punct de vedere individual, cât și comunitar. Acesta poate fi exemplificat prin unele „tipuri ideale” pe care le descrie, le invocă și le promovează o anumită cultură și care se exprimă în formulări normative, prescriptive.

Din perspectivă psihologică nu ne interesează numai felul cum sunt și cum se manifestă mai frecvent oamenii unei socio-culturi date, ci și modul în care aceștia ar dori și ar spera să fie în cazul ideal. Din această perspectivă, normalitatea este percepută ca o îmbinare echilibrată, armonioasă și optimală a aparatului mintal, având drept rezultat o funcționalitate optimă.



Leonardo da Vinci
Studiul proporțiilor corpului
omenesc – Omul vitruvian

Freud S. afirma despre normalitate: „*Un Ego normal este ca și normalitatea în general, o ficțiune ideală*”.

A încerca să stabilim niște criterii sau calități caracteristice individului normal – ar echivala cu crearea normalului ideal, pe care nu-l putem realiza decât formal și acest lucru se lovește de un prim obstacol – căci ar anula elementul dinamic al conceptului.

Istoricitatea acestui normal ideal este foarte relativă, ea neavând cursivitate, criteriul axiologic fiind inoperant de la o epocă la alta, ba chiar și pentru intervale restrânse de timp.

Cloutier F. afirmă despre *conceptul de sănătate mintală* că *nu poate fi înțeles decât prin sistemul de valori al unei colectivități*.

O serie de autori – **Schneider K., Petrilowitsch, Mezger**, abordând critic valoarea normalului ideal, au arătat marile lui deficiențe, dar și faptul că în cadrul analizei normalului statistic (cealaltă posibilitate de tratare a problemei) se infiltrează judecăți de valoare. La limită, **Willard** afirma, în 1932, că societatea este cea care hotărăște dacă un om este nebun sau sănătos. Normalul valoric implică o măsurare proustiană în care se intrică, în plus și valorile personale ale fiecăruia.

Încercând să stabilească limita dintre nebunie și normalitate, scriitorul **Paulo Coelho** afirmă: „*Realitatea e ceea ce majoritatea consideră că trebuie să fie, nu neapărat lucrul cel mai bun și nici măcar cel mai logic, ci ceea ce s-a adaptat dorinței colective.*”

Colectivitățile umane concrete își organizează existența în raport cu idealuri comunitare în care transpar legi, modele educaționale, legende și epopei, mitologia și mistică, istoria respectivului grup.

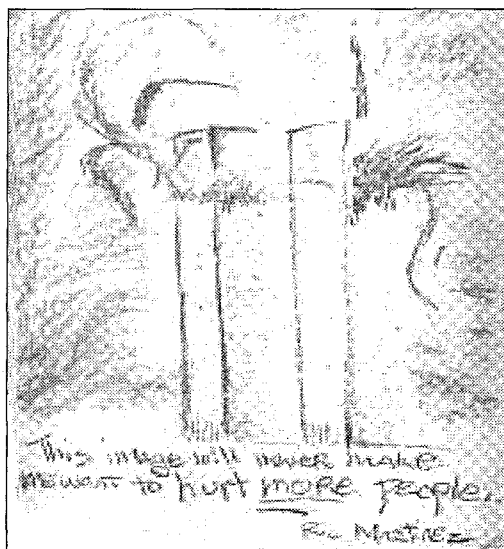
Normalitatea ideală definește felul în care individul și comunitatea consideră că persoana **ar trebui să fie**. Desigur, normativitatea ideală nu este și nici nu poate fi niciodată atinsă efectiv cu atât mai mult cu cât ea variază mult în funcție de contextul socio-cultural istoric și geografic (etnic, comunitar, statal, religios, ș.a.).

CONCEPȚII PSIHANALITICE DESPRE NORMALITATE

- S. FREUD** Normalitatea este o ficțiune ideală; fiecare ego este psihotic într-un anumit moment într-o măsură mai mare sau mai mică;
- K. EISSLER** Normalitatea absolută nu poate fi obținută, deoarece persoana normală trebuie să fie pe deplin conștientă de gândurile și sentimentele sale;
- M. KLEIN** Normalitatea este caracterizată prin tărie de caracter, capacitatea de a face față emoțiilor conflictuale, capacitatea de a trăi plăcerea fără a provoca conflicte și capacitatea de a iubi;
- E.ERIKSON** Normalitatea este capacitatea de a fi stăpân pe perioadele vieții: încredere/neîncredere; autonomie/îndoială; inițiativă/vinovăție; activitate, producție/inferioritate; identitate/confuzie de rol; creație/stagnare; integritatea ego-ului/disperare.
- L. KUBIE** Normalitatea este capacitatea de a învăța din experiență, de a fi flexibil și de a te adapta la schimbările din mediu;
- H. HARTMANN** Funcțiile libere de conflicte ale ego-ului reprezintă potențialul persoanei pentru normalitate; măsura în care ego-ul se poate adapta la realitate și poate să fie autonom sunt asociate sănătății mintale;
- K.MENNINGER** Normalitatea este capacitatea de a se adapta lumii exterioare cu mulțumire și cu capacitatea de a stăpâni fenomenul de aculturație;
- A. ADLER** Capacitatea persoanei de a dezvolta sentimente sociale și de a fi productiv/creativ sunt legate de sănătatea mintală; capacitatea de a munci crește stima de sine și face persoana capabilă de a se adapta.
- R. E. MONEY-KRYLE** Normalitatea este capacitatea de a atinge deplina conștiință de sine care, de fapt, nu este niciodată pe deplin obținută.
- O. RANK** Normalitatea este capacitatea de a trăi fără teamă, vinovăție sau anxietate și aceea de a avea responsabilitatea propriilor acțiuni.

Antropologia și psihiatria transculturală au atras, pe bună dreptate atenția asupra diferențierii care există în cadrul diverselor civilizații între valorile acceptate ca normale, între semnificația unor fapte, credințe. Că este așa, ne demonstrează des citata categorisire kraepeliniană, care includea în rândul anormalilor pe scriitorii de anonime alături de ucigașii de copii, dintre care astăzi doar ultimii mai păstrează eticheta de anormali.

Oricât ar părea de neobișnuit, se poate spune că nu există valori generale acceptate simultan de toți membrii unei societăți sau într-un proces sincron de toate societățile care își desfășoară existența la un moment dat. Recentele atentate sinucigașe din septembrie 2001 în marile metropole americane au făcut o demonstrație spectaculoasă a acestei aserțiuni.



„Această imagine nu mă va face niciodată să rănesc mai mulți oameni.”

RIC MARTINEZ

Desen lipit pe un zid din Washington Square Park, New York City,

în 14 septembrie, 2001

15 VALORI FUNDAMENTALE ALE SOCIETĂȚII AMERICANE CONTEMPORANE
(Williams, 1970)

- succesul,
- munca disciplinată,
- orientarea morală,
- moravuri umaniste,
- eficiența și pragmatismul,
- progresul,
- confortul material,
- egalitatea șanselor,
- libertatea,
- conformismul la norme (care nu exclude individualismul),
- naționalismul științific,
- patriotismul și naționalismul („*American way of life*”),
- democrația,
- individualismul,
- temele superiorității grupurilor (etnice, rasiale, de clasă, religioase).

Lacan se întreabă dacă diferența între inconștientul unui sănătos și inconștientul unui bolnav este importantă, radicală. Sănătatea conține boala, așa cum conștientul conține inconștientul.

Sunt autori care consideră că marea eroare care se face în întreaga psihopatologie contemporană sau, mai exact, în psihopatologia timpurilor moderne este ideea că inconștientul fiind patogen și omul fiind condus de inconștientul propriu, toți oamenii pot fi în mod egal și arbitrar considerați normali și anormali. O psihologie a inconștientului care ar reduce întreaga activitate psihică la inconștient este la fel de puțin corectă (valabilă) ca o psihologie a conștiinței care ar reduce întreaga activitate psihică doar la cea conștientă.

este la fel de puțin corectă (valabilă) ca o psihologie a conștiinței care ar reduce întreaga activitate psihică doar la cea conștientă.

Totuși, o astfel de perspectivă este absolut necesară atunci când psihiatrîi, psihanalîștii sau alți psihoterapeuți încearcă să discute criteriile de evaluare ale succesului unui tratament.

II.5. NORMALITATEA CA PROCES

Este o a patra perspectivă asupra normalității care pune accentul pe faptul că un comportament normal este o rezultată finală a subsistemelor care interacționează între ele.

Ea operează cu așa numita normă responsivă sau funcțională (**Kolle K.**) care reflectă măsura în care un organism, o persoană, un subiect își împlinește rolul funcțional pentru care există în economia sistemului supraiacent din care face parte. Luând în considerare această definiție, schimbările temporale devin esențiale pentru completa definiție a normalității. Cu alte cuvinte, normalitatea – ca proces – consideră esențiale schimbările și procesele mai mult decât o defînire transversală a normalității.

Din păcate, deși această normă pare să fie cea care ne interesează, ea este fixistă și deterministă. Nu se poate răspunde la întrebarea – care este rolul funcțional pentru care o persoană există? Ba mai mult, în sistemele supraiacente din care individul face parte, în câte trebuie să fie eficient, pentru a fi considerat normal?

Cercetătorii care subscriu acestei abordări pot fi recunoscuți printre reprezentanții tuturor științelor comportamentale și sociale. Cel mai tipic dintre conceptele acestei perspective este conceptualizarea epigenezei în dezvoltarea personalității și cele opt stadii de dezvoltare esențiale în atingerea funcționalității adulte mature.

Folosirea excesivă a *tabuului* normalității poate conduce la o folosire abuzivă a acestei categorii atunci când este vorba de o readaptare reeducativă sau segregativă după norme socio-ideale sau ideologiile momentului.

Refuzul de a circumscrie normalul și patologicul ar putea conduce la transformarea câmpului practicii medicale și psihiatrice într-o zonă fără limite transformând aceste concepte prea elastice această elasticitate transformându-le într-o eventuală armă în favoarea unei instituții sau a unei puteri.

II.6. NORMALITATE ȘI COMUNICARE

Folosirea studiului comunicării pentru a surprinde normalitatea sau patologia psihică cu cotele lor de ordine și dezordine a fost preconizată de **Stössel S., Ogodescu D.** încă din 1972. Schimbul de informație este caracteristic organismului uman la toate nivelurile sale de organizare, toate procesele de reglare au nevoie de informație. Ființa umană nu poate fi concepută în afara informației și comunicației (**Restian A., 1997**). Citându-l pe **Pamfil E.** acest autor arată că dialogul adică informația reprezintă condiția liminară a conștiinței și a psihicului uman.

Nivelul de organizare	Felul informației necesare
Molecular	Informație moleculară
Celular	Informație genetică

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

II.7. NORMALITATE ȘI ADAPTARE

Funcționând ca un subsistem în sistemul social, cultural sau istoric, individul uman trebuie să se încadreze, în dezvoltarea sa, în coordonatele sistemului respectiv, pentru ca această evoluție să fie considerată normală. Adaptarea e un reper important în evaluarea comportamentului uman, fiind „criteriul cel mai generic” (**Prelipceanu D.**) de raportare.

Termenul de „adaptare” a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât și de stres; deși aceasta nu mai este în legătură directă cu concepția inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.

Campbell J. arată că „diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul și dificultățile sale interioare, cu experiența din trecut și cu cea din prezent pentru a se adapta la viața pe care este chemat să o trăiască” reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei și al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situația totală” rămân problema fundamentală alături de funcțiile prin care acestea se realizează.

Meyer A. va defini boala mintală ca o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțând la adaptare la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

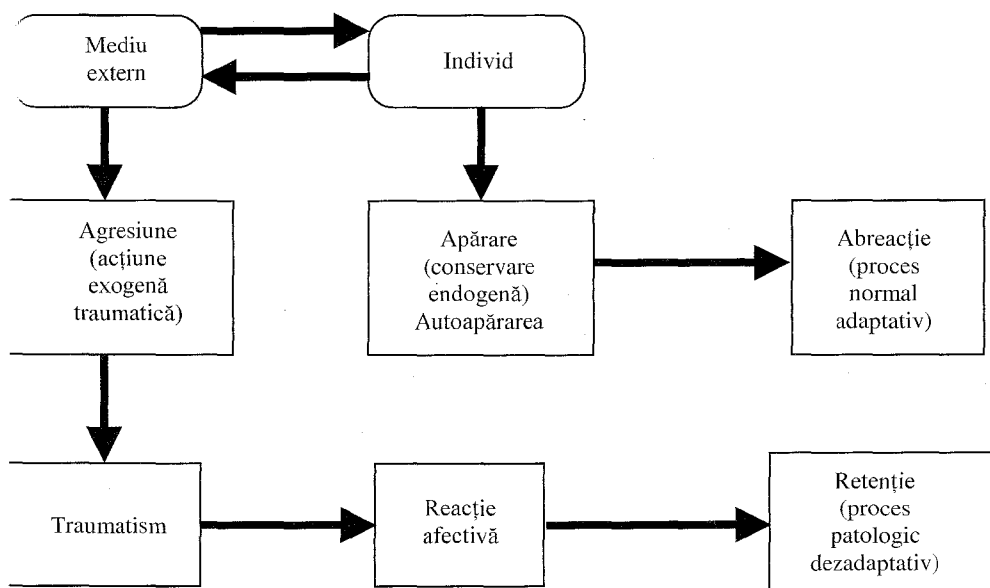
Starobinski J. descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate:

- în reacții, între răspuns și stimul nu există nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală), cât și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.
- în nevroze există o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale, resimțite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului”.

După **Enăchescu C.**, nevrozele ar apărea ca un conflict între acțiunea practică și rezultatele acesteia.

- în procesele organice și în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanșator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancționate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor.

Dezadaptarea este aici un efect, și nu o cauză a bolii.



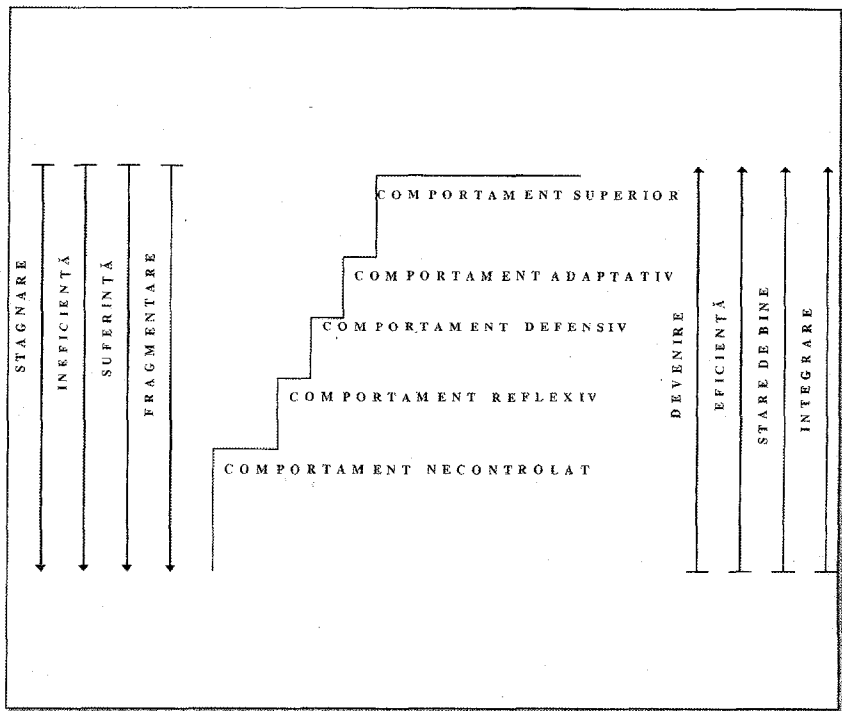
Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm starea de sănătate, resursele, competențele și alte aspecte ale succesului funcționării umane.

După cum rezultă din cele de mai sus, adaptarea este un fenomen cu vădite tinte finaliste, care atinge la nivelul personalității nivelul de maximă complexitate. După părerea noastră, adaptarea este un echilibru care se stabilește între personalitate și lumea înconjurătoare, lume constituită din persoane, situații, spațiu cultural, obiecte etc.

Aceasta înseamnă că adaptarea se poate realiza atât prin mecanisme stereotipe sau scheme comportamentale asimilate și algoritmizate, cât și prin scheme comportamentale a căror finalitate este doar presupusă, urmând să fie validate, ceea ce implică chiar și asumarea riscului unui eșec. În acest context, trebuie nuanțată însăși semnificația psihologică a eșecului, în sensul că dacă îndeobște eșecul este, în expresia sa concretă, efectul „dezadaptării”, uneori este întruchiparea explorărilor cu finalitate adaptativă, deci este semnificativul începutului unui proces de tip adaptativ.

În al doilea, rând trebuie nuanțat înțelesul noțiunii de adaptare în ceea ce privește aspectul general de fenomen dinamic. Se știe că adaptarea presupune de regulă un efort adaptativ care, de cele mai multe ori, ia forma unor acțiuni mintale și motorii, mai mult sau mai puțin evidente în exterior. Dar sunt destule situații când efortul adaptativ nu presupune declanșarea, menținerea sau modificarea unor scheme comportamentale anume, ci întreruperea, stoparea acestora. Uneori blocarea la timpul convenit a unei simple reacții sau a unei operații complexe este de o importanță fundamentală pentru însăși existența fizică a persoanei.

Pentru psihiatru este esențial să aibă puterea de a măsura limitele câmpului de acțiune terapeutică, dacă vrea ca bolnavii să și-l poată regăsi pe al lor. Psihopatologia trebuie să aibă puterea de a-și găsi limitele și reperatele fără de care nesiguranța frontierelor ar conduce către dispariția distanței între ideologie și practică și ar face psihiatria un demers imposibil.



În psihiatrie, între entități rigide care reduc instrumentul de reprezentare și de gândire la o stare concretă și antinosografismul care are drept corolar confuzionismul este de preferat calea aleasă de **Chaslin P.** și **Daumezon G.**, care consideră bolile mintale ca modele, iar dacă acestea sunt modele se poate construi și un model al normalității.

Problema este dacă psihiatrul, definind modelul normalității și scăpând de confuzionism nu cade în cursa idealizării sau standardizării. Etiologia bolii psihice rămâne eclectică, scrie **Lanteri Laura G. (1968)**, amestecând împrejurările, sexul, temperamentul, intoxicațiile, singurătatea, emoțiile, circumstanțele organice și multe altele într-un ansamblu care poate să pară omogen.

A compara individul cu el însuși în logica conduitei sale, contradicțiilor și conflictelor sale, în alegerile sale, în propriile sale norme este cea mai fecundă perspectivă în comparație cu a-l confrunța cu o normă e ternă (Zaguri D., 1998).

Pentru psihiatru, anormalitatea nu este doar o variație, o „îndepărtare” pur cantitativă de normalitate ca *medie statistică* un individ nu poate fi categorisit ca bolnav psihic doar pentru că este vehement în apărarea ideilor proprii, exaltat prin convingerile sale, genial prin creativitatea sa, răufăcător prin comportamentul său delictual sau scandalos, prin perversiunile sale (**Ey H., 1979**).

Se poate rezuma că modelul normalității este reprezentat prin primatul unei conștiințe clare, „conținând” inconștientul și dând în acest fel posibilitatea dezvoltării activităților superioare care garantează libertatea umană. Norma este înscrisă în interioritatea corpului psihic normal, boala determinată organo-genetic este o alterare a ordinii normative de o destructurare a câmpului conștiinței.

III. SĂNĂTATE ȘI BOALĂ, ADAPTARE ȘI STRES

III.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ

III.2. ANORMALITATE ȘI BOALĂ

III.3. COMPORTAMENTELE ANORMALE

III.4. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

III.5. DIMENSIUNILE ESSENȚIALE ALE BOLII PSIHICE

III.6. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

III.7. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTAREA

III.8. CONCEPTUL DE STRES

III.9. COMPORTAMENTE ADAPTATIVE

III.1. CONCEPTELE DE SĂNĂTATE ȘI SĂNĂTATE MINTALĂ

După **Boehm W.**, normalitatea (sănătatea mintală) este condiția de funcționare socială, impusă și acceptată de societate în scopul realizării personale.

De aceea normalitatea ne pare mai bine definită în dinamică, în sensul adaptării armonice în fiecare moment al existenței, în funcție de mediul său și istoria sa și a colectivității sale, ca o rezultată a calității raportului personalitate/mediu și nu ca o absență a bolii sau a posibilității de „plutire” într-un câmp de forțe contradictorii.

Putem deci considera normalitatea drept posibilitatea unei istorii echilibrate a subiectului, iar dimensiunile ei, drept totalitatea proceselor de adaptare la mediu conform modelului general al speciei (posibilităților de răspuns al mării majorității a colectivității).

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

Pentru a simplifica demersul spre conceptul de normalitate și pentru a evita construirea unui model imperfect al acestuia, ni se pare operant a postula existența lui ca un dat al realității umane sau, mai corect spus, ca o dominantă a acesteia.

Sănătatea umană poate fi considerată o stare înscrisă în perimetrul care definește normalitatea existenței individului, semnificând menținerea *echilibrului structural* al persoanei (în plan corporal-biologic și psihic conștient) atât în perspectiva internă (a raportului reciproc al subsistemelor în conformitate cu sinteza ansamblului, a conformității stărilor sistemului în raport cu normele generale ale speciei, ale vârstei, ale sexului), cât și în perspectiva externă, a echilibrului adaptativ dintre individ și mediul său ambiant concret.

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

După **Lăzărescu M. (1995)** sănătatea presupune o *perspectivă dinamică* prin care se precizează modalitățile normal-sănătoase de structurare și funcționare a individului la diverse vârste, capacitatea sa de dezvoltare, maturare, independentizare,

complexificare, precum și capacitatea de a depăși sintetic diversele situații reactive și stresante. **Fromm E.** leagă conceptul realizării individului în concordanță cu restul indivizilor din comunitatea respectivă, care este în continuă schimbare, în permanent progres, într-o permanentă căutare. Credem că putem adăuga că problema normalității trebuie corelată cu însăși dezvoltarea comunității respective, ținând seama de particularitățile fiecărei etape pe care o parcurge.

O altă corelație trebuie făcută cu etapele de vârstă ale subiectului: copilărie, adolescență, adult, vârstnic, deoarece în fiecare etapă a dezvoltării sale subiectul poate avea o poziție diferită față de unul și același eveniment.

Krafft consideră că un individ reacționează în mod normal, dacă în cursul dezvoltării sale se arată a fi capabil de o adaptare flexibilă față de situațiile conflictuale, când este capabil să suporte frustrările și anxietatea care rezultă din ele.

Pamfil E. vede normalitatea ca un echilibru între organism și factorii de mediu.

Klinederg o admite ca pe o stare care permite dezvoltarea optimă fizică, intelectuală și emoțională a individului, care să-l facă asemănător cu ceilalți indivizi.

Dar, așa cum arată **Prelipceanu D.** (2000), norma suportă o certă condiționare istorică, reprezentările și convențiile oamenilor despre ei înșiși și despre viața în colectivitatea socială modificându-se (lent, dar sigur) în urma evoluțiilor în utilizarea uneltelor și în arsenalul instrumentelor de expresie culturală. Normele semnifică ritmurile și gradele de evoluție a societății umane, indicând, pentru a forța o metaforă și, dacă se poate spune așa, „starea de sănătate” a societății.

Dificultățile cele mai importante în raport cu dezideratul detectării unei norme a sănătății mintale sunt următoarele:

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

În ultima perioadă, accentul se pune pe adaptarea social-comunitară, specificitatea normalului căpătând nuanțe diferite în funcție de nivelul economic-social și cultural al unei comunități. **Mead, Linton** și **Hallowell** au arătat dependența conceptului de caracteristicile transculturale.

Crescutul interes pentru adaptare din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective: primul aspect este schimbarea în definirea stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absență a durerii și era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizați pe tulburări.

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.

Al doilea aspect este creșterea recunoașterii că indivizii și nu medicii sunt și trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferă medicilor și cercetătorilor o șansă de a trece dincolo de psihopatologie.

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:

- eliminarea sau modificarea condițiilor care creează probleme;
- perceperea controlului semnificației trăirilor într-o manieră prin care să se neutralizeze caracterul ei problematic;
- păstrarea consecințelor emoționale ale problemelor în limite controlabile.

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

Lagache D. sintetizând datele expuse de **Hartman și Murray**, descrie următoarele caracteristici principale ale sănătății mintale: capacitatea de a produce și de a tolera tensiuni suficient de mari, de a le reduce într-o formă satisfăcătoare pentru individ; capacitatea de a organiza un plan de viață care să permită satisfacerea periodică și armonioasă a majorității nevoilor și progresul către scopurile cele mai îndepărtate; capacitatea de adaptare a propriilor aspirații la grup; capacitatea de a-și adapta conduita la diferite moduri de relații cu ceilalți indivizi; capacitatea de identificare atât cu forțele conservatoare, cât și cu cele creatoare ale societății.

Antonovsky A. a argumentat că nu există stări de „sănătate” sau „boală” în sens strict, ci mai degrabă „un continuum ușor către boală” pe care ne mișcăm înapoi și înainte de-a lungul ciclului de viață. Când ne simțim bine acest lucru nu implică pur și simplu absența patologiei; factorul cheie al salutogenezei este că o stare de bună sănătate poate fi susținută direct de factori psihologici pozitivi (sentimentul de stare-de-bine). **Antonovski A.** a definit coerența ca „o orientare globală care exprimă măsura în care individul are un sentiment de încredere susținut și durabil, dar și dinamic că:

1. *stimulii care derivă din mediul intern sau extern de-a lungul vieții sunt structurați, predictibili și explicabili,*

2. *că există resurse disponibile pentru ca el să poată răspunde la solicitările determinate de acest stimul și că*

3. *aceste solicitări sunt provocatoare, benefice pentru investiția afectivă și angajare”.*

Simțul intern al coerenței înseamnă capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, capacitatea de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus și capacitatea de control și decizie.

Conceptul de simț al coerenței are similitudini cu alte teorii de rezistență la stres, cum ar fi: capacitatea de control, eficiența proprie (de sine), conceptul de putere și optimismul dispozițional. Totuși, simțul intern al coerenței este un concept mai larg decât fiecare dintre acestea, incluzând și dimensiunea socială a solicitărilor individului, făcând astfel conceptul aplicabil diferitelor culturi.

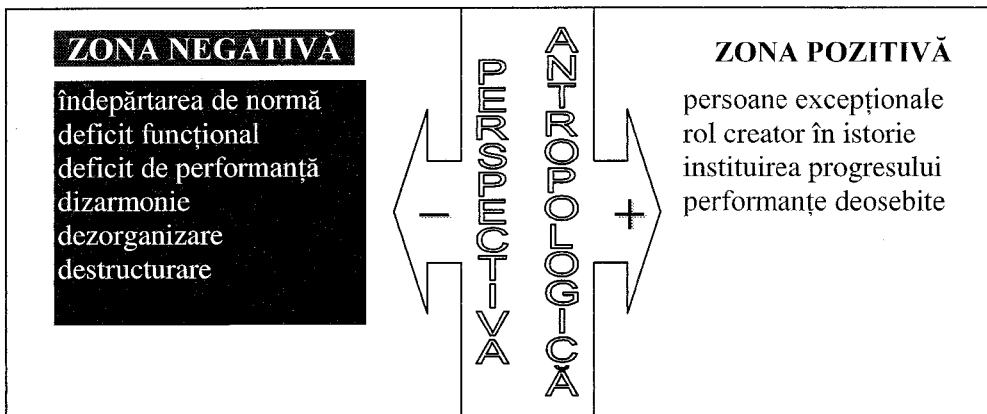
Simțul intern al coerenței este o sinteză a concepției despre lume a persoanei în timp, într-o anumită epocă.

Scala SOC a fost dezvoltată de **Antonovsky A.** ca o măsurătoare științifică legată de conceptul de salutogeneză. Scala SOC este un chestionar de autoevaluare care măsoară măsura în care un individ e capabil să interpreteze un stresor ca fiind comprehensibil și benefic, ca și capacitatea individului de a aprecia că el sau ea va face față acestor stresori.

Rezultatul evaluării scalei SOC este în mod esențial o măsură a rezistenței individului în fața stresului. Totuși, în timp ce scalele convenționale de adaptare evaluează preferințele pentru strategii particulare de coping, scala SOC măsoară capacitatea individului de răspunde la stresori printr-o abordare adecvată a unei varietăți de strategii de coping sau altele. Indivizii cu scoruri mari la scala SOC sunt aceia care percep cu cea mai mare probabilitate stresorii ca fiind previzibili și explicabili, au încredere în capacitatea lor de a le face față și consideră că merită să răspundă la aceste provocări. Scorul SOC scăzut măsoară absența relativă a acestor convingeri.

III.2. ANORMALITATE ȘI BOALĂ

Anormalitatea este o îndepărtare de normă al cărei sens pozitiv sau negativ rămâne indiferent în ceea ce privește definirea în sine a zonei de definiție. Sensul este important în perspectivă calitativă. Astfel, antropologic, în zona pozitivă se află persoanele excepționale, geniile, care joacă un rol creator în istoria omenirii, în instituirea progresului. Invers, patologia, boala, se referă la îndepărtarea de normă în sens negativ, spre minus, spre deficit funcțional și de performanță, spre dizarmonie, dezorganizare, destructurare.



În opinia lui **Lăzărescu M.** domeniul bolii „se îndepărtează de norma ideală a comunității în sensul deficitului, al neîmplinirii persoanei umane ce eșuează în zona dizarmoniei nefuncționale, necreatoare.” Trecerea spre patologie a subiectului este însoțită de disfuncționalitatea acestuia în sistemul în care este integrat.

Majoritatea definițiilor și circumscrierilor normalității și anormalității sunt vagi, insuficiente pentru a sta la baza unor definiții operaționale riguroase.

Reacția biologică sub formă de stres este normală între anumite limite, la fel ca reacția psihică la spaime sau pierderi. Modificările bio-psihice din etapele critice ale dezvoltării, cum ar fi cele din pubertate sau climax, pot fi patologice dacă se

întâlnesc la alte vârste ș.a. În definirea stării de sănătate sau de boală joacă un rol parțial, dar foarte important, perspectiva subiectivă, felul în care subiectul se simte și se autoevaluează. Totuși, nici acest criteriu nu este suficient: de obicei, omul bolnav „nu se simte bine”, are dureri, se autoapreciază deformat, suferă, dar uneori, în psihiatrie, starea de „bine subiectiv” poate fi concomitentă cu o stare de boală așa cum se întâmplă în sindromul maniaco-depresiv. În patologia umană joacă un rol important *dimensiunea interpersonală*, a capacității de iubire și prietenie echilibrată, precum și *perspectiva socială*, nivelul și modul de „funcționare socială” a persoanei și opinia colectivității privitoare la normalitatea și sănătatea psihică a unui individ, la faptul dacă i se pot încredința responsabilități comunitare. Cu toate acestea și aceste criterii sunt relative și insuficiente. Ele depind de incidența obiceiurilor, mentalităților, normelor și ideologiilor, a imaginii pe care sănătatea și boala o au într-o anumită civilizație.

Legătura anormalității comportamentale cu boala psihică și, implicit, cu psihiatria, a însoțit evoluția socio-culturală a umanității încă de la cele mai vechi atestări documentare cunoscute.

Anormalitatea (abatere de la un model comportamental mediu, fie că acesta este statistic, ideal sau procesual, acceptat de membrii unei societăți determinate în timp și spațiu) nu se identifică cu patologicul, deși se poate suprapune cu acesta; este în esență o noțiune mult mai largă, care caracterizează o serie de fapte comportamentale cu aspect contrar așteptărilor și normelor în vigoare. **Delay J.** și **Pichot P.** consideră că anormalul reprezintă o abatere calitativă și funcțională de la valoarea și semnificația generală a modelului uman.

Se poate observa cum domeniul anormalității se constituie ca o zonă de trecere între normal și patologic, reprezentând un proces de continuitate între cei doi termeni. O analiză istorică poate justifica teza menționată mai sus, arătând că sub raportul integrării socio-profesionale, gradul de permisivitate al societății față de abaterile individuale descrește o dată cu trecerea timpului, fără ca acesta să aibă o semnificație asupra frecvenței bolilor mintale.

Dacă pentru un grup restrâns de ocupații (agricultori, ostași, meșteșugari), „selecția profesională” începea „ex ovo” (breslele), iar numărul operațiilor și cunoștințelor era limitat, putând compensa enorme deficiențe caracteriale, intelectuale sau fizice (acestea din urmă într-o măsură mult mai mică), în condițiile revoluției tehnico-științifice solicitările socio-profesionale și ritmul de producție discriminează drept anormali o serie largă de indivizi, inapți pentru integrarea în diverse grupuri profesionale specifice, care nu sunt decât în mod potențial și probabilistic candidați la boala psihică. Astfel, dacă lui Hercule (model acceptat ca normal, ba chiar divinizat pentru faptele sale de vitejie) majoritatea psihiatrilor îi recunosc grave tulburări de tip epileptic, chiar din descrierile contemporanilor (crize *grand mal*, *furor epilepticus*), astăzi simpla evocare anamnestică a crizei l-ar face inapt pentru serviciul militar pe orice subiect. Dacă regele Saul își putea conduce poporul în pofida frecventelor episoade depresive sau maniacale, care fac obiectul unor descrieri celebre, el suferind de psihoză afectivă bipolară, astăzi normele care protejează societatea și implicit subiectul suferind îi refuză acordarea dreptului de a conduce autovehicule etc.

Aparenta creștere a exigenței normative față de individ este generată, într-o mare măsură, de posibilitățile societății contemporane, care, prin multiplele ei

canale de circulație a informației, poate oferi ființei umane o poziție mai clar definibilă și determinabilă în cadrul universului uman. Se poate spune că, în epoci mai vechi, societatea umană a considerat ca normale tulburări comportamentale evidente, sesizabile de oricare dintre membrii comunității. Descrierile acestor comportamente nu au făcut obiectul unor studii științifice, deși au fost adesea înregistrate de fina caligrafie a istoricilor și scriitorilor. Apariția tardivă a psihologiei și psihiatriei a făcut posibilă proliferarea acestui tip de descrieri empirice și nesistematice, care au generat o serie de concepții greșite și de credințe cu largă circulație în rândul celor mai diverse categorii sociale.

Credința că un comportament anormal trebuie să fie cu necesitate și bizar este una dintre cele mai răspândite, generând, prin analogia anormal-boală psihică, imaginea unui bolnav psihic care prezintă manifestări extrem de neobișnuite și net diferite de elementele comportamentului obișnuit.



CESARE LOMBROSO (1836- 1909)
Psihiatru și criminolog italian

O altă prejudecată foarte apropiată de cea descrisă mai sus este aceea că între normal și anormal s-ar putea face o netă delimitare, ba mai mult, că această delimitare ar fi la îndemâna oricui, după criteriile individuale. Prezentarea anormalului și a comportamentului său ca eludând regulile obișnuite ale moralei, frecventă în literatură, a generat prejudecata că anormalitatea este o rușine și o pedeapsă, iar acest lucru a creat și opinia că boala psihică, prin analogie, are aceeași semnificație.

Caracterul ereditar al anormalității, ca și teama exagerată de unele anomalii comportamentale personale, sunt alte prejudecăți având aceeași origine. Un efect nedorit l-a avut și opinia că o abatere extremă de la normal, indiferent de natura ei, este patologică. Urmărind acest raționament, **Lombroso** a lansat a doua sa teză de tristă celebritate (prima fiind cea a criminalului înăscut) – aceea a geniului ca nebunie. De fapt, între cei doi termeni nu poate exista decât aceeași relație *posibilă* între orice nivel de inteligență și boala psihică.

III.3. COMPORTAMENTELE ANORMALE

Coleman și Broen stabilesc o serie de termeni care se referă la comportamente anormale ca: boală psihică, comportament neadecvat, tulburări emoționale, tulburări comportamentale, tulburări psihice – arătând că nici unul dintre aceștia nu este suficient de clar pentru delimitarea sferei unui asemenea comportament care variază în funcție de o serie de criterii și modele. În acest sens, prezentăm, în viziunea concepțiilor care pun la baza explicării modelul comportamental uman, explicații diferite privind semnificația comportamentului anormal.

MODELUL	SĂNĂTATEA MINTALĂ	COMPORAMENT ANORMAL
psihiatric	abilitatea de satisfacere a necesităților instinctuale în limitele impuse de societate	dezvoltarea greșită sau exagerată a măsurilor de apărare, însoțite de anxietate
comportamentalist	adaptare deschisă la stimulii din mediu	adaptare ineficientă prin învățarea unor comportamente inadecvate și incapacitate de corectare
umanistic	împlinirea tendințelor naturale față de orientarea și împlinirea de sine	incapacitatea de dezvoltare pe deplin a personalității prin blocarea sau distorsionarea acestor tendințe către automulțumire
existențial	libertatea de a decide conștient	incapacitatea realizării identității adecvate de sine și a înțelegerii sensului vieții
interpersonal	realizarea de relații interpersonale	rezistența față de relații interpersonale și acomodare de tip patologic

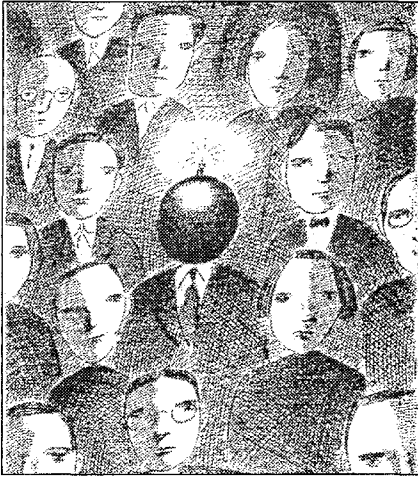
După **Enăchescu C.**, se deosebesc patru tipuri de comportamente anormale:

- comportamentul de tip criză biopsihologică de dezvoltare sau involuție (pubertate, adolescență, climax, andropauză), cu caracter pasager și reversibil;
- comportamentul de tip carențial (legat de stări de frustrare afectivă, carențe educaționale, disfuncții familiale și în modul de viață), ce creează dificultăți de adaptare;
- comportamentul de tip sociopatic, constând din conduite delictuale agresive, toxicomanice sau de furie, cu caracter recurent sau episodic;
- comportamentul de tip patologic, parțial sau deloc reversibil, de natură exogenă, endogenă sau mixtă, cu intensități și forme variabile (stări reactive, nevroze, psihopatii, psihogenii, endogenii).

Un model pluriaxial de definire a anormalității ar trebui să cuprindă (după **Purushtov**):

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

Schneider K. afirma că orice persoană definită printr-o trăsătură aparte de caracter trebuie considerată anormală (celebra sa definiție „persoanele psihopatice sunt persoane anormale, anormalitate din cauza căreia suferă și ei și societatea”); el accentua asupra comportamentului, sperând să desprindă, dintr-un grup imens, un subgrup care să poată fi analizat. Acest demers s-a lovit de „un penibil eșec” (**Kolle K.**), criteriul de anormalitate presupus de el fiind însăși diversitatea personalității umane.



Ilustrație din ziarul Times 1995

Cu atât mai mult, aceste aserțiuni sunt valabile în ceea ce privește sănătatea și boala mintală.

În domeniul evaluării sănătății psihice a adultului au mai fost folosite o serie de criterii care să permită delimitarea de boală:

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

CRITERII FUNCȚIONALE ALE SĂNĂȚĂȚII MINTALE (după Hinsie L. și Campbell J.R., 1985)
Independență rezonabilă în relațiile cu ceilalți indivizi
Autodirecționare
Capacitatea de a avea o slujbă și de a lucra împreună cu ceilalți
Capacitatea de a răspunde regulilor și autorității obișnuite
Capacitatea de a depăși dificultăți curente
Abilitatea de a avea relații de prietenie și iubire
Capacitatea de a da și a primi afecțiune
Toleranță la frustrare
Simțul umorului
Abilitatea de a se recrea, de a avea hobby-uri
Capacitatea de a dezvolta sentimente altruiste

III.4. CONCEPTUL DE BOALĂ PSIHICĂ

Pentru înțelegerea dinamicii raportului sănătate-boală, trebuie să apelăm la noțiunea de proces patologic. În acest sens, boala reprezintă o formă de existență a materiei vii caracterizată prin apariția procesului ce implică tulburarea unității forțelor din organism (integritatea) și a organismului cu mediul (integrarea).

Boala umană se caracterizează, în general, prin perturbarea la diverse niveluri și în variate incidente a structurilor funcționale ale individului în perspectivă corporal-biologică sau psihic-conștientă. Perturbarea indusă de boală determină un minus și o dizarmonie a ansamblului unitar al persoanei, dificultăți obiective și subiective în prezența, adaptarea și eficiența în cadrul vieții sociale, dezadaptarea, involuția, moartea nefirească (prin accident) ori evoluția spre constituirea defectualității sau deteriorării grave.

Boala psihică trebuie considerată ca interesând întreaga ființă umană în complexitatea ei biologică, psihologică, axiologică și socială. Apare deci evident ca analiza normalității psihice, a psihismului văzut cu un „multiplex”, să implice nu numai corelații biologice, ci și sociale, culturale, epistemologice și dinamice.

După **Lăzărescu M.**, *boala psihică constă într-o denivelare simplificare, dezorganizare destructurare, dezechilibrare dizarmonie a vieții psihice conștiente a persoanei*. Psihismul subiectului se reorganizează la un nivel inferior, prezentând manifestări care nu sunt evidente în starea normală. Această disfuncționalitate se datorează fie absenței instanțelor psihice superioare, fie efortului constituit de încercarea de reechilibrare, de reorganizare în situația deficitară dată.

Ecosistemul uman în care se manifestă sănătatea și boala nu este izolat și nici static. Conținutul conceptului de sănătate mintală este determinat de calitatea raportului personalitate-mediu. În condițiile vieții contemporane, relațiile omului cu factorii de mediu s-au complicat. Ele nu se realizează exclusiv prin mecanisme biologice, ci sunt dependente și de factorii socio-culturali, care se adaugă și mijlocesc relațiile dintre om și natură. Deci socialul nu poate fi separat, dar nici identificat cu naturalul. Nu putem să nu reținem că este caracteristic contemporaneității faptul că dezvoltarea tuturor laturilor vieții sociale a devenit tot mai dependentă de natură, de rezervele ei, de echilibrul ecologic. Relațiile ecologice om-natură-societate, trebuie privite prin interacțiunea lor, cu evidențierea contradicțiilor ce pot apărea în cadrul interacțiunii dintre mediul social și individual.

În opinia lui **Mărgineanu N. (1973)** sănătatea exprimă echilibrul dinamic dintre ființă și lume, iar boala rezultă din dezechilibrul ființei cu lumea, din lupta lor asimetrică și dizarmonioasă ce contrazice nu numai logosul în evoluție al ființei, ci și pe cel al lumii și al societății. Dacă în conflictul dintre ființă și mediu individul reușește să învingă starea de tensiune care izvorăște din golul de adaptare pe care acesta îl reprezintă, atunci își va păstra sănătatea. În caz contrar, el va ajunge la boală.

Tabelul INDICATORI AI STĂRII DE SĂNĂTATE ȘI AI STĂRII DE BOALĂ, după Hogrefe C.J. 1986

DOMENIUL	SOMATIC		PSIHIC	
	SĂNĂTATE SOMATICĂ	BOALĂ SOMATICĂ	SĂNĂTATE PSIHICĂ	BOALĂ PSIHICĂ
Dispoziții emoționale negative vs pozitive	Confort „fizic”, satisfacție privind starea actuală	Dutere „fizică”, rău fizic, acuze privind starea actuală	Confort „psihic” frecvență crescută a sentimentelor pozitive; frecvență scăzută a sentimentelor negative, satisfacție privind starea actuală	Stări emoționale negative, anxietate, depresie, iritabilitate, sentimente de culpabilitate etc., acuze privind starea actuală
Lipsă de energie și de elan vs interes și nivel de energie ridicat	Abundență de energie; vitalitate, forță fizică, perseverență	Pierderea de energie; oboseală, slăbiciune, perseverență scăzută	Activitate, interes, plăcere de a întreprinde ceva, perseverență	Lipsă de elan sau tulburări ale elanului vital, perseverență scăzută
Defensivă vs expansivitate	Apărare fizică	Atitudine proiectivă; procese compensatoare și restitutive	Afirmarea sinelui; expresivitate; spontaneitate; realizarea sinelui	Mecanismele de apărare patologice sau extreme; tendințe spre evitare
Tulburări funcționale și ale performanței vs performanță optimală și productivitate	Funcții fizice „optimale” performanță fizică ridicată, capacitate nealterată de a-și îndeplini rolul social productivitate crescută	Tulburări ale unor anume sisteme de organe sau ale unor funcții fizice, alterarea capacității de a-și îndeplini rolul social scăderea productivității	Funcții psihice „optimale”; ex. comportament, contact cu realitatea, puterea de voință, autocontrol, creativitate, capacitate nealterată de a-și juca rolurile sociale, productivitate crescută	Tulburări ale unor funcții psihice (percepții, gândire, memorie, sentimente, alterarea capacității de a-și juca rolul social, scăderea productivității
Concentrare pe sine vs transcendența sinelui	Atenție scăzută pentru propriul corp, funcționarea organelor (etc.)	Atenție crescută pentru propriul corp (organe bolnave etc.)	Atenție scăzută pentru propria persoană (comportament, valori, probleme de sens etc.)	Atenție crescută pentru persoana proprie (comportament, experiență trăită, valori, întrebări privind sensul lucrurilor și al vieții)
Căutarea unui ajutor, dependență vs autonomie	Nu este nevoie de ajutor medical, autonomie, sentimentul de control interior	Impresie de dependență și o căutarea unui ajutor medical, lipsa controlului interior, sentimente de incapacitate	Nu este nevoie de ajutor psihologic, autonomie, sentimentul de control interior	Impresie de dependență și căutarea ajutorului psihologic, lipsa controlului interior, sentimente de incapacitate
Sentiment al valorii personale scăzute vs ridicat	Acceptarea propriului corp; „mândrie” privind forma sa fizică, încredere în sine	Impresie de „deficiență organică”, respingerea propriului corp, lipsă de încredere în propriile capacități	Acceptarea propriei persoane (caracter etc.), stimă de sine crescută	Impresie de „deficiență psihică”; respingerea propriei persoane, lipsă de încredere în sine, diminuarea stimei de sine

III.5. DIMENSIUNI EXISTENȚIALE ALE BOLII PSIHICE

Capacitatea subiectului de a se autoadministra rațional, diminuează și perturbă libertatea lui interioară. Comunicarea interpersonală, intersubiectivitatea, capacitatea de integrare a persoanei în plan socio-cultural sunt de asemenea grav afectate, iar în formele severe ale bolii psihice individul apare ca o ființă „alienată”, înstrăinată de viața comunitară socio-spirituală, desprinsă de însăși existența umană. *Boala psihică învâlează capacitatea de autodepășire și de creație a subiectului și poate conduce la diverse forme și intensități de defect psihic (Lăzărescu M., 1995).*

Boala se referă, în genere, la o stare anormală cu o cauzalitate determinată, cu un debut precizabil (apare la un moment dat mai mult sau mai puțin favorabil apariției sale), are un anumit tablou clinic, un anumit substrat, o anumită tendință evolutivă și un răspuns terapeutic specific. Un om devine bolnav psihic din momentul în care nu-și mai este suficient sîși făcând eforturi pentru a se accepta și neacceptându-se, neacceptându-i nici pe alții, acordând o atenție și o preocupare crescută pentru propriul corp, propria persoană, interogând fără a-și găsi răspunsul și liniștea în propriile valori, ori lipsindu-se de valori (Cornuțiu G., 1998).

Boala psihică este și va rămâne o dimensiune (poate cea mai tragică) a ființei umane și prin aceasta ea va cuprinde întotdeauna tot ceea ce alcătuiește umanul din noi. Dar ea va fi și absența libertății interioare a subiectului, incapacitatea de a se adapta armonios în mijlocul colectivității și imposibilitatea de a crea pentru semenii, prin și cu ei. În acest sens, boala va dezorganiza esența umană în tot ce are ea definitoriu.

III.6. DESPRE CONCEPTUL DE ADAPTARE

Extraordinarul progres făcut în științele care au ca obiect starea de sănătate este urmarea unei revoluții în teorie și practică, constituind premise ale unei schimbări radicale ale noțiunilor tradiționale despre natura umană a stării de sănătate și boală.

În centrul acestei revoluții este comportamentul uman și determinările sale din cadrul social și existența unor criterii diferite pentru înțelegerea etiologiei, tratamentului și prevenirii multor tulburări medicale atribuite numai substraturilor biologice. Această revoluție încurajează dezvoltarea și creșterea multor noi specialități subdisciplinare, incluzând psihologia stării de sănătate, psihologia medicală, comportamentul medical.

Dintre categoriile de comportamente umane care sunt cercetate cu atenție specială de cercetătorii și practicienii care privesc starea de sănătate sub acest unghi, considerat de mulți revoluționar, adaptarea a apărut ca una dintre cele mai importante teme de investigație.

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. Pentru **Piaget J.** adaptarea este „un echilibru între asimilare și acomodare, cu alte cuvinte un echilibru al schimburilor dintre subiect și obiecte”.

Adaptarea este un pattern comportamental pozitiv, care poate fi folosit la reducerea stresorilor și stresului asociat unei boli. Într-o scurtă perioadă de timp, conceptul va fi folosit ca un important determinant al sănătății și bolii comunităților umane și profesionale și, de asemenea, se va vorbi despre managementul stresului și reducerea stresului prin adaptare eficientă.

După introducerea sa (**Lazarus, 1966**), termenul de adaptare a fost folosit prioritar de cercetători, iar răspândirea lui nu a fost spectaculoasă.

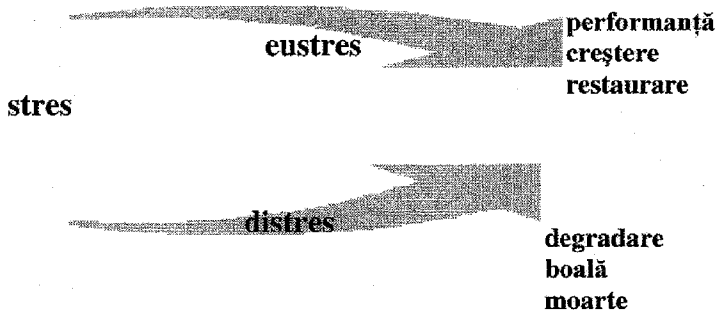
De fapt, în cinci ani, între 1968 și 1973, mai puțin de douăzeci și cinci de apariții au putut fi listate într-o mare revistă de psihologie. Abia anul 1973 este cel al consacrării conceptului de adaptare ca teorie importantă a științei și cercetării medicale (**Schener, 1987**).

Este de consemnat de asemenea că lucrarea: „Manualul de statistică și diagnostic a tulburărilor mintale” (DSM-III) a Asociației Americane de Psihiatrie, publicată în 1980, a inclus funcțiile adaptative, sau adaptarea, ca Axa 5 a clasificării sale multi-axiale. Inițial, această axă nu a primit prea mare atenție în literatura de cercetare psihiatrică.

Ultimele două decenii au însemnat o creștere logaritmică a publicațiilor despre adaptare, ceea ce demonstrează interesul pentru această temă. Popularitatea acestui concept sugerează că a devenit una dintre cele mai puternice constructe din psihologia contemporană. Aceste apariții s-au semnalat nu numai în Statele Unite și Canada, dar și în Europa și Australia (**Kebler, Brom, Defares, 1992**).

Schener (1987), trece în revistă mai mult de 100 de articole privind adaptarea ca rezolvare a problemelor specifice discutate în literatura de specialitate (adaptarea la cancer, viol, alcool, stres, divorț, boli incurabile etc.).

Importanța adaptării eficiente și ingenioase la stres prin mecanisme de adaptare mature, ca o cheie a supraviețuirii, este recunoscută de **George Vaillant (1987)**, care scrie: „*Hans Selye a greșit! Nu stresul este cel care ne ucide, dar adaptarea eficientă la stres ne permite să trăim*”.



Conceptul de adaptare a făcut posibil pentru cercetători și practicieni să vorbească de capacități, mai mult decât de incapacități, de realizare, decât de eșec, despre sănătate, decât despre starea de boală.

În multe cercetări adaptarea a devenit baza unor noi orientări ca înțelegere și preocupare pentru sănătate, tratament și prevenirea bolilor.

Termenul din limba engleză- *coping* (adaptare) – „*a face față unei situații*” își află originea în vechiul grecesc „*kolaphos*”, care înseamnă „a lovi”. La început, acesta însemna „a se întâlni”, „a se ciocni de”, „a se lovi de”. Azi, înțelesurile

inițiale au evoluat într-o definiție care implică sensul primar, dar la care se adaugă noi conotații. (Ex.: „Dicționarul Webster” – 1979 definește *copingul* ca „a lupta cu succes, a face tot posibilul” sau, în termeni echivalenți, „a fi mai mult decât”.)

Credem că este utilă trecerea în revistă a sensurilor care s-au atribuit adaptării (*coping in*) de către principalii autori anglo-saxoni care au acreditat și dezvoltat conceptul:

1. „Adaptarea include întâlnirea a ceva nou, a ceva care n-a mai fost întâlnit: întâlnirea unei situații inedite, unui obstacol sau unui conflict. Adaptarea include elementul mijloc-scop în procesul activității.” (Murphy, 1962).
2. „Adaptarea reprezintă toate activitățile cognitive și motorii pe care o persoană suferindă le folosește pentru a-și menține funcționalitatea fizică, integritatea psihică, pentru a-și redobândi echilibrul funcțional și a compensa, la limita posibilului, pierderile ireversibile” (Lipowski, 1970).
3. „Adaptarea este o unitate de acoperire și un pattern clar de comportament prin care organismul poate preveni activ, ușura sau răspunde la circumstanțele care induc stresul” (Mc.Gath, 1970).
4. „Comportamentul adaptativ este calea conștientă și inconștientă folosită de oameni pentru a se acomoda la cerințele mediului înconjurător, fără să le schimbe scopurile și obiectivele” (Coly, 1973).
5. „Adaptarea se referă la orice răspuns sau la orice provocare externă care servește la prevenirea, evitarea sau controlul perturbărilor emoționale” (Pearlin și Schooler, 1978).
6. „Răspunsurile de adaptare reprezintă unele lucruri pe care oamenii le fac, și anume, eforturile lor concrete de a rezolva provocările externe, asumându-și diverse roluri” (Pearlin și Schooler, 1978).
7. „Adaptarea este efortul, împreună cu acțiunea orientată și acțiunea psihică de a conduce (tolera, reduce, minimaliza) cerințele interne și externe și conflictele care apar o dată cu aceste cerințe și care scad sau epuizează resursele persoanei” (Lazarus și Launier, 1978).
8. „Adaptarea este definită ca un efort cognitiv și comportamental, făcut pentru a stăpâni, tolera sau reduce cerințele interne și externe, și conflictele care apar o dată cu aceste cerințe” (Folkman și Lazarus, 1980).
9. „Adaptarea se referă la comportamentul care protejează oamenii de neplăcerile experiențelor dificile prin care sunt nevoiți să treacă” (Rodin, 1980).
10. „Adaptarea este încercarea de a învinge dificultățile. Este o ciocnire la care oamenii, odată ajunși, folosesc resursele interne și externe pentru a reuși să echilibreze impactul produs de dificultăți” (Haan, 1982).
11. „Adaptarea este o permanentă schimbare a eforturilor cognitive și comportamentale care organizează specific cerințele interne, pentru a administra cererile externe și/sau interne, pentru a preveni scăderea sau epuizarea resurselor persoanei” (Folkman și Lazarus, 1984).
12. „Adaptarea reprezintă acele comportamente și gânduri care sunt conștient utilizate de către individ pentru a conduce sau controla efectele anticipării sau trăirii unor situații stresante” (Stone și Neale, 1984).
13. „Adaptarea reprezintă orice efort sănătos sau nesănătos, conștient sau inconștient de a preveni, elimina sau scădea stresorii sau de a suporta efectele lor cu cât mai puține daune” (Matheny, Aycock, Curlette și Cannella, 1986).

Aceste definiții subliniază câteva elemente cheie:

- folosirea resurselor;
- gândire și/sau comportament activ;
- reducerea nevoilor interne și/sau externe, prin găsirea de soluții și rezolvarea eficientă a problemelor;
- variațiile în ceea ce privește scopul sau ținta adaptării.

Concordanța acestor definiții oferă o nouă și extinsă definiție a adaptării, care include elementele esențiale ale definițiilor anterioare: „*Adaptarea este promovarea creșterii și dezvoltării umane prin utilizarea activă a resurselor biopsihosociale care participă la controlul, stăpânirea și prevenirea stresului generat de condiții externe/interne*”.

Această definiție ne face să înțelegem natura activă a folosirii de către organism a resurselor de care dispune. Ea subliniază rolul important al funcțiilor de adaptare în autoprotecția organismului și scoate în evidență că abilitățile și capacitățile deosebite ale indivizilor joacă un rol important în rezolvarea cu succes a problemelor, conflictelor și celorlalte nevoi cu care se confruntă organismul. În sfârșit, adaptarea este baza pentru supraviețuirea și evoluția individului și a grupului.

Deși caracterizează întreaga materie vie și definește una din trăsăturile fundamentale ale acesteia, aceea de a se adapta morfologic și funcțional la caracteristicile mediului filo- și ontogenetic, adaptarea este una dintre laturile cele mai specifice ale personalității umane. Ea însumează ansamblul reacțiilor prin care un individ își ajustează structura sau comportamentul pentru a putea „*răspunde armonios condițiilor unui mediu determinat sau a unor experiențe noi*” (Sutter). Procesul de adaptare este, în cazul ființei umane, biunivoc, având și o funcție de transformare și adecvare a mediului aflat în dinamică, în raport cu necesitățile și posibilitățile individului. Adaptarea umană nu este deci pasivă, ci dinamică și creatoare. Complexitatea antroposferei, necesită un permanent efort realizat prin procesele adaptative de integrare și reglare, care fac posibilă utilizarea optimă a rezervelor funcționale, precum și refacerea acestora în perioadele în care solicitarea încetează. În acest fel este menținută homeostazia organismului, precum și fiabilitatea lui în funcționare.



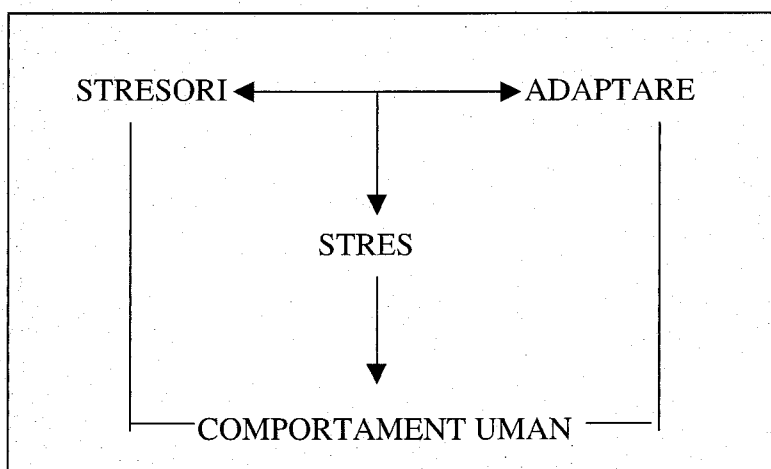
HANS SELYE (1907-1982)

Fiziopatolog canadian, autorul conceptului de „stres”, deschizând un amplu capitol al patologiei de adaptare. Laureat al premiului Nobel.

În 1937, **Selye H.** introduce termenul de sindrom de adaptare în patologia generală, definindu-l ca un ansamblu de reacții prin care organismul răspunde la o acțiune agresivă – stres.

Pornind de la acest concept, organismul uman se află într-o relație simultană și reciprocă cu mediul exterior.

Adaptarea, rezultanta acestei relații, depinde de fiecare dintre cei doi factori participanți, fiecare devenind un determinant și un produs al relației. Comportamentul uman este un proces de adaptare dezvoltat, menținut și schimbat de aceste relații simultane și reciproce (Marsella, 1984).



Marsella, Escudero și Santiago (1969) și Marsella, Escudero și Gordon (1972) au fost primii cercetători care au propus interacțiunea stres-adaptare ca un model psihopatologic, în care interacțiunea simultană organism-mediul extern a fost considerată ca generator de patternuri de tulburare și reglare.

Marsella (1969, 1972) postulează următoarele determinări în ceea ce privește modelele simptomatice și capacitatea de rezistență la stres:

- ființele umane și mediul lor sociocultural și fizic sunt sisteme independente;
- comportamentul normal/anormal este produsul interacțiunii simultane a omului cu mediul;
- organismul nu există separat de mediu, iar comportamentul nu este independent în interacțiunea organism-mediul;
- **mediul socio-cultural poate fi pus alături de stresorii de diferite categorii și de cerințele cognitiv-emoționale.**

Termenul de „adaptare” a fost preluat și de psihiatrie, care a dezvoltat în context o adevărată patologie legată atât de adaptare, cât și de stres; deși aceasta nu mai este în legătură directă cu concepția inițială, urmează, în linii mari, etapele de desfășurare ale procesului de adaptare.

Campbell J. arată că „*diversele căi pe care individul le urmează cu întregul său echipament, cu echilibrul și dificultățile sale interioare, cu experiența din trecut și cu cea din prezent pentru a se adapta la viața pe care este chemat să o trăiască*” reprezintă domeniul de studiu al psihiatriei și al psihiatrului. Pentru aceasta, tulburările de adaptare ale persoanei la „situația totală” rămân problema fundamentală alături de funcțiile prin care acestea se realizează.

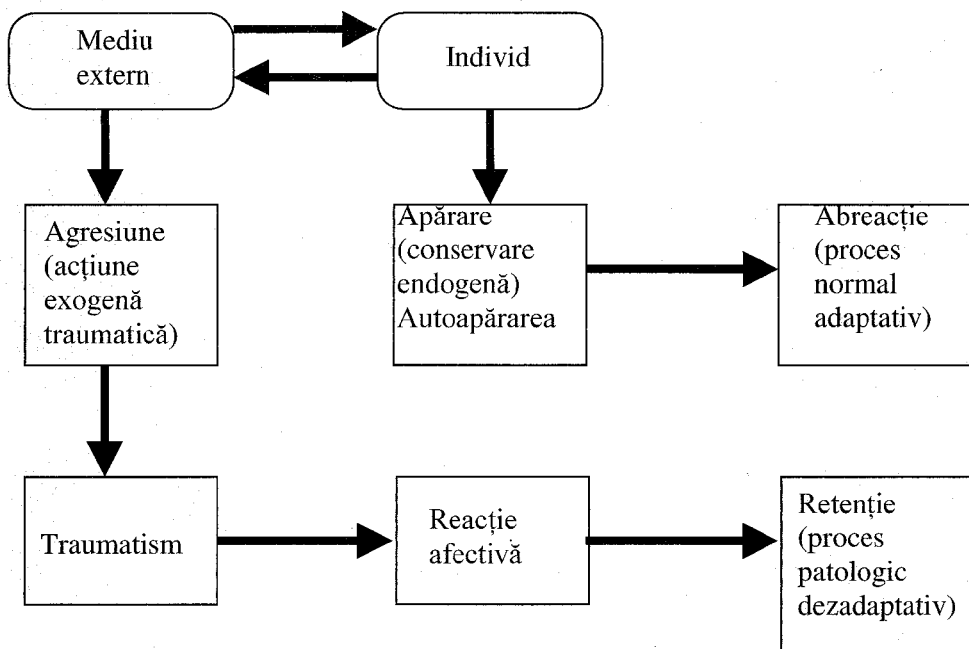
Meyer A. va defini boala mintală ca o adaptare greșită, insuficientă sau inadecvată. Psihanaliza va susține acest punct de vedere, considerând inadecvate acele mecanisme de adaptare care generează boala psihică. Regresia ar fi una dintre aceste inadecvări adaptative, subiectul renunțând la adaptare la nivelul de solicitare cerut, pentru a coborî către unul mult mai redus.

Starobinski J. descrie procesul de inadaptare în următoarea secvențialitate. Urmărind patologia psihiatrică, se pot nota tulburările de adaptare ca fir al Ariadnei în întreaga nosologie psihogenă. Astfel, în reacții, între răspuns și stimul nu există

nici o adecvare, primul fiind mult mai intens decât ar trebui să fie în mod normal sau inadecvat. Același lucru este valabil și pentru dezvoltări în care acest proces se amplifică atât vertical (în dimensiunea temporală), cât și longitudinal, ca intensitate și nespecificitate.

Nevrozele reprezintă o slabă capacitate adaptativă la lume și la problemele personale, resimțite dureros de subiectul care rămâne în restul timpului „în afara jocului”. După **Enăchescu C.**, nevrozele ar apărea ca un conflict între acțiunea practică și rezultatele acesteia.

În procesele organice și în endogenii nu se mai poate vorbi despre adaptare ca mecanism fundamental declanșator sau patoplastic. Exagerările în acest sens au fost sancționate cu respingerea de către majoritatea psihiatrilor (vezi în acest sens exagerările reacționiste ale psihiatriei americane din deceniile 4-6, ca și antipsihiatria). Dezadaptarea este aici un efect, și nu o cauză a bolii.



Adaptarea oferă celor care evaluează starea de sănătate și specialiștilor un nou și contrastant aspect al conceptualizării stării de sănătate și bolilor. Mai mult decât atât, focalizându-se pe tulburări, dureri, stres, destabilizări și alte dereglări ale funcțiilor umane, adaptarea ne permite să căutăm starea de sănătate, resursele, competențele și alte aspecte ale succesului funcționării umane.

III.7. STAREA DE SĂNĂTATE ȘI ADAPTAREA

Crescutul interes pentru adaptare din ultimele două decade poate fi privit din următoarele trei perspective: primul aspect este schimbarea în definirea stării de sănătate. În trecut, starea de sănătate era definită ca absență a durerii și era secundară interesului medicilor care erau mai mult focalizați pe tulburări.

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.

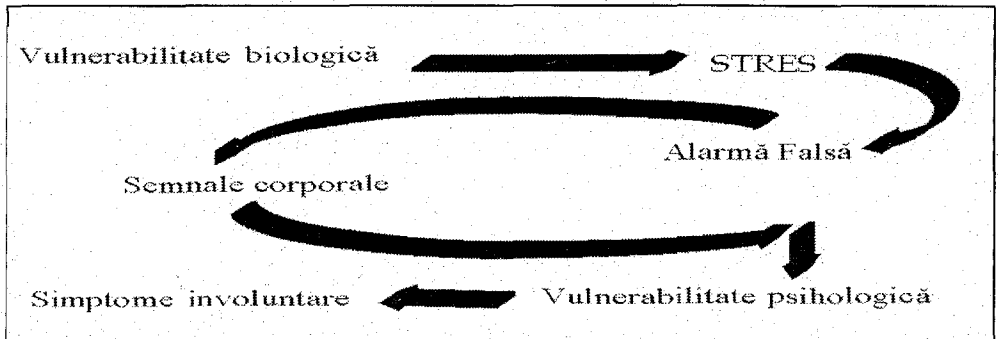
Al treilea aspect este creșterea recunoașterii faptului că indivizii și nu medicii sunt și trebuie să fie responsabili de starea lor de sănătate. Printr-o dietă adecvată, exerciții, managementul stresului și evitarea adicțiilor, indivizii pot promova activ, propria lor sănătate mai mult decât prin pasiva evitare a bolilor. Locul și responsabilitatea individuală pentru sănătate sunt legate astfel de comportamentul și stilul de viață al fiecăruia. În plus, privit din acest unghi, conceptul de adaptare oferă medicilor și cercetătorilor o șansă de a trece dincolo de psihopatologie.

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

III.8. CONCEPTUL DE STRES

Introducerea conceptului de stres în câmpul medical a fost legată de lipsa resimțită în ultimele patru decade, în practica și teoria medicală, a cadrului teoretic al relației dintre sănătate, boală, stil de viață și pattern comportamental. Folosirea conceptului de stres a furnizat medicinei o bază pentru a lega evenimentele exterioare (ex.: stresorii) și patternurile comportamentale cu condițiile interne și biochimice asociate cu etiologia, factorii favorizanți, declanșarea și întreținerea bolilor. Utilizarea termenilor de „stres” și „adaptare”, așa cum vedem în axele 4 și 5 ale DSM, reflectă, în parte, rapida creștere a popularității acestor două variabile. Resursele biologice sunt folosite de către organism în răspunsul la stres, așa cum notează curent autorii definițiilor adaptării. Datorită recentelor cercetări asupra stării de sănătate a societății contemporane cu accent pe dietă, exerciții, controlul asupra comportamentelor dăunătoare (fumat, alcool, stres), resursele biologice au devenit comune în regimurile de control al stresului, dar adesea se folosesc mai degrabă ca un reflex, decât într-o manieră deliberată.

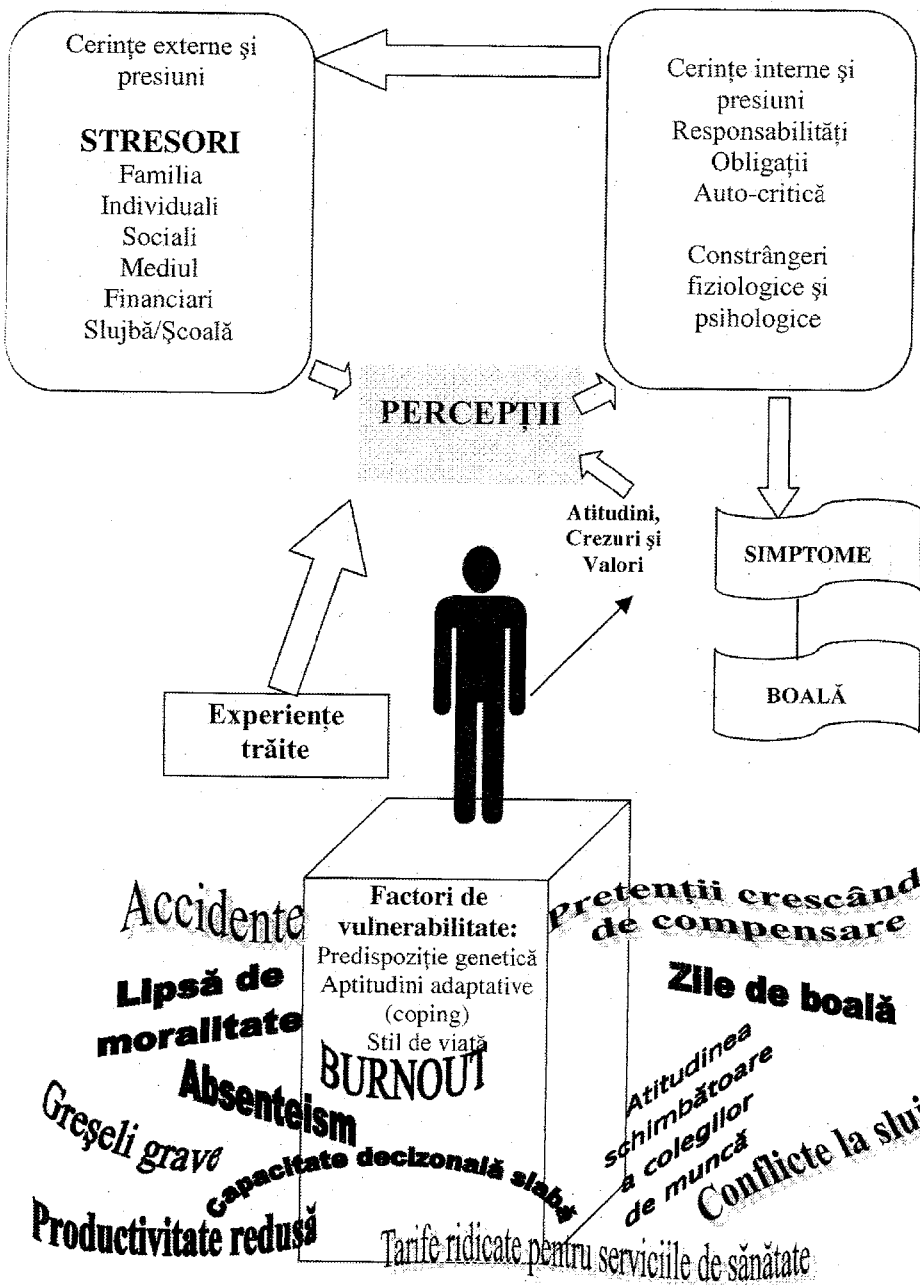
Conceptul de stres, introdus de **Selye H.**, indica inițial o acțiune de suprasolicitare exercitată din exterior asupra organismului, care determina o reacție de adaptare nespecifică a organismului față de agresiunea care-i amenința integritatea. **Roger Guillemin**, pornind de la această definiție, formulează una dintre cele mai remarcabile definiții ale stresului: „*Stare tradusă printr-un sindrom specific corespunzând tuturor schimbărilor nespecifice induse astfel într-un sistem biologic.*” **Selye H.** a privit stresul din punct de vedere fiziologic, în timp ce **Spinoza** considera că „*mintea și corpul sunt unul și același lucru*”. Aproape orice stresor și aproape orice reacție de stres implică atât componente fiziologice cât și psihologice (emoționale).



Rolul stresului în determinarea atacului de panică (după Forsyth J., 2001)

Conceptul a suferit reconsiderări succesive în care a fost precizată mai clar noțiunea de agent agresor sau stresor și s-a făcut extensia către așa numitul stres psihic. Cea mai largă definiție a agenților de acest tip ni se pare cea dată de **Fraisse P. (1967)** „*totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu își găsește soluția*”. Agenții stresori capabili să declanșeze un stres psihic sunt de natură variată, nefiind obligatorii numai stimulii psihici, din această cauză putându-se departaja două tipuri de agenți stresori:

- cei ce sunt reprezentați prin cuvintele, ideile, procesele gândirii. Agenții din această categorie sunt caracterizați sub formă de situații psiho-traumatizante. În stresul psihic, principalii agenți stresori sunt reprezentați de cei cu conținut noțional-ideativ, recepționați de subiect ca indicatori ai unor situații amenințătoare „actuale” sau „în perspectivă” pentru indivizii agresionați.
- cei senzoriali externi. Aceștia pot deveni agenți stresori în două cazuri: atunci când se bombardează scoarța cerebrală timp îndelungat și cu o intensitate crescută sau în cazul când au o semnificație pentru subiect.
- parametri de acțiune ai agenților stresori sunt reprezentați de durată, în funcție de atribute precum „noutatea” și „bruschețea” cu care se acționează.



după Rutner T, 2002

Lucian Alexandrescu (2000) stabilește o clasificare stresului realizată în funcție de următoarele criterii: magnitudinea absolută sau relativă a stresului; raportul său cu etapa de viață a subiectului (ciclul vieții, după **Erikson**, în termeni de concordant, neconcordant, indiferent); nuanțele de expectabilitate-neexpectabilitate și controlabilitate-necontrolabilitate; răspândirea generală a stresorilor și efectul lor asupra omului „obișnuit”.

Clasificarea este aplicabilă pentru orice stresori, la orice vârstă și în conjuncție cu orice sistem de clasificare al bolilor psihice. Ea conține opt grupe mari, notate **A-H**.

Grupa A – Stresul excepțional sau catastrofic – se referă la stresuri masive, acute, de regulă neașteptate, evenimente ieșite din comun, din cotidian, deloc sau puțin influențabile de către subiect și care afectează practic pe oricine într-o mare măsură. Acest tip de stres include dezastre și calamități naturale, dezastre și catastrofe (războaie, poluări, bombardamente); accidente colective; stresul catastrofic individual: violența nesexuală sau sexuală, tortura. Din punct de vedere clinic, (**Predescu și Alexandrescu**), patologia ocazionată de stresul catastrofic include reacții psihotice imediate (de șoc și neșoc), reacții mai îndepărtate de tip depresiv și, în mod aproape specific, sechele la distanță, de tipul tulburării de stres posttraumatic.

Grupa B – Stresurile vieții – include stresuri concordante sau necontradictorii cu etapa eriksoniană de viață, cu intensitate moderată medie sau mare, care afectează practic pe oricine, dar într-o măsură variabilă. Include șase sub-grupe de:

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

Stresurile îndelungate pot contribui la constituirea unor dezvoltări patologice ale personalității.

Grupa C – Stresuri care decurg din desfășurarea neobișnuită a unor acte de viață obișnuite.

Grupa D – Stresul necazurilor și al solicitărilor cotidiene. Specifice sau nu grupului de apartenență, aceste stresuri induc, cel mult, manifestări tranzitorii sau fragmentare. Au un posibil rol pentru determinarea rezistenței sau lipsei de rezistență la stresori mai mari. Adesea produc o anumită frustrare.

Grupa E – Stresul endemic – stresul general și impersonal constituit de veștile proaste ale zilei sau perioadei: inflație, șomaj. Stresul endemic nu are decât un rol de fond.

Grupa E₁ – Stresurile speciale condiționate de expuneri particulare. Include stresul unor profesii sau ocupații cunoscute ca stresante, și al altor profesii ce implică risc individual.

Grupa E₂ – Stresurile condiționate de vulnerabilități individuale particulare:

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

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

Grupa F – Stresurile speciale – sunt stresuri ce se constituie ca atare, prin vulnerabilități și/sau expuneri particulare.

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

Grupa H – Stresul situațiilor extremale – este stresul experimental sau natural indus în legătură cu existența sau pregătirea pentru existența în medii intens nefavorabile vieții omului.

Viața profesională și viața socială obișnuită sunt sursele cele mai importante ale stresului cotidian, faptul că diverși factori influențează în mod diferit diverși indivizi a creat și creează confuzii și dezbateri dintre cele mai virulente. Unii afirmând chiar că este vorba de o exagerare în ceea ce privește așa-zisul stres al vieții moderne. De fapt, Selye avertizase, „nu contează ce ți se întâmplă, ci cum reacționezi la ce ți se întâmplă.”

SURSE DE STRES PROFESIONAL ȘI ORGANIZAȚIONAL
Funcția exercitată
Rolul exercitat în structură
Dezvoltarea carierei profesionale
Structura și climatul organizațional
Relațiile la locul de muncă
Relația familie/muncă

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

Iamandescu IB afirmă că stresul psihic are caracter primar atunci când este rezultatul unei agresiuni recepționate din sfera psihică și un caracter secundar care ar fi o reacție de însoțire sau de conștientizare a unui stres fizic sau biologic căruia i se acordă o semnificație amenințătoare sau de altă natură. **Huber W. (1992)** afirmă că natura obiectivă a stresorului este mai puțin importantă pentru sănătate ca evaluarea subiectivă pe care o persoană i-o dă.

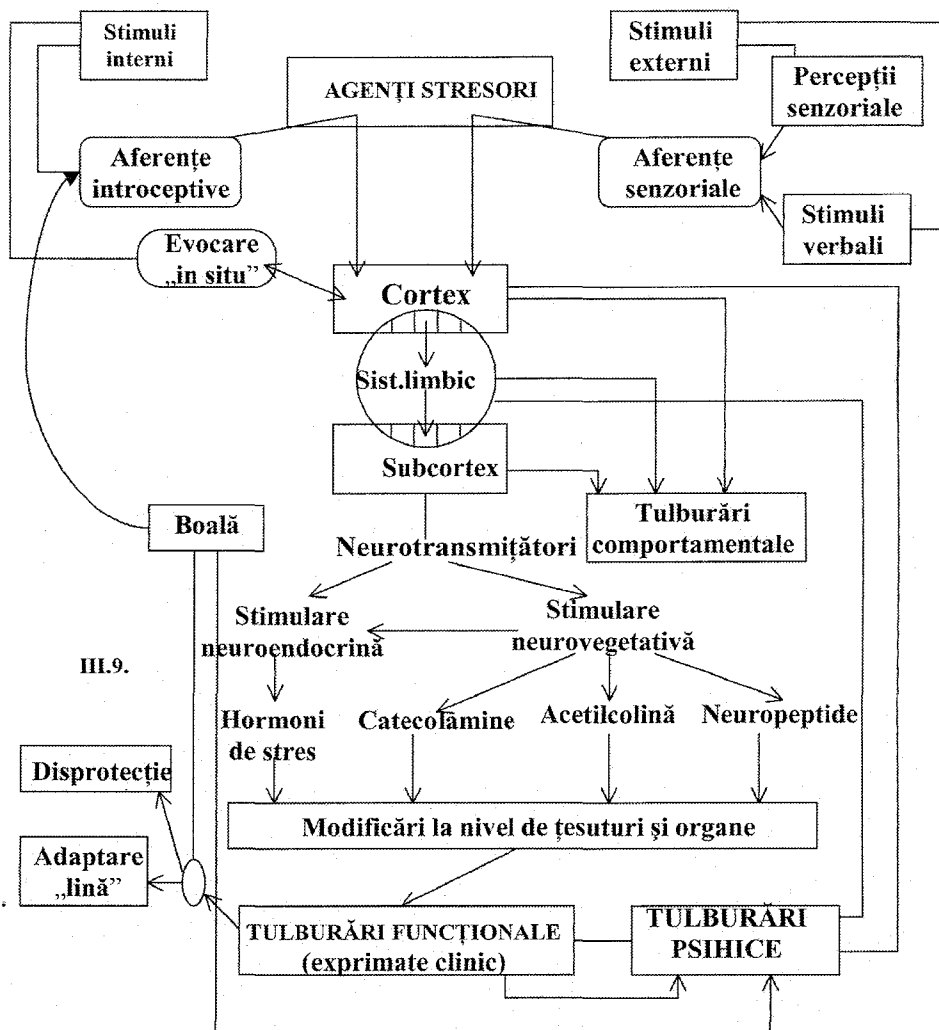
Taylor (1990) arată că evenimentele considerate de către o persoană drept negative, necontrolabile, nepredictibile sau ambigue sunt trăite mult mai stresant de către aceasta. **Kanner și colab. (1981)** au demonstrat că stresorii minori dar care acționează continuu au același efect ca și evenimente cu semnificație stresantă majoră care se petrec punctual. Este un lucru care nu mai trebuie demonstrat faptul

că, pentru mulți indivizi, chiar dacă și-au ales după criteriile vocaționale profesiunea, aceasta poate constitui o sursă importantă de stres psihic (Iamandescu I-B., 2002).

SURSE ALE STRESULUI	
Stresul la locul de muncă	Surse legate de mediul de lucru
	Surse legate de munca într-un post determinat
	Surse legate de supraîncărcare
	Surse legate de deficiențele în muncă
	Surse legate de pericolul fizic
	Surse legate de insatisfacția muncii
Stresul și organizarea muncii	Ambiguitatea rolului
	Exercitarea responsabilității
	Responsabilitatea față de viața altora
	Stresul relațional
	Stresul legat de etapele carierei
	Frustrările induse de statutul profesional
	Grupurile profesionale
Surse legate de viața cotidiană	Viața de familie
	Dificultățile familiare
	Conflictul obligații familiale/obligații profesionale
	Mobilitatea profesională și internațională
Surse legate de schimbările mediului social	Absența și dezintegrarea structurilor sociale
	Deculturația
	Urbanizarea /informatizarea societății

După **Stora Jean Benjamin 1996**

Stresul psihic antrenează ca orice alt stresor o participare complexă a întregului organism în cele două ipostaze ale, sale *psyche* și *soma*. Interacțiunile generate la nivelul diferitelor componente ale psihismului au fost schematizate de **Iamandescu I-B (1995)** astfel:



III.9. COMPORTAMENTE ADAPTATIVE

Mathney, Aycock, Pugh, Curlette și Cannella (1986) au sugerat că patternurile de adaptare se pot divide într-o categorie de stresori preventivi și o categorie de stresori combativi.

Formula lor include patru tipuri:

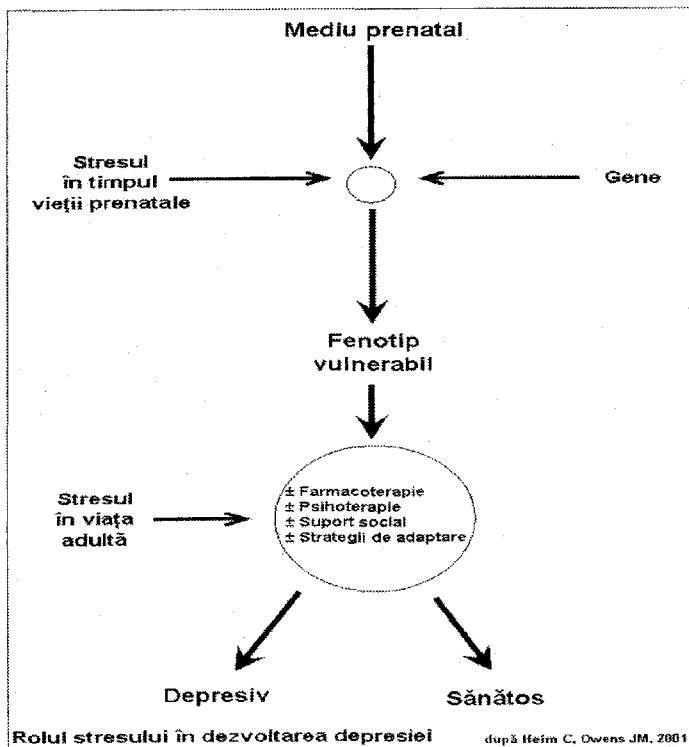
1. evitarea stresorilor prin adaptarea vieții
2. adaptarea nivelului cererii
3. îndepărtarea stresului indus de patternurile comportamentale
4. descoperirea resurselor adaptării.

Categoria stresorilor combativi include cinci tipuri:

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

Comportamentele de adaptare pot fi împărțite în patru dimensiuni independente:

1. activ-pasiv (discutând direct acțiunea, tratând despre stresori sau evitând stresorii)
2. cognitiv-emoțional (controlând stresorii angajați în activitatea cognitivă sau ținând de sfera emoțională, catarsisul și expresia)
3. controlul (menținând în aparență controlul personal asupra stresorilor)
4. acțiunea psihologică/acțiunea socială (sfera autorealizării sau suportul social).



Stresul este incriminat ca fiind unul din factorii cei mai importanți în patogeneza tulburării depresive. În perspectiva psihologiei dezvoltării, factorul „stres”, apărut chiar în mica copilărie, poate avea efecte pe termen lung, contribuind la depresia adultului. Este interesant faptul că psihanaliza a subliniat, încă la începutul secolului XX, rolul experiențelor precoce de viață în psihopatologia adultului. Numeroase studii au arătat că abuzul fizic sau sexual asupra copilului, abandonul, lipsa părinților, separarea precoce de aceștia pot fi enumerate printre factorii generatori de stres precoce și identificați adesea în anamnezele depresivilor majori.

Stresul psihic acut poate induce, prin numeroasele transformări fiziologice pe care le determină, apariția unor simptome sau tulburări organice cu grad diferit de pericol pentru viața individului. Posibilitatea de atenuare a efectelor stresului psihic acut depinde, din punct de vedere psihologic, de diversitatea și plasticitatea mecanismelor de adaptare la mediu pe care le folosește individul. O existență bogată în interese și preocupări nu îl ferește pe individ de trăirea unor stresuri psihice intense, dar îi permite să le depășească în condițiile unor efecte patologice secundare minime.

Încercând să sintetizeze evenimentele de viață care pot deveni stresori, **Lăzărescu M. (2002)** delimitează următoarele situații:

Psihotrauma	Eveniment secvențial care impresionează intens persoana
Schimbări existențiale semnificative	Schimbare care necesită un efort readaptativ (responsabilități, eforturi, noi rețele de comunicare)
Eșecul	Neîndeplinirea unui proiect în care subiectul este angajat (stagnare, interioritate)
Frustrarea	Nesatisfacerea unor dorințe, pulsioni, nevoi sau pretenții legitime (circumstanțială, prelungită sau cronică)
Conflictul interpersonal trenant	Stare de tensiune și conflict constant cu persoane angrenate în structuri sociale bine definite (familie, colegi de muncă sau de locuință)
Epuizarea prin suprasolicitare	Program de muncă excesiv, în special dacă nu e urmat de satisfacții (poate fi provocată de un stil particular de viață)
Lipsa de perspectivă vitală	Situații nefavorabile din care subiectul nu are nici o perspectivă de a ieși
Conflictul intrapsihic	Egodistonia realizată de sentimentul vinovăției (poate fi conștient sau preconștient)
Crizele existențiale sau de conștiință	Perioadele critice se referă la personogeneză și ciclurile vieții; apar în perioadele de bilanț individual
Învățărilor patologice	Mai frecvente în copilărie, dar posibile pe tot parcursul vieții