

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
*NICOLAE TESTEMIȚANU***

Centrul Național de Bioetică din Republica Moldova

Catedra de filosofie și bioetică

COMUNICARE ȘI COMPORTAMENT ÎN MEDICINĂ

(CU ELEMENTE DE BIOETICĂ)

Suport de curs

Coordonator: *Vitalie Ojovanu*, doctor habilitat în filosofie,
conferențiar universitar

**CHIȘINĂU
2016**

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
*NICOLAE TESTEMIȚANU***

Centrul Național de Bioetică din Republica Moldova

Catedra de filosofie și bioetică

COMUNICARE ȘI COMPORTAMENT ÎN MEDICINĂ

(CU ELEMENTE DE BIOETICĂ)

Suport de curs

Coordonator: *Vitalie Ojovanu*, doctor habilitat în filosofie,
conferențiar universitar

**CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2016**

CZU 17+614.253(075.8)

C 63

Aprobat de Consiliul Metodic Central al USMF
Nicolae Testemițanu, proces-verbal nr. 3 din 25.05.2016

Autori:

*V. Ojovanu, I. Banari, A. Eșanu, V. Federiuc, D. Nistreanu, A. Paladi,
L. Rubanovici, D. Rusnac, T. N. Țirdea.*

Recenzenți:

Gheorghe Ghidirim – doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, șef catedră Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”, academician al AȘM

Ana Pascaru – doctor habilitat în filosofie, conferențiar cercetător, șef al sectorului Filosofie al AȘM

Prezentul suport de curs vine să contribuie la satisfacerea, fie și parțială, a necesităților de materiale didactice pentru formarea abilităților de comunicare cu scopul constituirii integrității spiritual-morale și a specialiștilor în medicină. La elaborarea compartimentelor s-a ținut cont de dinamismul sistemului contemporan al predării și asimilării cunoștințelor medicale, caracterizate prin integritatea și consecutivitatea formării respectivelor abilități. Așa cum nici o specialitate medicală nu poate fi realizată decât dacă aceasta nu s-a precedat prin asimilarea unor cunoștințe fundamentale de anatomie, fiziologie, farmacologie etc., la fel și activitatea clinică propriu-zisă nu poate fi integră și viabilă, decât cu realizarea unui comportament adecvat. Conceptul unui atare suport de curs reiese nu numai din imperativele stringente ale medicinei contemporane, în special, de specificul acestora în spațiul autohton, ci și din experiența predării cursului „Științele comportamentului” la catedra Filosofie și Bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu” de mai bine de un deceniu. Incluziunea unor aspecte cu semnificații bioetice constituie o realizare în acest sens.

Acest suport de curs este destinat atât mediciniștilor, rezidenților, cât și medicilor cursanți din cadrul educației continue postuniversitare și medicilor practicieni.

Această elaborare didactică a fost realizată în cadrul proiectului instituțional „*Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova*”

Redactor: *Nicolae Federiuc*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Comunicare și comportament în medicină: (cu elemente de bioetică): Suport de curs / Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, Centrul Naț. de Bioetică din Rep. Moldova, Catedra de filozofie și bioetică; coord.: Vitalie Ojovanu. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2016. – 220 p.

Referințe bibliogr. în subsol. – 300 ex.

ISBN 978-9975-82-025-7.

17+614.253(075.8).

C 63

ISBN 978-9975-82-025-7

© CEP *Medicina*, 2016

© V. Ojovanu ș.a., 2016

Cuprins

Cuvânt înainte (Ion Banari).....	5
I. Comportamentul uman, un complex bio-psiho-social (<i>Adriana Paladi</i>)	7
II. Comportament și personalitate (<i>Adriana Paladi</i>).....	23
III. Comportament și societate. Elemente de bioetică, deontologie și sociologie medicală (<i>Daniela Rusnac, Teodor Țirdea</i>).....	39
IV. Comunicarea. Definiții și funcții (<i>Ion Banari, Didina Nisteanu</i>)..	57
V. Metacomunicarea și diferențele culturale (<i>Victoria Federiuc</i>).....	87
VI. Bariere și clivaje în comunicare (<i>Anatolie Eșanu</i>)	107
VII. Conflictul – element constitutiv esențial al comunicării (<i>Ludmila Rubanovici</i>)	127
VIII. Comportament în context intercultural (<i>Anatolie Eșanu</i>).....	149
IX. Comportamente cu risc pentru sănătate. Comunicarea pentru schimbarea comportamentului cu risc pentru sănătate (<i>Vitalie Ojovanu</i>)	171

„Filosofia generează și ghidează idei, teoria comunicării și, respectiv, a comportamentului le cizează și caută să le implementeze în momentul potrivit printr-o formă corespunzătoare contextului existențial medical. Bioetica, în ultimă instanță, prin arsenalul său moral și spiritual oferă posibilități de identificare a binelui și răului, pentru a ne ghida în situațiile dificile, atât de des întâlnite în medicină.

Medicina, din cele mai vechi timpuri, s-a ghidat nu numai de cunoștințele empirice implicate în tămăduire, ci și de înalte principii morale, alimentate din credința în Ființa Supremă, cât și de anumite coduri etice, cel mai „standardizat” fiind cel al lui Hippocrates. Medicul de azi trebuie să facă față unor exigențe destul de presante. Acesta se expune acțiunilor mediului social, pacientului, managerului instituției, sferei profesionale etc. Fără o capacitate de comunicare și comportament corespunzător devine, practic, imposibilă activitatea de medic în toată plenitudinea sa.

Volumul de față vine să întrească și să actualizeze cunoștințele viitorului și actualului specialist în medicină în privința comportamentului medical. E menită să formeze medicul și medicinistul nu numai ca specialist contemporan, dar mai ales ca un adevărat OM, de care suferindul se apropie să fie izbăvit de durere, boală și moarte”

Gheorghe GHIDIRIM

doctor habilitat în medicină, profesor universitar,
șef catedră Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi”,
academician al Academiei de Științe a Moldovei,
Om Emerit al Republicii Moldova

Cuvânt înainte

Suportul de curs *Comunicare și comportament în medicină (cu elemente de bioetică)*, cuprinde nouă teme destinate formării tactului comunicativ și comportamental al medicilor. Elaborarea sa reprezintă tendința autorilor de a fundamenta inițierea mediciniștilor și a altor specialiști în medicină în teoria comunicării și a comportamentului, element indispensabil actului medical contemporan. Totodată, elaborarea în cauză constituie o realizare de o vădită actualitate în domeniu, dat fiind faptul că, în momentul de față, nu există un atare material didactic potrivit, destinat și adaptat necesităților formării competențelor și exercitării profesiei de medic. Autorii au purces la alcătuirea acestui suport de curs având o experiență de aproape un deceniu și jumătate de predare a cursului „Cultura comunicării”, reformat apoi în „Științele comportamentului”. Concomitent, s-a ținut cont de performanțele atinse peste hotare, în primul rând, de cele ale colegilor din România, Elveția, Canada etc.

„Încoronarea” materialului cu elemente etice (bioetice) constituie astăzi o necesitate socială, o încercare de a promova cultura morală comunității medicale. Eficacitatea relației medic–pacient–societate devine durabilă dacă este acompaniată de caracterul moral al subiecților participanți la respectivele acțiuni. Materialul are menirea de a aduce un potențial de formare autodidactică și morală individuală pentru studenți, rezidenți și medicii în exercițiu. Aici fiecare temă poate fi un subiect de pornire pentru profunde transformări de personalitate în aspect de comunicare și comportament.

Structura și conținutul acestui curs cuprinde trei componente esențiale ale relațiilor medicale: 1. Comportamentul omului cu aspectele sale biologice și psiho-sociale; 2. Comunicarea prin formarea unui stil specific profesional individual, manifestat flexibil în diverse situații terapeutice; 3. Moral cu divizul *comunicarea pentru schimbarea comportamentului cu risc pentru sănătate*”. Asimilarea subiectelor din respectivul curs presupune și o analiză a diferitor probleme situaționale potrivite, care sunt expuse într-o culegere special. Părțile lucrării sunt redactate

printr-o manieră proprie a autorului, respectiv, în conținutul expus se reiese din actualitatea subiectului expus, argumentându-se și necesitatea de a cunoaște și manifesta anumite abilități profesionale intrinsece profesiei de medic, nu adiacente acesteia. S-a ținut cont și de faptul că contemporaneitatea, cuprinsă tot mai mult de copleșitorul proces al globalizării, dar și de alte tendințe, în mare parte contradictorii, „oferă” profesiei de medic tot mai multe și complexe situații noi, ieșite din comun. Expunerea conținutului se deosebește prin consecutivitate, logică internă a temei, limbaj accesibil.

Lucrarea se remarcă prin faptul că aduce un nou aport în explorarea științelor comportamentului și ale comunicării în medicină, formând un veritabil suport teoretic și practic pentru modalități comportamentale cotidiene și soluții optim aplicative în cazuri speciale.

I. COMPORTAMENTUL UMAN – UN COMPLEX BIO-PSIHO-SOCIAL

1. Conceptul de comportament
2. Factori de influență asupra comportamentului uman
3. Tipologii ale comportamentului uman
4. Normalitate și anormalitate comportamentală

Preliminarii

Știința este activitatea umană menită să descopere universalul în fenomenele particulare. Marea diversitate de acte comportamentale umane, fluiditatea și evanescența lor părea să depășească limitele posibilității științei în realizarea acestui deziderat. Se considera că universalul și predictibilul este de negăsit în ceea ce este extrem de divers și schimbător. Aceste opinii au lăsat comportamentul să rămână mult timp în afara investigațiilor științifice. Problemele de ordin social-politic (războaie, regimuri politice totalitare), cultural (criza valorică), dar și individual (criza identitară), configurate de veacul al XX-lea, determină aducerea comportamentului uman în câmpul cunoașterii științifice prin efortul metodic al bihavioriștilor¹. Viziunea științifică consistentă asupra comportamentului uman era considerată de către aceștia și predecesorii lor conceptuali drept fundament al soluționării multiplelor probleme economice, politice, sociale etc. Cunoașterea comportamentului uman devine importantă și sub aspect medical. Începând cu sec. XX, în țările dezvoltate, nu bolile infecțioase reprezentau cauza principală a mortalității, dar cele cardiovasculare, cancerul, maladiile respiratorii, determinate, în mare parte, de practici comportamentale nocive, fapt care stimulează cunoașterea, în vederea modelării cu finalitate preventivă a comportamentului.

¹ *Bihaviorism* (din engleză *behaviour* - comportament) - curent psihologic dominant în cea mai mare parte a sec. XX care consideră drept obiect exclusiv al psihologiei comportamentul exterior.

În momentul de față, un larg spectru de discipline, precum antropologia, psihologia, sociologia, neurofiziologia, medicina comportamentală etc., toate cumulate sub noțiunea de științe ale comportamentului, au ca obiectiv elucidarea fenomenului comportamental în întreaga lui complexitate și diversitate. Antropologia, în sensul ei restrâns, studiază comportamentul uman în context cultural. Sociologia studiază comportamentul uman la nivel de grup și factorii ecologici, politici, geografici, administrativi etc., care îl influențează. Psihologia studiază comportamente complexe normale sau patologice și procesele mentale implicate în generarea sau susținerea lor. Neurofiziologia studiază substratul material (biologic), biochimic al comportamentelor, normale și patologice. Medicina comportamentală are drept obiectiv dezvoltarea și integrarea cunoștințelor comportamentale, psihosociale și biomedicale, cu scopul promovării sănătății și prevenirea bolilor.

În acest capitol, vor fi dezvoltate câteva repere importante ale acestor științe, precum elucidarea conceptului de comportament, identificarea factorilor care contribuie la modelarea comportamentului uman, varietația comportamentului și definirea lui în limitele dihotomiei normalitate-anormalitate.

Obiective

După parcurgerea acestui capitol:

2. La nivel de cunoaștere și înțelegere, studenții vor ști ce este comportamentul uman. Vor înțelege formula complexă de constituire și consolidare a comportamentului.
3. La nivel de aplicare, studenții vor fi capabili să aplice cunoștințele obținute în determinarea tipurilor de comportamente. Vor putea identifica factorii care modelează diferite tipuri de comportamente particulare.

Cuvinte cheie: comportament, factori de influență asupra comportamentului uman, tipologii comportamentale, normalitate-anormalitate.

1. Conceptul de comportament

Comportamentul reprezintă un fenomen extrem de complex prin varietate, structură și finalitate. Studiarea lui a contribuit la configurarea unui concept relativ bine definit, care evoluează de la semnificații restrânse (restrictive) la unele largi și cuprinzătoare, prin efortul constant al unui șir de savanți proeminenți.

O primă concepție sistematică despre comportament, realizată în stil pavlovist², aparține psihologului american și întemeietorului behaviorismului, John Broadus Watson (1878–1958). El prezintă comportamentul ca o totalitate a acțiunilor (reacțiilor) sesizabile întreprinse de organism ca rezultat al expunerii acestuia la excitanții din mediu. B.F. Skinner (1904–1990), reprezentant al bihaviorismului, consideră această definire ca fiind una insuficientă. În viziunea lui, comportamentul nu poate fi înțeles fără referire și la acțiunile interne, cum ar fi gândurile, emoțiile, reprezentările etc. Spre deosebire de accepția anterioară a colegului său, în care stimulul este cauza, iar comportamentul este efectul, Skinner demonstrează că rolul de cauză în declanșarea unui reacții observabile a organismului poate să-i revină și stării interioare a organismului. Este vorba despre starea de așteptare a unui rezultat scontat, determinată de o anumită acțiune. El ajunge la această concluzie după ce realizează celebrul experiment cu șoarecele pus într-o cușcă cu două pedale, una pentru mâncare, iar alta pentru șoc electric. Experimentul a scos în evidență că acționarea consecutivă a pedalei „hrană” nu este determinată de un stimul anterior extern, ci de așteptarea rezultatului anticipat. Skinner numește acest lucru condiționare operantă, care definește comportamentul nu doar ca un simplu fenomen reactiv (fiziologic) ci și un fenomen „cultivat-controlat” sau învățat (psihologic), practicat ca rezultat al întăririi pozitive (a obținerii unui efect benefic) sau evitat, ca urmare a evoluțiilor negative (în cazul efectului nedorit).

Kurt Lewin (1890–1947), pionier al psihologiei sociale, semnalează că înțelegerea comportamentului în termenii simplei asocieri „stimul-răspuns” este una restrictivă și că examinarea factorilor psihologici (în special, a celor motivaționali), prin asociere cu cei situaționali (sociali) sunt indispensabili pentru o înțelegere mai amplă a sa și a variatelor sale. El definește *comportamentul (bihavior) ca funcție a persoanei (person) în mediul său (enviroment)-B = f(P E)*. Altfel spus, comportamentul este rezultanta forțelor care acționează asupra organismului la un moment dat (în funcție de situație sau mediu social), în baza unui „câmp psihologic” bine configurat sau în curs de configurare, câmpul psihologic incluzând ansamblul valorilor, motivelor, scopurilor, dispozițiilor, temerilor etc. ale persoanei, la o anumită etapă a evoluției ei. În funcție de

² Ivan Petrovici Pavlov (1849-1936) - fiziolog și medic rus, laureat al premiului Nobel în 1904 pentru studierea fenomenului așa-numitei condiționări clasice sau a apariției reflexelor (salivarea la câini) condiționate de experiențe (stimulări) precedente.

„câmpul psihologic”, forțele care influențează persoana vor avea semnificație (valență) pozitivă sau negativă. Forțele cu valență pozitivă stimulează nevoi și produc comportamente de apropiere, de atingere, de realizare, autorealizare etc. Forțele cu valențe negative favorizează comportamente de evitare, de ocolire, de respingere etc.

Aceste și alte viziuni teoretice asupra comportamentului ne permit să facem câteva concluzii. Astfel, în final, comportamentul uman este rezultanta interacțiunii organismului cu mediul (natural și social), mediat de particularitățile individuale. Funcțional vorbind, reprezintă *totalitatea manifestărilor exterioare sau mintale (procesele mentale), care duc la rezultate adaptive*. În același timp, este de menționat că, în cazul omului, comportamentul este nu doar o simplă reacție la influența mediului (ca la animale), ci este determinat și modelat de acțiunea mediului, care îl modifică în conformitate cu nevoile umane.

2. Factori de influență asupra comportamentului uman

Ființa umană este considerată un sistem bio-psiho-sociocultural, ce se constituie progresiv în condițiile existenței și activității individuale în societate. Ca urmare, comportamentul uman reprezintă un fenomen care îmbină componenta biologică, psihologică și socioculturală, determinând felul de relație (reacție) a subiectului cu mediul ambiant, cu alții și cu sine însuși. Omul reacționează la stimulii exteriori prin prisma sistemului de valori socio-culturale, determinate de convingerile și idealurile personale fondate pe necesități individuale și structuri particulare native. Prin urmare, sistemul comportamental al omului reprezintă un ansamblu coerent de reacții determinate de factori biologici, psiho-individuali și socio-culturali.

Factorii biologici

Printre factorii biologici, studiați intens în epoca contemporană, sunt cei ereditari (genetici) și cei neurologici.

Ereditatea reprezintă transmiterea caracterelor psiho-fizice de la părinți la descendenții lor și presupune dezvoltarea unei trăsături comportamentale înnăscute, însă nu garantează atingerea acesteia. Legătura dintre comportament și ereditate a fost evidențiată pentru prima dată în sec. al XIX-lea de către Sir Francis Galton³ (1822-1911), care lansează

³ Sir Francis Galton – savant englez ce s-a făcut remarcant prin contribuții în mai multe domenii așa ca genetica, antropologia, geografia, statistica etc.

celebra sintagmă „nature or nurture”, cu referire la relația ereditate-mediu în modelarea comportamentului uman. El fundamentează rolul factorului ereditar prin scoaterea în evidență a fenomenului „marilor familii”, ce denotă prezența performanțelor comportamentale de un anumit fel (care, de multe ori, cunosc o dezvoltare precoce) în câteva generații consecutive ale unei familii. De exemplu, astăzi este bine cunoscut fenomenul familiei Bach, care a dat omenirii 15 compozitori de renume, în decursul a cinci generații.

Studierea importanței eredității în modelarea comportamentului devine însă cu adevărat populară și rezultativă abia în anii 70' ai secolului trecut, după o perioadă relativ lungă de stagnare în domeniu, determinată de abuzurile naziste comise în raport cu pretențiile lor eugeniste. Începând cu această perioadă, se estimează, cu argumentele de rigoare, efectul net al factorilor genetici și de mediu asupra trăsăturilor comportamentale, inclusiv ale celor cu caracter patologic. Spre exemplu, O. Popa-Velea analizează un studiu realizat de Heston L.L. în 1966, cu scopul evaluării riscului de transmitere genetică a schizofreniei, care a arătat că bebelușii adoptați și crescuți departe de mama lor biologică au fost pasibili de a face schizofrenie în proporție de doar 10%, comparativ cu cei crescuți de mamele lor biologice schizofrenice. Iar studiul despre inteligență, realizat de Lindblad F., în 2009, a demonstrat o similaritate crescută între inteligența copiilor adoptați și cea a părinților biologici, respectiv, o similaritate mult mai mică între nivelurile de inteligență ale copiilor adoptați și părinților adoptivi.

O legătură determinantă indubitabilă există între comportament și sistemul nervos. Cu cât structura anatomică și chimică a sistemului nervos este mai complexă, cu atât mai complexe sunt și reacțiile comportamentale ale organismului. Sistemul nervos este baza comportamentului. Un anumit comportament este inițiat prin transmiterea impulsului nervos de la centrii cerebrale spre efectori sau este declanșat de receptori periferici, care alertează creierul în vederea inițierii unui comportament adaptativ. Astăzi, există studii profunde despre structurile fizioneurologice, mai ales ale comportamentelor primare, cum ar fi comportamentul alimentar, sexual sau cel de apărare. De exemplu, se știe că comportamentul alimentar este determinat de scăderea glicemiei sub 80-90mg/dl. Această scădere stimulează centrul foamei situat în aria hipotalamică laterală, unde se află neuroni-receptori specifici, sensibili la nivelul glucozei. Stimularea neuronilor respectivi declanșează comportamentul de

dobândire a hranei. În urma ingerării de hrană, glucoza crește imediat la peste 150 mg/dl. Insulina care intervine în acest moment scade glucoza la valoarea normală 80-120 mg/dl, iar glucoza absorbită este depozitată la nivel hepatic și muscular. Scăderea glicemiei după un timp (în jur de 4-6 ore) duce la repetarea ciclului de mai sus.

De asemenea, este cunoscut rolul critic pe care îl au în influențarea comportamentului neuromedicatorii – substanțe ca acetilcolina, dopamina, adrenalina etc. –, care realizează transmiterea informației nervoase de la neuron la neuron, la fibra musculară sau la o celulă din compoziția unei glande. Aflate în exces sau deficit, aceste substanțe pot duce la diverse reacții comportamentale. De exemplu, dopamina este un neuro-mediator implicat în controlul activității locomotorii, în reglarea stărilor afective și proceselor cognitive. În cantități mari, acesta determină producerea stărilor maniacale, iar în cantități mici – a celor depresive. De asemenea, ea este considerată ca mediator al dependenței de droguri. Consumul de stupefiante crește nivelul dopaminei, iar această creștere susține motivația consumului.

Factorii psiho-individuali

Există o multitudine de procese psihice care contribuie la modelarea comportamentului uman. Cele mai importante sunt: procesele cognitive, afective și motivațional-voliționale.

Procesele cognitive sunt cele responsabile de realizarea cunoașterii sau, altfel spus, de reflectarea subiectivă a realității obiective. Printre procesele cognitive de importanță se enumeră percepția, memoria și gândirea. Percepția este un proces psihic primar ce asigură sinteza informațiilor ce vin de la simțuri, printr-o comparație continuă cu experiența subiectivă anterioară. De exemplu, după D. Cosman, percepția vizuală se desfășoară pe două niveluri: organizarea datelor senzoriale, care presupune sinteza caracteristicilor unui obiect (mărime formă, culoare etc.) și identificarea obiectului, prin asocierea stimulilor cu modelul reprezentărilor despre acest obiect existente în memorie, memoria reprezentând ansamblul proceselor de întipărire, păstrare, recunoaștere și reproducere a experienței anterioare (cognitive, afective sau volitive).

Gândirea este reflectarea generalizată și mijlocită a obiectelor, fenomenelor și a relațiilor dintre ele. Este o cunoaștere reconstructivă a ceea ce ne oferă percepția. Din punct de vedere operațional, gândirea

constă dintr-un șir de operații – analiză, sinteză, comparație, abstractizare, generalizare, înțelegere etc. – prin intermediul cărora se realizează raționamentele, se rezolvă problemele, se constituie imaginea de sine, se iau deciziile etc., fapt care îi permit individului să se adapteze la realitatea exterioară.

Legătura dintre procesele cognitive și comportament este evidentă: oamenii etalează anumite scenarii comportamentale, în funcție de felul în care percep și înțeleg realitatea. Această legătură iese în evidență atunci când procesele enumerate sunt lacunare (nu funcționează corect). De exemplu, după C. Enachescu, schizofrenia se particularizează prin incoerența gândirii, adică legăturile dintre idei își pierd aspectul logic, respectiv, vorbirea devine neinteligibilă, iar comportamentul – de neînțeles sau aberant.

Procesele afective reprezintă ansamblul manifestărilor psihice, ale căror trăsătură definitorie este reflectarea realității exterioare prin trăiri pozitive sau negative, precum afectele, emoțiile, sentimentele. Afectivitatea joacă un rol central, în raport cu celelalte procese psihice: influențează într-un mod decisiv procesele cognitive (percepția și reprezentarea realității), cât și cele motivaționale (orientarea către scop și persistența în atingerea acestuia). Raportul dintre afectivitate și comportament este bilaterală, potrivit lui O. Popa-Velea. Există stări afective care generează anumite comportamente (de exemplu, starea de tristețe determină lentoare comportamentală sau apatie) sau există comportamente care determină anumite trăiri (de exemplu, consumul de droguri poate genera o sare de extaz).

Procesele motivațional-voliționale reprezintă ansamblul manifestărilor psihice ce determină un subiect să acționeze. Aceste procese ale vieții psihice sunt legate de inițierea, direcționarea și susținerea energetică pe termen lung a comportamentului. Structurile de bază ale motivației, în acest context, sunt trebuințele interne ale persoanei, definite ca stări de necesitate, care, atunci când nu sunt satisfăcute, produc o tensiune internă ce orientează omul spre anumite acțiuni sau activități, menite să satisfacă nevoia și să elimine pe această cale tensiunea. Unele stări de necesitate s-au format în filogeneză și îi sunt date omului prin naștere (nevoia de hrană). Altele (mai complexe și mai numeroase) se formează pe parcursul vieții (nevoia de muzică). Acestea, la origine, sunt stimulări externe care, acționând repetat asupra individului, satisfăcându-i anumite cerințe de autoreglare, au fost preluate, asimilate și transformate în

condiții interne. (Exemplu: un copil căruia i s-a cerut frecvent să citească va ajunge, la un moment dat, să simtă nevoia de a citi). Psihologul american H. Maslow (1908-1970) realizează o clasificare, devenită clasică, a trebuințelor, după criteriul evoluției lor în timp, la nivel individual, cât și la nivelul speciei, dar și după criteriul complexității lor. Aceste necesități sunt plasate de către autor într-o piramidă, numită piramida trebuințelor, avându-le la bază pe cele primare și simple, iar la vârf – pe cele complexe, după cum urmează: 1. trebuințe biologice; 2. trebuințe de securitate; 3. trebuințe de afiliere; 4. trebuințe de statut; 5. trebuințe de autorealizare. Fiecare nevoie determină un șir de comportamente aferente. Nevoile biologice determină comportamente de dobândire a hranei, găsire a partenerului sexual, de autoconservare sau autoapărare. Trebuințele de securitate generează și susțin comportamente de depozitare de resurse materiale, elaborarea măsurilor de prevenție, inclusiv prevenție medicală. Trebuințele de afiliere inițiază comportamente de comunicare, de stabilire a relațiilor de prietenie, colegialitate sau intime. Trebuințele de statut sau recunoaștere determină activități orientate spre obținerea și consolidarea unei poziții sociale, printre care cea mai frecventă este dezvoltarea carierei profesionale. Trebuințele de autorealizare presupun activități creative, critice, căutare de sens etc. Potrivit autorului, cu cât o trebuință este mai complexă (mai spre vârful piramidei), cu atât este mai specifică omului. Nevoile complexe sunt mai puțin urgente, dar satisfacerea lor produce fericire și crește eficiența biologică a organismului.

Factorii socio-culturali

Printre factorii socio-culturali de importanță majoră în modelarea comportamentului uman sunt familia și religia. Familia este un grup social care transformă prin socializare un organism biologic în ființă umană. În context familial fiecare individ obține de-a lungul vieții cunoștințe și experiențe proprii privind gradul de dependență/independență față de alții; gradul de încredere față de sine și de alții; atitudinea față de ceilalți, bazată pe diferențele de sex, vârstă, poziție socială; atitudinea față de valori, tradiții; gradul de corelație între acțiunile individuale și cele de acțiunile grup etc. Experiența trăită în familie contribuie la configurarea personalității și determină anumite scenarii comportamentale, practicate pe tot parcursul vieții. De exemplu, securitatea, dragostea și grija din partea membrilor familiei în copilărie stabilesc fundamentele pe care se dezvoltă capacitatea de a te simți în siguranță în preajma se-

menilor și de a stabili relații interpersonale bazate pe încredere. Și vice-versa – lipsa de afecțiune și siguranță în copilărie poate duce la configurarea unui comportament necooperant sau chiar agresiv, întemeiat pe trăirea intensă a lipsei de securitate în preajma semenilor, perceperea lumii ca un mediu ostil de existență.

Prin religie oamenii își definesc relația cu natura, cu absolutul. Religiile sunt purtătoare a unor mesaje emoționale și moralizatoare puternice, care ne învață cine suntem și ce fel de conduită să adoptăm în raport cu sine, cu semenii și cu absolutul. Aceste mesaje determină, în proporții și forme variate, reacțiile comportamentale simple și complexe ale individului. De exemplu, credința în divinitate favorizează comportamente precum abținerea de la relații sexuale dezordonate, cultivarea stabilității maritale, abținerea de la consumul exagerat de alimente, de alcool etc. În același timp, se consideră că religia îi face pe oameni să fie mai echilibrați, să treacă mai ușor peste situațiile stresante și traumatizante ale vieții.

3. Tipologii ale comportamentului uman

Comportamentele umane pot fi clasificate în mai multe tipuri, în funcție de următoarele criterii:

a) După nivelul de complexitate, potrivit lui I. Miagcov, comportamentul uman cuprinde: **mișcări, acțiuni, operații și activități**. *Mișcărilor sunt forme de răspuns ale organismului la influențele mediului*. Ele pot fi: înnăscute (ex.: retragerea mâinii la atingerea unui obiect fierbinte) sau dobândite (mersul, scrisul etc.); fizice – mișcări musculare sau psihice – ce iau forma unui demers neuropsihic. *Acțiunile sunt sisteme de mișcări orientate spre obiect, în vederea realizării unui scop* (ex.: citirea unei cărți). Acțiunile orientate spre oameni se numesc acte de conduită. Acțiunea este întotdeauna *voluntară, însă* gradul de participare a conștiinței poate fi diferit (scopul poate fi uneori mai vag, mai puțin conștientizat), ceea ce face să apară și o serie de acțiuni impulsive, care totuși nu trebuie confundate cu mișcărilor involuntare. *Operațiile sunt mijloacele de realizare a acțiunilor*. De exemplu, într-o acțiune pot fi folosite mai multe operații: apucare, separare, eliminare etc. *Activitatea reprezintă ansamblul de acțiuni fizice, intelectuale și morale făcute cu scopul obținerii unui rezultat de semnificație*. Ea dispune *de scop și motivație proprii*: scopul este obiectivul mintal urmărit; motivația este latura stimulatoare, declanșatoare (cele două pot coincide uneori). De

exemplu, citirea unei cărți pentru a-i cunoaște conținutul – activitate (scopul și motivația sunt aceleași) sau citirea unei cărți pentru susținerea unui examen – activitate (scopul și motivația sunt diferite). Elementele comportamentului menționate mai sus sunt mobile, pot trece unele în altele. Acțiunile pot trece în activitate atunci când preiau motivația activității sau în operații, când se automatizează și devin procedeu într-o acțiune mai complexă. Un anumit tip de activitate poate trece sau poate fi confundată cu un alt tip de activitate (exemplu: intrarea copilului la școală transformă acțiunea de joc în una de învățare).

b) După predominanța factorilor de geneză (origine), comportamentele umane pot fi: **înnăscute sau dobândite**. Comportamentele înnăscute sunt centrate, predominant, pe trebuințele biofizilogice, de a căror satisfacere depinde existența individului (hrană, apărare, înmulțire etc.). Aceste tipuri de comportamente sunt fixate în programe ereditare relativ constante. Ele se caracterizează prin intensitate și stabilitate în timp.

Comportamentele dobândite sunt centrate mai ales pe trebuințele spirituale, pe norme și valori. Ele sunt „fixate” în convingeri, idealuri, deprinderi. Convingerile sunt idei bazate pe certitudine subiectivă, implantate adânc în structura personalității, trăite puternic și care determină acțiunea. Acestea sunt promovate constant de către individ, care le apără virulent atunci când sunt atacate și contrazise. *Convingerea* este doar ideea care reprezintă o valoare pentru individ, ea putând acționa și împotriva instinctului de conservare. Idealul este un model de perfecțiune umană, morală, socială sau de alt ordin, la care un ins sau o colectivitate aderă și către care tinde spre a-l realiza ca pe o valoare supremă. *Idealul* rezultă din: experiența raporturilor cu oamenii; cunoașterea vieții marilor personalități; meditații asupra vieții și propriei persoane. *Deprinderile* sunt moduri de acțiune automatizate, elaborate conștient, consolidate prin exercițiu, dar desfășurate fără control conștient permanent. Spre deosebire de cele înnăscute, comportamentele dobândite sunt mai puțin intensive și durabile. Ele manifestă tendința de diminuare a funcționalității și chiar stingerii ei în timp.

c) După calitatea proceselor psihice, implicate în reacția comportamentală, comportamentul poate fi **conștient sau inconștient**. Comportamentul este considerat inconștient atunci când reprezintă materializarea unui algoritm înnăscut (ex.: acționarea instinctului de autoapărare) sau este involuntar. Comportamentul este conștient atunci când are la

origine un proces psihic voluntar, adică presupune o activitate dirijată, scopul fiind cel care, în mare parte, reglează aceasta dirijare.

d) În funcție de gradul de socializare, comportamentul este clasificat ca **adaptativ sau dezadaptativ** (deviant). Comportamentul adaptativ este ansamblu de conduite compatibile cu sistemul de norme și modelul cultural al societății. Comportamentul dezadaptativ (deviant) este cel care constă în punerea în pericol a valorilor fundamentale ale societății prin îndepărtarea semnificativă de la normele sociale, morale și legale, reflectând o stare conflictuală a individului cu mediul social. Exemple de comportament deviant sunt: delicvența, vagabondajul, negativismul, malformațiile caracteriale etc.

e) În funcție de influența asupra sănătății, comportamentul poate fi **sanogen sau cu risc pentru sănătate**. Comportament sanogen este reprezentat de cunoștințe, valori, convingeri, idealuri, acțiuni legate de menținerea, restabilirea sau îmbunătățirea stării de sănătate. Comportamentul cu risc pentru sănătate este reprezentat de acele acțiuni și activități care cresc probabilitatea de îmbolnăvire, cum ar fi fumatul, consumul de droguri, sedentarismul, alimentația neechilibrată etc.

4. Normalitate și anormalitate comportamentală

Una dintre dihotomiile importante în limitele căreia este studiat comportamentul uman este cea de normalitate-anormalitate. În termeni generali, conceptul de anormalitate este definit ca o deviere de la normă, însă atunci când trebuie să stabilim ce este norma însăși, folosim mai multe criterii și explicații. După D. Cosman, putem vorbi despre norma statistică, norma socio-culturală, norma subiectiv-individuală, norma ca adaptativitate, norma medicală etc. **Norma statistică** se referă la media (frecvența) statistică. Altfel spus, un comportament frecvent întâlnit va fi etichetat ca unul normal și viceversa – unul rar practicat va fi considerat anormal. Este de menționat că abaterea de la norma statistică poate fi pozitivă (de exemplu, abilitatea de a face în minte calcule foarte sofisticate) cât și negativă (cum ar fi delicvența). **Norma socio-culturală** se referă la anumite standarde de comportament acceptabil, stabilite de fiecare cultură sau societate. Comportamentul care deviază vizibil de la aceste standarde este considerat anormal. Variabilitatea culturală determină în această ordine de idei și o variabilitate a normei comportamentale. **Norma individual-subiectivă** se referă la nivelul constant de funcționare al unui individ de-a lungul timpului. De exemplu, după leziuni minore, individul poate manifesta un declin cognitiv, ceea

ce constituie o scădere față de nivelul de funcționare anterior (normal pentru persoana respectivă). În același timp, această viziune percepe anormalitatea în termeni de sentimente de suferință subiectivă a persoanei (alienare, înstrăinare, disconfort existențial). **Norma ca adaptativitate** se referă la comportamente care nu au efecte adverse asupra persoanei în sine sau asupra comunității din care individul face parte. Anormalitatea este percepută aici ca maladaptativitate. **Norma medicală** este raportată la echilibrul complex și dinamic al organismului, într-un ansamblu de interferențe active cu ambianța. La acest echilibru se ajunge prin colaborarea armonioasă a diferitor sisteme din organism și se realizează pe baza resurselor adaptative și a mecanismelor compensatorii din organism. Deci, anormalitatea, în acest context, este raportată la boală (fizică sau psihică).

Din cele menționate mai sus reiese că norma și, respectiv, normalitatea sunt noțiuni relative și variabile de la o societate la alta, de la o epocă la alta și chiar de la un individ la altul. De aceea, o abordare tot mai frecventă este cea care combină toate modalitățile de definire, configurând un set de trăsături pe care le are o persoană normală în mai mare măsură decât o persoană anormală.⁴ Aceste trăsături ar fi:

- Perceperea corectă a realității. Persoanele normale pot stăpâni mediului și face față cerințelor vieții.
- Aptitudinea de control voluntar asupra comportamentului. Persoanele normale se pot comporta ocazional impulsiv, dar sunt capabile să-și limiteze impulsurile atunci când este necesar
- Capacitatea de conștientizare și acceptare a propriei persoane. Persoanele normale sunt conștiente de propriile limite și țin cont de ele în acțiunile lor.
- Aptitudinea de a crea relații încărcate afectiv: indivizii normali sunt capabili să creeze relații strânse și satisfăcătoare cu alte persoane, sunt sensibili la sentimentele altora și nu cer prea mult de la ceilalți pentru satisfacerea nevoilor proprii.
- Productivitatea și creativitatea: persoanele bine adaptate sunt capabile să-și canalizeze efortul spre activități productive, să-și păstreze entuziasmul în privința vieții și să-și conserve energiile fără a ajunge la epuizare.

⁴ Smith E. *Introducere în psihologie*. În: Popa-Velea Ovidiu. Științele comportamentului uman. Aplicații în medicină. București: Ed. Trei, 2010, p. 67-68.

- Autonomia, integritatea și unitatea personalității: o persoană normală tinde întreaga viață spre autogestiune și autoperfecționare.
- În concluzie, ar fi de menționat că, indiferent de criteriile teoretice ale normalității și trăsăturilor umane considerate ca fiind valoroase, fiecare individ uman aspiră să fie tratat corect și egal, el vrea să fie acceptat de ceilalți nu doar pentru ceea ce are în comun cu ei, dar mai ales pentru atributele sale unice.

Situații de problemă

1. Activitate în echipă: Comportamentul agresiv este întâlnit frecvent în epoca contemporană. El se poate manifesta prin violență, prin agresiune verbală sau prin neasigurarea neoferirea de ajutor sau suport. Efectele acestui tip de comportament sunt, de cele mai multe ori, nocive atât pentru cel care îl practică, cât și pentru cei care îl suportă.

Sarcină: determinați factorii care pot favoriza un comportament agresiv al unui copil, adolescent, adult.

2. Activitate în echipă: Studiați cu atenție lista trăsăturilor specifice unei persoane normale, elaborate de Smith E. Elaborați propria listă de trăsături ce definesc normalitatea.

3. Comentați fragmentul de mai jos:

Ciuma (fragment)

Albert Camus

O cale la îndemâna oricui de a face cunoștință cu un oraș este să încerci să afli cum se muncește în el, cum se iubește și cum se moare. În orașelul nostru, să fie un efect al climatului, toate acestea se fac laolaltă, cu același aer frenetic și absent. Adică oamenii aici se plictisesc și tot aici se străduiesc să-și formeze obișnuințe. Concetățenii noștri muncesc mult, dar totdeauna doar ca să se îmbogățească. Sunt interesați mai ales de comerț și, în primul rând, chiar după cum spun ei, să facă afaceri. Firește, au și slăbiciunea bucuriilor simple, iubesc femeile, cinematograful și băile în mare. Dar, foarte înțelept, ei păstrează aceste plăceri pentru sâmbătă seara și duminică, încercând, în celelalte zile ale săptămânii, să câștige mulți bani. Seara, când își părăsesc birourile, se adună în cafenele, la ore fixe, se plimbă pe același bulevard sau stau în balcoanele lor. Dorințele celor mai tineri sunt violente și scurte, în timp ce viciile celor mai în vârstă nu depășesc asociațiile de popi-

cari, banchetele prietenești si cluburile în care se mizează sume mari la jocul de cărți.

Veți spune fără îndoiala ca asta nu e ceva particular pentru orașul nostru si că, la urma urmei, toți contemporanii noștri sunt la fel. Fără îndoiala, nimic nu e mai natural, astăzi, decât sa vezi oameni muncind de dimineața până seara și hotărând, ei singuri, apoi, să-și piardă la cărți, la cafenea și în palavrageli de tot felul, timpul care le mai rămâne de trăit. Dar sunt orașe și locuri unde oamenii au. din când în când, presentimentul că ar mai exista și altceva. În general, asta nu le schimbă viața. Dar presentimentul a existat și asta, oricum, tot e ceva. Orașul, dimpotrivă, este, aparent, un oraș fără presentimente, adică un oraș cu totul și cu totul modern. Nu e prin urmare necesar să precizăm modul în care se iubește la noi. Bărbații și femeile fie că se devoră rapid în ceea ce se cheamă actul dragostei, fie că se lasă prinși într-o lungă obișnuința în doi. Între aceste extreme, rareori există cale de mijloc. Nici asta nu e ceva original. La Oran, ca și aiurea, din lipsa de timp și de reflecție, ești într-adevăr silit să iubești fără s-o știi.

Ceea ce e mai original în orașul nostru este dificultatea de care te poți lovi aici când e să mori. Dificultate, de altfel, nu este cuvântul potrivit și mai corect ar fi să vorbim de inconfort. Nu e niciodată agreabil să fii bolnav, dar sunt orașe și locuri care te susțin în boală, unde poți, într-un fel, să te lași în voia ei. Un bolnav are nevoie de blândețe, îi place să știe că se poate sprijini pe ceva, cum e și firesc. Dar la Oran, excesele climei, importanta afacerilor care se tratează, insignifianta decorului, rapiditatea crepusculului și calitatea plăcerilor, totul cere sănătate zdravăna. Un bolnav se simte foarte singur aici. Gândiți-vă atunci la cel care trage să moară, prins în cursă, îndărătul sutelor de pereți trosnind de căldură, în timp ce în același minut chiar, o întreaga populație, la telefon sau în cafenele, vorbește de polițe, de conosamente și de scont. Veți înțelege atunci ce poate fi inconfortabil în această moarte, chiar modernă, când apare deci într-un loc sterp.

Aceste câteva indicații reușesc poate să dea o idee suficientă despre orașul nostru. De altminteri, nu trebuie nimic exagerat. Ceea ce trebuia subliniat, este doar aerul banal al orașului și al vieții. Dar, îndată ce ți-ai creat obișnuințele, îți duci zilele fără greutate. Din moment ce orașul nostru tocmai favorizează obișnuințele, se poate spune ca totul e cum nu se poate mai bine. Sub acest unghi, fără îndoiala, viața nu e foarte pasionanta. Dar, cel puțin, la noi nu se cunoaște dezordinea.

Glosar

Comportament – ansamblul manifestărilor obiective ale oamenilor și animalelor, prin care se exteriorizează viața psihică.

Activitate – ansamblul acțiunilor întreprinse în scopul obținerii unui rezultat de semnificație.

Ereditate – proprietate a viețuitoarelor de a transmite urmașilor caracteristicile morfologice și fiziologice, dobândite în cursul evoluției.

Gândire – facultate superioară a crierului uman de a reflecta, în mod generalizat, realitatea obiectivă prin noțiuni, judecăți, raționamente, teorii.

Motivație – totalitatea mobilurilor conștiente sau inconștiente, care îl determină pe om să efectueze o anumită acțiune sau să tindă spre realizarea unui scop.

Normă – totalitatea condițiilor minimale pentru obținerea unui titlu, apreciere, statut; criteriu de apreciere.

Normă medicală – echilibrul complex și dinamic al organismului, într-un ansamblu de interferențe active cu ambianța, la care se ajunge prin colaborarea armonioasă a diferitor sisteme din organism și se realizează pe baza resurselor adaptative și a mecanismelor compensatorii din organism.

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie medicală*. Iași: Ed. Polirom, 2010.
2. Enăchescu C. *Tratat de psihopatologie*. Iași: Ed. Polirom, 2005.
3. Lewin K. *Psychologie dynamique: les relations humaines*. Paris: PUF, 1965.
4. Maslow A.H. *A theory of human motivation*. In: *Psychological Review*, 1943, nr.50 (4), p.370–96.
5. Мягков И.Ф., Воков С.Н., Чаев С.И. *Медицинская психология*. Москва: Логос. 2003.
6. Popa-Velea Ovidiu. *Științele comportamentului uman. Aplicații în medicină*. București: Ed. Trei, 2010.
7. Skinner B. F. *Science and human behaviour*. The B.F. Skinner Foundation, 2005.

II. COMPORTAMENT ȘI PERSONALITATE

1. Conceptul de personalitate
2. Tipologii temperamentale

Preliminarii

Personalitatea umană poate favoriza anumite comportamente, iar diferite comportamente pot contribui la modelarea personalității. Cunoașterea personalității este, prin urmare, un factor de înțelegere a comportamentului și viceversa. În acest capitol, va fi reflectată legătura generativă dinspre personalitate spre comportament, prin dezvăluirea semnificației conceptului de personalitate, prin descrierea laturii ei temperamentale, caracteriale și aptitudinale și prin expunerea unui șir de tipologii personologice, devenite clasice. La finele acestui capitol, studenții vor ști ce este personalitatea și vor înțelege elementele structurale ale ei; de asemenea, ei vor obține competențe de a determina reacțiile comportamentale ale diferitor tipuri de personalitate.

1. Conceptul de personalitate

Omul este un subiect generat de interacțiunea dintre moștenirea genetică și factorii socio-culturali educaționali. În același timp, determinările biologice și cele sociale nu îl fac pe om o simplă piesă din agregatul social, ci un element activ care, având capacități de acțiune, cunoaștere și valorificare, contribuie la crearea istoriei sociale, prin dezvoltarea de sine. Actualmente, se folosesc diverși termeni referitori la ființa umană, precum individ, persoană, personalitate. Termenul de *individ* definește o unitate vie indivizibilă, un reprezentant al speciei, dotat cu un ansamblu de însușiri biologice. *Persoana*⁵ se referă la individualitatea fizică și juridică a omului, așa cum aceasta apare în relație cu alții. Omul ca persoană dispune de stataturi sociale și îndeplinește un șir de roluri proprii acestora. Termenul de **personalitate** este unul complex și se distinge prin mai multe aspecte. O definiție primară în ordinea evidenței spune că personalitatea este ansamblu de trăsături prin care se remarcă o per-

⁵ În antichitate cuvântul „*persona*” era un termen specific teatrului grec și înseamnă - mască.

soană, se distinge de altele sub aspectul moral, intelectual, afectiv etc. Ea reprezintă paternul caracteristic și distinct al gândirii, al afectivității și comportamentului, care definește stilul personal al unui individ, influențează interacțiunea acestuia cu mediul și asigură consistența transsistematică a conduitei umane.⁶ Personalitatea este detectarea, optarea și fidelitatea deliberată pentru *propria lege* – rezultată a relațiilor complexe dintre zestrea nativă a ființei umane (nevoile biologice) și determinările social-culturale.⁷ Aceste înțelesuri relevă elementele definitorii ale conceptului de personalitate. Acestea sunt:

- Personalitatea este un ansamblu de **trăsături constante**, ce îl particularizează pe fiecare individ, îl fac distinct de alți indivizi, de-a lungul existenței sale. Trăsăturile respective se manifestă prin stabilitate în conduită, neputând fi modificate radical de situații accidentale. De exemplu, un om prietenos va fi așa de cele mai multe ori și doar în situații excepționale va fi altfel.
- Personalitatea este întotdeauna **unică**, deoarece fiecare persoană pornește de la o zestre ereditară irepetabilă și fiecare suportă influențe particulare (istoria propriei vieți este irepetabilă).
- Personalitatea presupune **plasticitate**. Trăsăturile de personalitate nu sunt totalmente rigide, putându-se restructura și perfecționa sub presiunea mediului. Personalitatea implică o modalitate de comportare ce determină o adaptare originală, dar și continuă la mediu.
- Personalitatea se caracterizează prin **integritate**, ce rezultă din organizarea dinamică a tuturor componentelor structurale: fizio-morfologice și psihologice (cognitive, afective, volitive). De exemplu, un om calm va exprima calmul când vorbește, gândește, acționează etc.
- Personalitatea este **specific umană**. Doar ființa umană are capacitatea de a gândi despre sine, de a reflecta asupra propriului „Eu”, asupra raportului acestuia cu lumea. De peste un secol, psihologia a pus în centrul edificiului personalității conceptul de Eu, înțelesul primar al lui este cel al referirii la propria ființă, deosebit de tot ce nu este Eu. Eu se constituie (ca formațiune psihologică) în procesul interacțiunii cu lumea și apare ca integrator al personalității.

⁶ Cosman D. *Psihologie medicală*. Iași: Ed. Polirom, 2010, p. 127.

⁷ Jung Carl Gustav. *Despre formarea personalității*. În: Psihologie individuală și socială. București: Editura Anima, 1994, p.16.

Teorii personologice

Personalitatea umană este unul dintre cele mai studiate fenomene. Astăzi, sunt cunoscute câteva descrieri teoretice importante ale personalității, printre care: teoriile psihanalitice, teoriile trăsăturilor, teoriile comportamentaliste, teoriile fenomenologice. Teoriile psihanalitice pun accentul pe latura instinctuală (înnăscută) a personalității și pe dinamica conflictuală a constituirii ei pe baza introspectării interdicțiilor și presiunilor social-culturale. Teoriile trăsăturilor se axează pe caracteristicile stabile de comportament (un șir de trăsături pe care indivizii le dețin în proporții variabile), configurate pe baza unei moșteniri dobândite dar și experiențe individuale de viață. Teoriile comportamentaliste studiază fenomenul de învățare. Din punctul de vedere comportamentalist personalitatea este o etichetă pusă pe suma modelelor comportamentale ale individului, învățate de individ pe parcursul vieții în procesul interacțiunii cu semenii. Concepția fenomenologică se pronunță asupra unicității ființei umane și tendinței sale de autocreare și autoperfecțiunare. Din această perspectivă, personalitatea este determinată de viziunea unică a individului despre viață și lume.

Structura personalității

Cele mai multe dintre concepțiile actuale definesc personalitatea ca pe o construcție constantă, generată de moștenirea genetică (nature) și factorii educaționali de mediu (nurture). Trei componente structurale ale personalității care relevă această dualitate constituțională sunt: temperamentul, caracterul și aptitudinile.

Temperamentul este latura dinamico-energetică a personalității, exprimând cantitatea de energie de care dispune individul și particularitățile înnăscute de reactivitate ale organismului uman (caracteristicile de grad, viteză și intensitate ale reacțiilor psihice și motorii) sub influența diferitor stimuli. El este o modalitate primordială a personalității, observabilă deja la copilul mic, când celelalte (caracterul, aptitudinile) nu sunt identificabile. În același timp, temperamentul este latura personalității cea mai ușor constatabilă. Fiind o caracteristică generală, temperamentul își pune amprenta asupra modului în care diverse procese psihice (intelectuale, afective, volitive) și activități efective sunt realizate. În vorbirea curentă, temperamentul mai este numit „Fire a omului” și este maximal constant (nu se schimbă pe parcursul vieții), dar poate fi ușor modelat de caracter prin autocontrol. Nu există temperamente bune

sau rele. De exemplu, colericul reacționează prompt și energic, dar, în același timp, poate manifesta brutalitate. Iar flegmaticul își păstrează calmul, inclusiv în situații dificile, însă poate manifesta dezinteres față de acțiunea în sine etc.

Caracterul⁸ este latura relațional-valorică a personalității. El se definește, în principal, prin valorile după care individul se călăuzește și întreține relații cu cei din jur. În sens restrâns, specific, caracterul este un ansamblu de însușiri esențiale și relativ stabile ale adultului, gradual configurate pe un fond ereditar, ce derivă din experiența individuală de viață, sub influența directă a mediului educațional, a valorilor moral-spirituale la care se raportează. Însușirile caracteriale pot fi: tenacitatea, perseveranța, generozitatea, lăcomia, aroganța etc. La formarea trăsăturilor caracteriale contribuie necesitățile omului, motivația, sentimentele, convingerile morale, aspirațiile, idealul, concepția despre lume, toate acestea fiind cultivate de familie și societate, pe o scară a valorilor cultural și istoric determinate.

O însușire caracterială reprezintă o poziție a individului, ce exprimă o atitudine. Atitudinile sunt, de fapt, considerate componentele conținutistice de bază ale caracterului. În termeni de dicționar, **atitudinea** este o modalitate de raportare la o clasă generală de obiecte sau fenomene, prin care subiectul se orientează selectiv și își autoreglează preferențial comportamentul. Este de menționat că, la nivelul caracterului, provoacă interes doar atitudinile stabile și generalizate (întemeiate pe convingeri puternice) și nu cele variabile (de exemplu, este trăsătură de caracter dispoziția de a iubi oamenii și nu sentimentul pentru o persoană singulară).

Există o multitudine de atitudini pe care omul le dezvoltă pe parcursul vieții. Trei dintre cele mai importante sunt: atitudinea față de sine, atitudinea față de alții și atitudinea față de muncă, fiecare dintre ele conținând un șir de trăsături cu valoare pozitivă sau negativă. Atitudinea față de sine poate conține: demnitate (recunoașterea propriei valori), modestie, simț autocritic, pe de o parte, sau egocentrism, îngâmfare, supraapreciere, pe de altă parte. Atitudine față de alții: tact, sinceritate, ajutorare dezinteresată sau ipocrizie, invidie, calomnie. Atitudinea față de muncă se poate manifesta prin: inițiativă, devotament, responsabilitate sau lene, dezinteres, nepăsare.

⁸ Etimologic, termenul de *caracter* (provine din greaca veche) înseamnă pecete, tipar, iar cu aplicabilitatea la om – „fizionomia” individului luat sub aspectul structurilor sale psihice și spirituale.

Sub aspect medical este importantă tipologia atitudinilor pacientului față de boală, care, în linii mari, include: acceptare, ignorare sau neglijare a bolii. Acceptarea bolii poate avea cel puțin două aspecte diferite: a) pacientul acceptă boala ca pe o situație de impas, ceea ce induce inhibare, dezangajare, demobilizare – atitudini care îngreunează terapiile și reduc șansele de succes; sau b) acceptarea poate fi realistă, ceea ce generează atitudini combative, mobilizatoare, bolnavul folosind, în acest caz, toate resursele posibile pentru tratament și vindecare. În cazul ignorării bolii, deși pacientul este conștient de starea nu tocmai normală a organismului, el amână decizia de a se trata, pornind, de exemplu, de la convingerea că are suficiente resurse naturale de reechilibrare (el a mai fost bolnav și s-a refăcut fără tratament). Ignorarea bolii poate duce la lipsă de cooperare pentru terapie, la neglijarea stării de boală și la agravarea acesteia. În cazul negării bolii, pacientul dă dovadă nu doar de lipsa de cooperare, ci chiar manifestă opoziție față de tot ceea ce se referă la situația lui de impas, inclusiv la terapie.

Este de menționat că atitudinile și trăsăturile asociate lor sunt corelate și organizate în sistem. Există atitudini și trăsături dominante și dominate, iar relația dintre ele determină particularitățile caracteriale specifice ale personalității. Complexitatea caracterului este determinată de îmbinarea mai multor trăsături dominante și dominate, formate ca rezultat al multitudinii de relații pe care persoana le stabilește cu viața socială, cu munca, cu oamenii etc. Expresivitatea caracterului este generată de dezvoltarea precumpănitoare a uneia sau a câtorva trăsături caracteriale, ce conferă o notă specifică întregului. Statornicia caracterului presupune prezența unor atitudini și trăsături caracteriale ce au o semnificație de o mare valoare morală pentru individ, aceasta fundamentând constanta manifestare a lor în comportament. Tăria de caracter se exprimă prin rezistența la acțiuni și influențe contrare scopurilor, convingerilor morale ale persoanei etc.

Aptitudinile reprezintă latura instrumentală a personalității. Ele sunt operații superior dezvoltate, care mijlocesc performanțe supramedii (rapiditatea; precizia; productivitatea; originalitatea; eficiența) în activitate. Aptitudinea se construiește pe o bază ereditară prin exercițiu, învățare și antrenament. Există diferite tipuri de aptitudini:

- După sfera de aplicabilitate aptitudinile pot fi: a) *Speciale*: cele ce mijlocesc eficiența activității într-un anumit domeniu (de exemplu, cele sportive, muzicale, tehnice etc.); b) *Generale*: Cele utile pentru mai

multe sau pentru toate domeniile (de exemplu, spiritul de observație, inteligența).

- După natura proceselor psihice prin care se exprimă: a) *Aptitudini senzorial-perceptive* (exemplu: vederea spațială); b) *Aptitudini psihomotorii* (exemplu: coordonarea manuală); c) *Aptitudini intelectuale* (exemplu: inteligența).

Este importantă clarificarea deosebirii dintre aptitudine și capacitate. Aptitudinea rezultă dintr-un potențial și se manifestă prin facilitatea în învățare și execuție. Capacitatea este aptitudine împlinită, care s-a consolidat în deprinderi și s-a îmbogățit cu o serie de cunoștințe adecvate. Exemplu: precocitatea manifestată prin surprinzătoarea reușită în muzică indică *aptitudini*, însă doar după ce, prin *exercițiu* și elaborări complexe de sisteme de lucru, omul ajunge la rezultate remarcabile, se poate vorbi despre *capacități*.

2. Tipologii temperamentale

Savanții din toate timpurile încercau să înțeleagă legătura dintre anumite trăsături de personalitate (caracteristici umane) și comportamente. Dovadă sunt multiplele tipologii-clasificări personologice elaborate în decursul istoriei. În aceste tipologii prin accentuarea trăsăturilor diferențiale se creau tipuri⁹ de referință (tipuri ideale), la care se raporta diversitatea factuală a ființelor umane, pentru a obținere înțelegere, cunoaștere și predicție a comportamentelor. Cele mai multe dintre tipologii se bazează pe însușirile înnăscute (temperamentale) ale personalității, dată fiind primordialitatea în ordinea apariției și evidenței a temperamentului.

Primele încercări de clasificare a personalității au fost realizate încă în antichitate. Părintele medicinei, Hipocrate (460-370 î.e.n.), a delimitat, după aspectul constituțional exterior, două tipuri personologice: *tipul corporal fizic* și *tipul apoplectic*. *Tipul fizic* cu schelet fragil și alungit era caracterizat din punct de vedere temperamental ca fiind rece, calculat, tăcut, reflexiv, iar medical – predispus la tuberculoză și, în general, la boli ale sistemului respirator. *Tipul apoplectic* cu aspect musculos-obez, abdomen dezvoltat, statură mijlocie sau mică, era caracterizat ca fiind jovial, afectuos, impulsiv, instabil emoțional, necontrolat, iar sub aspect medical – predispus la tulburări circulatorii și digestive.

⁹ *Tip* – exemplar care întrunește un șir de trăsături reprezentative, esențiale pentru un grup de indivizi.

Galenus (130-200), în conformitate cu cele patru umori fundamentale ale organismului (bila galbenă, sângele, flegma, bila neagră), care se amestecă în proporții variate în organism, a identificat patru tipuri temperamentale de bază – coleric, sanguinic, flegmatic, melancolic. Denumirile temperamentelor date de Galenus au fost păstrate până astăzi, însă descrierile lor au fost perfectate progresiv, după cum urmează: *Colericul* este inegal în manifestări: poate fi năvalnic sau dezarmat; trece de la inițiativă uluitoare la abandon, de la o desfășurare de forță nestăpânită la incapacitate de acțiune, de la curaj la teamă și panică. Este nerăbdător și irascibil și înclinat spre exagerare. Reacțiile comportamentale depind, în mare măsură, de dispoziția afectivă în care se află. Poate acționa consecvent, sub impulsul unor scopuri de mare însemnătate. Este foarte comunicativ, cu inițiativă și bun organizator. Sub aspect afectiv, este inconsecvent, dar poate avea sentimente statornice, ce se exteriorizează extrem de variat. Pentru al transforma într-un factor eficient trebuie să fie pus în valoare, să i se cultive și încurajeze inițiativele pozitive.

Sanguinicul se caracterizează prin ritm psiho-economic egal. Echilibrându-se continuu, el menține în tot timpul vieții o aproximativ egală linie de plutire. Este temperamentul bunei dispoziții, al adaptabilității prompte și economicoase. Se adaptează ușor la situațiile noi. Se apucă ușor de noi activități și la fel de ușor le poate abandona. Nu este un ambițios, dar nici indiferent. Stabilește ușor relații cu oamenii, dar este superficial și inconsecvent. Atenția și interesele lui tind să se disperseze. Pentru a evita distragerile, energia lui trebuie focalizată spre obiective permanente.

Flegmaticul dispune de un fel de răbdare naturală: este lent și neobișnuit de calm în tot ce face; nu are reacții bruște și rapide, foarte rar se înfurie, dar când o face se potolește greu. Este extrem de meticulos când este angajat într-o activitate, pune accentul pe detalii și nu abandonează lucrul până nu ajunge la rezultatul scontat, dacă totuși nu reușește devine apatic. Se adaptează foarte greu la situații noi și nu trece ușor la alt gen de activitate. Leagă mai greu prietenii, dar odată încheigate foarte greu le mai abandonează. Pentru al face mai eficient în activități, trebuie acționat pentru a-i forma sisteme de reacție mai rapide și prompte (trebuie solicitat să exerceze activități ce presupun un tempo mai rapid). Pentru a-l scoate din rutină, trebuie să i se formeze înclinații mai variate, precum și interesul pentru nou.

Melancolicul are disponibilități energetice reduse. În condiții nealarmante, acționează normal și chiar dovedește răbdare, spirit de analiză detaliată, conștiinciozitate. Când intervin suprasolicități, stări conflictuale slăbiciunea lui devine evidentă, prin stări depresive și melancolice. Este extrem de autoexigent și, de aceea, de multe ori, abandonează activitatea, pierzând încrederea în forțele proprii. Este hipersensibil, deosebit de sentimental și interiorizat.

În prezent, există un șir de tipologii realizate după criteriul: morfologic, psihofiziologic, psihologic. În cele ce urmează vor fi descrise câteva dintre cele mai cunoscute, dar și cu impact asupra domeniului medical de activitate.

Tipologiile morfologice sau bioconstituționale

După cum a fost menționat mai sus, criteriul *morfologic* de clasificare a fost folosit încă în antichitate, dar s-a bucurat de mare popularitate spre finele secolului XIX și în primele trei decenii ale secolului XX. Ca și în antichitate, autorii din perioada contemporană au configurat morfotipuri și au încercat stabilirea unei legături corelative între aceste morfotipuri și trăsăturile (temperamentale) de personalitate, realizând astfel clasificarea temperamentelor după criterii bioconstituționale. Există două tipologii clasice de acest gen: Tipologia lui E. Kretschmer¹⁰ și cea a lui W. H. Sheldon¹¹.

Medicul psihiatru german E. Kretschmer (1888-1964), desfășurându-și activitatea în cadrul clinicii de neurologie a Universității din Tübingen (1913-1926) și studiind bolnavi psihici, a sesizat o corespondență între simptomatologia psihocomportamentală și aspectul bioconstituțional extern. Astfel, a ajuns la elaborarea unei tipologii alcătuită din trei morfotipuri principale:

- a) Tipul *picnic* – *ciclotim*, morfologic caracterizat prin: constituție orizontală, abdomen voluminos, obezitate, piele întinsă, față moale, sistem osos fragil.

¹⁰ Kretschmer E. *Physique and character: an investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament*. London: Routledge, 1999.

¹¹ Sheldon W.H. *The Varieties of Human Physique: An Introduction to Constitutional Psychology*. Harper & Brothers Publishers, 1940; Sheldon W.H., Stanley S.S. *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences*. Harper, 1945.

- b) Tipul leptosom (astenic) – schizotim, caracterizat prin: constituție verticală, trunchi cilindric, cutie toracică turtită, umeri apropiați și înguști, cap mic și rotund, paloare a feței, trăsături feminine la bărbați și masculine la femei.
- c) Tipul athletic – vâscos caracterizat prin: constituție fizică proporționată, dezvoltare robustă a sistemului osos și muscular, umeri lați și bazin îngust.

Pe baza variațiilor în interiorul tipurilor picnic și astenic, Kretschmer a identificat șase tipuri temperamentale: *3 ciclotimice și 3 schizotimice*. Temperamentele ciclotimice: 1) *Hipomaniac*, caracterizat prin dispoziție euforică, mobilitate, sociabilitate, comunicativitate exagerată; 2) *Sintonic*, caracterizat prin spirit realist, pragmatism, simțul umorului, toleranță; 3) *Greoi*, caracterizat prin lentoare, inerție, praguri senzoriale ridicate, timpi de reacție mari. Temperamente schizotimice: 1) *Hiperestezic*, caracterizat prin nervozitate, iritabilitate, idealism, interiorizare, delicatețe, circumspecție; 2) *Schizotimic* – intermediar, rece, calm, energic; 3) *Anestezic* – rece, nervos, logic, sistematic, obtuz, leneș, inaccesibil pasiunilor, indolent.

Tipologia kretschmeriană continuă să fie folosită pe scară largă în medicină, îndeosebi în țările de limbă germană.

W. H. Sheldon (1899-1977), pentru a stabili și descrie cât mai exact tipurile morfologice, fotografiază și supune studiului circa 4.000 de studenți. Examinarea acestora este realizată în conformitate cu un șir de parametri (variabile) printre care: înălțimea, greutatea, dezvoltarea toracelui și a capului, lungimea mâinilor și picioarelor, dezvoltarea sistemului muscular și osos, finețea pielii, suprafața pielii etc. Pe baza a trei membrane embriogenetice, din care derivă organele interne, sistemul muscular și osos, organele de simț și sistemul nervos – *endoderma*, *mezoderma* și *ectoderma*, el delimitează trei biotipuri principale: endomorf, mezomorf și ectomorf. Acestea corespund tipurilor picnic, athletic și astenic, descrise de Kretschmer. **Endomorful** se diferențiază prin constituție dezvoltată pe orizontală, sferică. **Mezomorful** se caracterizează prin o dezvoltare superioară a oaselor și a mușchilor. **Ectomorful** se distinge prin predominarea liniei verticale de dezvoltare asupra celei orizontale și este înalt, cu coșul pieptului turtit, slab, cu mușchii puțin dezvoltați. Sheldon a mai identificat și o serie de biotipuri care se abat de la acest continuum al curbei de variație. Unul dintre acestea este cel *displastic*, depistat și de Kretschmer.

Inovația esențială pe care a introdus-o Sheldon se întemeiază pe convingerea că biotipul nu este o *entitate pură*, ci include toate cele trei componente, însă în proporții diferite. Astfel, un biotip se determină prin gradul ridicat de dezvoltare a trăsăturilor specifice, dar și prin nivelul scăzut de exprimare al celorlalte trăsături, proprii celorlalte biotipuri.¹²

Ca și Kretschmer, Sheldon va încerca să stabilească pe baza biotipurilor psihotipurile corespunzătoare. El identifică 650 de trăsături pe care le corelează cu fiecare biotip, din care finalmente sunt reținute câte 22 de trăsături pentru fiecare dintre cele trei psihotipuri identificate: endomorful – visceroton, mezomorful – somatoton, ectomorful – cerebroton. Pentru *visceroton* sunt caracteristice: dorința de odihnă și relaxare, preferința pentru confort, plăcerea digestiei, dependența de aprobare socială, somnul profund, nevoia de consolare la necaz, nevoia de afecțiune și suport social. *Somatotonul* se particularizează prin: atitudinea asertivă, siguranța în afirmare, energia în vorbă și faptă, nevoia de exercițiu, maniera deschisă, directă, fără rețineri de a se purta în contextul relațiilor interpersonale, nevoia de acțiune imediată la necaz, nevoia de a părea mai în vârstă, vocea sigură, neînhibată. *Cerebrotonului* îi sunt specifice: reținerea în atitudini, mod nervos de a reacționa, sociofobia, inhibiție relațională, reținere vocală, persistența în maniere și deprinderi, somn nervos, nevoia de singurătate, proiecții și reverii tinerești de compensație.

Legătura dintre somă (respectiv, constituția fizică) și structura psihocomportamentală nu poate fi pusă la îndoială. Această legătură nu este însă de natură cauzală sau genetică, ci corelativă: cele două variabile – constituția fizică și structura psihică – covariază împreună, variațiile uneia putând fi puse în corespondență directă sau indirectă cu variațiile celeilalte. Aceste covariații au o cauză comună, care însă nu este relevantă de tipologiile sus-enunțate.

Tipologiile psihofiziologice¹³

Cea mai cunoscută tipologie psiho-fiziologică este elaborată de către I. P. Pavlov. În elaborarea schemei sale de clasificare, Pavlov a pornit de la ideea, potrivit căreia, rolul principal în reglarea raporturilor orga-

¹² Nutriția și boala, precum și profesiunea pot schimba valorile concrete ale parametrilor biotipului. Însă estimările realizate în decursul a mai mulți ani, respectiv 10-20, arată că raportul dintre diverșii parametri tinde să rămână constant.

¹³ Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. *Медицинская Психология*. Москва: Издат. Логос.. 2003, с.65-71.

nismului cu mediul extern, a funcționării organelor interne și a activismului psihic îl joacă creierul. Pe baza datelor experimentale, Pavlov a reușit să identifice trei proprietăți naturale (innăscute) ale sistemului nervos: *forța, mobilitatea și echilibrul*. Acestea alcătuiesc împreună ceea ce el a numit tip general de activitate nervoasă superioară sau *tip a sistemului nervos*.

– *Forța* este o proprietate care reflectă încărcătura energetică a neuronului. Indicatorii comportamentali după care poate fi evaluată forța sistemului nervos sunt: capacitatea generală de lucru (gradul de dificultate și complexitate a sarcinilor pe care le poate realiza individul cât și durata implicării în activitate); rezistența la acțiunea factorilor stresanți (evenimente dramatice ale vieții); nivelul pragurilor senzoriale (sensibilitate scăzută), rezistența la acțiunea alcoolului și substanțelor farmacodinamice etc. În funcție de valorile pe care le au acești indicatori, sistemul nervos poate fi de două feluri: *tipul puternic și tipul slab*.

– *Mobilitatea* este proprietatea ce reflectă dinamica proceselor nervoase. Cantitativ, ea se exprimă în unități de timp și este evaluată pe baza unor indicatori precum: rapiditatea trecerii de la o activitate la alta; rapiditatea restructurării vechilor sisteme de legături temporare și stereotipuri: rapiditatea și ușurința adaptării la schimbare etc. După valorile acestor indicatori, sistemul nervos este *mobil sau inert*.

– *Echilibrul* este proprietatea care rezultă din raportul dintre excitație și inhibiție și se manifestă prin 3 tendințe: 1) tendința spre impulsivitate (predominarea forței excitației asupra forței inhibiției); 2) tendința spre inhibare (predominarea forței inhibiției asupra forței excitației); 3) tendința spre echilibru (forța excitației aproximativ egală cu cea a inhibiției și invers). Tipul fundamental de probă pentru testarea echilibrului este expunerea la situații antagonice, dilematice, frustrante și înregistrarea raportului dintre calm și irascibilitate. În baza acestei proprietăți, Pavlov a delimitat două tipuri de sistem nervos: 1) *echilibrat* și 2) *neechilibrat*, în cadrul căruia există două subtipuri: 2.1 *neechilibrat excitabil* și 2.2 *neechilibrat inhibabil* (cu specificarea pavlovistă că, în condiții normale, o existență reală o posedă doar subtipul neechilibrat excitabil).

Din combinarea celor trei proprietăți ale sistemului nervos derivă patru tipuri generale de activitate nervoasă superioară: ***tipul puternic-echilibrat-mobil***, caracterizat prin valori ridicate ale tuturor celor trei însușiri; ***tipul puternic-echilibrat-inert***, caracterizat prin valori ridicate

ale forței și echilibrului și prin valori scăzute ale mobilității; **tipul puternic-neequilibrat-excitabil**, caracterizat prin valori ridicate ale forței și prin valori scăzute ale echilibrului, cu predominarea excitației asupra inhibiției; **tipul slab**, caracterizat prin valori scăzute ale forței, mobilității și echilibrului.

Pavlov a pus în corespondență aceste tipuri de sistem nervos cu cele patru temperamente stabilite în antichitate. Astfel, *tipul puternic-echilibrat-mobil* are drept corespondent temperamentul sangvinic: vioi, sociabil, adaptabil, controlat. *Tipul puternic-echilibrat-inert* are corespondent temperamentul flegmatic: calm, tăcut, nesociabil, lent, greu adaptabil la situații noi, greu de impresionat, rezistent la stres și frustrări. *Tipul puternic-neequilibrat-excitabil* are corespondent temperamentul coleric: rezistent, vioi, hiperactiv, irascibil, impulsiv, imprudent, trăiri emoționale explozive, instabilitate comportamentală, tendință de dominare în relațiile interpersonale, saturație și plictiseală rapidă la monotonie. *Tipul slab* are drept corespondent temperamentul melancolic: interiorizat, retras, sensibil, delicat.

Tipologii psihologice

Analiza laturii temperamentale a personalității realizată din perspectivă psihologică a contribuit la configurarea mai multor tipologii. Una dintre ele, care s-a bucurat și se bucură de o recunoaștere mai largă, este legată de numele lui C. G. Jung (1875-1961)¹⁴, psiholog și psihiatru elvețian. Pornind de la idea existenței a două atitudini (orientări energetice) opuse ale omului față de lume, C. G. Jung împarte oamenii în două grupe fundamentale: extrovertiți și introvertiți. El caracterizează *extravertitul* ca pe o ființă interesată de semenii și de lucruri. El este în largul lui în viața socială și se adaptează repede și bine la orice situație. Detestă solitudinea și fuge de introspecție, nu se preocupă de viața sa interioară. În orice circumstanțe, extravertitul va căuta să păstreze contactul cu lumea din jur. Acțiunea și deciziile sale sunt determinate nu de păreri subiective, ci de persoanele și lucrurile din jur (de condiții obiective). *Introvertitul* are o imagine subiectivă (proprie, specifică) asupra oamenilor și situațiilor. Puțin timid, el se refugiază în lumea sa interioară, având tendința să trăiască în visare. Fiind intolerant față de conflicte, introvertitul va face totul pentru a le evita.

¹⁴ Jung C. G. *Descrierea tipurilor psihologice*. București: Ed. Anima, 1994.

În viziunea jungiană, orice ființă închide în ea amândouă posibilitățile de orientare a energiei sale. Astfel, de-a lungul existenței, perioadele de introversiune pot foarte bine să alterneze cu faze de extroversiune. Totuși, în ansamblu, una dintre cele două atitudini predomină în comportament.

De asemenea, Jung clasifică oamenii după *tipul de funcție* dominant în structura psihică a personalității. El afirmă că ființa umană dispune de patru funcții principale pentru a se adapta lumii și structurii sale interne: gândirea, sentimentul, senzația și intuiția. *Senzația* constată ce există în jurul nostru. Ea este funcția realului. *Gândirea* indică semnificația lucrului perceput, ea îmbină concepțiile într-un ansamblu logic: este funcția simțului. *Sentimentul* transmite valoarea pe care acest lucru o are pentru noi: este funcția inimii. *Intuiția* cuprinde posibilitățile ascunse ale unei ființe: este funcția înțelegerii spontane și negândite și este numită, de obicei, fler.

După Jung, aceste funcții sunt grupate în perechi, în a căror limite operează în mod compensator (adică, dacă o componentă a perechii este conștientă, cealaltă este simultan inconștientă). Senzația și Intuiția sunt considerate funcții neraționale, orientate spre obținere de date. Gândirea și Sentimentul sunt funcții raționale, în virtutea caracterului lor comun de a efectua judecăți („este adevărat” pentru funcția Gândire, „este agreabil” pentru funcția Sentiment). Fiecare ființă umană posedă toate cele patru funcții, mai mult sau mai puțin dezvoltate, însă, în general, una dintre cele patru predomină și e numită „funcția principală”. Funcția principală este cea conștientă, iar celelalte trei sunt funcții inconștiente.

Jung încrucișează cele două tipologii și obține opt tipuri personologice: gândire extravertire; gândire introvertire; sentiment extravertire; sentiment introvertire; senzație extravertire; senzație introvertire; intuiție extravertire; intuiție introvertire: **Tipul Gândire extravertire** își subordonează viața unor decizii intelectuale, orientate spre obiective. Este un excelent organizator și constructor. Împins la extreme, acest tip poate deveni intolerant și tiranic. Atunci când componenta sa sentimentală este reprimată sau chiar refulată (funcția Sentiment fiind opusă funcției Gândire), tinde să se exprime pe ocolite sub forma unei sentimentalități sau a unui amor propriu exagerat. **Tipul Gândire introvertire** se implică mai ales în jocuri ale minții. El preferă speculația în locul realizării. Tinde spre aprofundare, nu spre extindere. Se simte în largul său în combinația originală a ideilor deja existente și, mai ales, în produce-

rea de idei noi, dar nu printre oameni. Totuși, are tendința de a fi dogmatic și intransigent. Funcția sentiment, fiind refulată, se manifestă pe ocolite ca emotivitate și susceptibilitate. **Tipul Sentiment extrovertire** ia decizii conform sentimentelor, iar acestea corespund situațiilor obiective și valorilor general valabile. Se simte în largul lui în viața socială, la toate nivelurile. Este o ființă foarte caldă, care leagă ușor prietenii. Totuși, trăind din contactele sale sociale, este tipul care depinde cel mai mult de alții. Funcția Gândire este doar o anexă a funcției predominante. Orice raționament, oricât de logic ar fi, este respins atunci când contravine sentimentelor. **Tipul Sentiment introvertire** este ghidat de sentimentul subiectiv orientat. Pare a fi inaccesibil și autosuficient. Dar sub o aparență liniștită, ascunde pasiuni care pot fi violente și exclusive. Prin urmare, în general, va avea tendința să trăiască într-un mod exacerb, chiar tragic, în raport cu evenimentele și lumea din jur. El trăiește sentimentele în profunzime nu în extensiune. Gândirea sa inconștientă se va manifesta sub forme arhaice spre exterior, de exemplu, prin băgare de zânie și provocare de intrigi. **Tipul Senzație extravertire** este cel care întreaga viață acumulează trăiri reale ale obiectului concret, fără să facă din aceasta o experiență propriu-zisă. Senzația îi folosește ca fir călăuzitor spre noi senzații. Așadar, în mod definitoriu, este orientat spre exterior și lucruri concrete. Manifestările vieții interioare i se par inutile și neinteresante. Funcția Intuiție, opusă funcției predominante, adică inconștientă și puțin dezvoltată, se manifestă prin superstiții sau idei bizare, încărcate de misticism. **Tipul Senzație introvertire** este preocupat de componenta subiectivă a senzației declanșate de stimulul obiectiv. Cu alte cuvinte, este mai interesat de propria percepție a realității decât de realitatea în sine. Atitudinea sa față de ființe și lucruri este ezitantă și, în general, neîncrezătoare. Acest tip este, se pare, mai puțin răspândit decât celelalte. **Tipul Intuiție extravertire** nu se află acolo unde se găsesc valorile reale, general recunoscute, ci acolo unde se zăresc posibilități exterioare. El se proiectează în viitor cu o facilitate extraordinară: este inovator sau explorator, în sensul larg al termenelor. Spiritul de aventură îl ține departe de stabilitate. Senzația, fiind inconștientă și introvertită, se manifestă sub formă de suspiciuni ale unor maladii ascunse sau de ordin financiar, sexual etc. **Tipul Intuiție introvertire** este foarte centrat pe lumea sa interioară și ajunge să intre în contact cu propriul inconștient. Este tipul caracteristic al poezilor vizionari, chiar al unor mistici. Funcția Senzație (opusă funcției principale) este, în consecință, defici-

vă. Din acest motiv, este foarte dezorientat în fața obligațiilor vieții practice, având totodată tendința de a neglija propria ținută și convențiile sociale.

Această tipologie nu descrie o realitate încremenită, deoarece tipul uman este determinat și de compensațiile care operează în permanență și de funcțiile secundare ale psihismului individual.

În concluzie, este de menționat că aceste și alte tipologii contribuie la o mai bună înțelegere a personalității umane și a variațiilor comportamentale asociate. În același timp, diversitatea lor este o mărturie în plus referitoare la complexitatea faptică a ființei umane în sine, care poate fi prinsă în tipare doar restrictiv sau conceptual.

Situații de problemă

1. Activitate în echipă: identificați o listă a atitudinilor și determinați șirul trăsăturilor pozitive și negative asociate lor.

2. Activitate în echipă: Dna Balan, de 35 ani, angajată într-o companie de marketing, a venit în clinică pentru o consultație de rutină la medicul de familie. Deși avea o programare prealabilă, consultația întârzie, din cauza unor solicitări neprogramate ale pacienților. În momentul în care dna Balan urma să intre în cabinetul medicului, acesta a ieșit pe hol și a anunțat că are o chemare de urgență la domiciliul unui grav bolnav și că va reveni într-o oră, cerându-și scuzele de rigoare.

Sarcină: stabiliți care va fi reacția dnei Balan, atunci când ea este dominant: colerică, sangvinică, flegmatică, melancolică?

3. Activitate în perechi: determinați tipul partenerului după axa introvertire – extrovertire și funcția psihică dominantă prin formularea unui șir de întrebări relevante.

Glosar

Personalitate – paternul caracteristic și distinct al gândirii, al afectivității și comportamentului, care definește stilul personal al unui individ, influențează interacțiunea acestuia cu mediul și asigură consistența transsituațională a conduitei umane.

Temperament – cantitatea de energie de care dispune individul și particularitățile înnăscute de reactivitate ale organismului uman sub influența diferitor stimuli.

Caracter – ansamblu de însușiri esențiale și relativ stabile ale adultului, gradual configurate pe un fond ereditar în cadrul experienței individuale de viață, sub influența directă a mediului educațional, a valorilor moral-spirituale ale acestui mediu.

Tipologie – studiu științific a trăsăturilor specifice (tipice).

Bibliografie

1. Cosman D. *Psihologie Medicală*. Iași: Ed. Polirom, 2010.
2. Kretschmer E. *Physique and character: an investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament*. London: Routledge, 1999.
3. Horney C. *Personalitatea nevrotică a epocii noastre*. București: Editura Trei, 1996.
4. Мягков И.Ф., Боков С.Н., Чаева С.И. *Медицинская Психология*. Москва: Издат. Логос, 2003.
5. Jung C.G. *Despre formarea personalității*. În: Psihologie individuală și socială. București: Ed. Anima, 1994.
6. Jung C. G. *Descrierea tipurilor psihologice*. București: Ed. Anima, 1994.
7. Pasecnic V. *Psihologia imaginii*. Chișinău: Știința, 2006.
8. Sheldon W.H. *The Varieties of Human Physique: An Introduction to Constitutional Psychology*. Harper & Brothers Publishers, 1940.
9. Sheldon W.H., Stanley S.S. *The Varieties of Temperament: A Psychology of Constitutional Differences*. Harper, 1945.

III. COMPORTAMENT ȘI SOCIETATE. ELEMENTE DE BIOETICĂ, DEONTOLOGIE ȘI SOCIOLOGIE MEDICALĂ

1. Noțiunea de sociologie și sociologie medicală
2. Caracteristica noțiunilor statut și rol social și conflict de rol
3. Statutul social al medicului și al bolnavului
4. Tipuri, modele și strategii de relație medic-pacient
5. Malpraxis și noncompliance la tratament ca devieri de la obligația de rol. Automedicația
6. Elemente de bioetică și deontologie medicală

Preliminarii

Comportamentul omului se bazează pe un anumit ansamblu de valori, stări, acțiuni prin care acesta face conexiunea cu mediul, cu societatea și cu sine însuși.

După studierea acestui compartiment, studenții vor fi capabili să:

- definească noțiunile de sociologie medicală, statut și rol social, bioetică, deontologie medicală;
- enumere tipurile de relație medic-pacient;
- cunoască drepturile și obligațiile medicului și pacientului.

1. Noțiunea de sociologie și sociologie medicală

Societate (lat. *Societas* „întovărășire”, „unire”, „societate”) – ansamblu unitar, complex sistemic, organic integrat, de relații între oameni, istoric determinate, condiție și rezultat al activității acestora de creare a bunurilor materiale și a valorilor spirituale necesare traiului lor individual și colectiv. Purtătorii relațiilor sociale, creatorii valorilor materiale și spirituale sunt oamenii. În procesul complex al activității și vieții lor comune, în calitate de membri ai societății, ei sunt reuniți în grupuri, clase sociale și comunități, încadrați în diverse structuri organizaționale, în instituții care le mediază la nivel de eficiență raporturile lor cu natura și relațiile dintre ei. De aceea, societatea nu se reduce la suma indivi-

zilor care o formează, ea reprezintă o unitate calitativ distinctă a acestora, caracterizată printr-o organizare condiționată istoric și determinată de legi ale structurii și dezvoltării sale.

Comparativ cu alte științe, sociologia este relativ tânără. Începuturile sociologiei științifice pot fi plasate în prima jumătate a secolului al XIX-lea. Preocupări sociologice au existat însă și înainte. Dacă intenționăm să-i atribuim sociologiei o genealogie foarte îndepărtată, putem lua în considerație preocupările lui Platon, Aristotel și, mai târziu, pe cele ale lui Locke, Hobbes, Montesquieu, Rousseau. Mai corect însă, este ca aceste preocupări să fie numite presociologie sau proto-sociologie.

Constituirea propriu-zisă a sociologiei a fost posibilă și necesară odată cu schimbările economice, politice, sociale și intelectuale de la sfârșitul secolului al XVIII-lea. În anul 1832, Auguste Comte (1798-1857) propune noțiunea de sociologie. El considera că sociologia trebuie să studieze societățile umane, concepute sub raportul structurii și funcționării lor. Ca știință, sociologia se fundamentează la sfârșitul sec. XIX și începutul sec. XX, prin operele lui M. Weber (1864-1920), care s-a ocupat mai mult de studiul sociologiei religiilor, și E. Durkheim (1857-1917), fondatorul școlii franceze de sociologie și primul care a luptat pentru acceptarea sociologiei în cadrul științelor umanitare. În prezent, sociologia se definește ca știință a societății, în funcție de concepția care ghidează acest studiu, iar obiectul sociologiei îl reprezintă: a) modelele de relații; b) sensurile și căile de organizare cognitivă a lumii; c) acțiunea socială cu sens. (DEX 1993-2009). Cu alte cuvinte, sociologia studiază societatea în totalitatea sa, natura și esența, structura și funcțiile ei, modul în care ea evoluează.

Sociologia medicală este o disciplină apărută relativ recent, ce debutează odată cu publicarea lucrării lui E. Durkheim „*Le suicide. Étude de sociologie*” (1897). Apărută inițial doar ca preocupare în cadrul sociologiei generale, sociologia medicală a devenit ulterior o disciplină de sine stătătoare, datorită faptului că putea răspunde la numeroase probleme de natură medicală. Primele teorii ale sociologiei medicale au apărut în anii '50 ai sec. XX, fiind elaborate de cercetători celebri precum T. Parsons, R. K. Merton (1910-2003), Diana Kendall. *Sociologia medicală* este o sociologie de ramură, care studiază sănătatea și boala ca experiențe umane, instituțiile sociale din domeniul medical, natura profesiei medicale și relațiile medic-pacient.

Pentru a avea o concepție cât mai clară despre rolul și scopul sociologiei medicale, este necesară trasarea câtorva diferențe de concepte și ramuri înrudite cu această disciplină.

1. Medicina socială (igiena socială) – ramură a științei medicale care are ca obiect de studiu îmbunătățirea acțiunilor cu caracter profilactic de masă, evaluarea necesităților de ocrotire a sănătății, determinarea unor măsuri de ameliorare a rețelei medicale. Se ocupă de analiza statistică a morbidității.

2. Sociologia în medicină – se ocupă cu structura organizatorică, relațiile dintre roluri, sistemul de valori ale profesiei medicale.

3. Sociologia sănătății și a bolii – studiază aspectele socio-economice ale sănătății, boala ca problemă socială, inițierea de politici sociale în domeniul sănătății.

Cauzele sociale ale dezvoltării sociologiei medicale ca știință au fost:

- recunoașterea importanței factorilor sociali în etiologia bolilor, cum ar fi calitatea relațiilor individului, calitatea mediului de viață;
- apariția spitalului modern – spitalul devine o instituție complexă și puternică, cu mijloace eficiente de diagnostic și tratament și, în același timp, un ”centru de inovație”;
- medicalizarea societății – tipurile de patologii cu care se confruntă oamenii au devenit tot mai numeroase și mai variate, prin introducerea unor manifestări ce se află la limita dintre sănătate și boală;
- implementarea unor noi servicii medicale și creșterea numărului de medici, elaborarea unor legi privind protecția populației, precum și analizarea unor probleme cu conotații juridice și etice cum ar fi: transplantul de organe, clonarea, fecundarea în vitro etc.;
- schimbarea modului de finanțare în medicină;
- schimbarea rolului tradițional al medicilor prin specializare continuă.

2. Caracteristica noțiunilor de statut și rol social și conflict de rol

Prin socializare, individul învață să exercite anumite acțiuni sociale, să interacționeze cu alții și ajunge să ocupe anumite poziții în cadrul societății. Altfel spus, în cadrul structurii sociale, indivizii dețin anumite statute și joacă anumite roluri.

În mod obișnuit, *statutul* este definit drept poziția sau rangul unui individ, în cadrul grupului, sau ale unui grup, în raport cu alte grupuri. Student, profesor, decan, medic, soră medicală, bunel etc., sunt exemple de statusuri din structura societății.

Fiecare individ deține o multitudine de stataturi și trece mereu de la un statut la altul. Culturologul american Ralph Linton (1893-1953) deosebește stataturi atribuite sau prescrise și stataturi dobândite. *Statutul prescris* este cel deținut de un individ în cadrul unei societăți, independent de calitățile sale și de eforturile pe care le face el. Cu acesta individii se nasc și nu pot renunța la el. *Statutul dobândit* este cel la care individul ajunge prin propriile eforturi. De exemplu, statuturile profesionale (cizmar, medic), statutul de membru a unui club obținut prin aderare. Prescrierea statuturilor se face în mod obișnuit în fiecare societate în raport cu sexul și vârsta. În unele societăți, prescrierea se face și în raport cu rasa, naționalitatea, religia sau clasa socială.

Majoritatea statuturilor deținute de un individ sunt dobândite pe parcursul socializării și interacțiunii sociale. Dobândirea unui statut este rezultatul unei alegeri individuale și al unei competiții. Statutul de bărbat este prescris, cel de soț este dobândit.

Numărul de stataturi pe care îl poate ocupa o persoană este limitat, întrucât fiecare persoană poate avea doar un număr de stataturi egal cu numărul de grupuri sociale la care este parte. Oricât de importante ar fi statuturile ocupate de același individ, la un moment dat, doar unul dintre ele este *statutul-cheie* prin care societatea valorizează individul și interpretează toate celelalte stataturi deținute de către acesta.

Conceptul complementar celui de statut este *rolul*, care desemnează aspectul dinamic al statutului, sau statutul în acțiune, adică punerea în vigoare a drepturilor și îndatoririlor asociate statutului social al indivizilor sau grupurilor.

În orice societate, fiecare persoană învață să exercite anumite roluri. În mod obișnuit, rolul definește comportamentul așteptat de la cel care ocupă un anumit statut. Într-un anumit sens, statutul și rolul sunt două aspecte ale aceluiași fenomen. Statutul este un ansamblu de privilegii și îndatoriri; rolul este exercitarea acestor privilegii și îndatoriri.

Rolurile se definesc în contextele în care ele se exercită și în raport cu alte roluri care intervin în aceste contexte. De exemplu, într-o universitate, o persoană exercită rolul de profesor. În exercitarea acestui rol, persoana intră în relații cu alte persoane care exercită alte categorii de

roluri (studenți, colegi de catedră, conducerea facultății sau a universității, personalul administrativ etc.). Studenții au anumite așteptări de la profesor (să le expună clar cunoștințele, să le dea note bune la examene), iar profesorul încearcă să răspundă acestor așteptări. Colegii de catedră au alte așteptări față de profesor: să fie amical în relația cu ei, să participe în mod echitabil la realizarea sarcinilor catedrei etc. Conducerea academică așteaptă de la profesor ca acesta să dea dovadă de competență profesională, exigență în notarea studenților, promptitudine în executarea deciziilor¹⁵.

*Conflictul de rol*¹⁶ se poate manifesta în două forme: între două sau mai multe roluri exercitate de o persoană sau între cerințele care configurează același rol. În primul caz, de exemplu, pot exista conflicte între rolul de manager într-o companie și cel de soț, între rolul de studentă și cel de mamă. În al doilea caz, conflictele apar între rolurile aceluiași individ, percepute ca fiind contradictorii între ele. De exemplu, în cazul unui polițist, pot să apară conflicte între exigențele de moralitate, corectitudine și dorința de câștiguri suplimentare.

Depășirea conflictului de rol la nivel individual se face prin trei căi: raționalizarea, compartimentarea și judecarea¹⁷. Primele două nu sunt conștiente, intenționate. *Raționalizarea* este un proces protectiv, de redefinire a unei situații dificile în termenii acceptabili, din punct de vedere social și personal. *Compartimentarea* este procesul de separare a setului de roluri în părți distincte și de conformare numai la cerințele unui rol la un moment dat. *Judecarea* este un proces formal, conștient și intenționat, de atribuire a unei terțe părți a responsabilității pentru o decizie dificilă.

3. Statutul social al medicului și al bolnavului

Medicul este elementul cheie în cadrul sistemului sanitar, respectiv, are un statut deosebit și în cultura extramedicală, fiind considerat prototipul profesionistului prin excelență. Medicii se diferențiază de alți profesioniști prin faptul că doar lor le este recunoscut monopolul propriei activități (ei determină conținuturile studiilor medicale, formulează regulile codului deontologic și depind de propriile organizații – Ordinul

¹⁵ Mihăilescu Ioan. *Sociologie Generală*, p.127.

¹⁶ Ibidem p.133.

¹⁷ Ibidem p.133-134.

Medicilor). Controlul care se exercită asupra lor este de fapt autocontrol¹⁸. Statutul medicului este asociat cu valori precum: putere, cunoaștere, devotament, eroism, sacrificiu.

Parsons definește *rolul social al medicului* prin cinci elemente¹⁹:

- competență tehnică – asimilarea și consolidarea cunoștințelor se realizează și după terminarea facultății; competența este aprobată prin examene și concursuri;
- universalism – din punct de vedere medical, nu poate refuza bolnavul după criterii arbitrare (poziție socială, sex, rasă, religie, etnie);
- specificitatea funcțională – medicul este specialist într-un domeniu bine definit; dreptul medicului asupra unei persoane nu trebuie să depășească limitele domeniului medical;
- neutralitatea afectivă – medicul nu judecă și nu condamnă pacientul pentru actele sale (dacă nu au legătură cu tratamentul prescris), nu-și pedepsește bolnavul și nu admite să devină intim cu acesta; neutralitatea îi asigură medicului obiectivitatea în raport cu pacientul;
- orientarea spre colectivitate – înainte de toate, medicul este preocupat de bunăstarea pacientului; ideologia medicului pune accent pe devotament față de colectivitate, considerând că în medicină profitul este cel mai puțin căutat.

Rolul social al bolnavului. Rolul de bolnav (cu caracter temporar sau permanent) este definit de Parsons prin patru trăsături:

1. degrevarea de sarcini și responsabilități;
2. bolnavul nu se poate însănătoși printr-un act de voință proprie, de aceea, el nu este responsabil pentru incapacitatea sa;
3. boala trebuie considerată indezirabilă și bolnavul trebuie să-și dorească însănătoșirea;
4. bolnavul are obligația să coopereze cu cei care răspund de sănătatea sa.

Numai prin respectarea acestor obligații, caracterul de devianță al bolii este anulat, iar starea bolnavului este una legitimă.

¹⁸ Miu N. *Științele comportamentului*, p. 19.

¹⁹ Ibidem p. 20-22.

4. Tipuri, modele și strategii de relație medic-pacient

În analiza relațiilor medic-pacient, ca relație socială, s-au impus două puncte de vedere: primul este cel al lui T. Parsons, care consideră această relație ca fiind una de complementaritate, de înțelegere reciprocă între doi actori sociali; cel de-al doilea punct de vedere este cel al lui E. Friedson (1923-2005), care definește această relație ca fiind potențial conflictuală, când atât medicul, cât și pacientul folosesc diferite mijloace pentru a-și atinge scopul.

Cele două abordări accentuează diferite aspecte ale relației medic-pacient, contribuind la înțelegerea naturii sociale a întâlnirii dintre cele două roluri. În relația de complementaritate, atât medicul, cât și pacientul își joacă propriul rol social, fiecare reprezentând modele, „tipuri ideale” de comportament social. Cele două roluri sunt complementare: pacientul trebuie să caute îngrijire și să coopereze cu medicul, iar medicul – să-și aplice cunoștințele în beneficiul pacientului.

Astfel, putem evidenția două tipuri de relație medic-pacient: de conformitate și de obediență. *Conformitatea* reprezintă raportul dintre două lucruri conforme și exprimă: concordanță sau potrivire. Numai atunci când medicul va folosi cunoștințele sale medicale, bunele maniere, interesul și respectul față de pacient, acesta din urmă se va identifica cu medicul și vor forma o unitate socială. *Obediența* nu reprezintă altceva decât ascultare, supunere din partea pacientului, dar aceasta se poate realiza doar atunci când medicul îi oferă pacientului suport psihologic, compasiune, simpatie.

Psihiatrii americani T. Szasz și M. H. Hollender (1956) au identificat trei modele de relații medic-pacient:²⁰

- a) *Activitate-pasivitate*: medicul este activ, bolnavul este subiect pasiv. Exemple sunt cazurile de răni grave, comă, anestezie etc.
- b) *Conducere-cooperare*: circumstanțele sunt mai puțin grave (boli acute, infecții). Bolnavul este capabil să urmeze un sfat și să-și exercite propria judecată.
- c) *Participare reciprocă*, (cooperare mutuală): este vorba, mai cu seamă, de boli cronice, când bolnavul nu-l întâlnește decât ocazional pe medic (diabet, psoriazis). Medicul ajută bolnavul să se ajute pe sine.

²⁰ Szasz T., Hollender M.H. *A contribution to the philosophy of medicine*, p.585-592.

În literatura de specialitate există și alte trei modele de interacțiune medic-pacient: modul de abordare paternalist și cel antipaternalist și modelul tranzacțional al sănătății.

Paternalismul prezintă o relație de tip monolog. Informația oferită de către medic va fi minoră, cu un conținut succint, uneori neclar pentru pacient. Hotărârea este luată de către medic, iar pacientul va trebui să accepte orice decizie. *Modelul de relație antipaternalist* definește bolnavul drept un subiect responsabil și liber să ia decizii de importanță vitală și oportune pentru el însuși. Modul de abordare antipaternalist poate fi realizat cu ajutorul acordului informat. Acesta din urmă are rolul de a indica toate drepturile și obligațiunile, atât ale medicului cât și ale pacientului; de a descrie riscurile și beneficiile unui tratament. În *modelul tranzacțional al sănătății* propus de psihologul George Stone, responsabilitatea de a urma tratamentul este împărțită – medicul urmărește evoluția tratamentului și face modificări, dacă este nevoie, iar pacientul urmează tratamentul. Medicul trebuie să creeze o atmosferă prietenoasă în care pacientul să se simtă confortabil, să poată să-și recunoască greșelile, să poată cere ajutor.

Strategiile de control în relația medic-pacient pot fi grupate în patru categorii: persuasiunea, negocierea, incertitudinea funcțională și comportamentul non-verbal.

Persuasiunea se regăsește de partea ambelor părți: atât de partea pacientului, cât și de partea medicului. Pacientul poate convinge medicul că un anumit tratament este mult mai eficient pentru problema sa de sănătate decât un altul, iar medicul poate convinge pacientul că experiența sa în aplicarea tratamentului propus este una pozitivă și se bazează pe cercetări științifice și experimente de laborator.

Negocierea se referă la procesul prin care medicul și pacientul ajung la un compromis. *Incertitudinea funcțională* intervine doar atunci când medicul, fiind sigur de evoluția unei boli sau de rezultatul unei terapii, poate prelungi în mod deliberat incertitudinea pacientului.

Comportamentul non-verbal se poate manifesta printr-o serie de gesturi, realizate atât de către medic, cât și de către pacient.

Pentru a evalua calitatea actului medical sunt indicate trei stadii: anamneza și explorarea simptomelor de către medic; precizarea diagnosticului și decizia în legătură cu tratamentul; complianța la tratament.

În primul stadiu, pacientul prezintă problema medicului în termeni uzuali, iar medicul îl transformă în termeni pur medicali. Anamneza are

o importanță majoră pentru formularea unei diagnoze. Cu cât este o mai bună relația între medic și pacient, cu atât pacientul livrează date mai cuprinzătoare și de încredere. Pacientul poate să vorbească mai liber, să dezvăluie mai multe despre sine. În al doilea stadiu, medicul ia o decizie în legătură cu diagnosticul și alege un tratament (în funcție de cost, efecte adverse, restricții, durată). Al treilea stadiu este urmarea tratamentului de către pacient sau complianța la tratament. Din punct de vedere terapeutic, o bună relație încurajează pacientul să urmeze întocmai indicațiile și tratamentul indicat de medic.

5. Malpraxis și noncomplianță la tratament, ca devieri de la obligația de rol. Automedicația

Malpraxis – tratament incorrect sau neglijent aplicat de către un medic unui pacient, care îi produce acestuia prejudicii de orice natură. În caz de malpraxis sunt pasibili de pedeapsă atât personalul medical, cât și furnizorii de produse și servicii medicale sau, după caz, sanitare și farmaceutice. Personalul medical poate fi tras la răspundere dacă prejudiciile suferite de către pacient sunt produsul unei erori (nu neapărat intenție). Eroarea include și neglijență, imprudență sau cunoștințe medicale insuficiente în exercitarea profesiei. De asemenea, personalul medical poate fi penalizat pentru prejudiciile ce decurg din nerespectarea reglementărilor cu privire la confidențialitatea, consimțământul informat și obligativitatea acordării asistenței medicale pacientului. Totodată, personalul medical poartă răspundere și pentru prejudiciile produse în exercitarea profesiei, atunci când își depășește limitele competenței (cu excepția cazurilor de urgență, când nu este disponibil personal medical cu calificarea necesară).

Prin *complianță* se înțelege aderența pacientului la toate recomandările făcute de medic, pe toată durata tratamentului. Prin contrast, *non-complianța* este nerespectarea de către acesta, conștient sau inconștient, a recomandărilor terapeutice, sub aspect calitativ sau cantitativ. Este evident că noncomplianța compromite rezultatul terapeutic, ceea ce duce la agravarea bolii, suferință inutilă, scăderea calității vieții și chiar deces. Mai mult, acestor consecințe individuale li se adaugă altele, cum ar fi costurile economice și sociale ridicate (sub aspectul serviciilor și al mijloacelor materiale), pericolul social și chiar neîncrederea în profesiunea medicală. Printre factorii de care depinde complianța se numără natura bolii, produsele farmacologice disponibile, nivelul cultural-edu-

cativ și psihosocial al bolnavului și, mai ales, cooperarea acestuia cu medicul curant. Sunt mai complianți cei care suferă de boli acute sau cu simptome neplăcute (ex. durere), bolnavii cu comportament aderent sau cei care au adoptat concepția despre sănătate și boală caracteristică modelului cunoscut ca *health-belief* (sau modelul credinței în sănătate, concept propus de către Hochbaum, Rosentock și Kegels în anii '50). Medicului îi revine sarcina de a milita pentru îmbunătățirea complianței la tratament. Iată câteva direcții de acțiune pentru o mai bună cooperare cu pacientul: discutarea diagnosticului, planificarea riguroasă a tratamentului, simplificarea regimului posologic, stabilirea criteriilor de succes terapeutic, anticiparea reacțiilor adverse, implicarea aparținătorilor, facilitarea comunicării, materiale educaționale etc.

Automedicația – este o practică destul de frecventă în ziua de astăzi și reprezintă tratarea problemelor de sănătate cu medicamente destinate special acestui scop, fără supravegherea unui medic. Vorbim despre automedicație și în momentul în care un pacient interpretează după bunul său plac tratamentul care i-a fost prescris, întrerupându-l înainte de termenul indicat, modificând dozele și modul de administrare sau luând chiar alte medicamente decât cele prescrise de medic.

Există anumite riscuri atunci când se administrează orice medicament. Fiecare individ reacționează într-o manieră specifică la tratament. Specialiștii sunt capabili să recunoască aceste diferențe și să recomande medicamentul potrivit fiecărui bolnav. Afecțiuni comune, precum răcelile banale, tulburările digestive, durerile de cap, stomac sau dinți necesită medicamente pentru care nu este obligatorie eliberarea unei rețete. Pentru simptomele care persistă însă mai mult de trei zile, o vizită la medic este absolut obligatorie, pentru că ele pot fi semnul prezenței unei afecțiuni serioase. Automedicația se poate asocia cu riscuri grave, precum diagnosticarea greșită a unei boli, administrarea unei doze prea mari de medicament, o durată prea lungă de administrare sau interacțiuni între medicamente. Este foarte important să nu uităm că un medicament suficient de puternic pentru a vindeca, este și suficient de puternic și pentru a provoca neplăceri, dacă nu este utilizat corespunzător.

6. Elemente de bioetică și deontologie medicală

Bioetica (gr. *bios* – viață și *ethos* – obicei, caracter moral) constituie o orientare științifică interdisciplinară, ce se situează la hotarele dintre filosofie, etică, biologie, medicină etc.

Termenul de bioetică a fost introdus în știință de către biologul și oncologul american Van Renssellar Potter, în anul 1970, în articolul său „*Bioetica – știință a supraviețuirii*”. Autorul interpretează bioetica ca o îmbinare a cunoștințelor biologice și a valorilor umane. Acest domeniu al științei apare ca o reacție de răspuns la noile probleme ce țin de viață, sănătate și moarte, de sporirea interesului oamenilor față de drepturile lor, referitoare inclusiv și la propria lor existență, atât corporală, cât și spirituală, de poziția societății față de pericolul ce amenință însăși viața de pe Terra, generat de acutizarea problemelor globale ale omenirii.

În prezent, bioetica este interpretată sub două aspecte: în sens îngust și în sens larg. În sens îngust, bioetica se confundă cu etica medicală profesională, limitându-i conținutul doar la problemele etice în raportul „medic-pacient”, ce apar în legătură cu implementarea intensivă în practica medicală a noilor tehnologii. Obiectivul principal al bioeticii sub acest aspect constă în explicarea etico-filosofică a situațiilor problematice limitrofe, cum ar fi eutanasia, esența morții (concepția religioasă și cea științifică), ingineria genetică, transplantologia, implantarea organelor artificiale, experimentele clinice (inclusiv și cele ale embrionului uman), raclajele (avorturile), autoidentificarea sexuală a omului, noile tehnologii ale nașterii copiilor, donarea etc.

Explicarea netradițională a bioeticii, în sens larg, se bazează pe inevitabilitatea extinderii sferei cunoștințelor etice asupra biosferei – cerință extrem de importantă a revoluției noosferice contemporane. Începând cu a doua jumătate a secolului al XX-lea, sub influența progresului tehnico-științific, se dezvoltă intens nu doar etica profesională (etica medicului, inginerului, ziaristului, pedagogului, savantului etc.), dar și cunoștințele etice integrale referitoare atât la relațiile interpersonale, cât și la relațiile omului cu mediul – lumea vegetală, animală, biosfera în întregime, chiar și cu artefactele.

Bioetica, ca domeniu al științei și ca institut social, are câteva obiective principale:

- să contribuie substanțial la elaborarea concepției strategice de supraviețuire a întregului ecosistem, a biosferei în special;
- să îndrume opinia publică în cunoașterea modalităților ce servesc la îmbunătățirea calității vieții și la împiedicarea inhibițiilor fizice, psihice, morale, spirituale ale persoanei umane;

- să reglementeze la nivel legislativ atât cercetările biomedicale, practica ocrotirii sănătății (mai ales domeniile transplantologiei, determinării momentului morții, limitele susținerii vieții bolnavilor incurabili, noilor tehnologii medicale etc.), cât și orice activitate socială ce ține de existența omenirii.
- Bioetica, la fel ca și alte domenii ale științei, se fundamentează pe câteva principii, axiome. Aceste postulate le oferă cercetătorilor, savanților, specialiștilor din domeniul respectiv posibilitatea de a delimita cunoștințele bioetice de alte direcții științifice.

Principiul cheie al bioeticii, în sens larg, este cel biosferocentrist, care impune și argumentează necesitatea depășirii postulatului antropocentrist în elaborarea și promovarea noilor paradigme în strategia de asigurare a securității umane.

Principiul coevoluționist (schimbărilor coevolutive) prevede o interacțiune și o existență armonioasă dintre societate și natură, dintre om și biosferă.

Un alt principiu al bioeticii este cel al moralității, care impune acestui domeniu al filosofiei practice promovarea normelor și regulilor eticii tradiționale față de tot ce-i viu, mai exact, moralitatea autentică, veritabilă în sistemul „Om-Biosferă”.

Principiul libertății și responsabilității al bioeticii solicită ca cea din urmă să impună indivizii să nu absolutizeze libertatea, în relațiile lor cu lumea vie, care (libertatea) are dreptul la „viață” doar într-un raport justificat cu responsabilitatea. Liber devii atunci când ești, în aceeași măsură, și responsabil față de animale, plante, față de tot ce execuți pentru a asigura securitatea individuală și colectivă.

Principiul vulnerabilității al bioeticii ne vorbește despre faptul că vulnerabilitatea trebuie interpretată în două sensuri. În primul rând, vulnerabilitatea se manifestă ca o caracteristică a oricărei ființe vii, a fiecărei vieți aparte, care posedă astfel de trăsături, cum ar fi fragilitatea și moartea. În al doilea rând, se vorbește mult despre vulnerabilitatea grupelor de oameni aparte, cum ar fi, de exemplu, copiii, săracii, bolnavii, bătrânii, invalizii etc.

Valoarea principiului integralității, în contextul bioeticii, constă în aceea că el determină cert securitatea omenirii doar în strânsă legătură cu toată biosfera, cu toată viața. În caz contrar, există riscul unei catastrofe antropoecologice globale, soldate cu dispariția speciei umane.

Deontologie – parte a eticii care studiază normele și obligațiile specifice unei activități profesionale. Deontologia medicală este o ramură aplicativă a eticii medicale, care caută să dea răspunsuri și soluții practice pentru rezolvarea problemelor etice legate de activitatea medicală. Deontologia medicală reprezintă elementele concrete ce reglementează activitatea medicală din punct de vedere moral și comportamental, așa cum sunt codurile deontologice sau ghidurile etice. Autorul Liliana Rogoza evidențiază câteva norme deontologice ale profesiilor medicale (medici, asistente medicale, infirmiere): să-și desfășoare activitatea, făcând apel la toate cunoștințele teoretice și practice ale profesiei; să se preocupe în permanență de îmbunătățirea calității actului medical pe care îl prestează, fiind, totodată, răspunzători de calitatea acestuia; să contribuie la menținerea spiritului de echipă în activitatea medicală, la crearea unui climat propice unei bune colaborări între medici, dar și în raport cu pacienții; să păstreze secretul profesional; să evite comunicarea unor date confidențiale presei, fără acordul pacientului ș.a.²¹

În prezent, în Republica Moldova, funcționează câteva documente care reglementează activitatea lucrătorului medical: Codul Deontologic al Asociației Medicilor din RM (1996), Codul etic al asistentului medical mediu și Codul Cadru de etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic, aprobat de Ministerul Sănătății.

Situații de problemă

1. Un bărbat de 67 de ani a venit la medic și invocă dureri abdominale persistente, dar nu extreme. După un șir de analize și consultații, medicul ajunge la concluzia că persoana respectivă suferă de cancer la pancreas. Cu câteva luni în urmă, bărbatul s-a pensionat și dorea să plece, împreună cu soția, într-o croazieră plănuită de mai mulți ani. În conformitate cu drepturile și obligațiunile medicului și pacientului, determinați cum va acționa medicul.

2. Chirurghul N. este chemat de urgență în sala de operații. Pe masa de operație stă fiul său care necesită o posibilă amputare de picior. Determinați ce cale de depășire a conflictului de rol va urma medicul?

²¹ Rogoza Liliana. *etică și Deontologie medicală*, p. 18-20.

Glosar

Sociologia este știința socială ce studiază regulile sociale și procesele sociale, care leagă și separă oamenii nu doar ca indivizi, dar și ca membri ai asociațiilor, grupurilor și instituțiilor.

Sociologia medicală este o sociologie de ramură, care studiază sănătatea și boala ca experiențe umane, instituțiile sociale din domeniul medical, natura profesiei medicale și relațiile medic-pacient.

Statut – poziția pe care o ocupă, la un moment dat, un individ oarecare într-un sistem.

Rol – atribuție, sarcină, care îi revine cuiva în cadrul unei acțiuni.

Anamneză – totalitatea datelor pe care medicul le capătă întrebându-l bolnavul cu privire la apariția și evoluția bolii de care suferă, la antecedentele ei.

Compliance – acord, supunere, ascultare, conformare comportamentală; adesiune a bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării sale de sănătate.

Bioetică – orientare științifică interdisciplinară, ce se situează la hotarele dintre filosofie, etică, biologie, medicină etc.

Deontologie medicală – ramură aplicativă a eticii medicale, care caută să dea răspunsuri și soluții practice pentru rezolvarea problemelor etice legate de activitatea medicală.

Crestomație

Jurământul lui Hippocrate

„Jur pe Apollo medicul, pe Esculap, pe Higea și Panacea și pe toți zeii și zeițele, pe care îi iau ca martori, că voi îndeplini acest jurământ și poruncile lui, pe cât mă ajută forțele și rațiunea:

- Să respect pe cel care m-a învățat această artă la fel ca pe propriii mei părinți, să împart cu el cele ce-mi aparțin și să am grijă de el la nevoie; să-i consider pe descendenții lui ca frați și să-i învăț această artă, dacă ei o doresc, fără obligații și fără a fi plătit.
- Să transmit mai departe învățăturile acestei arte fiilor mei, fiilor maestrului meu și numai acelor discipoli care au jurat după obiceiul medicilor, și nimănui altuia.
- Atât cât mă ajută forțele și rațiunea, prescripțiunile mele să fie făcute numai spre folosul și buna stare a bolnavilor, să-i feresc de orice daună sau violență.

- Nu voi prescrie niciodată o substanță cu efecte mortale, chiar dacă mi se cere, și nici nu voi da vreun sfat în această privință. Tot așa nu voi da unei femei un remediu abortiv.
- Sacră și curată îmi voi păstra arta și îmi voi conduce viața.
- Nu voi opera piatra din bășică, ci voi lăsa această operație celor care fac această meserie.
- În orice casă voi intra, o voi face numai spre folosul și bunăstarea bolnavilor, mă voi ține departe de orice acțiune dăunătoare și de contacte intime cu femei sau bărbați, cu oameni liberi sau sclavi.
- Orice voi vedea sau voi auzi în timpul unui tratament voi păstra în secret, pentru că aici tăcerea este o datorie.
- Dacă voi respecta acest jurământ și nu îl voi călca, viața și arta mea să se bucure de renume și respect din partea tuturor oamenilor; dacă îl voi trăda devenind sperjur, atunci contrariul.”

Drepturile și obligațiile medicului și pacientului

LEGEA Republicii Moldova Nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic

Principiile generale ale exercitării profesiei de medic:

- a) pregătirea profesională corespunzătoare concepției de instruire universitară și postuniversitară pe specialitate a cadrelor de medici și farmaciști în Republica Moldova ajustată la standardele educaționale profesionale internaționale;
- b) competența, responsabilitatea profesională a medicului și înregistrarea lui cu înalte calități etico-morale, respectarea principiului „nu dăuna”;
- c) respectarea drepturilor și intereselor pacientului, precum și ale rudelor lui;
- d) respectarea primatului vieții și a dreptului inerent la viață al ființei umane;
- e) respectarea și protejarea drepturilor și intereselor legitime ale medicului, indiferent de caracterul public sau privat al sistemului în care activează și de forma de exercitare a profesiei;
- f) asigurarea condițiilor optime de exercitare a activității profesionale.

Medicul este în drept:

- a) să fie asigurat cu loc de muncă după încheierea studiilor post-universitare și să-și desfășoare activitatea medicală conform specializării și calificării obținute;
- b) să fie asigurat cu condiții pentru a-și desfășura activitatea profesională cu respectarea regulilor și tehnologiilor de acordare a asistenței medicale;
- c) să-și ridice nivelul de pregătire profesională și să fie atestat;
- d) să fie remunerat conform funcției ocupate, gradului de calificare profesională, științifico-didactică, rezultatelor activității sale;
- e) să i se repare prejudiciul cauzat prin vătămare a sănătății în legătură cu activitatea profesională;
- f) să-și apere, inclusiv pe cale judiciară, dreptul la muncă și alte drepturi profesionale;
- g) să cunoască drepturile și obligațiile sale de serviciu;
- h) să exercite alte drepturi, în conformitate cu legislația în vigoare;
- i) să acorde primul ajutor medical de urgență, indiferent de timpul, locul și de alte circumstanțe ale situației;
- j) să ceară consimțământul pacientului pentru orice prestare medicală conform legislației;
- k) să cunoască și să exercite în permanență atribuțiile de serviciu;
- l) să consemneze refuzul pacientului pentru orice prestare medicală;
- m) să informeze pacientul direct sau prin intermediul reprezentanților legali ori al rudelor apropiate despre starea sănătății acestuia;
- n) să respecte normele etico-profesionale;
- o) să execute alte obligații prevăzute de legislație.

În executarea obligațiilor sale profesionale, medicul nu este în drept să supună pacientul unui risc nejustificat, nici chiar cu acordul acestuia.

Se interzice satisfacerea rugăminții bolnavului de a i se curma viața (eutanasierea).

L E G E A cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005 Monitorul Oficial al R. Moldova nr.176-181/867 din 30.12.2005

Principiile de bază ale realizării drepturilor pacientului constau în: respectarea drepturilor fundamentale ale omului și a demnității ființei umane în domeniul ocrotirii sănătății; recunoașterea vieții umane, a sănătății omului ca valoare supremă; orientarea spre menținerea vieții, a

sănătății fizice și psihice a pacientului în procesul prestării serviciilor de sănătate; respectarea valorilor morale și culturale ale pacientului, a convingerilor lui religioase și filozofice; recunoașterea pacientului, iar în cazurile prevăzute de legislație, a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în calitate de participant principal la luarea deciziei privind intervenția medicală; reglementarea drepturilor, responsabilităților și a condițiilor de limitare a drepturilor pacientului în scopul protecției sănătății acestuia și respectării drepturilor altor persoane; încrederea reciprocă dintre pacient și lucrătorul medical.

Pacientul are dreptul la:

- a) asistență medicală gratuită în volumul stabilit de legislație;
- b) atitudine respectuoasă și umană din partea prestatorului de servicii de sănătate, indiferent de vârstă, sex, apartenență etnică, statut socioeconomic, convingeri politice și religioase;
- c) securitate a vieții personale, integritate fizică, psihică și morală, cu asigurarea discreției în timpul acordării serviciilor de sănătate;
- d) reducere a suferinței și atenuare a durerii, provocate de o îmbolnăvire și/sau intervenție medicală, prin toate metodele și mijloacele legale disponibile, determinate de nivelul existent al științei medicale și de posibilitățile reale ale prestatorului de servicii de sănătate;
- e) opinie medicală alternativă și primirea recomandărilor altor specialiști, la solicitarea sa ori a reprezentantului său legal (a rudei apropiate), în modul stabilit de legislație;

Pacientul are următoarele responsabilități:

- a) să aibă grijă de propria sănătate și să ducă un mod de viață sănătos, excluzând acțiunile premeditate ce dăunează sănătății lui și a altor persoane;
- b) să respecte măsurile de precauție în contactele cu alte persoane, inclusiv cu lucrătorii medicali, în cazul în care știe că el suferă de o boală ce prezintă pericol social;
- c) să întreprindă, în lipsa contraindicațiilor medicale, măsuri profilactice obligatorii, inclusiv prin imunizări, a căror neîndeplinire amenință propria sănătate și creează pericol social; d) să comunice lucrătorului medical informații complete despre bolile suportate și cele curente, despre maladiile sale ce prezintă pericol social, inclusiv în caz de donare benevolă a sângelui, a substanțelor lichide biologice, a organelor și țesuturilor;

- d) să respecte regulile de comportament stabilite pentru pacienți în instituția medico-sanitară, precum și recomandările medicului în perioada tratamentului ambulatoriu și staționar;
- e) să excludă utilizarea produselor farmaceutice și a substanțelor medicamentoase fără prescrierea și acceptul medicului curant, inclusiv a drogurilor, a altor substanțe psihotrope și a alcoolului în perioada tratamentului în instituția medico-sanitară;
- f) să respecte drepturile și demnitatea altor pacienți, precum și ale personalului medico-sanitar.

În cazul încălcării de către pacient a regulilor de tratament și de comportament în instituția medico-sanitară, încălcare ce are drept consecință daune materiale și morale, acesta poartă răspundere în conformitate cu legislația.

Bibliografie

1. Mihăilescu Ioan. *Sociologie generală: concepte fundamentale și studii de caz*. București: Editura universității din București, 2000.
2. Zamfir Cătălin. *Spre o paradigmă a gândirii sociologice*. Iași: Polirom, 2005.
3. Țirdea T. N. *Bioetică: origini, dileme, tendințe*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, 2005.
4. Țirdea T. N. *Elemente de Bioetică*. Chișinău: Univers Pedagogic, 2005.
5. Добренъков В. И., Кравченко А. И. *Социология, краткий курс*. Москва: ИНФРА, 2002.
6. Rogoza L. *Etică și Deontologie medicală*. Brașov: Editura Universității TRANSILVANIA, 2006.
7. Miu Nicolae. *Științele Comportamentului*. Cluj Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
8. Szasz T., Hollender M.H. *A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship*. In: AMA Arch Intern Med, 1956, May; 97(5), p.585-592. In: <http://www.ms.gov.md/sites/default/files/documents/files/1471-cod20etica-brosura.pdf> (accesat: 20.01.2016).
9. *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic* (Nr. 264 din 27.10.2005). În: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=313062> (accesat: 20.01.2016).

IV. COMUNICAREA. DEFINIȚII ȘI FUNCȚII

*Vorba este icoana sufletului: cum e omul,
așa-i și felul său de a vorbi.*

Syrus

1. Conceptul de comunicare
2. Comunicarea medicală

Preliminarii

Comunicarea este un proces complex, ce cuprinde întreaga existență a omului. Ea debutează de la cele mai simple sau stringente necesități și interese umane și culminează cu efectele, consecințele ei, care dirijează bunul mers al lucrurilor și modul nostru de viață. Prin comunicare se realizează înțelegerea, corectitudinea și armonia în societate, pe de o parte, iar pe de altă parte, aceasta poate fi o sursă a conflictelor, eșecurilor și urii. Cum evoluează acest proces depinde doar de om, mai exact de educație, formare, cunoștințe, cultură și, nu în ultimul rând, de cunoașterea de sine.

Scopul pe care ni-l propunem în analiza acestei teme vizează fenomenul „comunicării”, atât ca manifestare teoretică, cât și practică. Studiul este centrat spre comunicarea medicală, deoarece în relația medic-pacient ea (comunicarea) este una esențială. Un medic poate să emită o diagnoză corectă, să genereze contexte și alternative de tratament valoroase, să prevină anumite schimbări în starea de sănătate a pacientului, totuși, perspectivele durabile a conlucrării cu pacientul și nu doar cu el pot eșua, ca urmare a lipsei unei comunicări eficiente sau adecvate.

În practica medicală există multe cazuri când medicii manifestă profesionalism înalt, în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul, însă când este vorba să transmită clar și simplu (la nivelul de percepție al pacientului) gândurile, apar dificultăți ce afectează atât comunicarea verbală, cât și pe cea nonverbală. În consecință, are de suferit statutul și imaginea medicului și apar conflicte de interese ce reduc nivelul de încredere a populației față de această profesiune în general.

Cunoașterea unor elemente-cheie, precum și interpretarea corectă a comunicării are o mare importanță pentru viitorii medici, mai ales pentru cei care nu doresc să transforme medicina în meșteșugărit sau o meserie a profitului, unde medicul este considerat un inginer, tehnician ce intervine la nevoie în organismul omului cu uneltele sale pentru a repara ce e stricat. Astfel, comunicarea eficientă în cadrul actului medical contribuie la stabilirea unui relații bazate pe încredere între medic și pacient, îl ajută pe pacient să fie mai deschis cu medicul, crește satisfacția pacientului, determină subiecții să ia decizii adecvate, duce la așteptări realiste ale pacientului față de starea sa, eficientizează practica medicală și reduce riscul de malpraxis.

Un viitor medic trebuie să știe că bolnavul este un om ce se află în suferință, care, întâi de toate, are nevoie de alinare. El trebuie să conștientizeze că pacientul este tată, mamă, fiu, fiică și rudă, iar o eventuală eroare din partea sa provoacă suferință și pentru ei. În acest sens, felul în care este comunicată starea de sănătate a pacientului este crucial. Impactul unei comunicări nesatisfăcătoare în practica medicală duce la scăderea nivelului de încredere și confidență în actul medical, obstrucționează pacientul în dezvoltarea informației importante, cauzează suferință pacientului, scade dorința pacientului de a se adresa pentru ajutor medical, duce la neînțelegeri și interpretarea eronată a sfaturilor medicale, survin plângeri din partea pacienților și acuze de neglijență.

Din aceste considerente, obiectivele analizei sunt centrate, pe de o parte, pe o bună cunoaștere teoretică a procesului de „comunicare”, iar pe de altă parte, însușirea unor abilități practice de bun comunicator, necesare medicului în realizarea eficientă a activității sale. Astfel, **obiectivele-cheie** pentru studenți sunt:

- Să posede capacități teoretice de bază, pentru a înțelege derularea procesului de comunicare;
- Să cunoască funcțiile comunicării, cerințele și motivațiile personale pentru comunicare;
- Să identifice părțile componente ale procesului de comunicare;
- Să se familiarizeze cu diverse tehnici de comunicare utile în crearea unor relații funcționale medic-pacient;
- Să poată organiza sau reorganiza propriul stil de comunicare;
- Să însușească tehnicile de comunicare intra și interorganizaționale, în vederea integrării optime în echipa medicală.

Reieșind din aceste obiective, compartimentul de față a fost structurat în felul următor:

1. Conceptul de comunicare

1.1. Definiții și funcții ale comunicării

1.2. Procesul comunicării

1.3. Tipuri și forme ale comunicării

1.1. Definiții și funcții ale comunicării

În orice limbă, multe cuvinte au înțelesuri și sensuri multiple, în funcție de contextul redării lor. De asemenea, verbul *a comunica* și substantivul *comunicare* sunt polisemantice. Specialiștii în domeniu, precum și cei ce pretind că înțeleg pluralitatea sensurilor comunicării se ciocnesc, din start, cu o dificultate esențială – existența masivă a definițiilor ce încearcă să determine procesele multiple implicate în procesul de comunicare. Omul este o ființă bio-psiho-socială și fiecare aspect al vieții sale manifestă diferit operațiunile de transmitere a informației, respectiv, este greu de stabilit cine prevalează, cine se subordonează, în ce măsură ele sunt identice sau ce criterii le unifică. Un lucru cert este că la analizarea lor este necesară implicarea mai multor domenii, iar ca rezultat fiecare va reda propria definiție, în funcție de compartimentul cercetat.

Astfel, acum aproximativ patru decenii, cercetătorii americani *Frank E.X. Dance* și *Carl E. Larson* au prezentat într-un studiu [3] peste 120 de formulări ce caracterizau procesul comunicării. Interesul nostru însă este nu să prezentăm o sumă de definiții care să complice procesul de percepere a acestui proces complex, ci să ne focalizăm pe o caracteristică a sa, accesibilă cerințelor noastre. Astfel, *Dicționarul enciclopedic* [6] definește „comunicarea” într-un mod deosebit de complex, acoperind aproape toate domeniile în care acest termen este folosit:

- un punct de vedere sociologic, potrivit căruia, comunicarea reprezintă un „mod fundamental de interacțiune psiho-socială a persoanelor, realizată în limbaj articulat sau prin alte coduri, în vederea transmiterii unei informații, a obținerii stabilității sau a unor modificări de comportament individual sau de grup”;
- în al doilea rând, *comunicarea* poate fi înțeleasă ca *înștiințare*, *știre* sau *veste*, iar în acest sens reține atenția aspectul juridic, anume de „aducere la cunoștința părților dintr-un proces a unor acte de procedură (acțiune, întâmpinare, hotărâre), în vederea

exercitării drepturilor și executării obligațiilor ce decurg pentru ele din aceste acte, în limita unor termene care curg obișnuit de la data informării”;

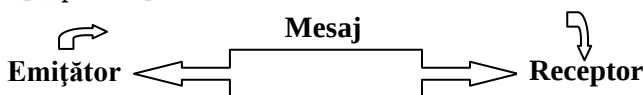
- un alt punct de vedere este acela, potrivit căruia, comunicarea presupune o prezentare într-un cerc de specialiști a unei lucrări științifice, precum și acumulare de cunoștințe în vederea pregătirii specialiștilor.

Astfel, reieșind din cele relatate și scopurilor comunicării putem reda câteva funcții esențiale:

- Funcția informațională
- Funcția interactivă
- Funcția normativă
- Funcția gnoseologică
- Funcția axiologică

1.2. Procesul comunicării

Este cert faptul că comunicarea este un proces dinamic ce implică o multitudine de elemente. Fiecare acțiune comunicațională are o structură distinctă reflectată de un anumit tip de relație, iar fundamentul care o dezvoltă (această relație) se bazează pe elementele *emițător* – *mesaj* – *receptor* [9, p. 8-10].



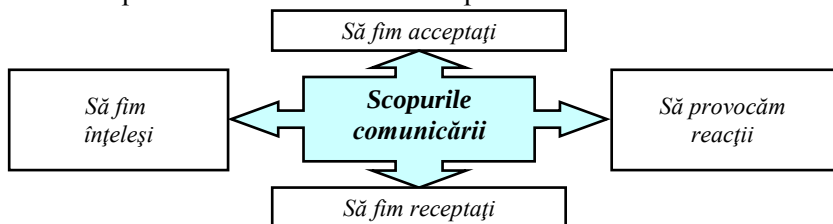
Această trinomie de elemente trebuie să întrunească anumite caracteristici, condiții și determinări, ce generează alte elemente existente în actul comunicării.

În acest sens, pentru *emițător* și *receptor* este important să posede două caracteristici esențiale: competență și performanță. Prima presupune potențialul de a întrebuința ansamblul de reguli ce contribuie la prelucrarea mesajului. Respectiv, conținutul acestor cerințe cuprinde atât cunoașterea gramaticii, cât și a formelor logice de constituire și emitere a mesajului. Totodată, aici se cere de ajustat cultura, tradițiile și valorile ce îi caracterizează pe interlocutori, precum și vârsta, interesele lor. A doua condiție implică capacitatea intelectuală, psihică și fizică de a emite și interpreta mesajul. În teoria comunicării, aceasta constatare include alte două elemente ale comunicării: *codificarea* și *decodificarea*. În plus, depinde și de flexibilitatea emitentului sau destinatarului de a controla

factorii ce obstrucționează derularea adecvată a comunicării, pe de altă parte, în procesul de transmitere a informației survin bariere comunicative, care sunt componente ale *ambianței comunicative*.

Posibilitatea de a verifica efectele mesajului asupra receptorului se realizează prin *feedback*, care determină dacă actul comunicational și-a atins **scopurile propuse**.

Aici apare întrebarea: care sunt scopurile comunicării?

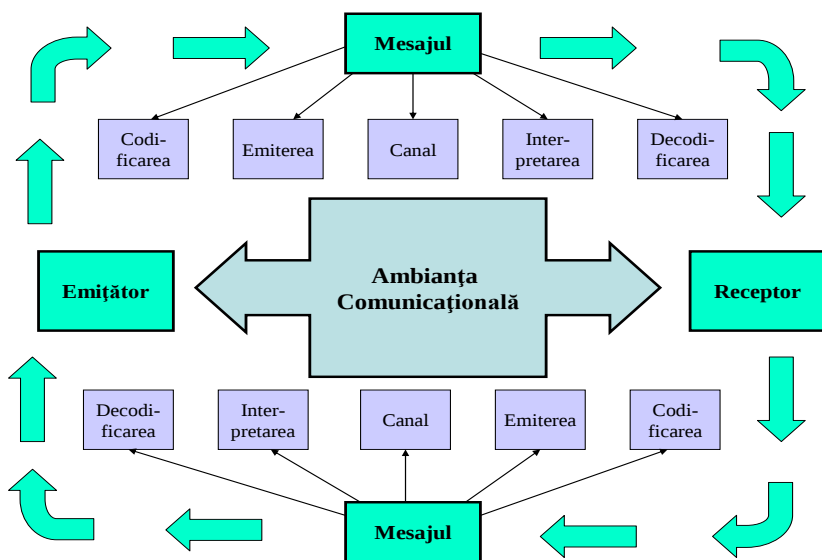


Însă ceea ce privește *mesajul*, acesta reprezintă o totalitate de semne și semnificații ce marchează anumite conotații ierarhice pentru persoanele implicate în fenomenul abordat (comunicarea). Ele pot fi atât verbale, cât și nonverbale. Momentul când se materializează mesajul dorit pentru a-l transmite, emițătorul trebuie să țină cont de ambianța comunicatională, interesele și necesitățile destinatarului. În caz contrar, obiectivele propuse nu vor fi realizate.

Analiza de față permite evidențierea și a altor mecanisme comunicative generate de relația emițător – mesaj – receptor. Astfel, emitenul codifică mesajul (cod – codificare), îl emite cu ajutorul unui canal, respectând contextul ambianței comunicative. Respectiv, destinatarul interpretează mesajul și îl decodifică (cod – decodificare). Prin intermediul feedback-ului, se inversează locurile în procesul comunicării.

Acest fapt permite schițarea actului comunicational în felul următor:

Procesul de comunicare ia astfel naștere ca urmare a relației de interdependență ce există între elementele structurale enumerate mai sus. Această relație de interdependență face ca orice proces de comunicare să se desfășoare astfel: există cineva care inițiază comunicarea – *emițătorul* și altul căruia îi este destinat mesajul – *destinatarul*. *Mesajul* transmis este o componentă complexă a procesului de comunicare, datorită faptului că presupune etape precum *codificarea* și *decodificarea*, existența unor canale de transmitere și este dependent de modul în care va fi recepționat, de deprinderile de comunicare ale emițătorului și destinatarului, de contextul fizic și psihosocial în care are loc acest proces [9, p. 9-10].



Mesajul poate fi transmis prin intermediul limbajului verbal, non-verbal, paraverbal sau extravermal. Limbajul verbal reprezintă limbajul realizat cu ajutorul cuvintelor. Limbajul nonverbal este cel care folosește altă modalitate de exprimare decât cuvântul (gesturi, mimică etc.). Limbajul paraverbal este o formă a limbajului nonverbal, o formă vocală reprezentată de tonalitatea și inflexiunile vocii, ritmul de vorbire, modul de accentuare a cuvintelor, pauzele dintre cuvinte, ticurile verbale.

Alte elemente ale procesului de comunicare sunt: *feed-back-ul*, *canalele de comunicare*, *mediul comunicării*, *barierele comunicaționale*. *Feed-back-ul* este un mesaj specific prin care emitentul primește de la destinatar un anumit răspuns cu privire la mesajul comunicat. *Canalele de comunicare* reprezintă *căile* urmate de mesaje. Ele au un suport tehnic reprezentat de toate mijloacele tehnice care pot veni în sprijinul procesului de comunicare (mijloace de comunicare): telefon, fax, calculator, televizor, mijloace audio-video. *Ambianța comunicațională* este influențată de mijloacele de comunicare; există mediu oral, scris sau vizual. Aici pot fi cuprinse filtrele, zgomotele, barierele, care reprezintă perturbările ce pot interveni în procesul de comunicare. Perturbarea mesajului transmis poate avea o asemenea intensitate, încât între acesta și mesajul primit să existe diferențe vizibile. Perturbările pot fi de natură internă –

factori fiziologici, perceptivi, semantici, interpersonal sau intrapersonali și de natură externă, care apar în mediul fizic unde loc comunicarea (poluare fonică puternică, întreruperi succesive ale procesului de comunicare). În procesul de comunicare, *bariera* reprezintă orice lucru care reduce fidelitatea sau eficiența transferului de mesaj. În funcție de caracteristicile pe care le au, barierele pot fi clasificate în bariere tehnice, socio-culturale, psihice și de înțelegere [9, p. 11-17].

1.3. Tipuri și forme ale comunicării

Literatura de specialitate distinge o mare varietate de forme ale comunicării, care rezultă din diversitatea criteriilor de clasificare a acestora. Luminița Iacob enumeră șase criterii de clasificare:

- a) **criteriul partenerilor:** comunicarea interpersonală, comunicarea intrapersonală, comunicarea în grup mic, comunicarea publică;
- b) **după statutul interlocutorilor:** comunicarea verticală, comunicarea orizontală;
- c) **după codul folosit:** comunicarea verbală, comunicarea paraverbală, comunicarea nonverbală, comunicarea extraverbală;
- d) **după finalitatea actului comunicării:** comunicarea accidentală, comunicarea subiectivă, comunicarea instrumentală;
- e) **după capacitatea autoreglării:** comunicarea lateralizată (unidirecțională), comunicarea nelateralizată;
- f) **după natura conținutului:** comunicarea referențială, comunicarea operațional-metodologică, comunicarea atitudinală.

Analiza asupra comunicării se poate focaliza pe trei perspective fundamentale: **a) din punct de vedere organizațional** – comunicarea verticală, comunicarea orizontală; **b) din perspectiva codului folosit** – comunicarea verbală, paralimbajul, comunicarea nonverbală, metacommunicarea; **c) din perspectiva partenerilor** – comunicarea intrapersonală (cu sine însuși), comunicarea interpersonală (cu o altă persoană), de grup (cu un număr de alte persoane), publică (cu un număr mare de persoane).

2. Comunicarea medicală

2.1. Tipuri de comunicare medic-pacient

2.2. Comunicarea în funcție de diagnostic. Comunicarea cu diferite tipuri de pacienți

2.3. Comunicarea în echipa medicală

Comunicarea medicală este o parte a discursului profesional ce reflectă anumite caracteristici și condiții specifice acestei practici. Ca componentă a comunicării profesionale ea diferă de actul comunicațional realizat în cadrul natural obișnuit. Astfel, pe lângă elementele, cerințele și obiectivele întâlnite în teoria comunicării, în cea profesională (medicală) survin și interese, necesități ale persoanelor participante în actul medical. Problema ce survine de la bun început în studiul și analiza comunicării medicale ține de stabilirea elementelor prioritare în cadrul ei. Ele (prioritățile) necesită căutate și legate de echipa medicală și pacient, unde în teoria comunicării sunt numiți *emițător* – *receptor* și invers. Pentru lucrătorul medical, obiectivul de bază al comunicării reprezintă menirea sa profesională de a *diagnostica* și *trata*. Respectiv, pentru bolnav – de problemele sale de sănătate, ce coincide cu *disfuncția fizică* și *consecințele ei* (durerea). Așadar, este logică constatarea, potrivit căreia, necesitatea bolnavului este centrată pe *alinarea suferinței și tratament*.

Astfel, competența și performanța medicului se centrează asupra a două scopuri fundamentale:

1. *acumularea informației de la pacient și transmiterea eficientă, adecvată a rezultatului diagnosticului;*
2. *acordarea unei consilieri ce ar demonstra compătimirea și respectul față de el, precum și respectarea principiilor morale ale bioeticii medicale.*

Primul scop sub aspect teoretic pare a fi simplu, însă sub cel practic este unul destul de dificil și sunt determinați de anumiți factori interni și externi, începând cu cultura individuală a medicului, abilitățile profesionale și culminând cu flexibilitatea comunicațională. Pentru realizarea acestor scopuri, în fața medicului sunt puse anumite cerințe imperative: „trebuie sau nu trebuie”. Astfel, putem constata că medicul, în procesul de codificare și emitere a mesajului, trebuie: să utilizeze un limbaj simplu și clar, care să nu conțină ambiguități; să vorbească concret, la subiect, să se refere strict la problema în cauză; să fie concis, să nu utilizeze cuvinte inutile; să folosească termeni comuni și nu abrevieri sau jargoane medicale etc. (*crestomație text 1*).

Al doilea aspect implică faptul că pacientul nu este pentru medic un obiect de cercetare, ci și o persoană ce se află în suferință. Astfel, dacă acumularea informației de la pacient, stabilirea diagnosticului și a tratamentului presupune competență și performanță profesională, iată că în faza respectivă, medicului i se cer abilități și caracteristici morale precum:

înțelepciunea, dreptatea, curajul, cumpătarea, răbdarea, mila etc. Ele trebuie să fie asimilate de medic printr-o cunoaștere de sine și nici într-un caz teoretic sau formal (*crestomație text 2*).

În caz contrar, astfel de categorii ale bioeticii medicale ca autoritatea medicului și încrederea pacientului își pierd valoarea (*crestomație text 3*).

Aceste relatări impun un studiu axat asupra unor particularități ale formelor de comunicare medic-pacient, a atmosferei comunicaționale în echipa medicală, precum și referitoare la cine poate fi implicat în ea (comunicarea medicală). Totodată, implică o caracterizare a deferitor tipuri de pacienți, chiar și a situațiilor confuze de comunicare ce pot surveni în relațiile medicale, în funcție de diagnosticul pacientului.

2.1. Tipuri de comunicare medic-pacient

Încercarea noastră de a clasifica formele comunicării medicale se poate realiza prin prisma a două criterii, care, de fapt, se intercalează reciproc. Unul ar fi conformarea comunicării medicale la tipurile comunicaționale redată în prima parte a temei. Altul – după poziția și atitudinea medicului față de pacient și invers, precum și în funcție de stadiul actului medical. Primul punct de vedere presupune elemente integrale referitoare la comunicare și formează baza teoretico-practică a culturii comunicării a medicului. Al doilea criteriu este unul specializat și necesită o atenție deosebită, deoarece ține de situații concrete în relația medic-pacient. Întâi de toate, expunerea tipurilor de comunicare medic-pacient, după stadiile actului medical, oferă posibilitatea structurării sale în trei tipuri care diferă între ele în funcție de complexitatea cerințelor față de subiecții implicați atât în procesul curativ, cât și de prevenire.

Astfel avem: 1) *comunicarea preclinică*; 2) *comunicarea clinică*; 3) *comunicare post-clinică*.

Comunicarea preclinică este una strategică și ține de datoria și responsabilitatea medicului de a promova educația pentru sănătate, de a organiza măsuri profilactice. Astfel, în *Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic* sunt redată un șir de obiective puse în fața activității medicale cum ar fi: promovarea sănătății și prevenirea bolilor; asigurarea unui mod sănătos în viață; menținerea sănătății tinerii generații; fortificarea sănătății vârstnicilor; controlul bolilor cronice necontagioase; crearea unui mediu ambiant sănătos și sigur; alimentarea rațională și activitatea fizică sporită; formarea unei societăți fără tutun, al-

cool și droguri; garantarea vieții fără violență și traume; asigurarea condițiilor pentru ameliorarea sănătății mintale; controlul maladiilor contagioase; obținerea de noi performanțe în sistemul de ocrotire a sănătății (*Legea RM Nr.264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic. Publicat: 23.12.2005 în Monitorul Oficial Nr.172-175, art.Nr.839*).

Aici observăm specificul respectivului tip de comunicare, adică acesta este realizat în afara cabinetului medical, respectiv, activitatea medicului nu se realizează doar în clinici și instituții medicale. Medicul trebuie să fie prezent în mijlocul societății pentru a forma, investiga și analiza. Astfel, mijloacele prin care se realizează comunicarea preclinică sunt determinate de problemele de sănătate majore cu care se confruntă societatea. Rolul medicului este de a le depista și a organiza măsuri educative și informare, cu privire la situația existentă. Manifestările concrete ale medicului ar fi: 1) întruniri în cadrul instituțiilor de învățământ și/sau adunări comunitare; 2) comunicarea prin intermediul materialelor informative, afișelor; 3) participarea la emisiuni radio sau televizate cu tematici respective. Prin urmare, cunoașterea strategiilor de comunicare pentru schimbarea comportamentului și a stilului de viață, ce duce la răspândirea bolii sau culturii sănătății la pacient și posedarea tehnicilor de comunicare eficientă (abilitatea de a convinge, argumenta, abilitățile oratorice, dicția și alte elemente ale metacomunicării), joacă un rol decisiv în realizarea acestor directive.

Comunicarea clinică. Acest tip de comunicare este axat pe trei faze decisive ale actului medical: 1) anamneza și investigarea simptomelor de medic; 2) metodele de diagnosticare și stabilirea diagnosticului; 3) stabilirea tratamentului.

Întrebările ce apar în prima fază a actului medical sunt: 1) ce condiții ar trebui să întrunească o consultație medicală sub aspectul comunicării? 2) ce elemente trebuie să evităm într-o consultație? Premisele unei bune relații comunicative dintre medic și pacient debutează din afara cabinetului medical, unde personalul medical ar trebui să depună efort pentru a reduce obstacolele ce stau în calea unei comunicări eficiente. Aici trebuie luate în calcul ambianța, inclusiv barierele fizice și potențialele perturbări, adică întreruperile frecvente, intrările de personal, deschiderile dese ale ușii etc., ce pot apărea pe parcursul consultației. Personalul care face programările ar trebui să clarifice tipul consultației (lungă sau scurtă), dacă pacientul are anumite nevoi speciale etc. Pentru

consultațiile la care vor fi oferite informații și răspunsuri la întrebări, ar trebui să fie acordat mai mult timp, iar în cazul în care vor fi comunicate o diagnoză proastă sau altă informație negativă, pacienții ar trebui încurajați să vină la consultație acompaniați de o rudă, un prieten sau o persoană apropiată.

Anamneza și investigarea simptomelor de către medic. În această parte a actului medical, sunt fundamentale patru elemente: 1. **Organizarea raportului** – prezentarea personală este o parte importantă a stabilirii contactului cu pacientul. Pacientului ar trebui să-i fie acordat suficient timp pentru a-și comunica problemele, fără a fi întrerupt, fiindu-i demonstrat în acest mod că medicul va identifica mai rapid problema sa. Dacă pacientul nu poate formula exact motivul vizitei sale, medicul ar trebui să-l ghideze, adresându-i întrebări specifice astfel încât acesta să-și poată descrie problema. 2. **Ascultarea activă** – comunicarea eficientă poate fi întreținută cu ajutorul tehnicilor de ascultare activă și ajutându-i pe pacienți să se exprime și să înțeleagă informația pe care o primesc. Ea este strâns legată de capacitatea medicului de a recunoaște factorii emoționali ce contribuie la îmbolnăvire sau suferință. Ascultarea activă include: stabilirea contactului vizual chiar de la începutul interviului; adresarea întrebărilor de tip deschis (întrebare greșită și răspuns greșit sau întrebare închisă și răspuns închis); apelarea la mijloacele de comunicare verbală și non-verbală; clarificarea dacă pacientul înțelege informația oferită de medic. 3. **Asistarea pacientului** – în afara de ascultarea activă, medicul îl poate asista pe pacient în alte moduri: să caute să înțeleagă așteptările pacientului de la această vizită; să fie receptiv (sensibil) la nevoile și circumstanțele pacientului (inclusiv la convingerile, valorile, temerile și originea culturală și socială a pacientului); să-l încurajeze pe pacient să adreseze întrebări; să repete informația importantă; să-i permită pacientului să ia notițe; să-i permită sau să-l întrebe pe pacient dacă ar avea nevoie de prezența unui apropiat în timpul consultațiilor medicale; programarea următoarei consultații medicale; menționarea organizațiilor sau serviciilor care ar putea să îi ofere pacientului suport; propunerea de a consulta și o altă opinie medicală, dacă este cazul. 4. **Oferirea informației și a sfaturilor** – se poate fi realiza prin: stabilirea a ceea ce pacientul dorește și are nevoie să cunoască; folosirea unui limbaj simplu, pe înțelesul pacientului; folosirea diagramelor, schemelor, graficilor și oferirea materialelor informative suplimentare. Materialele scrise nu ar trebui să conțină informație cantitativă în exces pentru

pacient și trebuie luată în calcul capacitatea pacientului de a înțelege informația, condiția, diagnoza pacientului. Informația scrisă ar trebui oferită pentru a întări și nu de a înlocui procesul interactiv verbal.

Metodele de diagnosticare, stabilirea diagnosticului și a tratamentului

Comunicarea pentru facilitarea deciziilor informate este importantă atunci când pacienții sunt puși în fața necesității de a lua decizii sau de a-și da acordul asupra intervențiilor. Intervențiile se referă la procedurile diagnostice și testele și toate formele de tratament (medicamentos, chirurgical etc.). Aici, o regulă valoroasă ar fi ca medicul să prezinte, dacă este posibil, mai multe opțiuni de diagnosticare și tratament, iar pacientul să aleagă. Dacă pacientul nu poate să decidă, atunci el (medicul) trebuie să-l ajute, să-i recomande, reieșind din posibilitățile pacientului (stare financiară sau alte dificultăți ce ar apărea pentru pacient). Totodată, principiile care stau la baza acordului informat se extind și asupra altor intervenții, inclusiv a consilierii, screeningului (genetic ș.a.) și în toate cazurile când intervențiile poartă în sine riscuri de natură fizică, emoțională, financiară sau de alt tip. Așadar, o comunicare eficientă cuprinde acordul informat, în timp ce o comunicare insuficientă crește probabilitatea insatisfacției cu urmări imprevizibile.

Condițiile în realizarea acordului informat este redat și în unele acte normative din Republica Moldova, cum ar fi: **Legea R. Moldova, Nr. 263 din 27.10.2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului; Ordinul Ministerului Sănătății, Nr. 303 din 06.05.2010, cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat.** Actele normative menționate, cât și codurile de etică prevăd regulile generale de informare, natura informației care trebuie oferită în diverse situații. Transmiterea acestei informații cere posedarea unor abilități de comunicare foarte bune. Respectarea autonomiei pacientului și a dreptului pacientului de a accepta sau refuza sfaturile, evitând orice tentativă de constrângere (coercție) și asigurarea comprehensivității acesteia de către pacient, toate fiind parte a unui proces integru. Pacienții caută diferite tipuri de informație și sfaturi de la medici. Pentru a-i ajuta să participe eficient la luarea deciziilor de care depinde sănătatea lor, pacienții au nevoie de o informație relevantă, prezentată într-un mod pe care aceștia îl înțeleg. Totuși, nu este posibil

de a le oferi pacienților informație despre orice detaliu al alternativelor de tratament, potențialele beneficii și riscuri și toate urmărirea posibile. De asemenea, este imposibil de a evalua riscurile cu certitudine, iar această incertitudine ar trebui, de asemenea, comunicată pacienților.

Acolo unde este posibil, informația despre beneficii și riscurile intervențiilor ar trebui prezentată într-un mod care îl va ajuta pe pacient să înțeleagă mai bine situația sau starea sa (de exemplu, folosirea datelor absolute, în loc de cele relative, cu privire la riscuri) și să înțeleagă natura riscurilor. De asemenea, pacientul ar trebui informat despre riscurile materiale. Riscurile materiale sunt acelea pe care o altă persoană decât pacientul le-ar putea considera semnificative, sau acelea despre care medicul știe sau ar trebui să știe că sunt importante pentru pacient. Riscurile cunoscute pe care persoanele rezonabile le-ar considera semnificative ar trebui comunicate atunci când un efect advers este ceva obișnuit, iar prejudiciile sunt minore și când efectul advers este sever, chiar dacă incidența acestuia este scăzută. Procesul comunicării ar trebui să-l ajute pe medic să devină conștient de riscurile pe care un anumit pacient le-ar putea trata ca semnificative.

Totodată, când se discută diagnosticul, ar trebui luate în considerație următoarele aspecte: cauza posibilă sau probabilă a bolii sau condiției; gradul incertitudinii oricărui diagnostic; posibilitatea retrimiterii la diagnostic pentru confirmare sau infirmare; limita cunoștințelor medicale sau absența acestora despre specificul problemei medicale; statutul bolii pacientului (temporară, cronică sau terminală); implicarea pacientului în formularea preferințelor pentru îngrijirea continuă; solicitarea de informații din partea pacientului; sensibilitatea la preferințele pacientului despre informație și sursele alternative sigure.

Comunicare post-clinică este caracterizată prin două lucruri: reabilitarea și asistarea pacientului, fie în baza terapeutică, fie post chirurgicală. Obiectivul acestui tip de comunicare este, pe de o parte, ca pacientul să realizeze tratamentul, iar pe de altă parte, să diminueze factorii existențiali ce au dus la apariția bolii. Aceste preocupări se fundamentează pe buna relație pe care au stabilit-o cei doi de la început – autoritatea medicului în fața pacientului (*crestomație text 15*) și încrederea (*crestomație text 16*), a căror realizare este posibilă printr-o bună comunicare și atitudine morală.

Eficacitatea tratamentului depinde de accentuarea de către medic a următoarelor lucruri:

- Informarea pacienților cu privire la consecințele neefectuării tratamentului;
- Prezentarea mai multor opțiuni, dacă este posibil, pentru ca pacientul să poată alege;
- Stabilirea termenului în care pacientul trebuie să revină la medic;
- Comunicarea anticipată a unor efecte nedorite, ce pot surveni pe parcursul tratamentului (de aceea, revenirea este o soluție);
- Codificarea informației în funcție de prioritățile pacientului etc.

Cât privește deprinderile de viață ale pacientului – igiena corporală, regimul și stilul alimentar, consumul de alcool, fumatul, drogurile, odihna, lucrul fizic și intelectual, suprasolicitarea nervoasă etc., acestea necesită a fi diminuate. Sigur că nu este ușor, însă medicul poate recomanda un specialist sau să asimileze anumite strategii de consiliere în asemenea situații.

2.2. Comunicarea în funcție de diagnostic. Comunicarea cu diferite tipuri de pacienți

În analiza comunicării clinice, au fost redate anumite caracteristici și condiții despre cum ar trebui să se realizeze comunicarea dintre medic și pacient, când doctorul are de stabilit metodele de diagnosticare și diagnosticarea propriu-zisă. În această parte a temei, ne vom referi la anumite situații ce țin de comunicarea diagnosticului. Într-o formă ierarhică, comunicarea diagnosticului urmează după anamneză și investigație. Astfel, dacă în primele faze ale actului medical, doctorul este un dirijor în sens comunicativ, adică ghidează pacientul prin codificarea mesajului, aici doctorul este cel ce codifică mesajul, iar codul utilizat trebuie să depindă de feedback, observat și interpretat de medic în funcție de modul redării, acceptarea și înțelegerea de către pacient a metodelor de diagnosticare. Iată de ce este recomandat ca diagnosticul să fie comunicat de către medic și nu de personalul medical auxiliar, pentru că el (doctorul) interacționează cu pacientul și îl cunoaște mai bine.

Atunci când se comunică un diagnostic este necesar de respectat patru reguli fundamentale:

1. Limbajul utilizat trebuie să fie clar, concis, la subiect, redat în termeni comuni, sincer și corect;
2. Argumentarea diagnosticului – se face în baza rezultatelor investigațiilor, respectiv, fișa medicală a pacientului cu analizele trebuie să fie la îndemâna doctorului;

3. Prezentarea diagnosticului trebuie să fie strâns legată de formula și/sau schema de tratament;
4. Lucrătorul medical trebuie să sprijine pacientul sau rudele acestuia fără anumite prejudecăți.

Comunicarea cu diferite tipuri de pacienți. Activitatea medicală este una dinamică, la care participă diferiți subiecți atât ca temperament, cât și ca deficiență somatică. Această realitate face ca comunicarea dintre medic și pacient să contureze anumite caracteristici specifice, care duc la apariția unor dificultăți nu doar pentru pacient, ci și pentru personalul medical. Nimeni nu poate tăgădui faptul că unele faze sunt haioase (de exemplu, când pacientul are deficiențe de auz, iar medicul este nevoit să ridice vocea, încât este auzit din stradă), dar și dramatice, când lucrătorul medical nu știe ce să facă și cum să procedeze. Întâi de toate, în astfel de cazuri, se cere o atitudine etică și calități morale precum răbdarea, compasiunea, mila, cumpătarea etc., ce-i permit medicului să manifeste tact profesional. În al doilea rând, comunicarea cu pacienții care au anumite deficiențe este binevenită pentru formarea profesională a medicului.

Întâi de toate, aici trebuie să ținem cont de faptul că principala cauză pentru care pacientul se adresează la medic este durerea, care este specifică în cazul majorității bolilor. Există diferite tipuri de pacienți: care manifestă simptome ale durerii, fără durere, cu dureri acute sau suportabile etc. Astfel, contextul comunicațional va depinde de aceste stări. Durerea este o experiență subiectivă ce se manifestă individual de la un bolnav la altul, iar descrierea și evaluarea ei este posibilă doar de cel ce o suportă. Totodată, nu putem nega faptul că omul are capacitatea de a exagera, iar medicul, raportându-se la practicile anterioare, poate observa dacă pacientul exagerează. Acest lucru poate determina personalul medical să afirme, de exemplu, că durerea nu este atât de acută, ceea ce nu este binevenit. În acest caz, bolnavul ar trebui încurajat să-și definească starea, iar doctorul să identifice cauza suferinței, pentru a cristaliza diagnosticul și tratamentul. Unii specialiști recomandă evitarea interviului medical detaliat în cazul bolnavilor cu dureri acute, deoarece este posibil ca mesajul să fie serios distorsionat [3, p. 56].

Un alt factor important este că, în cazul unor boli, nu există dureri, în timp ce tratamentul poate cauza durere, fapt cunoscut de medic. Exemplu: Caria dentară și tratamentul ei; Unele boli oncologice precum leucemia, hemofilia etc. Diabetul zaharat; Cataracta; Adenoizii; Epilepsia; Alzghaimerul etc. În aceste cazuri, lucrătorii medicali obișnuiesc să-i avertizeze pe pacienți în felul următor: „Tratamentul poate fi dureros”

sau „acum ar putea să vă doară”. Totuși, este bine să fie evitate aceste exprimări, deoarece pot provoca o anxietate, o anticipare a durerii, ce poate duce la sporirea suferinței. Mai corect ar fi să spunem: „Veți trece prin anumite încercări, însă, cu răbdare, vom reuși” sau „Dacă apare disconfort pe parcursul intervențiilor și a tratamentului să mă anunțați”.

O tipologie reușită a diferitor pacienți a realizat Simona Fica și Ludmila Minea [3]. Ele le clasifică astfel: Pacient care naște (*crestomație text 4*); Pacient cu deficiențe de comunicare (de limbaj, auz și vedere) (*crestomație text 5*); pacientul înainte și după intervenția chirurgicală (*crestomație text 6*); pacient cu boli stigmatizante (*crestomație text 7*); pacientul care intră în competiție cu doctorul (*crestomație text 8*); pacientul care se duce (*crestomație text 9*); pacientul hipocondriac (*crestomație text 10*); pacientul care vrea beneficii (*crestomație text 11*); pacientul violent (*crestomație text 12*); pacientul doctor (*crestomație text 13*); pacientul pe patul de moarte (*crestomație text 14*). Această tipologie va fi prezentată în formă de *crestomație* la sfârșitul capitolului.

2.3. Comunicarea în echipa medicală

Comunicarea în echipa medicală. Comunicarea eficientă în cadrul echipei medicale este esențială pentru asigurarea continuității îngrijirii medicale și a tratamentului eficace al pacienților în toate contextele asistenței medicale. În cadrul instituțiilor medicale de asistență primară, o comunicare ineficientă între membrii echipei medicale (medic de familie, asistent medical și medici specialiști) poate fi o cauză a eșecului în comunicarea cu pacientul (de exemplu, în cazul în care pacientului i se comunică informații contradictorii cu privire la diagnoză sau tratamentul propus). Comunicarea ineficientă între chirurghi, anesteziști, asistente medicale în sala de operație poate duce la compromiterea siguranței pacienților. Comunicarea pacienților în perioada pre-operatorie, post-operatorie, a celor internați în cadrul secțiilor terapeutice și a celor aflați în afliți îngrijire paliativă trebuie coordonată foarte atent în cadrul echipei, deoarece aceasta este extrem de importantă în ceea ce privește asigurarea respectării unor principii și reguli morale ale bioeticii (binefacerii, non-dăunării, confidențialității etc.)

În sistemul modern al ocrotirii sănătății, serviciile medicale sunt oferite de diferiți profesioniști în domeniu cu diferite niveluri de pregătire și experiență. În timpul unei șederi de patru zile în spital, un pacient poate interacționa cu până la 50 de specialiști cu diferite calificări, inclusiv medici, asistenți medicali, tehnicieni, personal auxiliar și alții.

Practica clinică eficientă necesită lucrul în echipă. Componentele lucrului în echipă eficient includ: crearea unui mediu de activitate facil (agrabil) atât din punct de vedere social, cât și material (asigurarea accesului liber la resursele necesare); emiterea unor indicații clare din partea managerului; distribuirea corectă și clară a rolurilor și sarcinilor în cadrul echipei; menținerea unei atmosfere de respect reciproc; împărțirea responsabilităților între membrii echipei; contribuția echitabilă a membrilor echipei la realizarea sarcinilor trasate; conștientizarea conflictelor și depunerea eforturilor pentru evitarea sau depășirea acestora; specificarea clară a persoanelor cu funcții de răspundere; comunicarea regulată și asigurarea circulației informației în cadrul echipei; instituirea unui mecanism de evaluare a rezultatelor și ajustare corespunzătoare a tacticilor de lucru.

Lipsa unei informații esențiale, înțelegerea greșită a informației, indicațiile confuze pot pune amenința siguranța pacienților. Lipsa comunicării în cadrul echipei poate fi și cauza erorilor și greșelilor medicale, sau a malpraxisului, ceea ce poate aduce prejudicii grave asupra sănătății sau chiar să le pună viața în pericol. Erorile medicale, în special cele cauzate de eșuarea unei comunicări eficiente în cadrul echipei, sunt una dintre problemele stringente în cadrul instituțiilor medicale. Comunicarea eficientă crește eficacitatea lucrului în echipă, sporește încrederea, respectul, și intensifică colaborarea între personalul medical, reduce riscul erorilor și greșelilor medicale, crește satisfacția pacienților și a lucrătorilor medicali.

Studiu de caz

Cazul A (Turcia):

Lipsa acordului informat

Un pacient în vârstă de 72 de ani are trei copii maturi și suferă de cancer la colon. El își descrie boala ca „o masă străină în intestin” dar nu știe ce fel de tratament îi va fi aplicat. Merge la intervenție chirurgicală. A doua zi după operație, este vizitat de către chirurgul de serviciu, care îi inspectează plaga postoperatorie. Pacientul se aștepta să vadă o plagă închisă, suturată. El a rămas șocat când a văzut stoma și a întrebat revoltat medicul despre „gaura” în abdomenul său. Chirurgul, într-o manieră tehnică, i-a comunicat: „Capătul intestinului operat a fost suturat de peretele abdomenului. Acum defecația va avea loc prin această gaură într-un pachet ce îl voi fixa eu”. Surprins și supărat de răspunsul primit, pacientul a întrebat: „Pe cine ați întrebat înainte să faceți această gaură?” Medicul a afirmat că copiii pacientului au fost informați exact despre

procedura operatorie, iar fiul său a semnat consimțământul. Bolnavul a reproșat: „Cine urma să fie operat și să poarte o gaură în abdomen: eu sau fiul meu? Cum v-ați permis să luați o astfel de decizie fără să mă întrebați? Vă voi acționa în judecată!”

Chirurgul a început să-i explice motivele deciziei de a recurge la coloristomă, menționând că patologia ce o are este una „foarte rea”. După explicațiile primite pacientul a răspuns: „Dacă aș fi primit aceste informații înainte de operație, eu nu aș fi strigat acum la dumneata. Eu nu sunt un necărturar și pot înțelege lucrurile”.

A fost oare corectă decizia medicilor de a primi doar acordul copiilor pacientului?

- A. Da. Pacientul cu diagnostic oncologic este foarte sensibil. O informație detaliată despre operație poate să îl sperie și să-i dăuneze. Medicii au procedat în beneficiul pacientului, protejându-l de emoții negative.
- B. Nu. Un tratament poate fi eficient doar în cazul unei *cooperări* dintre medic și pacient. Această relație se bazează pe încredere și reciprocitate. Conform imperativului autodeterminării, orice persoană are dreptul de a lua decizii referitoare la propriul corp. Pacientul va alege sau va respinge tratamentul propus după ce îi vor fi descrise beneficiile și dezavantajele. Obținerea acordului informat va fi o afirmare a autonomiei și respectului de sine al pacientului [7, p.197-198].

Cazul B (Rusia):

Lipsa consimțământului

Domnul N. are 46 de ani și este tatăl a doi copii. Se află la evidența oncologului de trei ani, cu adenom la prostată. Pe parcurs, tumoarea a devenit malignă. Domnul N. este internat pentru prostatectomie. Înainte de operație, el a fost informat despre starea sănătății sale și despre volumul intervenției preconizate. Acordul informat a fost semnat. În timpul intervenției, s-a depistat seminoma (cancer testicular). Chirurgul a decis să efectueze prostate-vesiectomie. După operație, domnul N. a depus plângere în judecată, deoarece tratamentul aplicat a fost determinat ca unul „dăunător” și i-a afectat dreptul său la reproducere.

Au fost respectate toate imperativele acordului informat în acest caz?

- A. Da. Cerințele acordului informat au fost îndeplinite adecvat. Medicul nu știa despre patologia diagnosticată până la intervenție.

Intenția medicului a fost doar în beneficiul pacientului, cu scopul de a-l proteja de o intervenție suplimentară.

- B. Nu. Regula acordului informat nu a fost îndeplinită, deoarece dreptul la reproducere este unul fundamental și chirurgul a trebuit să amâne intervenția suplimentară după primirea acordului informat al pacientului. Situația nu prezenta o urgență, iar accesul chirurgului la seminomă nu este unul dificil [7, p. 198].

Cazul C (Republica Moldova):

Problema informării pacientului

Pacienta V. (32 de ani) este internată de urgență într-o clinică raională fiind diagnosticată cu apendicită acută. Pe parcursul intervenției chirurgicale, medicul a depistat un chist enorm al ovarului. S-a luat decizia rezecției ovarului. Starea postoperatorie a evoluat fără complicații și pacienta a fost externată în curând. Nimeni nu a informat pacienta despre rezecția suplimentară efectuată.

Peste o perioadă pacienta s-a adresat la ginecolog cu anumite disfuncții. Pe lângă alte investigații ginecologul, îi indică un control ultrasonografic, în care se stabilește lipsa ovarului. Pacienta surprinsă și supărată a depus plângere în judecată împotriva chirurgului care a operat-o. Ea era convinsă că ovarul a fost lezat și extras accidental, din greșeala medicului, de aceea, acest fapt i-a fost ascuns după operație.

Considerați corecte acțiunile chirurgului?

- A. Da. Medicii au procedat corect. Chistul enorm prezenta un pericol cu probabilitatea dezvoltării unei peritonite, de aceea, trebuia extras. Informarea pacientei despre aceasta nu era o necesitate obligatorie, deoarece rămânea al doilea ovar care îndeplinea funcțiile hormonale. Medicul a evitat să streseze pacienta.
- B. Nu. Au fost încălcate cerințele acordului informat. Chiar dacă a fost depistată necesitatea urgentă a rezecției ovarului, medicul trebuia să informeze rudele apropiate din moment ce pacienta era sub anestezie, pentru a primi acordul acestora. În absența rudelor, medicul putea să efectueze rezecția pentru binele pacientei, dar cu o explicare detaliată post-factum a situației, cu prezentarea dovezilor, martorilor (asistenți la operație) prin care să motiveze urgența și inevitabilul situației. Era singurul mod prin care medicul se putea proteja de suspiciunile și conflictele apărute ulterior [7, p. 198-199].

Crestomație

Textul 1.

„... Mesajul trebuie transmis în propoziții scurte, iar fiecare propoziție ar fi bine să conțină o singură informație importantă. Să se utilizeze cu precădere termeni comuni, evitându-se termenii specifici medicali, care pot induce confuzie și anxietate pacientului. Astfel, denumirile organelor și sistemelor anatomice vor fi mai ales cele din limbajul uzual și nu cele de specialitate (de exemplu, inimă și nu cord, glande și nu sistem endocrin, frunte și nu lob frontal, tumoră și nu limfom sau carcinom). Excepție fac termenii din domeniul uro-genital și sexual, pentru care se vor utiliza variantele științifice: penis, vulvă, vagin, uter, anus, urină etc. Nu este indicată utilizarea abrevierilor precum AVC, APGAR, IDR etc. și nici anumite expresii care, în context, pot deveni anxiogene: „probă de sângerare” „cervix incomplet” „teste de anomalii ale fătului” „examen anatomo-patologic” etc.” [4, p. 44-45].

Textul 2.

„...În sala de operații, Voino-Iasenețki lucra calm, vorbea cu personalul pe un ton blând, era la fel de liniștit cu toți, vorbea mereu la subiect. Surorile medicale și ajutoarele nu erau niciodată nervoase la operațiile lui” [1, p. 255].

Textul 3.

„... 22. Autoritatea lucrătorului medical și farmaceutic depinde de pregătirea profesională și presupune un anumit prestigiu, reputație și faimă a acestuia.

23. Autoritatea profesională este un capital moral personal, dar, în același timp, este și o parte a tezaurului moral al tuturor persoanelor implicate în serviciul de asistență medicală.

24. Încrederea pacientului constituie reflectarea poziției sale morale privind relația cu medicul și este susținută de calitățile morale înalte, de abilitățile profesionale ale lucrătorului medical, manifestându-se prin convingerea personală de a respecta recomandările și prescripțiile medicale. Încrederea pacientului prezintă un indiciu al calității serviciului medical și este influențată direct de autoritatea profesională.

25. Fiecare membru al comunității medicale are obligația morală de a susține autoritatea profesională, prin respectarea unor categorii etice comune generale, precum cinstea, demnitatea, disciplina, bunăvoința, politețea, respectul dezinteresat față de oameni.

26. *Profesia medicală este incompatibilă cu duritatea, apatia, ignoranța, indiferența, aroganța, nerăbdarea etc., care afectează și discreditează atât autoritatea unui membru în parte, cât și a colectivului profesional, a medicinei în ansamblu...*” [2, p. 5-6].

Textul 4.

„ ...În cazul nașterii, managementul durerii este esențial. Cel mai potrivit este să ajutăm pacienta să monitorizeze contracțiile (se preferă acest termen în locul celui de „durere”, pentru a exclude conotația suferinței), atât ca intensitate, cât și ca frecvență. Din timp în timp, întrebăm pacienta ce valoare are intensitatea (pe o scară de la 0 la 10) și la câte minute survin. Acest mod de abordare induce sentimentul controlului asupra durerii.

În timpul contracției, putem concentra atenția pacientei pe respirație (utilizând tehnica Lamaze, de exemplu), să o strângem de mână (și soțul poate face asta) sau să-i ghidăm comportamentul: „acum împingeți”, „acum să nu împingeți”, „puteți respira liniștită” (în acord cu mersul travaliului). Durerea în cazul nașterii este considerată ceva normal, care ajută pacienta să expulzeze copilul. Susținerea motivației și interesului pacientei de a participa activ la actul nașterii se realizează prin încurajarea progreselor, („este foarte bine așa, vă descurcați foarte bine”), prin normalizare („totul merge normal”), prin concentrarea pe copil („trebuie să ajutați copilul acum”; „uite se vede copilul”). O tehnică eficientă este și inducerea ideii de comprimare a timpului, știut fiind că în asemenea situații timpul este perceput ca mult mai lung, dilatat: „mai este puțin, totul merge perfect”, „copilul s-a angajat, ce a fost mai greu a trecut, mai sunt câteva contracții și gata”. Atenție la cuvintele inofensive care, în context, pot avea efecte nocive, ca de exemplu „numai” și „abia”: „aveți numai 5 cm dilatație” sau „sunteți abia la jumătate”; e mai bine să le evitați sau să spuneți „aveți deja 5 cm dilatație” și „ați depășit jumătatea”. Nu priviți femeia care naște și țipă ca pe o persoană slabă, care nu suportă durerea, ci, dimpotrivă, ca pe o persoană puternică, ce se descarcă de durere prin țipăt. Această privire necondiționat pozitivă asupra femeii care naște vă va ajuta să găsiți cele mai potrivite cuvinte, anume acel limbaj de susținere și încurajare, de admirație pentru modul în care se descurcă într-o situație cu totul nouă și covârșitoare pentru ea, din toate punctele de vedere.

Dacă pentru dumneavoastră actul nașterii s-ar putea cu timpul să devină ceva banal, pentru femeie este o experiență unică, încărcată de emoție, pe care și-o va aminti toata viața...”[3, p. 56].

Textul 5.

„...Există mai multe tipuri de deficiențe ale pacientului care pot împiedica comunicarea: de limbaj, de auz și de vedere.

Afaziile, ca tulburări de limbaj, apar în general ca urmare a unor traumatisme sau în urma unui atac cerebral. Recuperarea se face cu ajutorul specialistului logoped, însă există și căi de îmbunătățire a comunicării cu pacienții afazici:

- plasați-vă la nivelul feței pacientului;*
- urmăriți care sunt posibilitățile de comunicare ale pacientului;*
- utilizați scrisul, imaginile desenate, sunetele, atingerea și expresia feței, pentru a suplimenta comunicarea. Dacă eforturile de a se exprima ale pacientului sunt prea mari, oferiți-i momente de relaxare și apălați la umor.*

Pacienții cu deficiențe de auz pot fi persoane în vârstă care au devenit surde, copii care s-au născut astfel sau cei care au pierdut auzul în urma unor accidente sau boli. Unii pacienți pot citi cuvintele pe buze, alții utilizează limbajul semnelor. Vorbiți distinct și rar, dar nu țipați. Îndreptați fața către pacient, ca să vă poată urmări. Utilizați și celelalte metode suplimentare de comunicare (hârtia, semnele, atingerea). Dacă nu este posibil să transmiteți mesajul și este ceva important, chemați un membru al familiei care se înțelege cu el.

Pacientul orb este în dezavantaj pentru că nu poate urmări limbajul non-verbal dar poate sesiza sunetele înconjurătoare care avertizează (pași, sonerie, deschiderea ușii etc.) Cu acești pacienți trebuie să vorbiți mai mult, să îi anunțați când intrați în cameră și când o părăsiți, să-l orientați permanent în spațiu și să-l ghidați prin atingere, să-i spuneți ce faceți și la ce să se aștepte din punct de vedere al procedurilor medicale...” [4, p. 57].

Textul 6.

„...Înainte de o operație, pacienții sunt, de regulă, foarte anxioși, emoție care la intensitate mare se poate transforma în detașare de realitate, ca o disociere de obiectul fricii. O metodă bună este ancorarea în realitate, ținerea pacientului „acum și aici”. Acest rol îi revine de obicei asistentului medical, care va îndruma pacientul să execute anumite acțiuni, îl va orienta în spațiu și timp în anticameră și va utiliza atingerea pentru a-l liniști.

Înainte de operație, chirurgul principal și anestezistul au obligația de a se întâlni cu pacientul, atât pentru a obține de la acesta informații

suplimentare, cât și pentru a-i testa starea emoțională și a-l asigura că totul este în ordine și se află pe mâini bune. Nu este cazul să i se ofere pacientului detalii despre operație, este bine să i se spună că singura lui treabă este să doarmă liniștit și că se vor revedea la reanimare. Astfel, pacientul nu se simte abandonat și sentimentul de încredere și siguranță sporește. De multe ori, în cadrul acestei întrevederi, pentru scăderea anxietății, chirurgii utilizează umorul, făcând remarci precum: „De ce vă temeți? Singurul lucru pe care îl veți avea de făcut este să dormiți, în timp ce eu fac toată treaba”. La trezirea în camera de reanimare, pacientul este de regulă confuz și dezorientat. Chiar dacă nu vorbește dar este treaz, este bine să i se vorbească, desigur neașteptând nici o reacție de feedback. El trebuie orientat; unde se găsește, cât e ceasul, cine mai este în încăpere, să fie asigurat că totul este în ordine, este sub control. Poate să i se explice ce este cu aparatele care îi înconjoară, la ce folosesc dacă el este conectat la ele: „sunteți legat de niște aparate care vă ajută să treceți cu bine perioada asta de refacere și ne ajută și pe noi să vă urmărim mai bine, pe ecran”. Pacientul trebuie urmărit permanent, iar dacă manifestă anumite simptome postoperatorii, să fie asigurat verbal că acestea sunt normale pentru starea în care se află...” [4, p. 57].

Textul 7.

„...Există anumite tulburări și sindroame care sunt etichetate drept „rușinoase”, considerându-se în mod tradițional că pacientul are o vină în procesul de îmbolnăvire. Dintre acestea, cele mai cunoscute sunt bolile cu transmisie sexuală, bolile legate de consumul de droguri sau alcool, anumite boli psihice, epilepsia, obezitatea, boli dermatologice (scabia), boli ale aparatului digestiv (infestarea cu paraziți). Sentimentul de vinovăție și rușine îi împiedică de multe ori pe pacienți să apeleze la medic, experiența în sine fiind traumatizantă. De aceea, deculpabilizarea pacienților este obligatorie. Nu sunt necesare decât câteva cuvinte, precum „nu e vorba aici de igienă, ci de predispoziția către anumite boli – unii le fac, alții nu le fac” sau „nu este important ce ați făcut până acum, contează ce vom face de acum încolo”. Putem să-i amintim și convenția de confidențialitate, pentru sporirea încrederii ca și încurajarea că a făcut ceea ce trebuia, respectiv să apeleze la medic pentru problema sa...” [4, p. 58].

Textul 8.

„ ...Sunt și cazuri, ce-i drept mai rare, când pacientul intră în competiție cu doctorul. O situație de acest tip se poate declanșa în momentul în care tratamentul nu funcționează sau efectele secundare sunt supărătoare. De cele mai multe ori, reacția pacientului este de a apela la alt specialist, prin urmare, de a abandona terapia curentă. Fiecare pacient are posibilitatea să decidă asupra propriei persoane și să urmeze ce cale dorește spre a se vindeca. Trebuie să privim acest lucru ca pe un drept al pacientului și, totodată, ca pe o nouă dovadă că ne străduim să vindecăm oameni și nu boli. Există pacienți care parcă se încapățânează să ne demonstreze că orice încercăm cu ei nu merge. Poate începe un „joc” în care doctorul și pacientul să își arunce mingea unul în terenul celuilalt (cine va avea ultimul cuvânt?). Fiecare poate să-l acuze, în mod tacit, pe celălalt de dezinteres sau non-implicare. Cu acești pacienți trebuie să spargem cercul vicios și să parcurgem un drum mai lung, un demers de tip pedagogic despre rolul medicației și limitele acesteia, beneficii și riscuri, așteptări și rezultate. Această abordare va convinge pacientul că suntem preocupați de vindecarea lui și nu să îi demonstrăm că noi avem dreptate... ” [4, p. 58-59].

Textul 9.

„ ...Pacientul care seduce este acel pacient care este foarte sugestiv, influențabil și care „se mulează” după medic cu o plasticitate surprinzătoare. El vrea să fie mereu în centrul atenției, îi place să fie îngrijit și lumea să se intereseze de el. De regulă, încearcă să fie fermecător, să utilizeze orice mijloace pentru a fi pe placul personalului medical. Simptomele pe care le acuză sunt adesea dramatizate și exagerate. De-seori, acești pacienți sunt persoane solitare (văduvi, divorțați) și se simt singuri și neglijati. Pentru ei, a fi pacient are multe beneficii secundare, de aceea, au tendința de a se interna des și abuzează de amabilitatea personalului medical. Cu asemenea pacienți este bine să țineți cont de următoarele recomandări:

- nu vă lăsați seduși și impresionați de comportamentul lor, stabiliți limite;*
- acordați-le atenție când se poartă normal, iar când dramatizează și exagerează, păstrați o oarecare distanță, dar nu îi ridiculiizați și nu vă amuzați pe seama lor... ” [4, p. 59].*

Textul 10.

„...Pacientul hipocondriac este acela care confruntă medicul cu neputința științei în fața suferințelor pacientului; dacă se încăpățânează să-i dovedească contrariul, medicul va intra în jocul „bolnavului”. Acesta nu mimează sau își provoacă simptomele, ci crede sincer că are o boală gravă, care nu poate fi descoperită și/sau vindecată. La orice reasigurare din partea medicului, va cere altele. Este un pacient care consumă mult din resursele comunității alocate pentru sănătate. O idee ar fi să recunoaștem în fața pacientului că medicina are limite și să-l îndrumăm către psihiatru sau psiholog tocmai pentru a discuta aceste lucruri. În fond, dacă a apelat la atâția specialiști, de ce nu ar apela și la aceștia? ...”

Textul 11.

„...Pacienții care urmăresc obținerea unor beneficii sunt acei pacienți care doresc concedii medicale, anumite medicamente, investigații și analize scumpe, adeverințe, pensii etc., fără a avea dreptul legal la acestea. Unii dintre ei recunosc în mod direct ce urmăresc, alții inventează simptome. Nu vom discuta aici dacă este sau nu deontologic demersul de a-i ajuta, ci doar cum trebuie să procedăm pentru a-i refuza, în cazul în care hotărâm acest lucru:

- ascultăm până la capăt cererea, fără să intervenim;*
- facem o sumarizare a discursului lor, pentru a le comunica faptul că am înțeles ce ne cer;*
- folosim un limbaj empatic, de genul „înțeleg situația prin care treceți”, „îmi dau seama că aveți motive să-mi cereți asta”;*
- pronunțăm clar cuvântul „nu”, invocând reguli sau legi;*
- dacă insistă, putem folosi tehnica „discului zgâriat,,; ”*
- încheiem politicos „regret că nu v-am putut ajuta” ...” [4, p. 59-60].*

Textul 12.

„...Există situații când pacienți violenți și ostili sunt aduși la medic de către apropiați. Aceștia sunt de regulă alcoolici, consumatori de droguri în sevraj, psihotici în faza agresivă sau persoane antrenate în conflicte violente. Cadrele medicale trebuie să fie pregătite pentru atare situații și să conlucreze cu gardienii, poliția, pompierii sau lucrătorii sociali, în caz de forță majoră. Secțiile de psihiatrie sunt dotate pentru intervenții de acest fel.

Managementul acestui tip de situație se centrează pe scăderea agresivității pacientului prin căutarea sursei agitației sale și administrarea

medicației aferente. Cadrele medicale vor adopta un comportament calm și sigur de stăpânire a situației. Pacienții care nu sunt violenți fizic și sunt inteligibili pot fi lăsați să se descarce, să povestească ce s-a întâmplat, pentru scăderea intensității emoțiilor negative. Comportamentul personalului medical trebuie să fie absolut normal, ca și cum au mai văzut asta de sute de ori. Pentru evitarea escaladării conflictului, pacienții nu vor fi amenințați, ironizați sau agresati. Prin întrebări și comenzi scurte, la obiect, pot fi ținuti în prezentul cotidian: „stați acolo jos”, „puneți mâinile pe masa asta” etc. Se poate invoca o suferință somatică, pentru a-i putea administra mai ușor medicamentele: „sunteți palid”, „sunteți transpirat”, „tremurați” „trebuie să luați asta ca să vă simțiți mai bine”. Este posibil să trebuiască să repetați de mai multe ori același lucru. Esențial este să nu vă pierdeți cu firea, să rămâneți calmi și fermi în adresarea către pacient...” [4, p. 60].

Textul 13.

„Și doctorii devin pacienți. Dar destul de rar și mai ales în urgență. Greu se îndeamnă doctorii să se ducă la colegii lor, pentru că „știu ei mai bine”. Atitudinea față de boală se schimbă de regulă odată cu anii de experiență. Dacă în studenție sau în primii ani de ucenicie, tânărul medic se identifică adesea cu pacienții, „descoperindu-și” simptome similare cu ale acestora, legate, de obicei, de boli grave sau rare, odată cu sutele de examinări și tratamente apare detașarea, ajungând curând la neglijarea sau minimalizarea unor eventuale simptome. Sunt mai mulți medici care apelează la automedicație și mai puțini care „se pun în pielea pacientului”. Doctorii recunosc că pacienții-doctori sunt dificili. În primul rând, „egalitatea”, din punct de vedere științific, pune în pericol relația terapeutică. Aceasta poate căpăta caracter de ambivalență, care pune în încurcătură atât pe medicul care tratează cât și pe cel care este tratat. Apoi apare tendința de a explica unui confrate diagnosticul pe care l-ai pus, folosind termeni de specialitate, de a te justifica pentru un anumit tratament, de parcă te-ai afla la un examen, nu în fața pacientului. Oricum, nu te simți în largul tău cu un pacient-doctor. Pentru a aborda mai ușor situația putem să procedăm astfel:

- de la bun început să-i tratăm cu considerație, adresându-ne cu doamnă sau domnule doctor;
- să-l întrebăm ce specialitate are, e o cale de a-i arăta că fiecare este stăpân pe domeniul său;
- să utilizăm des formule ca: „așa cum cunoașteți”, „cum desigur știți”;

- să nu intrăm în explicații amănunțite în legătură cu boala, deoarece nu se află în fața noastră ca să ne testeze câtă medicină știm, ci își dorește o părere sinceră și onestă despre interpretarea simptomelor pe care le are;
- să fim relaxați, deoarece dacă ne-a ales pe noi, înseamnă că ne-a investit deja cu multă încredere...” [4, p. 61].

Textul 14.

„...Pacientul în faza terminală, care își așteaptă moartea, este poate cea mai grea încercare prin care trebuie să treacă un doctor. Sunt multe familii care nu pot integra moartea celui suferind și insistă să fie spitalizat, deși este evident că nu se mai poate face nimic pentru el. Din această cauză, moartea devine din ce în ce mai medicalizată. În țările dezvoltate, peste 70% dintre pacienți mor în spital. Obiectivul îngrijirilor paliative rămâne ameliorarea durerii și a suferinței psihice și însoțirea pacientului pentru a muri cu demnitate. Desigur, unele specialități medicale se lovesc mult mai des de acesta situație, de exemplu oncologia. În aceste secții, de altfel, există psihologi specializați pentru bolnavii în stadii terminale. Cum să răspunzi aceluia pacient muribund care te întreabă care este viitorul lui Cum să-i spui că boala evoluează în ciuda tuturor tratamentelor? Cum să-i frângi speranța, după ce a îndurat atâtea terapii crâncene? Comunicarea cu un pacient a cărui boală învinge mijloacele terapeutice este blocată de sentimentul de teamă și lipsă a controlului, că nu mai știi ce să faci și știința ta este neputincioasă. Mulți medici evită în acest caz relația cu pacientul, deoarece simt că asta îi face să-și pună întrebări cu privire la sensul propriei existențe.

Cea mai potrivită atitudine este însă să-ți învingi teama și, mai ales, jena, deoarece majoritatea acestor pacienți sunt conștienți că sfârșitul este aproape. Și ei preferă să vorbească și de altceva decât de boală și moarte și doresc să relaționeze cu oamenii, nu să fie izolați. Ceea ce speră este să găsească un sens în ceea ce îi așteaptă. Și acest sens poate fi intuit atunci când spui pacientului că, în pofida bolii sau a bătrâneții care-i macină trupul, viața sa a fost unică și a avut un anume rost, ea a contat mult pentru ceilalți. Dacă el nu ar fi existat, dacă viața lui nu ar fi fost așa cum și-a trăit-o, atunci nici existențele multor oameni nu ar fi fost aceleași. Astfel, dacă viața capătă sens, și moartea capătă sens. De cele mai multe ori însă, nu este nevoie să spui nimic, ci

doar să ascuți, iar la întrebările de care te temi, cu privire la viitor și la speranță, să răspunzi cinstit că nu știi și că orice lucru este posibil...” [4, p. 61-62].

Textul 15.

„Autoritatea medicului depinde de pregătirea profesională personală și presupune un anumit prestigiu, reputație, faimă. Ea se manifestă prin cunoștințe și diferite capacități, întâi de toate, prin profesionalism clinic: facultatea medicului de a diagnostica corect boala și de a acorda ajutor calificat bolnavului. Autoritatea medicului depinde, de asemenea, și de posedarea intuiției, care joacă un rol foarte important în recunoașterea proceselor patologice. În unele specialități, ca de exemplu chirurgia, traumatologia, stomatologia, otorinolaringologia etc., o semnificație aparte o are tehnica manuală și diferite deprinderi.

Pentru medic nu mai puțină importanță o are măiestria comunicării și rezolvării corecte a multor probleme etice referitoare la relațiile cu pacienții. Medicul este nevoit să rezolve deseori și diferite probleme sociale, iar pentru aceasta, el are nevoie de cunoștințe variate atât în domeniul filosofiei, economiei, dreptului, cât și în domeniul tehnologiilor contemporane, psihologiei.

Autoritatea medicului depinde și de vocația lui. Vocația medicului nu-i pur și simplu aptitudine, dar și dragostea față de profesie, coincidența intereselor personale (dorințele, scopurile individului) și sociale (cerințele și funcțiile profesiei, necesitățile societății când idealul medicinei devine o necesitate vitală a omului). Fără pasiune pentru medicină, fără entuziasm, fără atitudine creatoare față de profesia aleasă, fără o muncă productivă și enormă nu poți deveni medic de forță majoră.

Profesia medicală este incompatibilă cu duritatea, apatia, indiferența față de oameni. Pentru medic, atitudinea formală față de obligațiunile sale, atitudinea nepăsătoare față de bolnav și față de încrederea lui este ceva nefiresc. Obținerea încrederii pacientului este o condiție absolut necesară pentru activitatea rodnică a medicului. Din această cauză, el are nevoie nu doar de cunoștințe speciale medicale, dar și de cunoștințe în domeniul psihologiei generale și medicale, al bioeticii, noosferologiei, cognitologiei, tehnicii informaționale, medicinei informatice, informatizării sociumului etc.

Autoritatea medicului produce un efect psihoterapeutic puternic și, de aceea, nu-i pur și simplu o chestiune personală a lui. Chiar dacă un

oarecare medic nu ține la demnitatea și autoritatea sa, el discreditează astfel autoritatea colegilor săi, medicinei în ansamblu. Scăderea autorității morale a medicinei (și a medicilor) subminează bazele relațiilor de încredere între bolnav și medic, posibilitățile de vindecare, tratamentul în general.

În legătură cu aceasta, devine problematică și chiar irațională încercarea unor jurnaliști de a pune în discuție publică greșelile medicilor, încălcările normelor de serviciu. Bineînțeles că nimeni nu încearcă să apere așa medici, însă discutarea erorilor și abaterilor trebuie să se realizeze în mediul profesional, la un nivel de consiliu de onoare al medicilor sau a Comitetelor de bioetică, dar nu în mass-media. Cu alte cuvinte, problema autorității este strâns legată de categorii general-etice cum ar fi cinstea și demnitatea” [8, p. 203-204].

Textul 16.

„Încrederea bolnavului, susținută permanent de calitățile morale ale medicului, se transformă în autoritatea lui. În așa caz, fiecare cuvânt al medicului este interpretat de către bolnav ca imbold intern, ca o convingere personală în necesitatea regimului, modului de trai în cauză, orientat spre restabilirea sănătății.

Autoritatea profesională înaltă a medicului acționează favorabil asupra tratamentului, devine un factor terapeutic. Însă eficiența diagnosticării și tratamentului depinde și de pacient. Este foarte important caracterul de încredere a relațiilor între medic și pacient. Datoria lucrătorilor medicali este de a acorda în orice caz ajutor bolnavului, la care el răspunde cu o încredere deplină.

Ce sens are noțiunea “încrederea pacientului?” Încrederea constituie un act de bunăvoință, constituie un fel de realizare a datoriei morale a pacientului față de lucrătorul medical, în fine, asta constituie reflectarea poziției morale a pacientului privind interacțiunea lui cu medicul. Bolnavul este nevoit să se adreseze medicului din cauza dezvoltării procesului patologic, care prezintă chiar și pericol pentru viață. Nu numai conținutul anamnezei, dar și viața bolnavului, viitorul lui trebuie să fie deschise, transparente pentru medic.

Tratamentul, de regulă, este legat de risc, de aceea, rezultatul bolii depinde foarte mult de măiestria medicului și cunoștințele sale. Însă și mai mult depinde de sinceritatea, încrederea bolnavului într-un mod simplist, schematizat și anume: dacă ești bolnav și te adresezi medicului

atunci fii bun și răspunde fără orice rușine la toate întrebările, dezbracă-te până la piele pentru examinare și fără îndoială acceptă tratamentul prescris. Omul bolnav este o personalitate și are particularitățile sale psihologice. Deși el răspunde benevol și conștient la toate întrebările, face viața sa personală neîngrădită pentru medic, toate acestea cer de la bolnav anumite eforturi morale, el nu dă atenție rușinii sale, face lumea lui internă accesibilă pentru alții.

Dezvăluind conținutul noțiunii de încredere și subliniind eforturile morale ale bolnavului în adresarea medicului, trebuie să se aibă în vedere că el jertfește și, în același timp, își dăruiește încrederea sa medicului. Relațiile de încredere ale medicului cu pacientul sunt un exemplu minunat al comunicării umane, libere de înstrăinare, pline de conținut profund umanist, sunt un pas de întâmpinare a unui om de către alt om. Medicul trebuie să cucerească încrederea pacientului. Dacă pacientul nu manifestă încredere, atunci el nu-i sincer, nu-i povestește medicului toate detaliile bolii, iar aceasta se reflectă asupra calității diagnosticării și tratamentului” [8, p. 204-205].

Bibliografie

1. Antonopoulos Nectarie. *Chirurgul fără de arginți*. Galați: Egumenița, s.a.
2. *Codul cadru de etică (deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic*. Chișinău: Min. Săn. al R.Mold., 2008.
3. Dance Frank E.X., Larson Carl E. *The Functions of Human Communication: A Theoretical Approach*. New York: Holt McDougal, 1976.
2. Fica Simona, Minea Liudmila. *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*. București: Editura universitară Carol Davila, 2008.
3. Nicolae Miu. *Științele Comportamentului*. Cluj Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu” 2004.
4. Popa Marcel (coord.). *Dicționar enciclopedic*. A-C, vol. 1, Editura Enciclopedică, București, 1993.
5. Țirdea Teodor, Gramma Rodica. *Bioetica medicală în sănătatea publică*. Chișinău: Casa editorial-poligrafică Bons Offices, 2007.
6. Țirdea Teodor. *Bioetică: teorie și practică*. Chișinău: Medicina, 2016.
7. Spinei Angela. *Comunicare și comportament*. Chișinău: Medicina, 2005.

V. METACOMUNICAREA ȘI DIFERENȚELE CULTURALE

*Oamenii se folosesc de cuvinte
doar pentru a-și ascunde gândurile
(Voltaire)*

1. Noțiunea de metacomunicare
2. Descifrarea limbajului verbal al metacomunicării
3. Limbajul paraverbal
4. Comunicarea nonverbală
5. Interacțiunea între comunicarea verbală și nonverbală

Preliminarii

Metacomunicarea reprezintă treapta superioară a comunicării, prin care interlocutorii folosesc limbajul verbal și cel non-verbal (tonul vocii, limbajul trupului, gesturile, expresia feței etc.), pe de o parte, iar pe de altă parte, interpretează cuvintele și expresiile cu scopul de descoperi și înțelege intențiile emițătorului. Ea se bazează pe ideea că același mesaj însoțit de diferite instrumente ale metacomunicării poate avea sensuri diferite. Se pot distinge, convențional, patru niveluri la care are loc comunicarea: verbal, paraverbal, nonverbal și extravербal. Metacomunicarea oferă consistență mesajului și poate fi congruentă, de susținere sau contradictorie cu mesajul verbal. Doar prin însușirea artei și tehnicilor de descifrare a mesajului nonverbal se poate percepe ceea ce gândește vorbitorul în realitate.

Scopul

Însușirea de către medici și personalul medical a conceptului de metacomunicare și a tehnicilor de comunicare în activitatea medicală.

Obiective

- Înțelegerea principiilor metacomunicării și a importanței acestora în practica medicală, în contextul respectării normelor bioetice.

- Obținerea competențelor de descifrare și aplicare a limbajului verbal, paraverbal, nonverbal și extraverbal al metacomunicării (înțelegerea și interpretarea mesajului pacienților, utilizarea de către medic a limbajului corporal în comunicarea cu pacienții, evaluarea adecvată în funcție de cultura vorbitorului etc.).
- Însușirea capacității de a integra elementele metacomunicării în context intercultural;
- Respectarea codului bunelor maniere în viața de zi cu zi, inclusiv în activitatea profesională;
- Modelarea unei imagini adecvate pentru un lucrător medical;
- Integrarea elementelor de programare neurolingvistică în comunicarea medicală.

Definiții

Metacomunicarea este o „comunicare despre comunicare”, după cum a definit-o Gregory Bateson, adică o interpretare a informației într-un context mult mai larg decât simpla interpretare a cuvintelor. Metacomunicarea se referă la tot ce formează contextul sau cadrul mesajului, cu scopul de a-i ajuta pe participanții la dialog să înțeleagă actul comunicațional (Bateson, 1951; Bateson, 1972).

1. Noțiunea de metacomunicare

Majoritatea lucrărilor de specialitate definesc metacomunicarea ca fiind o formă a comunicării ce își propune interpretarea cuvintelor și a expresiilor, cu scopul de descoperi și înțelege intențiile emițătorului. La prima vedere, definiția este clară și pare să explice noțiunea în cauză. Totuși, este necesar să ținem cont, în cadrul actului metacomunicațional, de părțile implicate în comunicare, deoarece în ambele cazuri sunt acțiuni cu interese proprii, care necesită abordări particulare. Astfel, dacă ar fi structurăm elementele de comunicare, vedem că există emițător și receptor, respectiv, se realizează acte metacomunicaționale diferite. Dacă în definiția de mai sus se specifică interpretarea intențiilor ascunse ale vorbitorului (emițătorului) se observă că accentul acțiunii cade pe receptor, care interpretează. Rezultă întrebarea: ce face emițătorul, din perspectiva metacomunicării, pentru că și el întreprinde o acțiune? Respectiv, logic ar fi ca la definirea noțiunii de metacomunicare ar fi bine să precizăm și rolul emițătorului. Așadar, în actul metacomunicațional,

emițătorul cosmetizează, diminuează, remodelează ideea pe care dorește să o transmită, iar receptorul interpretează și descifrează intenția.

Prin urmare, putem reda o definiție ce ar îngloba toate acțiunile în procesul de comunicare. Metacomunicarea este un proces comunicațional, prin care emițătorul cosmetizează, diminuează și remodelează ideea pe care dorește să o transmită, pentru a atinge anumite obiective, iar receptorul descoperă și interpretează gândul, pentru a-l înțelege.

În acest context, este necesar să se facă deosebirea dintre minciună, act ratat și metacomunicare. Minciuna este un neadevăr prezentat ca adevăr prin expresie verbală. Actul ratat reprezintă o acțiune creată intenționat în timpul dialogului, cu scopul de a evita sau de a obține mai mult timp pentru a răspunde, de exemplu, scăpatul pixului și/sau îndreptarea scaunului sau a mesei, spargerea unui obiect etc. Metacomunicarea este însă, după cum s-a mai spus, o remodelare și interpretare a mesajului verbal și nonverbal.

Este foarte important ca metacomunicarea să se realizeze într-un cadru moral, pentru a evita manipulările și interesele meschine din partea participanților la procesul de comunicare. De aceea, respectarea principiilor morale ale bioeticii (autonomiei, demnității, echității, umanității, acordului informat, libertății și responsabilității, binefacerii, nondăunării etc.) și a eticii medicale sunt mai mult decât necesare în practica medicală. În caz contrar, atât pacientul, cât și medicul sunt predispuși la abuzuri reciproce.

Posibilitatea de a cosmetiza și interpreta gândurile în procesul metacomunicării se realizează prin atenția, îmbinarea și descifrarea concomitentă a celor trei limbaje fundamentale ale comunicării: limbajul verbal, paraverbal și nonverbal. În literatura de specialitate, procesul comunicării este comparat cu un aisberg. Ceea ce iese la suprafața valurilor sunt cuvintele, care reprezintă doar 7% din mesaj. Restul, limbajul nonverbal (53%) și paraverbal (30%), rămân sub apă. (Angela Spinei. Comunicare și comportament. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2005, 215 p.) În următoarele subcompartimente vom descifra aceste definiții.

2. Descifrarea limbajului verbal al metacomunicării

Comunicarea verbală poate fi scrisă sau orală. Comunicarea orală este puternic dezvoltată la om, vorbirea fiind actul prin care informația este emisă prin intermediul codurilor lingvistice. Comunicarea orală include dialogul și monologul, expunerea, relatarea, discursul, prelegerea,

conferința, toastul, colocviul, pledoaria, interviul, dezbaterile etc. Comunicarea scrisă presupune orice tip de interacțiune, care folosește cuvântul scris. Exemple de comunicare scrisă sunt poșta electronică, paginile de internet, scrisorile, ofertele, telegramele, faxul, cărțile poștale, contractele, publicitatea scrisă, broșurile, presa scrisă.

Comunicarea, atât scrisă, cât și orală, se realizează prin intermediul limbii, care este un sistem complex de comunicare, alcătuit din sunete articulate. Limba nu este același lucru cu vorbirea. Limba este un tezaur de semne care poate fi utilizat doar cu ajutorul vorbirii. Vorbirea este cea care pune în funcțiune codul și produce mesajul, codul fiind multitudinea de semne izolate, fiecare asociind un sunet anume unui sens anume. Limba reprezintă un material pasiv din care se formează limbajul, ce reprezintă noțiuni, alcătuiește judecăți și raționamente umane. Prin urmare, limbajul este o „activitate umană complexă”, constând din îmbinarea limbii și a vorbirii, dar și un instrument funcțional al diferitor bresle (limbajul medical, de exemplu).

Limba și limbajul reprezintă o adevărată forță. Modul în care folosim limbajul are o putere determinantă în crearea unei atmosfere prietenoase desfășurării actului medical, dar și a soluționării diferitor conflicte ce pot apărea. Pacientul este sensibil la toate cuvintele rostite de medic cu privire la starea sa de sănătate și le poate păstra în memorie mult timp.

La transmiterea mesajului verbal, adresat pacientului, trebuie să se țină cont de câteva criterii: vârsta pacientului, statutul și rolul social, nivelul de instruire și de cultură. Mesajul trebuie să fie simplu, clar, să nu conțină ambiguități. Propozițiile trebuie să fie scurte. Fiecare propoziție trebuie să conțină o singură informație importantă. Este de dorit folosirea termenilor comuni în locul celor de specialitate sau a jargonului medical. Denumirile științifice ale organelor și sistemelor de organe trebuie înlocuite cu versiunea uzuală sau populară (inimă în loc de cord, glande în loc de sistem endocrin etc.) Excepție de la această regulă fac termenii din domeniul uro-genital (penis, vulvă, vagin, uter, anus, urină etc.) Așadar, iată câteva reguli generale, care trebuie respectate:

- Mesajul să fie concret, informația comunicată să se refere la problema pacientului;
- Mesajul trebuie să fie concis, cuvintele inutile trebuie evitate;
- Mesajul furnizat trebuie să inspire încredere. Mesajele furnizate cu încredere sunt mai convingătoare. Expresii ca „evident”,

„fără nici un dubiu” etc. sunt mai convingătoare decât expresii vagi ca „se pare că”, „trebuie să verific”, „nu sunt sigur”;

- Impactul emoțional al mesajului este un factor important în schimbarea atitudinilor. Mesajele care induc frică, cum ar fi avertismentele legate de cancer și fumat, sunt într-o anumită măsură eficiente și produc un efect dezirabil. Cu toate acestea, inducerea unui nivel mult prea ridicat de frică este mai puțin eficientă, deoarece emoțiile extreme se interferează cu informația, iar pacienții tind să ignore mesajul;
- Mesajele repetate sunt mai eficiente decât cele transmise o singură dată. O afirmație recapitulativă clară asupra mesajului este, de asemenea, utilă;
- Mesajul verbal ar trebui dublat de un mesaj scris. Astfel, pacientul va însuși mai bine schema de tratament și recomandările medicului, iar ca urmare, va spori șansele unei mai bune compliance la tratament.

La nivelul mesajului verbal, cea mai des întâlnită greșeală este utilizarea jargonului medical. Exemplu de jargon medical sunt abrevierile (zero delta = nici o schimbare în starea pacientului, oizi = steroizi etc.). Limbajul medical are și o funcție criptică, care face deosebirea între vocabularul medical considerat ca *jargon* și vocabularul medical văzut ca *argou*. *Medicii* pot aluneca din jargon, limbaj tehnic folosit doar cu intenția transmiterii de informații, în argou, de îndată ce apare dorința de a ascunde o informație neinițiatilor într-o situație de comunicare precisă (Ch. Baylon și X. Mignot).

Astfel, medicii recurg intenționat la jargonul medical, atunci când evită să comunice cu pacientul și folosesc un limbaj neclar ca acesta să nu-i înțeleagă. Comunicarea redusă cu pacientul îl scutește, pe moment, pe medic de nevoia de a face față reacțiilor emoționale ale pacientului, iar pe de altă parte, îl împiedică pe pacient să descopere greșelile medicului și erorile medicale. Aceasta poate fi interpretată ca o măsură de putere a medicului asupra pacientului. Acest tip de comunicare este contradictoriu conceptului de dialog și nu corespunde exigențelor relației de tip antipaternalist dintre medic și pacient. „La termenii medicali, neologismul mai e ajutat să se propage și prin faptul că medicii, întrebându-i termenii tehnici, se pot înțelege, la patul bolnavului, fără să fie înțeleși de el, deoarece o boală cu o denumire străină i se pare bolnavului mai

„interesantă” decât cea cu denumire uzuală (*migrenă* în loc de *dureri de cap*, *calcul* sau *litiază* în loc de *piatră* etc.)

De asemenea, atunci când este vorba despre părți ale corpului, termenul tehnic, cel puțin la început, nu este supărător, atât timp cât nu e înțeles de toată lumea: cuvintele *hernie* sau *intestine* se pot întrebuința în societate, pe când *vătămătură* sau *mațe* trec la vulgare” (Sextil Pușcariu, *Limba română. Privire generală*, vol. I, Editura Minerva, București, 1976 [1940]).

O altă greșeală în comunicarea medicală este abuzul verbal sau „agresiunea verbală”, care reprezintă o formă de comportament abuziv prin intermediul limbajului verbal. Aceasta formă de abuz este extrem de dăunătoare pentru respectul și imaginea de sine a oricărui individ. Printre cele mai răspândite forme ale abuzului verbal se întâlnesc insultele verbale (mustrea, subaprecierea, umilirea, poreclirea, strigătul, amenințarea, critica, învinuirea excesivă, sarcasmul, dezgustul). De asemenea, abuzuri verbale pot fi interzicerile, împotrivirile, neîncrederea, ironizările, acuzațiile, judecățile, trivialitățile, ordinele, negările, devierile și furia excesivă.

3. Limbajul paraverbal

Limbajul paraverbal reprezintă o formă de transmitere a informației cu ajutorul caracteristicilor nonverbale ale vocii. Limbajul paraverbal se referă la modul în care o spunem, nu la conținutul mesajului. Elementele paralingvistice includ calitățile vocii, caracteristicile, parametrii și separatorii vocali. Din calitățile vocii fac parte: domeniul de frecvență, controlul mișcării buzelor, articularea cuvintelor, ritmul, rezonanța vocii, viteza de vorbire etc. Caracteristicile vocale sunt râsul, plânsul, șoptitul, oftatul etc., dar și parametrii vocali – intensitatea, înălțimea și extensia vocii și separatorii vocali cum ar fi (îm, ăăă, mmm, aaa), pauzele etc.

Emoțiile precum frica, furia, tristețea, interesul, bucuria, durerea, dar și natura relațiilor interpersonale se pot transmite prin intermediul limbajului paraverbal. Intervenția acestuia peste conținutul verbal propriu-zis provoacă intensificarea, slăbirea, distorsionarea sau anularea semnificației cuvintelor și provoacă reacții afective dincolo de înțelesul cuvintelor.

Un exemplu este vorbirea bebelușilor, tonul utilizat de părinți în comunicarea cu copiii. Nu mai puțin important este limbajul paraverbal

în comunicarea medic-pacient. Medicii care manifestă un control mai bun asupra expresiei emoționale și a tonului vocii sunt mai plăcuți pacienților.

Asta nu înseamnă însă că înțelesul cuvintelor nu mai contează. Contează, desigur, însă sensul aceleiași propoziții poate avea dimensiuni diferite în funcție de accentul și tonul vocii.

Mesajul paraverbal nu este adresat atât rațiunii și conștientului, cât inteligenței emoționale. Folosit cu abilitate, acesta poate servi ca instrument eficient de influențare a interlocutorului sau a publicului. Mesajul paraverbal poate transmite empatie, curaj, aprobare, dar poate și intimida, menține presiune sau manifesta refuzul cu o mai mare ușurință decât cel verbal.

În una dintre lucrările sale despre teoria comunicării, Ștefan Pruteanu redă un șir de elemente paraverbale, pe care le intitulază „registrele paraverbalului” (vol. I pag.15-30). Ele sunt: tonul vocii, volumul vocii, claritatea, dicția, accentul, pauzele, melodia vocii, ritmul vocii, combinațiile vocale.

Recomandări asupra limbajului paraverbal în comunicarea medic-pacient:

- tonul vocii trebuie să fie normal. Un ton ridicat denotă iritare. Un ton scăzut denotă nehotărâre.
- Cadența trebuie să fie în ritm potrivit spre lent. Astfel, pacienții de toate vârstele vor putea percepe corect mesajul. A vorbi mai lent nu înseamnă a vorbi târăgănat, întrucât ar putea induce la interlocutor o notă de ironie sau de plictiseală.

4. Comunicarea nonverbală

Comunicarea între profesioniștii din domeniul sănătății și pacienții lor începe înainte ca aceștia să înceapă să vorbească. Ea se produce atunci când medicul descifrează limbajul corpului pacientului, dar și atunci când pacientul sesizează limbajul corpului medicului. Comunicarea nonverbală, care poate fi neintenționată, include mișcări ale corpului, gesturi și expresii faciale. Aceste comportamente transmit informații ce nu pot fi transmise doar prin cuvinte. Ați încercat vreodată să purtați o conversație sensibilă sau emoțională prin telefon sau e-mail? Probabilitatea de a nu fi înțeleși este mult mai mare decât atunci când vorbiți cu cineva față în față. De ce? Deoarece ne bazăm pe comportamente nonverbale, pentru a da sens mesajului. Este în general acceptat faptul că 70% din comunicare este, de fapt, nonverbală, 23% implică tonul vocii și doar

7% din comunicare are loc prin cuvintele alese. Comunicarea nonverbală oferă un indiciu cu privire la gândurile și sentimentele interioare ale unei persoane, iar această formă de comunicare este deosebit de importantă în situații de stres și în cazul transmiterii mesajelor importante. Astfel, se pot distinge câteva funcții ale mesajului nonverbal:

- exprimarea emoțiilor;
- exprimarea atitudinilor personale;
- acompanierea mesajului verbal în interacțiunea interlocutorilor;
- exprimarea personalității indivizilor;
- respectarea ritualurilor (de ex: salutul)

Imaginați-vă o sală de așteptare plină cu pacienți. Deși se comportă natural, pozițiile lor pot avea numite sensuri. De exemplu, un pacient poate:

- sta cu brațele relaxate pe speteaza scaunului sau cu brațele îndoite și strânse la piept;
- sta drept sau nepriceput pe un scaun;
- să aibă o expresie a feței plăcută sau încruntată.

Alte comportamente expuse de către pacienți pot fi, de asemenea, sugestive, cum ar fi mâncatul unghiilor, agitatea piciorului etc. Aceste observații îi permit medicului să înceapă formularea de opinii cu privire la pacient și starea sa emoțională, încă înainte de a interacționa cu acesta. Ca urmare, medicul își poate adapta comportamentul și se poate pregăti să facă față stării emoționale a pacientului. De exemplu, comportamentele nonverbale prezentate de către un pacient grav bolnav pot transmite o multitudine de sentimente, precum frica, anxietatea, confuzia sau furia. Astfel, medicul îi va acorda pacientului o atenție suplimentară, care se va manifesta prin interes, preocupare și sprijin emoțional. Medicul ar putea invita pacientul să vorbească despre sentimentele și preocupările lui. Prin urmare, este esențial ca medicul să respecte și corect să interpreteze comportamente nonverbale ale pacienților lor, astfel încât mesajele nerostite să nu se piardă.

Este important să știm că nu putem fi întotdeauna siguri ce indică anumite comportamente. De exemplu, ce mesaj transmite pacientul care stă așezat cu brațele încrucișate pe piept? Inițial, se creează impresia că este furios sau nerăbdător. Cu toate acestea, trebuie să fim conștienți de faptul că această poziție ar putea avea alte semnificații. Poate fi o formă de confort sau sentimentul de protecție față de oameni din preajmă; este încrezut în sine sunt pur și simplu este distant. Multe aspecte ale comu-

nicării nonverbale, în special, contactul vizual, sunt trăsături culturale și trebuie interpretate în funcție de mediul cultural al expeditorului.

Mesajele nonverbale pot spori sau interfera cu mesajele verbale livrate. Trebuie să existe congruență și coerență între mesajele verbale și cele nonverbale. Este important să ne amintim că pacientul citește mesajele nonverbale transmise de medic. Prin urmare, cei mai eficienți medici sunt cei ale căror mesaje nonverbale sunt congruente cu mesajele lor verbale. Ca urmare, tratarea pacientului cu grijă și respect are impact pozitiv asupra sănătății sale. De fapt, studiile indică faptul că mai multe categorii de medici, inclusiv studenții aflați în postura de asistenți medicali, fizioterapeuții, medicii rezidenți, chirurgii, oncologii beneficiază în activitatea lor de posibilitățile pe care le oferă comunicarea nonverbală.

Tipuri de comunicare nonverbală

Există mai multe categorii distincte de comunicare nonverbală, inclusiv:

- kinestetica (implică mișcarea corpului în comunicare) – gesturile, expresiile faciale și privirea;
- proxemica (implică distanța fizică dintre oameni, atunci când comunică între ei) – teritoriile și spațiul personal, poziția și postura;
- atingerile.

Mesajele nonverbale tind să apară în grupuri sau clustere. De exemplu, gesturile unui pacient, expresiile faciale și postura pot lucra împreună pentru a transmite același mesaj.

Gesturile includ mișcări ale capului, mâinilor, ochilor și ale altor părți ale corpului. Utilizate adesea în locul unor cuvinte, gesturile sunt printre cele mai evidente forme de comunicare nonverbală. De exemplu, o mână extinsă spre exterior poate însemna „stop” sau „așteptați”, iar un deget pe buze ar putea însemna „liniște!”. Gesturile pot fi utilizate atunci când vorbirea este inefficientă (de exemplu, o barieră lingvistică) sau insuficientă. Pacienții care sunt intubați și ventilați mecanic sunt mai determinați să apeleze la gesturi, prin mișcarea capului, a gurii, ca metode primare de comunicare. Gesturile pot fi, de asemenea, folosite pentru a scăpa de stres (de exemplu, mâna rulată prin părul cuiva). În cele din urmă, gesturile sunt folosite pentru a regla conversația. De pildă, o mișcare verticală a capului ar putea însemna „mergi mai departe” sau „continuă”, iar încruntarea feței sau ridicarea sprâncenei poate reflecta confuzie.

Gesturile ilustratorii intenționate sunt strâns legate de vorbire. Ele servesc pentru a sublinia, clarifica sau adăuga la conținutul verbal al unui mesaj, precum și a capta atenția ascultătorului. Acestea sunt realizate, în mare parte, prin mișcări ale mâinii și pot fi utilizate în scopuri diferite:

- demonstrează modul de ținere a brațului în timpul unei mamografii;
- arată poziționarea în cazul unei radiografii;
- indică situația în care va fi făcută o incizie;
- indică pacientului numărul de comprimate pe care trebuie să le administreze;
- încurajează pacientul să se relaxeze în timpul măsurării tensiunii arteriale, flebotomiei sau în cazul unei proceduri dureroase.

Alte gesturi ilustratorii pot demonstra modul în care un pacient ar trebui să facă o respirație adâncă în timpul spirometriei (metodă de măsurare a funcției pulmonare) sau modul în care un pacient ar trebui să deschidă gura și să spună: „Ahhhh”.

Gesturile pot fi, de asemenea, involuntare sau subconștiente. Acestea mai sunt numite „scurgeri” – atunci când individul își dezvăluie involuntar sentimentele sau atitudinile reale. De exemplu, un jucător de fotbal, în vârstă de 18 ani, poate spune că el nu se teme de injectare sau procedurile clinice, dar sucește mâinile sau scutură piciorul. Multe gesturi au interpretări comune. Gesturile „pozitive” pot include degetul mare în sus, facerea din ochi, strângerea mâinii, lovitura ușoară cu pumnul. Acestea sunt semne de acceptare, încurajare, apreciere și prietenie. Gesturile „negative” pot include uitatul la ceas, rularea ochilor, atingerea piciorului cuiva. Acestea sunt semne de plictiseală și nerăbdare. Folosirea gesturilor este una dintre cele mai importante forme de cultură, specifice comunicării nonverbale. Cu alte cuvinte, un anumit gest poate avea diferite semnificații în diferite culturi. Un gest interpretat ca fiind pozitiv de către o anumită persoană poate fi interpretat ca fiind negativ de către alta. De aceea, este important ca medicul să nu facă gesturi neintenționate care să ofenseze pacientul.

Expresia feței

Fața umană este o sursă complexă și bogată de informații, în ceea ce privește emoțiile, atât pentru medici, cât și pentru pacienți. Expresia facială poate fi, de asemenea, folosită pentru a transmite un mesaj sau

pentru a regla conversația. În condițiile în care pacienții sunt uneori reticenți în a se exprima verbal, este esențial ca medicul să înțeleagă și să interpreteze cu acuratețe expresiile faciale ale lor.

Exprimarea unor emoții precum fericirea, tristețea sau frica sunt determinate biologic și sunt similare în cazul diferitor culturi. Exemplu ar fi copilul mic, care zâmbește și chicotește, când este fericit, și se încruntă și plânge atunci când speriat, ud sau flămând. Aceste reacții sunt înnăscute, nu însușite de-a lungul timpului. Expresiile faciale sunt cele mai importante și ușor de observat în comunicarea nonverbală. Ochii pot reflecta sentimente de bucurie și fericire sau tristețe și durere. Un zâmbet transmite o atitudine pozitivă și sentimente pozitive. Curios este că zâmbetele false nu implică obraji sau ochii. Diverse mișcări ale obrazilor, gurii, nasului sau sprâncenelor pot exprima fericire, interes, surpriză, teamă, furie, dezgust sau tristețe.

Ascultătorii folosesc expresii faciale pentru a furniza feed-back difuzorului. Expresiile faciale îi pot arăta vorbitorului nu doar că ascultătorul este interesat, surprins sau dezgustat de ceea ce a auzit, dar și că a înțeles mesajul. Vorbitorul este capabil să monitorizeze aceste reacții și, în consecință, să-și adapteze discursul. În timpul unei conversații cu un pacient, un zâmbet servește ca o consolidare a relației și îl încurajează pe pacient să continue.

Ca și în cazul gesturilor subconștiente, unii oameni consideră că este dificil să-și controleze expresiile faciale. După cum am mai spus, fața poate permite „scurgeri” de informații și să reflecte adevăratele sentimente ale persoanei. De exemplu, medicului îi poate fi dificil să ascundă șocul, atunci când tratează un pacient cu o rană oribilă, sau să nu-și divulge starea de dezgust, atunci când îngrijește un pacient incontinent. Medicii trebuie să învețe să-și controleze cu atenție expresiile faciale, pentru a preveni transmiterea acestor sentimente potențial dureroase la pacientul lor.

Exprimarea facială a durerii are o importanță deosebită pentru medic. Grimasele apar în momentul în care se atinge pragul de durere al pacientului (acest prag variază de la o persoană la alta). Literatura de specialitate remarcă faptul că, din păcate, medicii au tendința de a subestima durerea, la efectuarea evaluărilor clinice. Mai mult, cu cât experiența clinică este mai mare, probabilitatea de subestimare a nivelului de durere crește. Studiile mai indică un lucru curios, și anume că persoanele care locuiesc împreună cu pacienți care suferă de boli cronice

au făcut evaluări mai bune de durere decât cei care nu au avut această experiență. În plus, pacienții care au tendința să exagereze voluntar, pentru a exprima durerea, nu sunt neapărat lipsiți de sinceritate, ci mai degrabă încearcă să obțină îngrijire. De aceea, este important ca medicii să interpreteze corect comportamentele nonverbale ale pacienților, pentru a conștientiza nivelul de durere.

Privirea

Privirea ne ajută la evaluarea interlocutorului, reglementarea conversației sau exprimarea sentimentelor și emoțiilor. Privirea este o formă de comunicare, dar și o metodă de colectare a informațiilor. Mai exact, ea servește trei funcții principale:

- reflectă starea interlocutorului – evaluare prin monitorizare (de exemplu, o asistentă se uită la un pacient foarte bolnav, pentru a obține indicii despre starea sa) sau modul în care ascultătorul îi răspunde indirect difuzorului (interes, înțelegere, plictiseală, confuzie);
- reglementează conversația (privirea poate indica momentul în care cealaltă persoană poate să vorbească);
- exprimă sentimente și emoții.

Foarte importantă este privirea îndreptată în ochii pacientului. Contactul cu ochii ilustrează faptul că medicul este interesat să primească mesaje și recunoaște valoarea pacientului. Lipsa contactului vizual sau privitul în gol, în timp ce pacientul vorbește, poate fi interpretată ca lipsă totală de interes. Pe de altă parte, privirea insistentă în ochi poate intimida și, respectiv, poate fi interpretată ca o încălcare a vieții private.

Privirea reflectă și starea de spirit. De exemplu, oamenii triști sau deprimați tind să evite contactul cu ochii interlocutorului și preferă să privească în jos. Mai mult, există o corelație puternică între privire și apreciere. Pacienții care primesc de la medici priviri mai lungi tind să vorbească mai liber despre problemele de sănătate și oferă informații despre problemele psihosociale cu care se confruntă. Prin urmare, privirea are o importanță foarte mare în timpul interviului pacientului.

Contactul vizual între indivizi într-o conversație poate fi caracterizat în felul următor:

- contactul cu ochii direct într-o conversație obișnuită ocupă 50-60% din timp;

- durata medie a privirii este, de obicei, mai mică de trei secunde, în timp ce privirea mutuală durează, în medie, mai puțin de două secunde. De aceea, medicul trebuie să se uite direct la pacient, însă nu 100% din timp. El trebuie să mențină contactul vizual în așa fel, încât să nu-i creeze disconfort pacientului;
- vorbitorii petrec aproximativ 40% din timpul lor privind la ascultător, în timp ce ascultătorii privesc la vorbitor 75% din timpul în care ascultă, iar privirea fixă durează în medie opt secunde. Ascultătorii se uită mai mult la interlocutor, deoarece acest lucru indică faptul că sunt atenți la ceea ce li se spune;
- Frecvența contactului vizual al vorbitorului scade pe măsură ce crește complexitatea subiectului discutat. Acest lucru este considerent important în special atunci când pacienților li se oferă consiliere sau li se explică procedurile pe care trebuie să le urmeze;
- Femeile tind să se uite mai mult la interlocutor decât bărbații.

Spațiu personal și poziția corpului

Limbajul spațiului reprezintă obiectul de studiu al proxemicii (disciplină fondată în anii '60 de Edward Hall), știința care studiază proprietățile comunicaționale ale spațiului și modalitățile de folosire optimă a acestuia. Conform acestei științe, fiecare individ are tendința de a-și marca imaginar un spațiu personal, pe care îl consideră o prelungire a propriului corp. Încălcarea acestui spațiu îi creează disconfort individului și chiar poate provoca stări conflictuale. Pentru a evita astfel de situații, fiecare individ își stabilește un spațiu tampon între el și alte persoane sau lucruri, cu o anumită permeabilitate, mărime sau formă, având importante funcții psihosociale: protecție, intimitate, siguranță, odihnă, reverie etc. Acest spațiu poate fi împărțit în patru zone distincte, fiecare având, la rândul său, două subzone, una apropiată și alta îndepărtată.

Zona intimă se întinde de la suprafața corpului până la distanța de 46 cm, fiind cea mai importantă și mai apărută de către om, fiind permis accesul doar celor apropiați din punct de vedere emoțional. În acest fel, este favorizată comunicarea tactilă și olfactivă. Subzona apropiată se întinde până la 15 centimetri de corp, ea fiind penetrată doar în timpul contactului fizic (raporturi sexuale sau luptă). Mesajele transmise în acest caz sunt puternic colorate afectiv.

Zona personală este cuprinsă între 46 și 122 cm și include o subzonă apropiată (46-75 cm), în care intră prietenii și persoanele pe care le simpatizam, și o subzonă îndepărtată, dedicată indivizilor întâlniți la

reuniuni amicale, oficiale sau ceremonii. Distanța asigură protecție față de atingerea celorlalți și o comunicare verbală optimă, mesajul olfactiv rămâne perceptibil, contactul vizual devine mai bun, iar limita extremă a zonei permite stabilirea unui contact fizic direct pe un teritoriu relativ neutru (strângerea mâinii).

Zona socială, cuprinsă între 122 și 369 cm, include o subzonă apropiată (122-220 cm), care presupune comunicarea verbală clară, evitarea contactului fizic printr-o serie de bariere, și o subzonă îndepărtată (220-369 cm), care sugerează și o distanță ierarhică. Transgresarea acestor limite presupune situații cu totul speciale.

Zona publică are peste 360 cm și implică situația în care ne adresăm unui grup mare de oameni, iar comunicarea își pierde caracterul interpersonal. În acest caz, tonul vorbitorului crește în volum, el nu nu-l poate controla vizual pe fiecare interlocutor, dar poate urmări reacția acestora. Zona respectivă include subzona de 360-75 cm, în care poate fi receptată optim reacția publicului, după această distanță feedback-ul diminuându-se progresiv.

Este evident că distanța socială și cea publică sunt nepotrivite în cazul comunicării medicului cu pacienții, când se discută problemele lor de sănătate. Intimitatea și viața privată se pot pierde la aceste distanțe. Nu există reguli stricte în acest sens, cu toate acestea, medicul ar trebui să țină cont de normele privind distanța și, împreună cu pacientul, să stabilească spațiul optim pentru fiecare. Atunci când pacientul simte că spațiul său privat a fost invadat necorespunzător, el transmite acest mesaj prin contact vizual sau prin schimbarea poziției corpului.

Într-un cadru de asistență medicală, pacienții sunt deseori obligați să renunțe la spațiul personal, pentru fi examinați și tratați corespunzător. Într-o instituție medicală, pacientul este expus, din acest punct de vedere, în relația cu medicii, asistentele medicale, flebotomiștii, tehnicienii radiologi, specialiștii în imagistică medicală etc. De asemenea, pacienții spitalizați sau cei rezidenți în centrele de îngrijire medicală împart salonul, de multe ori, cu persoane necunoscute.

Lucrătorii medicali pot efectua mai multe sarcini, personal invazive, în timpul interacțiunii lor cu pacienți, cum ar fi înregistrarea semnelor vitale, administrarea preparatelor injectabile, prelevarea probelor de sânge sau efectuarea ultrasonografiei. Totuși, înainte de a începe procedura propriu-zisă, medicul ar trebui să-i explice pacientului necesitatea intrării în spațiul său personal. În acest fel, pacientul devine mai liniștit

și își păstrează sentimentul de autocontrol și demnitate, mai mult, dezvoltă o atitudine de încredere față de medic.

Ignorarea acestor detalii îi poate provoca pacientului, care și așa este bolnav, slăbit și îngrijorat, o stare de anxietate sau tensiune.

Pentru a diminua anxietatea creată de intruziune este necesară respectarea următoarelor reguli:

- tratați pacientul cu respect, recunoașteți-i spațiul personal, bu-nurile care îi aparțin, precum și dreptul la viață privată;
- lăsați pacientul să-și exercite controlul asupra mediului în care se află, în măsura în care acest lucru este posibil. Permiteți-i să verifice dacă luminile sunt conectate sau deconectate și dacă ușa este deschisă sau închisă.
- respectați dreptul pacientului la intimitate, fiți discret atât verbal, cât și fizic. Cu alte cuvinte, nu spuneți cu voce tare lucruri care l-ar intimida și evitați expunerea în văzul tuturor a părților corpului pacientului.

Poziția

Un alt factor important care trebuie luat în considerare în comunicarea cu pacientul este poziția. Este necesar ca aceasta să fie apropiată, dar, în același timp, confortabilă, adică distanța dintre medic și pacient trebuie să fie cam cât o mână întinsă. De exemplu, într-un spațiu de examinare sau o sală de triaj, pacientul se așează pe scaun, iar medicul, la rândul său, stă pe un scaun mobil care îi permite să se deplaseze pe podea. În acest fel, el poate ajunge, fără să se ridice, la instrumentele sau materialele de care are nevoie și să mențină conversația la nivelul ochilor, creându-i pacientului senzația că este ascultat și îngrijit. Atunci când medicul stă deasupra pacientului îi poate transmite un mesaj de superioritate. De asemenea, distanța prea mare între medic și pacient poate fi interpretată ca o evitare.

De cele mai multe ori, interacțiunea dintre medic și pacient necesită o comunicare față în față. Orientarea directă sporește satisfacția și nivelul de înțelegere al pacientului, mai ales în cazul în care acesta este anxios. În schimb, o orientare indirectă poate fi percepută de către pacient ca o poziție dominantă asupra sa, ceea ce l-ar face să se simtă mai puțin confortabil.

Poziția înclinat ușor cu fața spre pacient exprimă căldură, grijă, interes, acceptare și încredere, în timp ce aplecarea în spate denotă opusul acestor atitudini.

Postura

Postura se referă la poziția corpului și a membrelor, precum și a tonusului muscular. Aceasta poate dezvălui multe despre starea emoțională. De exemplu, depresia sau descurajarea se caracterizează printr-un cap moleșit, umeri lăsați în jos și tonus muscular scăzut. În același timp, anxietatea poate fi caracterizată prin creșterea tonusului muscular, în special, atunci când corpul este ținut în poziție verticală sau fixă. Atunci când sunt speriați sau nu știu ce urmează să li se întâmple, pacienții au tendința de a se strânge. Interesul se manifestă atunci când persoana se înclină în față, cu picioarele trase înapoi, în timp ce capul lăsat în jos, picioarele întinse înainte și spatel sprijinit denotă plictiseală.

Este important ca medicul să arate încrezut, pentru a-i crea pacientului senzația de siguranță. În acest caz, corpul trebuie să fie într-o poziție relaxată și deschisă.

Atingerea

Atingerea are un rol crucial în stabilirea relației dintre medic și pacient. Grija pentru pacient implică deseori anumite forme de atingere. Este vorba despre cazurile când are loc examinarea (ex: asistentul medical măsoară tensiunea arterială), diagnosticarea (ex: pacientul este ajutat să se poziționeze pentru a face radiografie sau pentru a i se preleva sânge), tratarea (ex: când se dezinfectează rana și se aplică pansament) sau, pur și simplu, îngrijirea pacientului (ex: este ajutat să mănânce sau să se îmbrace). Atingerea are și alte funcții importante, cum ar fi:

- înlăturarea sentimentului de izolare al pacientului;
- scăderea anxietății;
- demonstrarea grijii, empatiei și sincerității;
- transmiterea sentimentului de siguranță, căldură și confort;
- sporirea încrederii între medic și pacient;
- completarea comunicării verbale.

Pe de altă parte, medicul trebuie să fie conștient că, în anumite cazuri, atingerea poate provoca reacții negative din partea pacientului. Aceasta îl poate face să se simtă jenat, inconfortabil sau amenințat. De aceea, este necesar ca medicul să țină cont de anumite aspecte specifice, precum mediul cultural din care provine pacientul/a, vârsta sau sexul.

Nu există reguli stricte referitoare la când și cum poate fi atins pacientul. Receptivitatea la atingere depinde de mai mulți factori, iar pentru a nu provoca reacții adverse, respectați câteva norme general-acceptate:

- anunțați pacientul despre intenția de a-l atinge, înainte să începeți examinarea sau efectuarea unei proceduri clinice;
- utilizați o formă de atingere potrivită situației;
- atingerea trebuie să fie completată de un mesaj verbal care să o justifice;
- evaluați atent reacția pacientului la atingere și acționați în consecință.

5. Interacțiunea între comunicarea verbală și nonverbală

O comunicare de succes necesită o congruență între mesajele verbale și cele nonverbale. Cu alte cuvinte, acestea trebuie să fie în acord unele cu altele, să se completeze reciproc. De exemplu, dacă un pacient spune: „Bine”, în timp ce scutură din cap, el transmite mesaje mixte. În cazul în care pacientul spune: „Da, am înțeles”, dar are o expresie facială confuză, transmite un mesaj contradictoriu. De obicei, anume mesajul nonverbal reflectă realitatea. Dacă pacientul va fi informat despre contradicția existentă, el va fi încurajat să își revizuiască răspunsul. De exemplu, medicul îl poate ajuta pe pacient să exprime ceea ce simte, dacă i se va adresa în felul următor: „Tu spui că ești bine, dar încruntarea ta îmi spune altceva...” sau dimpotrivă: „Am observat că zâmbești. Poți să-mi spui ce simți cu adevărat?”

Medicul ar trebui să fie conștient de faptul că interpretarea eronată a comportamentului nonverbal al pacientului poate provoca neînțelegere reciprocă. În unele cazuri, evaluarea corectă a comportamentului poate fi singurul mecanism prin care medicul poate obține informații de la pacient. Mai mult, există situații când pacientul întâmpină dificultăți de vorbire (din cauza unui accident vascular cerebral sau intubației), este prea tânăr (în cazul unui copil), prea bolnav (este în stare semi-conștientă sau delirantă) sau, pur și simplu, nu dorește să comunice verbal.

Pe de altă parte, lucrătorul medical trebuie să fie conștient de propriile mesaje nonverbale, pe care le transmite pacientului. În primul rând, trebuie să aibă un aspect îngrijit și să miroase plăcut. De asemenea, este important să aibă o expresie facială adecvată. Preocupările și grijile personale sau stresul la locul de muncă, pe care pacientul le sesizează involuntar, pot afecta în mod direct comunicarea ulterioară cu el. De aceea, medicul trebuie să se străduiască să aibă o expresie facială prietenoasă sau, cel puțin, neutră, atunci când interacționează cu pacienții săi.

În concluzie, iată câteva reguli de bază pe care medicul trebuie să le respecte, pentru a asigura o comunicare eficientă, ce i-ar permite să-și exercite pe deplin cunoștințele și aptitudinile:

- Să aibă ținută profesională și să respecte igiena;
- Să-i ofere pacientului o strângere de mână și un salut călduros;
- Să stea așezat atunci când vorbește cu pacientul;
- Să respecte viața privată și intimitatea pacientului;
- Să se poziționeze la o distanță rezonabilă față de pacient, adică să nu-i încalce spațiul privat, dar nici să stea prea departe de el;
- Să fie relaxat, dar atent;
- Să elimine barierele de comunicare existente;
- Să aibă un comportament cald și prietenos;
- Să exprime încredere și profesionalism;
- Să mențină contactul vizual cu pacientul;
- Să încurajeze pacientul să spună ce dorește, efectuând gesturi afirmative cu capul sau mâinile, care să reflecte deschidere și empatie;
- Să recunoască sensul comunicării nonverbale, pe care îl transmite pacientul;
- Să observe și să țină cont de atitudinea pacientului față de el, pentru a-și putea revizui comportamentul, în cazul unor reacții negative.

Teme de discuții

1. Eticheta în viața profesională
2. Elemente ale codului bunelor maniere
3. Comportamentul în viața profesională
4. Noțiunea de imagine. Imaginea medicinistului și a medicului. Imaginea personală
5. Elemente de programare neurolingvistică

Situații de problemă

1. Descrieți situațiile din practica clinică în care folosirea limbajului non-verbal facilitează comunicarea dintre medic și pacient.
2. Ce strategii de reducere a anxietății veți aplica în cazul pacienților afectați de limitarea spațiului personal în condițiile spitalizării?

3. Ce tactici de comunicare sunt potrivite pentru a fi aplicate de tehnicienii imagiști în relația cu diferite categorii de pacienți?

Bibliografie

1. Marinescu A. *Codul bunelor maniere astăzi*. București: Ed. Humanitas, 2002.
2. Munteanu D. *Politețe și bună cuviință*. București: Ed. Ramida, 1992.
3. Fica Simona, Minea Liudmila. *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*. București: Editura universitară Carol Davila, 2008.
4. Miu Nicolae. *Științele Comportamentului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
5. Țirdea Teodor, Gramma Rodica. *Bioetica medicală în sănătate publică*. Chișinău: Casa editorial-poligrafică Bons Offices, 2007.
6. Țirdea Teodor. *Bioetică: teorie și practică*. Chișinău: Medicina, 2016.
7. Spinei Angela. *Comunicare și comportament*. Chișinău: Medicina, 2005.

VI. BARIERE ȘI CLIVAJE ÎN COMUNICARE

1. Conceptul de barieră în comunicare, cauza apariției și clasificarea
2. Tipologia barierelor de comunicare
3. Bariere de comunicare la nivel interpersonal și intercultural
4. Bariere personale în relația medic-pacient
5. Comunicarea eficientă. Tehnici de ascultare activă. Feedback-ul. Canale, mesaje și forme de feedback prin care se realizează comunicarea interpersonală
6. Comunicarea eficientă medic-pacient

Preliminarii

În acest compartiment ne propunem să explicăm și să exemplificăm tipurile de variabile ale comunicării, cât și să scoatem în evidență importanța cunoașterii factorilor de care depinde comunicarea, cu scopul construirii unui mesaj eficient.

Recunoașterea și clasificarea barierelor de comunicare ce apar în procesul educațional, dar și metodele de diminuare a acestora vor fi dezvoltate în vederea realizării unui model eficient de comunicare.

Vor fi precizate condițiile de calitate ale unei comunicări strategice eficiente, evaluarea și autoevaluarea discursului, facilitarea și eficientizarea expresiei personale, dezvoltarea capacității de argumentare, dialog și cooperare, dezvoltarea aptitudinii de ascultare activă, precizarea dimensiunii și a factorilor de calitate ai comunicării formative.

Scopul modului

Analiza elementelor esențiale ale conceptului de barieră în comunicare; însușirea noțiunilor-cheie ale acestui domeniu al comunicării; formarea abilităților comportamentale de minimizare a impactului barierelor asupra calității actului comunicațional; asimilarea unor modele practice de depășire a barierelor de comunicare în relația medic-pacient.

Obiectivele modului

- definirea conceptului de bariere în comunicare, cauza apariției și clasificarea lor;
- sintetizarea principalelor tipologii ale barierelor de comunicare;
- cunoașterea barierelor de comunicare la nivel interpersonal și intercultural;
- analiza diverselor situații de manifestare a barierelor de comunicare în relația medic-pacient;
- distingerea diverselor modele de comunicare eficientă, tehnici de ascultare activă;
- alegerea celei mai eficiente forme de Feedback, de canale, mesaje prin care se realizează comunicarea interpersonală;
- aplicarea principiilor metacomunicării ca model de depășire a barierelor în comunicare;
- însușirea abilităților de comunicare eficientă în relația medic-pacient.

Competențe specifice

- utilizarea unor tehnici specifice de depășire a barierelor în comunicare;
- abordarea unui comportament specific ascultării active și a Feedback-ului;
- asimilarea unor abilități de comunicare eficientă medic-pacient.

1. Conceptul de barieră în comunicare, cauza apariției și clasificarea

Comunicarea nu se produce într-un spațiu curat și omogen, ci într-un mediu expus unor factori diverși: naturali, culturali, individuali, de grup, de masă, tehnici etc. Aceste ingerințe pot întârzia sau cosmetiza informația sau o pot denatura în totalitate.

Presiunea informațională asupra omului contemporan atinge cote extreme, fapt ce impune o exigență majoră în cunoașterea și contracararea factorilor generatori de influențe negative asupra comunicării. Aptitudinea de comunicare, considerată printre cele mai importante, include și o latură care se raportează la funcția de protecție a comunicării de influențe negative.

Comunicarea se manifestă ca un sistem deschis, care este expus unor multitudini de factori, de aceea, când abordăm conceptul de „barieră” în contextul comunicării, se are în vedere dificultatea adaptării unor vi-ziuni procesuale și, îndeosebi, progresive asupra acestor elemente. Din acest punct de vedere, putem vorbi de bariere ce țin de sistem (detectate la nivelul agenților comunicaționali: emițător, receptor și bariere ce țin de proces/rezultante ale interacțiunii interioare a comunicării). La prima grupă se referă caracteristicile comune ale emițătorului și receptorului, precum deficiențele de transmisie și de recepționare a informației, conceptualizarea mesajului în funcție de situație și scop, alegerea mijloacelor de comunicare, statutul social al comunicatorilor. Prezența lor se datorează unor factori fizici permanenți, ocazionali sau socioculturali.

Barierile în comunicare apar în situația când nu se receptează sau este tălmăcit în mod eronat mesajul transmis de emițător. Barierele se întâlnesc în orice **sistem informațional**, din această cauză, putem afirma că orice mesaj transmis nu va fi niciodată receptat la modul ideal. Acest lucru este imposibil din cauză că orice persoană posedă un cadru de referință propriu, prin urmare, sensurile comunicării diferă de la o persoană la alta.

Perturbațiile au ca geneză atât factori interni: fiziologici, percep-tivi, semantici, interpersonali, intrapersonali, cât și factori externi: po-luare fonică excesivă, fragmentări succesive ale procesului de comuni-care.

Definiție: „*barieră de comunicare*” reprezintă orice element al comunicării care posedă capacitatea de a îngreuna derularea adecvată a comunicării, influențând minimalizarea gradului de corespundere, acu-ratețe și eficiență a mesajului transferat.

2. Tipologia barierelor de comunicare

În funcție de caracteristicile pe care le posedă, barierele se clasifică în felul următor:

- bariere de limbaj;
- bariere de mediu;
- bariere generate de poziția emițătorului și receptorului;
- bariere de concepție.

În literatura de specialitate există mai multe modele de clasificare a barierelor de comunicare (Samuel C. Serto, Niki Stanton, Shanon-Weaver, Denis McQuail, Eduard Limbos, Leonard Saules, Sidney Shore etc.)

2.1. Modele de analiză a barierelor de comunicare. Modelul Samuel Serto

Unii cercetători în științele comunicării clasifică factorii de influențare negativă a comunicării sub noțiunea de „bariere de comunicare” (Samuel Serto, Niki Stanton), alții sub noțiunea de „zgomot” (Shanon-Weaver, Denis McQuail). Deoarece cea mai mare parte a cercetătorilor în domeniu au acceptat noțiunea de „bariere de comunicare” vom utiliza și noi această variantă. În accepțiunea lui Samuel Serto, barierele de comunicare sunt „factori care micșorează probabilitatea unei comunicări de succes” [2]. Cercetătorul evidențiază două categorii de bariere de comunicare: macrobariere și microbariere.

Macrobarierele de comunicare „sunt legate, în principal, de mediul de comunicare și de lumea largă în care are loc comunicarea” [2]. După S. Serto există următoarele *macrobariere de comunicare*: nevoia sporită de informații, nevoia de informații din ce în ce mai complexe, contextul utilizării în procesul comunicațional, pe lângă limba oficială și a limbilor de circulație internațională, nevoia permanentă de a însuși noțiuni și categorii noi.

Microbarierele de comunicare sunt corelate, în esență, de constituenți precum transmiterea informației, sursa și destinația. *În acest context, autorul subliniază viziunea sursei privind destinația, interpătrunderea mesajelor, viziunea destinatarului privind sursa, percepția, cuvintele cu mai multe înțelesuri.*

Modelul Niki Stanton

Niki Stanton evidențiază un număr de bariere, care, din perspectiva modelului lui Serto, se înscriu în clasa microbarierelor, de unde derivă concluzia că dânsul este interesat, în mod special, de procesul intrinsec de comunicare și mai puțin de cel extrinsec (contextul acestuia). Barierele de comunicare enunțate de Niki Stanton sunt următoarele: *diferențe de reprezentare, dificultăți de exprimare, lipsa cunoașterii, concluzii pripite, stereotipuri, emoții, lipsa interesului, personalitatea*. [6]

2.2. Mediul de „zgomot” ca barieră de comunicare

Barierele de comunicare nu se manifestă în mod izolat unele față de altele. În contextul actului comunicațional barierele de comunicare se rânduiesc, se intercalează, se înrăuresc reciproc, se combină, iar în anumite situații pot duce la distorsionarea profundă a informației ori chiar la încetarea comunicării.

Termenul „zgomot”, utilizat de unii autori (Shanon-Weaver, Denis McQuail) pentru a defini totalitatea barierelor de comunicare, reprezintă forma acestei acțiuni combinate, înțeleasă drept o condiție generală de reducere a posibilităților de comunicare [7]. Factorii ce distorsionează mesajul sau interferează cu acesta se încadrează în termenul zgomot”. Aceste manifestări sau „paraziți” provin din natura fizică: perturbații sonore în timpul comunicării; mirosuri străine; căldură sau frig; alte perturbații din mediul *ambiental*; foame; oboseală; frică [4]. Jean Lohisse apreciază zgomotul ca „perturbări aleatorii care pot deforma sau altera informația” [8]. Putem completa un sumar al acestor zgomote:

- zgomotul funcțional al aparaturii de transmisie-recepție;
- zgomotele produse de fenomene ale naturii, sub formă de paraziți sau perturbări fonice, luminoase, de confort etc.;
- zgomotul specific comunicării într-un public aleatoriu, preocupat de altceva;
- bruijele naturale sau artificiale, neintenționate sau intenționate.

Se poate observa faptul că unele zgomote au o proveniență tehnică, iar altele sunt de proveniență umană. Protejarea contra unor astfel de bariere se realizează în consens cu natura lor, prin modalitatea alegerii unui canal de comunicare corespunzător, în funcție de specificul mesajului; utilizarea de moduri de comunicare conforme situației; adoptarea unor măsuri de protecție împotriva bruiajului deliberat; prevenirea contactului comunicațional cu o asistență potrivnică și indolentă; utilizarea unui filtru optim de inutilitate (redundanță) pentru recepționarea corectă a informației.

O astfel de abordare a barierelor de comunicare evidențiază o profundă interacțiune a lor. De altfel, comunicarea se produce într-un spațiu comunicațional polyvalent în care condițiile avantajoase și cele dezavantajoase corelează și își schimbă continuu poziția și importanța. În conceptele folosite de experți din domeniul antropologiei comunicării putem constata constituirea „o structură comuna complexă, complementară, opozițională, contradictorie, de o ambiguitate multiplă”, rezultat al unei „organizări tranzacționale” stabilite între actanți și ambientul social.

Drept consecință, comunicarea nu se produce exclusiv într-o ambianță socială ca punct de întâlnire, ci ca condiție de construire a sensurilor, astfel încât nu poată fi negată intenționalitatea și semnificațiile imprimate informației de către protagoniștii comunicării, dar nici inducția generată asupra lor de factorul social, ca spațiu generator de cultură.

2.3. Macrobariere de comunicare

Așa cum afirma Samuel C. Certo, „macrobarierile de comunicare sunt factori care împiedică succesul comunicării într-un proces general de comunicare” [2]. Barierele de acest gen sunt numite și *bariere de context* sau *socio-culturale*. Din această clasă fac parte macrobarierile: *tehnico-economice; ce țin de nivelul de dezvoltare economică; culturale; religioase; lingvistice*.

În literatura științifică mai puțin studiate sunt *macrobarierile social-politice*. Minimalizarea rolului acestora în procesul comunicațional este contraproductivă în situația în care apar, în mod frecvent, probleme serioase de comunicare, generate de aceste bariere.

2.4. Microbariere de comunicare

Microbarierile de comunicare sunt reprezentate prin bariere de proces. Ele acționează din interiorul procesului de comunicare. Specialiștii în domeniu acordă cea mai mare atenție acestui tip de bariere de comunicare. Categoria respectivă este mai ușor de conceptualizat și cuantificat. Studiul conținutului și semnificației acestor bariere are la bază componentele procesului de comunicare (sursă, canal, receptor) și conexiunile dintre ele.

Barierele psihologice sunt parte componentă a microbarierelor de comunicare și se disting prin următoarele particularități: dificultăți de exprimare, emoții sau personalitate, imagine de sine, sentimente.

Un rol substanțial, din perspectivă psihologică, îl joacă *imaginea de sine*. Jean-Claude Abric evidențiază două aspecte ale imaginii de sine: ***eul intim și eul public*** [1]. Eul intim este imaginea pe care individul și-o face despre sine, despre forțele și pasiunile sale, despre experiența sa veritabilă, despre însușirile personale. Eul public reprezintă caracteristicile despre sine pe care le prezentăm altora și care pot fi total distincte de viziunea intimă. Expertul constată că în toate cazurile de interacțiune, persoana se comportă în funcție de ceea ce-și imaginează că este și de ceea ce dorește să pară” [1].

O importanță deosebită în analiza microbarierelor de comunicare o are evidențierea *bariерelor lingvistice și culturale*. Fiecare acțiune comunicațională se realizează într-un cadru cultural bine definit. Din perspectiva sursei, ea consemnează folosirea unei limbi și a unui sistem de semne și simboluri, înglobarea comunicării într-un cod cultural delimitat, precum și necesitatea dezvoltării unui orizont elevat de

condiție culturală. Comunicarea cotidiană se realizează într-o limbă oficializată, într-o limbă de importanță internațională, în limba literară ori în jargon, dialect, argou. În comunicare utilizăm limbajul tehnic, filozofic, medical, farmaceutic, informatic. Aceste acțiuni presupun o anumită *competență de comunicare*.

Bariere care pot distorsiona serios mesajele în procesul de comunicare sunt erorile comise în cazul folosirii limbii literare, în special, cele de punctuație și de ortografie, dezacordurile de caz, gen și număr, interpretarea eronată a unor termeni și utilizarea lor cu sens impropriu etc.

Barierile culturale depind și de volumul bagajului cultural și de educație al sursei comunicării. Îndeosebi, acest tip de barieră se evidențiază în managementul administrativ. Deseori, întâlnim în funcții administrative persoane cu un nivel de cultură îndoielnic, ale căror posibilități de comunicare sunt la nivelul derizoriului, limitându-se la exprimări banale și argouri de mahala. Deseori, un astfel de limbaj în comunicarea verbală este însoțit și de un limbaj nonverbal de comunicare de aceeași calitate. Drept consecință, se constată o înrăutățire a relației de comunicare, mobilul fiind incapacitatea de adaptare a receptorului sau ca urmare a discreditării sursei.

Factorii semantici se manifestă grație diferențelor de limbaj care există între emițător și receptor. Deseori, două persoane utilizează aceleași expresii, însă fiecare le interpretează diferit. Ulterior, se produc confuzii de denotație și conotație sau tălmăciri imprecise ale argourilor, limbajului tehnic sau poetic. Paraziții de acest fel nu pot fi evitați în totalitate, însă pot fi diminuați sau atenuați.

Când comunicatorii nu găsesc limbaj comun, apare *bariera logică*. Fiecare om analizează lumea, situația, problema discutată din perspectiva sa, care poate să nu fie identică cu cea a interlocutorului. Probleme apar și în contextul înțelegerii inadecvate a situației. Factorul esențial al neînțelegerii situației este generat de modul de gândire al destinatarului, el interpretând-o în felul său și nu cum a structurat-o emițătorul. Deseori, bariera logică se manifestă la interlocutori ca o modalitate distinctă de gândire. De exemplu, la unul – logic-abstract, iar la altul – vizual-imaginațiv.

Bariera logică se poate manifesta și în contextul activității de judecată operațională a persoanelor. Operațiile de gândire precum generalizarea, abstractizarea, comparația, analiza, sinteza sunt folosite de persoane cu un nivel diferit de pregătire.

Experții în domeniu au fost și sunt interesați în continuare de studiul anumitor laturi ale comunicării ce generează dificultăți în procesul de comunicare, fiind în căutarea soluțiilor de neutralizare a cauzelor care le provoacă sau, cel puțin, minimalizarea impactului acestor factori. Ei au stabilit un număr de **taxonomii** care se raportează la persoana umană, în integralitatea ei.

3. Bariere de comunicare la nivel interpersonal și intercultural

3.1. Bariere personale

În relațiile interumane **Edouard Limbos** [3] evidențiază patru modele de **bariere personale** care îngreunează comunicarea:

a. Bariere generate de cadrul sociocultural – se raportează la condițiile de viață ale persoanei într-un mediu social necorespunzător așteptărilor sale.

- *Conflictul de valori și absența reperelor* se manifestă în cazul în care indivizii nu pot accepta ierarhia valorilor, dogmele societății din care fac parte, fiindcă sunt într-o permanentă căutare de sine.
- *Condiționarea și manipularea prin mass-media* se manifestă atunci când persoanele nu posedă spirit critic și discernământ față de informațiile prezentate în presă.
- *Prejudecățile sau ideile preconcepute* sunt corelate la tradițiile ce își trag seva dintr-un trecut îndepărtat. Abordarea nonconformistă în raport cu normele și prejudecățile unei societăți generează, de cele mai multe ori, o comunicare defectuoasă.
- *Diferențele culturale* Diversitatea culturală determină o viziune diferită asupra lumii, un concept alternativ de valori și ideologii, producând dificultăți în comunicare.

b. Bariere generate de frica endemică. Se raportează la angoasa pe care o simt unele persoane, de obicei, cele vulnerabile, care se confruntă cu probleme personale.

- *Înfruntarea* le provocă unor persoane reacții de frică, deseori imprevizibile. Acești indivizi percep intercomunicatorul ca pe un judecător, un om cu spirit critic, fapt ce îi intimidează. Situația respectivă îi determină pe acești oameni să fie retrași, ermetici, irascibili, mereu în defensivă.
- *Agresivitatea* transformă comunicarea într-o situație de conflict.

- *Criteriul concurențial* evoluează într-o barieră de comunicare dacă se axează pe dominare, învingere și mai puțin pe progres ca atare. Este pozitiv în situația în care concurența este onestă, echidistantă, axată pe principii veritabile, menită să afirme și să valorifice comunicatorii.
- *Rezistența la schimbare* se dezvoltă fiindcă orice transformare generează frică, anxietate, implicând imprevizibilul și asumarea riscurilor.
- *Lipsa încrederii în sine* se produce grație ideii incorecte despre sine și despre conlocutor.

c. Bariere generate de abordări individualiste. Sunt caracteristice persoanelor care pun accentul pe propriul ego.

- *Comportamentul egocentric* face ca persoana să fie insensibilă la anturajul său, dialogul devenind dificil, de multe ori, chiar imposibil.
- *Necunoașterea propriei persoane* formează un tablou deformat, chiar greșit despre sine, fapt ce provoacă absența autocontrolului atitudinilor și comportamentelor în actul comunicațional.
- *Sentimentul de incompetență sau ineficiență* semnifică negarea sistematică și valoarea propriilor aptitudini în comparație cu cele ale altor indivizi. Această senzație se manifestă ca un dezavantaj din cauza timidității, inabilității, stânjenelii, inconvenientei în exprimare, autocriticii excesive, tăcerii nemotivate.
- *Lipsa de obiectivitate și realism* se manifestă în situația în care imaginea realității se formează prin prisma senzațiilor personale și a empiricului anterior. Un blocaj de acest gen produce o comunicare distorsionată, denaturată sau deviată în mod voluntar.
- *Pasivitatea excesivă* duce la inactivism, nepăsare și lipsă de interes, neimplicare în diverse situații comunicaționale.

d. Bariere raportate la relațiile individ-grup

- *Marginalizarea.* Comunicarea cu indivizi subapreciați, ostraciizați de societate este foarte complicată, lor fiindu-le specifică o conduită deviantă, nerespectarea angajamentelor și a normelor.
- *Absența de veridicitate* este inaptitudinea de a formula o idee în concordanță cu percepțiile și doleanțele reale ale individului. Astfel de indivizi reprezintă niște „actanți”, care își asumă roluri pe care nu le consimt.

- *Izolarea* se exprimă prin manifestarea unui tip de comportament individualist, angoasă față de alții, și de derizoriu, pasivitate, absență de inițiativă. Izolarea reprezintă atât un blocaj al comunicării, cât și o urmare a unei comunicări ineficiente.

4. Bariere personale în relația medic-pacient

Comunicarea reprezintă un fenomen esențial în medicină, care se referă, în egală măsură, la comunicarea dintre medic și pacient, dintre diverși profesioniști implicați în îngrijirea medicală, între profesioniști și public, în general. Totuși, cea mai însemnată o reprezintă comunicarea între medic și pacient, deoarece ea oferă, în mare parte, informațiile necesare stabilirii unui diagnostic corect. Grație predominanței afecțiunilor cronice, comunicarea eficientă între medic și pacient câștigă o însemnatate tot mai mare, medicul implicându-se nu doar în tratamentul maladiei, ci și în susținerea pacientului la depășirea problemelor generate de afecțiune.

Pentru un număr important de maladii cronice comunicarea reprezintă, virtual, singura modalitate de tratare, consilierea, sprijinul și informația constituind elemente esențiale de ajutorare a bolnavilor în procesul de adaptare la un mod de viață mai restrictiv, dictat de afecțiune. Din aceste considerente, căpătarea unor deprinderi comunicative deosebite reprezintă un aspect prioritar pentru angajații din sfera sănătății, în speță pentru medici.

Acest fapt reclamă ca, în procesul de comunicare medic-pacient, medicul să posede abilitatea de a identifica și a decodifica în mod corect semnalele verbale și nonverbale receptate de la bolnav. Concomitent, admite că medicul este capabil să folosească modurile cele mai potrivite verbale și nonverbale de comunicare, cu scopul de a depăși barierele de comunicare ce apar din varii motive între el și pacient.

4.1. Bariere social-culturale și relaționale de comunicare în relația medic-pacient

Cauza apariției barierelor social-culturale poate fi determinată de percepția pacientului ca reprezentant al unei anumite profesii, etnia, sexul, vârsta, statutul social. Medicul trebuie să fie pregătit de apariția acestor bariere, deoarece pentru unii pacienți autoritatea sa este insuficientă. Această situație este valabilă, în special, în cazul medicilor tineri.

În procesul de comunicare medic-pacient pot apărea și bariere comunicaționale. Este vorba despre emoții negative, provocate de o persoană. Deseori, cauza acestei situații este dificil de conștientizat, deoarece atitudinea negativă față de persoană se proliferază și asupra informației transmise de aceasta („De ce o ascultați pe această doamnă? Oare poate ea să spună ceva credibil?”).

4.2. Bariere fonetice și semantice de comunicare în relația medic-pacient

Bariera fonetică poate apărea atunci când medicul și pacientul vorbesc repede și inexpressiv, în diferite limbi și dialecte sau au defecte de vorbire și dicție.

Bariera semantică e corelată cu problema jargoanelor, specifică persoanelor de o anumită categorie demografică, profesie sau poziție socială (de ex., limba adolescenților, narcomanilor, marinarilor, hackerilor etc.). De aceea, este foarte important ca medicul să posede abilități de însușire a sistemelor semantice străine.

Pe de altă parte, se atestă situația când medicul însuși provoacă apariția barierei semantice la pacient, utilizând fără temei termeni de specialitate. Acest fapt poate duce la dezvoltarea unei reacții patologice, ca urmare a influenței nefavorabile asupra psihicului pacientului.

4.3. Bariere stilistice și logice de comunicare în relația medic-pacient

Apariția barierei stilistice este posibilă în cazul necorespunderii felului de a vorbi al medicului cu situația de comunicare, de ex. în cazul comportamentului familiar, când îi numește pe toți pacienții trecuți de o anumită vârstă „bătrâni” și „bătrânei”, neluând în calcul particularitățile persoanelor și condiția lor psihologică (evoluțiile de conștiință ca urmare a îmbolnăvirii și a administrării medicamentelor).

Atunci când medicul poartă convorbiri profilactice cu pacienții, înaintea intervențiilor, formează deprinderi de administrare a preparatelor medicale, utilizării aparatului, informează despre diverse metode referitoare la modul sănătos de viață, pot apărea bariere ale încomprensiunii logice, adică, logica raționamentelor medicului poate fi prea complicată pentru pacient ori să i se pară incorectă și neconvingătoare. De asemenea, logica demonstrației pacientului poate fi greșită din punctul de vedere al medicului.

5. Comunicarea eficientă. Tehnici de ascultare activă. Feedback-ul. Canale, mesaje și forme de feedback prin care se realizează comunicarea interpersonală

5.1. Comunicarea eficientă versus comunicarea ineficientă

Comunicarea este un proces complex și activ de transmitere și recepționare de informației, în care cel puțin unul dintre partenerii de comunicare trebuie să aibă abilitați:

- de ascultare activă
- de comprehensiune a mesajului și de a răspunde la întrebări
- de tălmăcire a limbajului nonverbal
- de motivare a interlocutorului pentru ca acesta să susțină conversația

Obiectivul fiecărui fenomen de comunicare este de a obține un anumit tip de comportament din partea interlocutorului, comportament care trebuie să ne fie clar definit în minte, înainte de a iniția conversația. Realizarea acestui scop reprezintă singurul criteriu de evaluare a eficacității noastre. Pentru a **comunica eficient**, trebuie să respectăm două reguli de bază:

1. Transmitem mesajul clar și concis
2. Ascultăm și înțelegem mesajul pe care celălalt îl transmite

În prezent, comunicarea este considerată un proces mult mai sofisticat decât modelul tradițional emițător – mesaj – receptor. Este binecunoscut faptul că o comunicare eficientă înseamnă mai mult decât stabilirea unui dialog politic. Aceasta necesită abilități specifice, să știm **ce** și mai ales **cum** să comunicăm.

A comunica eficient înseamnă: atunci când transmiți informații să ceri ceea ce dorești; să spui „Nu” atunci când nu dorești să faci/să spui ceva; să exprimi ceea ce simți, în mod direct și fără să aduci atingeri demnității tale sau a celuilalt.

Atunci când recepționezi informații: să ascuți activ; să ceri și să dai feedback; să știi să formulezi întrebări închise sau deschise, în funcție de informațiile transmise de celălalt; să summarizezi și să parafrazezi.

Comunicarea ineficientă

A comunica ineficient înseamnă a ține cont, atunci când transmiți sau recepționezi informații, doar de necesitățile proprii, sau limitat de cele ale interlocutorului. Această formă de comunicare determină un comportament pasiv sau agresiv față de celălalt. A comunica eficient înseamnă a utiliza ascultarea activă.

Înșușiri generale ale ascultării active:

- presupune implicarea activă a individului care ascultă, anume înțelegerea sentimentelor, nevoilor, dorințelor și viziunii celuilalt.
- este o tehnică de colectare a informațiilor, prin care nu judecăm opiniile celuilalt, ci doar ascultăm.
- este o ascultare empatică, apelând la capacitatea noastră de a ne transpune în locul celuilalt și de a vedea lucrurile din poziția celuilalt.

Pentru a asculta activ este necesar:

- **Să asculți mesajul.** Este important să acorzi atenție informațiilor ce ți se transmit, să identifici emoțiile pe care le conține mesajul. Emoțiile pot fi exprimate direct, prin cuvinte sau trebuie să le identifici singur, în funcție de mimică, gesturi, tonalitate, pauze în vorbire;
- **Să depășești potențialele bariere în procesul de comunicare.** Acestea pot fi generate de interlocutor sau chiar de către tine;
- **Să verifici dacă ai înțeles corect mesajul.** Pune întrebări, urmărește dacă limbajul nonverbal este în concordanță cu mesajul verbal transmis; încurajează vorbitorul să continue.

5.2. Formele ascultării active:

Există trei modalități de ascultare activă:

- de susținere
- de însușire
- de răspuns

Ascultarea de susținere presupune încurajarea interlocutorului să își exprime părerile și sentimentele. Este foarte important să nu vă prezentați propriile opinii, pentru a nu bloca vorbitorul.

Ascultarea de însușire este folosită pentru a obține informații despre anumite fapte, evenimente. Este un tip de ascultare activă pe care îl puteți folosi în special dacă vă aflați într-un grup și nu sunteți implicat direct în discuție.

Ascultarea de răspuns este o formă a ascultării active la care puteți apela pentru a vă consolida relația cu persoana care vorbește. Acest tip de ascultare presupune să vă concentrați asupra a ceea ce spune persoana și mai puțin asupra emoțiilor pe care le exprimă. Este important să creați sentimentul de încredere și senzația că este o persoană importantă pentru Dvs.

5.3. Elemente ale ascultării active:

Ca să ascultăm în mod activ, astfel încât să înțelegem punctul de vedere al celuilalt este necesar să însușim următoarele tehnici de comunicare: *formularea întrebărilor*; *parafrizarea*; *sumarizarea*; *oferirea de feedback*.

Feedback-ul presupune oferirea unui răspuns la cele comunicate de vorbitor, de regulă, îl primim în stil nonverbal: înclinarea capului, gesturi de încurajare, gesturi care arată ca sunteți atent și interesat. De asemenea, puteți să spuneți ”da”.

Rolul feedback-ului: ajută la construirea relației interumane; îi arată vorbitorului că mesajul său este înțeles; îi creează sentimentul că este acceptat; îl ajută să continue și face ca situația să nu se transforme într-un simplu monolog.

Caracteristici: reprezintă toate mesajele verbale și nonverbale pe care o persoană le transmite în mod conștient sau inconștient, ca răspuns la semnalele altei persoane; este un element extrem de important al comunicării; necesită să fie mai mult particular decât general și să fie oferit la timp; să includă acele lucruri pe care coachee-ul este capabil să le facă; să nu conțină mai mult decât ceea ce coachee-ul este apt să realizeze în timpul prevăzut pentru activitatea respectivă; feedback-ul pozitiv se oferă în public, iar cel negativ între patru ochi.

Tipuri de feedback:

Feedback-ul de înțelegere presupune o parafrizare, adică reluarea cuvânt cu cuvânt a ultimelor idei ale persoanei cu care comunicăm. „Am înțeles eu bine că... (afirmăm ceea ce exact ne-a transmis coachee-ul)”

Feedback-ul suportiv admite că problema pe care cealaltă persoană o consideră importantă și semnificativă este apreciată și de noi ca fiind importantă și semnificativă. „Observ că te-a îngrijorat serios...”

Feedback-ul de tip „mesajul Eu” reprezintă o modalitate personală de a constata sau de a reda o situație fără a aduce acuzații, critici sau de a ține predici celeilalte persoane. De exemplu, în loc să spunem „Din cauza ta, lucrurile stau așa”, vom proceda în felul următor: vom descrie problema/situația; vom descrie emoțiile/sentimentele noastre; vom descrie motivul nostru de îngrijorare. Ex: „Ceea ce s-a întâmplat ieri mă supără, deoarece mă întreb dacă nu cumva se va repeta”.

Feedback neechilibrat determină o atitudine defensivă și duce la discuții contradictorii, se centrează pe culpabilitate; nu îmbunătățește

aptitudinile, comportamentele; afectează încrederea în sine și stima de sine; nu lămurește cealaltă persoană asupra problemei existente; lasă impresia că formulăm o judecată morală asupra celui alt.

Feedback echilibrat determină încredere și cooperare, se axează pe transformările pozitive – efectuate sau potențiale; duce la îmbunătățirea aptitudinilor, comportamentelor; determină o creștere a încrederii în capacitățile și potențialul personal; clarifică și prezintă „ce urmează” să facă cealaltă persoană în continuare; lasă celui alt sentimentul că a fost ajutat.

Proprietățile unui feedback rezonabil: se stabilește un acord referitor la problemele puse în discuție; pot fi evidențiate sentimentele celui alt conlocutor; accentul se pune pe competențe/comportamente și nu pe persoană; se oferă o descriere clară, precisă, concisă a aptitudinii/conduitei vizate; se evocă fazele practice de transformare; se susține necesitatea de a „edifica” sau „ilustra” în detrimentul „trebuie să dovedești” sau „nu ai făcut...”; părțile negative vor fi echilibrate și prin prezentarea celor pozitive; clarificarea prin întrebări; se stabilesc împreună etapele acțiunii; cealaltă persoană este rugată să își evalueze propria performanță și este asigurată de sprijin în viitor.

6. Comunicarea eficientă medic-pacient

Medicina evoluează și, odată cu ea, și tipul de comunicare cu pacienții. Se renunță treptat la modelul istoric paternalist (bazat pe dependența pacientului de autoritatea profesională a medicului, în care preferințele pacientului erau în general ignorate), în favoarea unui nou model, bazat pe luarea în comun a deciziei. Pacientul este respectat ca un Agent Autonom, cu dreptul de a avea puncte de vedere, de a face alegeri și de a întreprinde acțiuni bazate pe valorile și pe convingerile personale. Pacientul este din ce în ce mai informat și mai implicat (Pacient expert sau Pacient competent), este împuternicit treptat să cântărească beneficiile și riscurile tratamentelor alternative în conformitate cu propriile valori, luând în calcul inclusiv alternativa non-tratamentului.

Comunicarea ineficientă reduce adesea acuratețea diagnosticului. Într-adevăr, studiile arată că medicii le pacienților doar 18 secunde pentru a prezenta istoricul bolii înainte de a-l întrerupe. În plus, arată că doar 2% dintre pacienți au posibilitatea de a-și finaliza prezentarea. Prin întreruperea fluxului de informații de la pacient, clinicianul este adesea privat de fapte susceptibile care l-ar ajuta să stabilească un diagnostic

corect. Studiile arată că cel mai eficient predictor al complianței pacientului la un plan de tratament este comunicarea între medic și pacient. Dacă medicul utilizează o comunicare eficientă, crește și complianța.

Pentru o comunicare mai bună cu pacienții trebuie să întreprindeți următorii pași:

1. Rafinați-vă abilitățile de comunicare de bază pe care deja le posedați: **a.** nu omiteți amabilitățile; **b.** Nu-i arătați pacientului că sunteți grăbit; **c.** mențineți conversația pe linia dorită; **d.** comunicați cu dublu sens; **e.** ascultați fără a întrerupe; **f.** comunicați cu privirea; **g.** Organizați-vă discuțiile cu pacientul (tehnica BATHE);

2. Faceți ajustările necesare în stilul propriu pentru a vă adapta stilului modern, participativ, de comunicare: **a.** faceți un efort suplimentar pentru a câștiga încrederea; **b.** fiți atenți la dinamica schimbărilor; **c.** creșteți implicarea pacienților; **d.** creați așteptări cât mai realiste pacienților; **e.** furnizați mai multe informații într-un timp cât mai redus.

3. Luați măsuri pentru a vă perfecționa, în scopul depășirii așteptărilor pacienților dvs.: **a.** îmbunătățiți sistemele informaționale și de organizare din birou; **b.** trimiteți tuturor pacienților o scrisoare de bun-venit (un model în format Word poate fi descărcat de pe site-ul www.medicacademica.ro); **c.** folosiți computerul în mod creativ; **d.** educați personalul; **e.** faceți ceva neașteptat pentru pacienți; **f.** urmăriți periodic pacienții; **g.** îmbunătățiți conceptul de „medicină de familie”.

6.1. Modalități de depășire a barierelor de comunicare medic-pacient: Modelul coparticipativ Charles

Modelul coparticipativ Charles are următoarele caracteristici: trebuie să existe cel puțin doi participanți în luarea deciziilor medicale: medicul și pacientul; ambii participanți trebuie să-și transmită reciproc informațiile pe care le dețin; ambii participanți trebuie să facă pași în direcția acordului referitor la modul de tratament preferat; stabilirea unui consens raportat la tratamentul aplicat.

Modelul respectiv facilitează soluționarea unor situații complexe, sporește complianța pacienților, ceea ce face necesară implementarea lui, mai ales în cazul bolilor grave (cancer, diabet, boli cardio-vasculare).

Modelul Bamforth

Acest model accentuează importanța obținerii consensului în cunoștință de cauză, în relația medic-pacient. Această problemă poate fi depășită, în accepțiunea autorului, în funcție de următoarele criterii:

- a) descrierea naturii (conținutului) deciziei medicale;
- b) discuția alternativelor posibile la decizia luată;
- c) abordarea riscurilor și beneficiilor tratamentului propus;
- d) discutarea incertitudinilor legate de tratament;
- e) evaluarea gradului de înțelegere de către pacient a problemelor discutate în cursul acestei relații;
- f) evidențierea preferințelor pacientului pentru cursul relației terapeutice.

Practica a arătat, susține Bamforth, că medicii descriu în mod frecvent natura deciziei luate, mai puțin frecvent discută riscurile și beneficiile tratamentului propus și rareori evaluează înțelegerea de către bolnav a opțiunii terapeutice adoptată de medic.

Studiul Levinson și colab

Diferențele dintre medicii care au avut acuzații de neglijență medicală și cei care nu au avut se datorează, susțin autorii, diferențelor de competență comunicațională.

Medicii fără nici un caz de acuzație pentru neglijență profesională au un stil comunicațional caracterizat prin următoarele trăsături: explicarea clară a evoluției stării de sănătate a pacientului și succesiunea frecventării ulterioare a cabinetului medical; folosirea frecventă a râsului și a simțului umorului; tendința de încurajare a unei comunicări destinse și cuprinzătoare (solicitarea opiniei pacienților, încurajarea pacienților să-și spună necazurile, verificarea gradului de înțelegere a problemelor medicale de către pacienți); durata mai mare a consultațiilor medicale (o diferență medie de peste trei minute pe consultație).

Concluzia acestui studiu accentuează necesitatea perfecționării competenței comunicative a medicilor pentru a se feri de acuzațiile de neglijență profesională.

Modelul Ley

Ley a formulat, pe baza studiilor sale asupra înțelegerii și memorării informațiilor medicale, câteva sugestii referitoare la depășirea barierelor de comunicare medic-pacient: îndrumările și indicațiile să fie prezentate în debutul interviului; să fie accentuată importanța recomandărilor și indicațiilor medicale; să se folosească propoziții și cuvinte scurte; informația ce trebuie comunicată să fie formulată în propoziții clare; să se repete recomandările; să se dea informații concrete, precise, detaliate, în detrimentul celor generale.

Autorul opinează că pacienților ar trebui să li se ofere informații scrise ca să se poată orienta după ele când este cazul.

Glosar

Bariere în comunicare – include orice element de natură a obstrucționa desfășurarea adecvată a comunicării, contribuind la diminuarea gradului de fidelitate, acuratețe și eficiență a transferului de mesaj.

Sistem comunicațional – ansamblu de procedee și mijloace de colectare, prelucrare și transmitere a informației, necesare procesului de conducere a întreprinderilor, instituțiilor, organizațiilor etc.

Macrobarierele de comunicare – se referă, în general, la acele elemente care obstrucționează desfășurarea adecvată a comunicării din spațiul social de comunicare și arealul tot mai extins în care se produce comunicarea, la necesitatea crescândă de informații, tot mai sofisticate, la contextul folosirii și a altor limbi în comunicare, decât cea oficială, la necesitatea permanentă de a însuși paradigme noi.

Microbarierele de comunicare – se referă la elemente care împiedică realizarea adecvată a comunicării la nivel interpersonal, în contextul transmiterii mesajului destinatar-destinator, sursa și destinația acestuia, punctul de vedere al sursei privind destinația, interferența mesajelor, punctul de vedere al destinatarului privind sursa, percepția, cuvințele cu mai multe semnificații.

Feedback – retroacțiune inversă, conexiune inversă, care se produce la nivelul diferitor sisteme precum cele cibernetice, biologice, tehnice, sociale etc., având drept scop menținerea stabilității și echilibrului, raportate la influențe externe. În context comunicațional **F.** reprezintă reacția inversă a destinatarului la mesajul emis de destinator.

Coachee-ul – reprezintă destinatorul, emițătorul, moderatorul, mentorul în cadrul unui proces comunicațional.

Situații de problemă

1. Activitate individuală: împărțiți o foaie în două coloane. În prima coloană notați microbarierele de comunicare interpersonală în accețiunea lui S. Certo și factorii lor generatori. În a doua coloană indicați modalitățile de depășire a microbarierelor în comunicare.

2. Activitate în pereche: cereți unui coleg, care vă cunoaște mai bine, să vă analizeze stilul dumneavoastră de comunicare interpersonală, enunțând cinci-șapte trăsături de caracter, care contribuie la manifestarea barierelor în activitatea dumneavoastră comunicățională. Încercați să analizați aceste observații, acceptând sau respingând argumentele prezentate de colegul dumneavoastră.

3. Activitate individuală: rememorați o situație din experiența comunicățională personală în care barierele generate de propria prestație defectuoasă au dus la un eșec comunicățional, într-un context foarte important pentru d-voastră. Comparați prestația comunicățională personală și a conlocutorului d-voastră. Retrospectiv, ce ați fi schimbat pentru a eficientiza comunicarea?

4. Activitate în echipă: Realizați câteva modele comportamentale ale unui medic care consultă pacienți proveniți din diferite pături sociale. Indicați tehnicile pe care le utilizează medicul pentru a face față unor bariere de comunicare, care apar, inevitabil, în astfel de situații.

Note

1. Abric Jean-Claude. *Psihologia comunicării. Teorii și metode*. Iași: Editura Polirom, 2002.
2. Certo Samuel C. *Managementul modern*. București: Editura Teora, 2002.
3. Limbos Edouard. *Les barrages personnels dans les rapports humains*. Editions ESF, Entreprise moderne d'édition: Librairies techniques. 1984.
4. Mc Quail Denis. *Comunicarea*. București: Editura Institutul European, 1999.
5. Miu Nicolae. *Științele Comportamentului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
6. Stanton Niki. *Comunicarea, Societatea*. București: Știință&Tehnică, 1995.
7. Weaver Warren, Shannon Claude Elwood. *The Mathematical Theory of Communication*. Chicago: Univ. of Illinois Press. 1963.
8. Lohisse Jean. *Comunicarea. De la transmiterea mecanică la interacțiune*. Iași: Editura Polirom, 2000.

Bibliografie

1. Baylon Christian, Mignot Xavier. *Comunicarea*. Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2000.
2. Cornelius Helena. *Știința rezolvării conflictelor*. București: Ed. Știința și Tehnica, 1996.
3. Dumbravă Ionel. *Management general*. București: Editura Fundației „România de Măine”, 2000.
4. Graur Evelina. *Tehnici de comunicare*. Cluj-Napoca: Editura Mediamira, 2001.
5. Iovănuț Simona. *Comunicarea*. București: Editura Waldpress, 2001.
6. Hogan Kevin. *Depășește cele 8 obstacole în calea comunicării*. București: Editura Amaltea, 2006.
7. Miu N., Popa-Velea O. *Științele comportamentului uman*. Aplicații în medicină. București: Ed. Trei, 2010.
8. Prutianu Ștefan. *Manual de comunicare și negocieri în afaceri*. Vol. I. Comunicarea. Iasi: Editura Polirom, 2000.
9. Spinei Angela. *Comunicare și comportament*. Chișinău: CEP Medicina, 2005.
10. Stanea Rodica. *Tehnici de comunicare eficientă*. Suport de curs. <http://ru.scribd.com/doc/173548556/Stanea-Rodica-Suport-Curs-Tehnici-Comunicare> (accesat: 15.07.2015).
11. Văidean Georgeta. *Blocaje și bariere în comunicarea didactică*. Modalități de depășire a acestora. <http://www.docstoc.com/docs/122718359/BLOCAJE-SI-BARIERE-%EF%BF%BDN-COMUNICAREA-DIDACTICA> (accesat: 15.07.2015).

VII. CONFLICTUL – ELEMENT CONSTITUTIV ESEŢIAL AL COMUNICĂRII

„Secretul şi farmecul vieţii noastre
nu stau în lipsa unui conflict,
ci în hotărârea şi priceperea
noastră de a-l rezolva”

(A.S. Makarencu)

1. Caracteristica conflictului
2. Structura conflictului
3. Clasificarea conflictelor
4. Comportamentul şi strategiile de rezolvare a conflictelor
5. Aspectul bioetic al conflictului

Preliminarii

În viaţa de zi cu zi, ne confruntăm cu situaţii diverse, unele mai plăcute, altele mai puţin. Circumstanţele supărătoare sau mai puţin comode se manifestă sub forme de poziţii conflictuale. Precum orice persoană îşi percepe propria viaţă în felul său, şi conflictul, fiind parte componentă a realităţilor noastre, este sesizat diferit de fiecare dintre noi. Diversitatea legată de rasă, vârstă, educaţie, valori, credinţe, opinii şi alte calităţi individuale divizează la infinit mediul nostru social, îmbogăţindu-l, conferindu-i culoare şi substanţă, dar amorsând, în acelaşi timp, legături de tip conflictual. Conflictele sunt în mod direct legate de comunicare, de barierele şi abilităţile de comunicare eficientă, de comportamentul fiecăruia din noi implicat în acest proces tensionat.

Competenţele din domeniul comunicării şi comportamentului, pe care le vor dobândi medicii la acest capitol, sunt următoarele:

- să opereze corect cu noile concepte;
- să descrie structura şi calitatea conflictului;
- să argumenteze cu privire la cauzele care pot genera conflicte;
- analiza interdisciplinară a diferitelor tipuri de conflicte;
- aplicarea cunoştinţelor teoretice la soluţionarea conflictelor la nivel interpersonal, personal şi social;

- să poată aborda managementul conflictului prin prisma bioeticii, atribuindu-i un rol pozitiv prin condamnarea înșușirilor, faptelor imorale și amurale.

1. Caracteristica conflictului

Înțelegem cu toții noțiunea de conflict, el fiind element integrant din viața noastră. Fiecare dintre noi s-a confruntat, cel puțin o dată în viață, cu situații contradictorii, promisiuni neîndeplinite, divergențe sau pur și simplu supărări. Conflictul exprimă nu doar reprezentarea acută (de ex.: violență, abuz verbal, fizic sau armat) a confruntării între două sau mai multe părți, ci și cel mai mic grad de intoleranță față de persoana din preajmă, din cauză că este altfel, gândește și percepe lucrurile în mod diferit etc.

De la bun început, trebuie să menționăm că există o deosebire netă între conflicte și probleme. *Problemele* țin de anumite obiecte, lucruri, scopuri etc.; prezintă aspecte neclare, discutabile, ce necesită o lămurire, o constatare potrivită; ele constituie o sarcină, o preocupare (majoră) care cere o soluționare (imediată); sunt teme care intră în sfera căutărilor, a cercetărilor cuiva; sunt obiect principal al preocupărilor cuiva; sunt lucruri greu de înțeles, greu de rezolvat sau de explicat. *Conflictele* sunt legate de anumite persoane, situații ce implică și componenta afectivă, cu participarea sentimentală a persoanei; sunt stări posibile a unei sau mai multor persoane supuse unor tendințe și interese opuse de valori aproximativ egale; sunt forme a relațiilor interpersonale generate de interesele divergente ale indivizilor (ex.: conflictul între generații) etc., iar aceste situații cer să fie readusă starea de echilibru și armonie în procesul de comunicare și comportament cu ceilalți.

Dacă e să ne referim la explicarea conceptuală a conflictului, atunci vom relata opinia mai multor autori care derivă semnificația acestei noțiuni din latinescul *conflingere*, care înseamnă *ciocnire, luptă, bătălie, a ține împreună cu forța*. Complexitatea acestui concept a dus la formularea mai multor definiții.²²

Conflictul

- *este o luptă între valori și revendicări de statuturi sociale, putere și resurse în care scopurile oponentilor sunt de a neutraliza sau de a elimina rivalii* (Lewis A. Coser, 1967, p. 8);

²² Apud: Zlate M. *Tratat de psihologie organizațional-managerială*. Iași: Ed.: Polirom, 2007, p. 172.

- este o relație în care fiecare percepe scopurile, valorile, interesele și conduita celeilalte părți ca opuse celor proprii (Rahim Blum, 1994, p. 7);
- putem defini conflictul (...) ca fiind opoziția dintre indivizi și grupuri, pe baza intereselor de concurență, a identităților diferite și a atitudinilor care se deosebesc (James Schelemberg 1996, p. 8);
- conflictul este „o situație în care oameni interdependenți prezintă diferențe (manifeste sau latente) în ceea ce privește satisfacerea nevoilor și intereselor individuale și interferează în procesul de îndeplinire a acestor scopuri” (Donohue & Kolt, 1992, p. 3).

Conflictul este un proces de interacțiune între obiecte homeostatice, care are drept scop schimbarea statutului acestora și împărțirea sferelor de influență (conform cercetătorului S. Kartashev)²³.

Fiecare definiție a conflictului reflectă diferite particularități precum: stare deschisă; luptă; lipsa armoniei în relațiile interpersonale, idei sau interese; confruntarea oponentilor; confruntarea tendințelor etc. Orice situație de conflict pornește de la o dificultate, care generează comportamente de neînțelegere reale sau dorite ce sunt orientate, de regulă, spre un anumit rezultat. Subiecte diferite pot provoca aceleași reacții, după cum același impas poate cauza reacții diferite la oameni diferiți sau la aceeași persoană în momente diferite. Prin urmare, (comparativ cu problemele) conflictele sunt, prin definiție, un fenomen social, psihosocial și psihoindividual.

Conflictologia este una dintre cele mai tinere ramuri ale obiectului științific care se ocupă cu studierea motivelor, cauzelor și consecințelor care determină ori declanșează conflictele, precum și soluțiile de depășire a lor. Ea se distinge ca o direcție individuală la sfârșitul anilor 50' ai secolului trecut, după o perioadă îndelungată de formare, de dezvoltare a ideilor și a opiniilor conflictologice, mai întâi în filosofie, apoi în sociologie, psihologie și alte științe. *Obiectul de studiu* al conflictologiei îl reprezintă *conflictul*, în toată complexitatea sa – cauze, dinamică, tipologie, efecte, modalități de gestionare/rezolvare.

Conflictul este o dimensiune semnificativă a comunicării și comportamentului care inițial era abordat ca fiind o stare de anormalitate, o situație accidentală, cu efecte exclusiv negative și destabilizatoare, iar ulterior se vorbește despre esențialitatea și iminența acestuia, ca factor

²³ Карташев С. *Конфликтология*. Кишинев: Ed. Paragon, 1996, p. 21.

al schimbării de neevitat în viața noastră. Conflictul în sine nu este un element distructiv, amenințător, ci formele sale de manifestare conform unor principii, mentalități, percepții determină/generează avantaje pentru o parte și dezavantaje pentru cealaltă parte, incertitudini pentru unii și realizări pentru alții, dezechilibru pentru unii, armonie totală pentru ceilalți.

Comunicarea este cheia dezlegării și stingerii oricărui conflict. Comunicarea este schimbul de informații prin cooperare. Numai cooperarea aduce părțile în situația imperios necesară de a se cunoaște reciproc, de a afla opiniile celuilalt, de a *accesa* simțirile, trăirile, responsabilitățile, raționamentele celeilalte părți. **La fel ca și în comunicare**, în cazul **conflictului pot fi** puncte comune în dezbateri, acestea fiind de ordin valoric, etic, iar dintr-o relație tensionată, dintr-un potențial conflict distructiv, să se nască imperii de înțelepciune și înțelegere, de încredere în sine și în celălalt/ceilalți, de progres, de autocontrol, autodisciplinare, autocunoaștere.

2. Structura conflictului

Orice conflict are etape de declanșare, ele fiind următoarele:

1. *Dezacordul* – este neînțelegerea ce apare ca urmare a diferențelor (de păreri, de concepții, de atitudini, de percepere, de atitudine...) asupra unor valori sintetizate în cultură, precum și ca urmare a lipsei de informații corecte asupra partenerilor de interacțiune, dar și din interese economice, politice, sociale diferite ale acelor care intră în contact; este deosebirea dintre modul de a fi și a gândi al unor indivizi sau grupuri.

2. *Confruntarea* – apare pe fondul unei ideologii care motivează actorii din confruntare în a susține o anumită idee contrară altcuiva. În această etapă, crește tensiunea interacțiunilor, domină emoțiile și nimeni nu mai ascultă argumentele celuilalt. Comunicarea este extrem de dificilă, generând stări de stres, frustrări și o atmosferă tensionată. Modul de gestionare a acestei etape își pune amprenta în evoluția interacțiunii.

3. *Escaladarea*. Tensiunea dintre părțile implicate în conflict este maximă, agresivitatea pune stăpânire pe situație. În acest moment, indivizii tind să-și suspende discursul și acțiunea rațională, înlocuindu-le cu fapte iraționale, chiar violente uneori.

4. *Deescaladarea și rezolvarea conflictului* sunt două etape convergente, ambele au scopul obținerii situației de calm, se fac concesii, se discută, tensiunea scade, iar comunicarea devine echilibrată. Se ajunge la captarea bunăvoinței părților adverse, la înțelegere și aici conflictul se încheie.

Structura conflictului a fost descrisă și în cele două modele, propuse de Johan Galtung și Bernard Mayer. Cel mai influent model al conflictului a fost oferit de J. Galtung²⁴ în 1969. El a vizualizat conflictul ca pe un triunghi, cu contradicția (C), atitudinea (A) și comportamentul (B) în unghiuri. Galtung vede conflictul ca pe un proces dinamic în care cele trei componente se modifică permanent și se influențează reciproc. *Contradicția (C)* semnifică situația conflictuală, care include incompatibilitatea scopurilor, reală sau percepută. *Atitudinea (A)* cuprinde elemente afective (emoțiile), elemente cognitive (convingerile) și elemente conative (voința). Ea presupune percepțiile corecte și percepțiile eronate despre celălalt și sine, atât pozitive, cât și negative. Atitudinile sunt deseori marcate de emoții precum teama, furia, amărăciunea și ura. *Comportamentul (Behavior) (B)* poate include cooperarea sau coerciția, concilierea sau ostilitatea – ca extreme. Comportamentul violent în conflict este caracterizat de amenințări, coerciție și atacuri distructive.

Bernard Mayer²⁵ propune, în anul 2000, o structură tot triadică a conflictului. El definește conflictul ca pe un fenomen psihosocial tridimensional, care implică o componentă cognitivă (gândirea, percepția situației conflictuale), o componentă afectivă (emoțiile și sentimentele) și o componentă comportamentală (acțiunea, inclusiv comunicarea).

Componenta 1: Percepția conflictului, modul în care îl înțelegem și cum îl evaluăm. Percepția nu este totdeauna rezonabilă sau realistă, întrucât fiecare individ decodifică datele situației în funcție de grila de lectură proprie: experiențe anterioare, cogniții, capacitatea de analiză a situației, atitudini, dorințe, starea emoțională de moment etc. Astfel, el poate vedea surse ale unui conflict acolo unde ele nu există.

În mare măsură, ostilitatea interpersonală este provocată de conflictele imaginate. Utilitatea practică a acestei informații constă în atenția cercetării percepțiilor fiecărei părți cu privire la conflictul pe care îl acuză sau a părții de confruntare pentru noi înșine, înainte de a face prima intervenție în direcția rezolvării. Ascultarea activă cu rol de informare este indicată în acest scop.

Componenta 2: Afectivitatea în conflict (emoțiile și sentimentele). Emoțiile sunt inerente conflictului. Unele emoții (îndeosebi emoțiile-șoc de genul furiei, disperării, spaimii, urii, dar și precum tensiunea,

²⁴ Galtung J. *Conflict as a Way of Life*. In: H. Freeman (ed.) *Progress in Mental Health*. London: Churchill, 1969.

²⁵ Mayer B. *The Dynamics of Conflict Resolution*. A Practitioner's Guide, San Francisco, Jossey Bass, A Wiley Company, 2000.

frustrația, tristețea sau teama) și/sau unele persoane se cer cu prioritate detensionate fie direct în interacțiunea conflictuală, fie în exteriorul acesteia. În cazul multor conflicte oamenii ajung să acționeze împotriva propriilor interese, arătându-se mai interesați să-și exprime sentimentele, decât să obțină satisfacerea nevoii care a provocat conflictul. Distingem astfel un aspect expresiv al conflictelor și unul orientat spre rezultat. Eforturile de tratare a componentei expresive prin propunerea de soluții nu dau rezultate, dacă partenerul de conflict sau o terță parte nu-i oferă sprijin persoanei, ocupându-se de emoțiile sale. Deseori, oamenii trebuie să găsească mai întâi un mijloc de a-și exprima emoțiile – uneori înainte de a se putea axa efectiv pe un rezultat care le va satisface nevoile. Și invers, este inutil să încurajezi exprimarea sentimentelor prin recunoașterea stresului pe care-l trăiește persoana, când aceasta vrea să te ocupe de rezultat, or, acest lucru se impune.

Componenta 3: *Acțiunea*. Comportamentul în conflict poate avea două roluri: exprimarea conflictului, a emoțiilor implicate și satisfacerea nevoilor. Acțiunile pot îmbrăca o largă diversitate de manifestare, de la încercarea de a face ceva în dezavantajul altuia, la exercitarea puterii, apoi la violență și distructivism sau, dimpotrivă, la caracterul conciliant, constructiv și prietenos. Acțiunea poate avea un caracter constructiv/cooperant sau, dimpotrivă, distructiv/competitiv.

Să observăm că cele trei laturi ale conflictului nu corelează: creșterea sau reducerea intensității uneia nu ne dau nici o informație despre evoluția celorlalte. Această relativă autonomie de manifestare face uneori greu de înțeles și de anticipat comportamentul persoanei implicate în conflict.

3. Clasificarea conflictelor

Se cunosc câteva criterii de bază ca punct de plecare în fixarea unei tipologii a conflictelor: esența conflictelor, subiecții aflați în conflicte, poziția ocupată de actorii implicați, gradul de intensitate, forma, durata și evoluția, respectiv, efectele pe care le generează conflictele.

1. Din punct de vedere al esenței lor, putem evidenția *conflicte de substanță* și *conflicte afective*. Primele se manifestă cu o mai mare intensitate atunci când indivizii urmăresc atingerea propriilor scopuri prin intermediul unor grupuri. De cealaltă parte, se află conflictele afective care se referă la relațiile interpersonale, fiind generate de stări emoționale. În timp ce conflictele de substanță sunt specifice structurilor și raporturilor ierarhice, conflictele afective fac parte din sfera valorilor, a

relațiilor sau a intereselor. Conflictele afective sunt însoțite de puternice emoții negative, de receptarea stereotipă a celor aflați de cealaltă parte a baricadei și de un comportament adesea răzbunător.

2. O altă clasificare a situațiilor conflictuale (după criteriul localizării) poate fi realizată în funcție de nivelul la care se manifestă subiecții antrenați în conflict. Astfel, pot exista: *conflicte intrapersonale*, *conflicte interpersonale*, *conflicte intragrup*, *conflicte intergrup* și *conflicte internaționale*.

La nivelul *intrapersonal* sau *intrapsihic* (cu sine însuși) apare conflictul la nivelul personalității unui individ. Sursele de conflict pot include idei, gânduri, emoții, valori, predispoziții sau obiective personale care intra în conflict unele cu altele. În funcție de originea și sursa conflictului intrapsihic, acest domeniu este studiat în mod tradițional de diferite domenii ale psihologiei, de la psihologia cognitivă, psihanaliză, teoria personalității la psihologia clinică sau psihiatrie.

Un al doilea nivel major apare în relațiile dintre persoane – *conflictul interpersonal*. Conflictul dintre șefi și subordonați, soți, colegi de muncă, părinți și copii, cupluri etc. sunt atunci când o persoană o frustrează pe alta de atingerea obiectivului propus.

Conflictul intragrup apare în interiorul unui grup (clasă de elevi, grupă de studenți, colectiv didactic, birou, întreprindere, fracțiuni politice etc.) pe fundalul presiunii pe care acesta o exercită asupra membrilor săi. Efectele unor performanțe reduse ale grupului se pot răsfrânge în mod direct asupra individului, prin prisma recompenselor sau aprecierilor generale pe care le primește.

Cu un caracter mai complex se manifestă *conflictele intergrupuri*, care apar adesea între grupări rasiale, etnice, politice etc. Aceste conflicte duc la creșterea coeziunii grupului și a loialității dintre membrii acestuia. Conflictul dintre grupuri va fi rezolvat tot de indivizi în urma discuțiilor dintre persoanele care reprezintă grupurile.

Conflictul internațional apare între statele naționale, blocuri de națiuni, corporații, organizații internaționale.

3. După *gradul de intensitate*, Helena Cornelius și Shoshana Faire²⁶ menționează următoarele tipuri de conflicte: disconfortul, incidentele, neînțelegera, tensiunea și criza.

²⁶ Cornelius H., Faire, S. *Everyone Can Win: How to Resolve Conflict*. Sydney: Simon & Schuster, 1989.

Disconfortul – individul are sentimentul neclar că ceva nu este în ordine și este copleșit de gânduri legate de această situație. Starea individului nu este comunicată verbal.

Incidentul – „furtună într-un pahar cu apă”, conflict neprevăzut, dar care nu este devastator; poate consta dintr-un scurt schimb de cuvinte, gesturi, fapte ce supără. Ecoul acestui tip de conflict este de scurtă durată.

Neînțelegerea – discrepanța între sensul transmis și cel receptat. Comunicarea este neclară ceea ce favorizează înțelegerea greșită sau confuză a motivelor și faptelor. Fiecare îl vede pe celălalt răspunzător de eșecul comunicării.

Tensiunea – similară cu disconfortul, dar de o intensitate mai mare. Are loc schimbarea atitudinii, însoțite de idei fixe, atitudine negativă, sentimente negative, relația devine sursă de stres și îngrijorare.

Criza – este manifestarea cea mai evidentă a conflictului: are loc violența, verbală și/sau fizică. Comportamentul scapă de sub controlul rațional.

4. După criteriul percepției adversarului, putem clasifica situațiile de conflict în felul următor:

Lupta – oponentul este clar perceput ca dușman. Reacția „firească” este de a-l îndepărta din mediul propriu prin orice mijloace (amenințări, distrugere, alungare etc.). Atenția este concentrată asupra dușmanului, iar acțiunile sunt ghidate de puternice impulsuri emoționante, ce suprimă analiza rațională a situației de conflict.

Jocul – este caracterizat prin analiza situației, prin perceperea celuilalt ca oponent (față de care atitudinea afectivă poate fi neutră sau prietenoasă), iar atenția se focalizează asupra situației. Se obține o stare afectivă de plăcere, derivată din însăși desfășurarea jocului.

Dezbaterea – împărtășirea de stimuli verbali (idei) care urmăresc aducerea adversarului la propriul mod de apreciere și evaluare a situației.

5. Din punct de vedere al *duratei* și *evoluției*, avem conflicte: *spontane*, *acute* și *cronice*. *Conflictele spontane* apar brusc, sunt greu de prevăzut, sunt de scurtă durată și se manifestă la nivel interpersonal. *Conflictele acute* au o evoluție scurtă, dar sunt deosebit de intense, în timp ce *conflictele cronice* au cauze ascunse, greu de identificat, cu evoluție lentă și de lungă durată.

6. Ideea dezirabilității unor conflicte pozitive duce la clasificarea conflictelor în funcție de *efectele* sau rezultatele pe care le au în organi-

zații. Distingem astfel *conflicte funcționale* și *conflicte disfuncționale*. Unele conflicte susțin obiectivele îmbunătățesc performanțele – aceste conflicte sunt *funcționale* (eficiente, pozitive, constructive) – iar altele blochează activitățile – conflictele *disfuncționale* (distructive, negative).

Declanșarea conflictului presupune descătușarea forțelor conflictuale și încercarea de afirmare cât mai puternică a intereselor divergente. În fine, starea conflictuală se va încheia prin schimbarea elementelor care au condus la apariția conflictului. Părțile fac eforturi pentru crearea unor condiții noi, de cooperare, sau construiesc argumente pentru declanșarea unui nou conflict, mult mai puternic de această dată.

4. Comportamentul și strategiile de rezolvare a conflictelor

În timpul conflictelor se manifestă de obicei următoarea conduită: vorbim tare, mai repede sau, dimpotrivă nu vorbim, tremurăm, se intensifică transpirația, bătăile inimii, ne înroșim la față sau tegumentele devin palide, batem cu degetele mâinii pe masă, plângem sau facem grimase etc. În situații de conflict indivizii reacționează diferit în funcție de temperament, caracter, imagine de sine, de percepții, reprezentări proprii etc.

Încrederea a fost recunoscută ca un element-cheie în rezolvarea cu succes a conflictelor (alături de negociere și mediere). Și nu este de mirare, atât timp cât încrederea este asociată cu creșterea cooperării, împărtășirea informației și rezolvarea problemelor. Dacă indivizii sau grupurile au încredere unii în ceilalți, își pot rezolva conflictele cu ușurință, în caz contrar, conflictul devine distructiv, iar rezolvarea cu atât mai dificilă.

Când oamenii sunt în conflict, intră în joc *puterea* lor, fie că o fac intenționat sau nu. Ca un conflict să se producă, toți cei implicați trebuie să aibă o anumită putere („bază a puterii”), oricât de mică. Conflictul nu poate exista, cel puțin la dimensiunea comportamentală, dacă o parte domină complet cealaltă parte. Dacă puterile sunt echilibrate (în realitate sau doar percepute), sunt posibile strategiile alianței, dar dezechilibrul puterilor încurajează strategiile de opoziție, cel mai puternic tinzând să-și impună poziția. Helena Cornelius și Shoshana Faire²⁷ descriu următoarele fundamente ale puterii: de exemplu, *prețuirea relației*, care constă în acceptarea supunerii la puterea celuiilalt, pentru a nu pune în pericol relația (observăm similaritatea cu puterea de referință); *pute-*

²⁷ Cornelius H., Faire, S. *Everyone Can Win: How to Resolve Conflict*. Sydney: Simon & Schuster, 1989.

rea competenței, a funcției (autoritatea ierarhică), *a recompensei, punitivității și persuasiunii*. Preocuparea cea mai indicată în schimbarea statutului de putere trebuie să fie orientată spre abordarea asupritorilor, oameni mai puternici decât noi, prin următoarele strategii:

- reorientarea evoluției lucrurilor spre abordare victorie-victorie;
- evitarea atacurilor verbale la adresa omului care abuzează de putere;
- evaluarea mizei, pentru a decide dacă problema merită angajarea în conflict cu individul puternic;
- transformarea atacului la persoană în atac asupra problemei;
- identificarea motivului real din spatele afirmației celui puternic, prin întrebarea „de ce?”;
- prezentarea soluției dată de celălalt ca pe una dintre soluții;
- evitarea opoziției fățișe sau a reproșului explicit;
- aducerea în atenție și a nevoilor altora etc.

Comportamentul nostru se desfășoară după traseele stabilite de limbaj. Putem să ne exersăm în folosirea unui limbaj care să ne confere încredere în sine, optimism, atitudine constructivă, combativă în fața problemelor și independență și, totodată, să descurajeze tendințele de dominare ale partenerilor noștri. Există un limbaj prin care oamenii își diminuează puterea.

Vorbitorii cu un statut slab al puterii (în special puterea personală/psihologică) au un stil al vorbirii care-i singularizează (Duck, 1998)²⁸, folosind:

- multe adjective și adverbe fără conținut (de ex.: *minunat, incredibil, uimitor*)
- forme optative (*Aș putea...? Vreți să...?*)
- întrebări care solicită acordul (*Nu-i așa?*)
- cuvinte care trădează lipsa implicării (*presupun, poate, se pare că...*)
- folosirea de mulți intensificatori (*foarte, extrem de, absolut, total, real*)
- gramatică hipercorectă
- utilizarea în exces a gesticii, ceea ce sugerează lipsa expresivității vorbirii
- paternuri de intonație care sugerează scâncetul, tânguirea

²⁸ Duck S. *Friends for Life: The Psychology of Close Relationships*. New York: St. Martin's Press, 1983.

- neperseverarea în cazul în care sunt întrerupte
- acceptarea vorbirii simultane

Pornind de la sugestiile date de autoarele H. Cornelius & S. Faire, pot fi formulate următoarele tehnici de ridicare a asertivității și de a deveni o persoană mai puternică:

- stima de sine, ca trăsătură afectiv-atitudinală a personalității, exprimă sentimentele noastre față de noi înșine;
- afirmarea de sine, cu interesele, nevoile, realizările personale, în locul sentimentului de jenă, umilință și stimă de sine coborâte. În loc de expresia: „*Sunt doar o studentă, nu pot avea eu idei originale la această materie*”, se va spune: „*Sunt studentă,...*”, în loc de: „*Am vrut doar să întreb...*” se va spune: „*Am vrut să întreb...*”;
- restructurarea laturilor negative în direcția pozitivării lor; formularea propozițiilor la modul constructiv, optimist, decizional, nu la modul tânguitor, resemnat, de modestie excesivă. „*Nu prea mă pricep la...*” devine „*Trebuie să mai studiez despre...*”, „*Nu vreau să vă răpesc timpul*” devine „*Aveți puțin timp pentru mine?*”;
- personalizarea afirmațiilor: în loc de judecata generală și impersonală „*Este greu să faci naveta*”, se va spune „*Îmi este greu să fac naveta și să mă ocup și de gospodărie.*”;²⁹
- transformarea unor imperative externe în opțiuni personale. Constrângerea externă devine autonomie, liberă decizie „*Trebuie să mă duc la lecții, dar eu aș vrea să mă plimb*” poate deveni „*Prefer/vreau să mă duc la lecții, mă pot plimba altădată*”;
- reorientarea spre problemă, adică în loc de respingerea ideii celuiilalt, o vom admite ca fiind o variantă posibilă; îi vom arăta că suntem de aceeași parte a baricadei (aportul lui împreună cu al nostru va fi văzut ca o rezolvare a problemei);
- folosirea efectului Pygmalion (este reprezentat de fenomenul în care cu cât sunt mai mari așteptările, față de un om, cu atât acesta va obține o performanță mai mare): totul și oricine va fi de partea noastră, dacă îi vom considera astfel.

De asemenea, sunt un șir de cuvinte care potențează puterea: *ușor, rezultate, salvez, descopăr, garantat, în siguranță, sănătos, iubire, bani, nevoie, probat (demonstrat), tu.*

²⁹ Cornelius H., Faire, S. *Everyone Can Win: How to Resolve Conflict*. Sydney: Simon & Schuster, 1989.

Nu putem să nu menționăm accentuarea puterii limbajului nonverbal în manifestarea „de stăpân al situației”:

- Preluarea inițiativei: *saluți primul, vorbești primul, conduci discuția prin întrebări și intervenții.*
- Strângerea mâinii (*strângerea regală, cu mâna întinsă, pentru a-l ține la distanță pe interlocutor; palma în jos, pentru a-i întoarce palma în sus, ceea ce face ca el să primească de la creier un mesaj de submisivitate*).
- Atingerea: *îl prindem de cot, îl batem ușor și protector în mijlocul spatelui, îi înconjurăm protector umerii cu brațul, îl ghidăm de la spate, prin împingere ușoară.*
- Poziția staturală: *stăm drept, cu umerii trași spre spate, capul semeț, afișăm siguranță.*
- Privirea directă în ochi, zâmbind.
- Limbajul paraverbal:
 - însoțim vorbirea de mișcări ritmice ale corpului, degetului, palmei;
 - ne oprim arbitrar, plin de siguranță și îl privim în ochi; dacă este un grup, ne mutăm privirea de la unul la celălalt.
- Emoțiile (demonstrăm self-controlul prin mușcarea ușoară a buzei inferioare)
- Mersul:
 - brațele în mișcare; coatele în exterior
 - intrarea în sală, în grup – suntem primul; la ieșirea în grup din sală, să fim ultimul, împingându-l ușor ușurel pe cel din fața noastră cu mâna pe spate.
- Poziția: să fim pe ceva mai înalt (scaun, postament, mașină mai mare, birou mai înalt).

Pentru a descrie tipurile de comportament în situațiile de conflict, K. Thomas³⁰ a utilizat modelul bidimensional de reglare a conflictului. Dimensiunile de bază în acest model sunt: *cooperarea* (ține de atenția persoanei față de interesele altor oameni implicați în conflict) și *insistența* (apărarea propriilor interese). În funcție de dimensiunea în cauză, autorul evidențiază 5 modalități de reacționare în situațiile de conflict care reprezintă și cele 5 stiluri de management al conflictelor:

³⁰ Thomas K. *Conflict and conflict management: reflections and update*, in Journal of Organizational Behavior, vol. 13, 1992, p. 265-274.

Competiția – tendința de a obține satisfacerea propriilor interese în detrimentul intereselor altora. Persoanele care adoptă acest stil sunt devotate propriei lor perspective, sunt foarte organizate, le este teamă să nu piardă controlul și se axează pe ceea ce doresc, sunt prinși în jocul puterii. Avantajul este că atunci când exercitarea puterii se bazează pe o viziune largă și clară, duce la decizii înțelepte. Dezavantajul este că învinsul nu poate suporta deciziile și conflictul rămâne mocnit.

Acomodarea – din moment ce conflictul nu este cunoscut; persoanele care adoptă un asemenea stil sunt permissive, necompetitive, flexibile, tolerante; sacrificiul propriilor interese în favoarea altora. Beneficiul este că în conflictele mai puțin importante se reduce presiunea asupra relației. Neajunsul este că în probleme majore nu se realizează comunicarea.

Compromisul – fiecare parte lasă de la sine, pentru a diminua efectele conflictului; se manifestă atunci când persoana face concesii pentru a păstra prietenia. Între participanți există o relație de cooperare. Această posibilitate de soluționare a conflictelor pornește de la supoziția că există întotdeauna o cale de „mijloc” pentru soluționarea diferendelor, dezacordurile fiind rezolvate prin negocierea unei soluții de compromis. Compromisul este de fapt o soluție superficială de împăcare a tuturor părților, care presupune sacrificarea convingerilor și uneori a raționalității. Adoptarea acestei metode se face mai ales atunci când părțile au puteri egale și sunt ferm hotărâte să-și atingă scopurile în mod exclusiv.

Evitarea sau abandonul – lipsa atât a tendinței de cooperare, cât și de realizare a propriilor interese și scopuri prin evitarea situației, refuzul de a vorbi, părăsirea locului, pedepsirea celuilalt prin tăcere. Avantajul acestei strategii apare când timpul nu presează; dezavantajul este că problema se poate amplifica și devine incontrollabilă. Această tactică mai este numită „politica struțului” (expresie veche cu origine necunoscută, care înseamnă a-ți închipui că poți evita un pericol, dacă refuzi să-l vezi, așa cum struțul crede că se ascunde în întregime, dacă își bagă capul în nisip).

R. Blake și J. Mouton³¹ (atunci când abordează managementul conflictului în organizații) propun o tehnică de tratare a conflictului bazată pe dezvoltarea unor relații de *cooperare* între părțile aflate în conflict.

³¹ Blake R., Mouton J. *The managerial grid: The key to leadership excellence*. Houston, TX, 1964.

Cooperarea este necesară datorită dependenței care există dintre diferite grupuri sau indivizi. Desigur, simpla existență a dependenței nu generează implicit cooperarea; realizarea acesteia ține de intervenția ierarhiei manageriale în sensul coordonării acțiunilor sectoarelor subordonate. Tehnica cooperării este desemnată să reducă percepțiile greșite, să stimuleze comunicarea eficientă și să dezvolte sentimente de încredere dintre membrii organizației respective.

Retragerea, o altă strategie a conflictului, arată o preocupare redusă atât pentru rezultate, cât și pentru relațiile cu subordonații. Managerii care adoptă această soluție se retrag din conflict, amână asumarea responsabilităților, ignoră situațiile și persoanele. Retragerea este caracteristică celor lipsiți de încredere în ei înșiși. Evitarea conflictului presupune ignorarea acestuia în speranța că va dispărea de la sine. Conflictul nu dispărea însă, ci rămâne în stare latentă. El poate re izbucni cu o intensitate mult mai mare, dacă situația care a generat conflictul este deosebit de importantă pentru organizație.

Aplanarea se rezumă la încercările managerului de a mulțumi toate părțile implicate în conflict. În această situație, sunt supraevaluate relațiile cu subordonații și sunt neglijate problemele „tehnice” ale organizației. Deoarece managerul vrea aprobarea celor din jur, va considera orice situație conflictuală ca fiind o gravă disfuncție, iar ca rezultat, va ceda în fața celorlalți doar de „dragul” calmării situației. Altfel spus, aplanarea conflictului se întâlnește atunci când una dintre părți este dispusă să satisfacă interesele celeilalte părți, în dauna propriilor sale interese, fie pentru a obține un credit din partea celorlalți, fie din cauză că armonia și stabilitatea este vitală în situația respectivă. Aplanarea, în schimb, poate genera în viitor obstacole pentru obținerea performanțelor ridicate, mai ales în cazul organizațiilor cu rezultate mediocre.

Constrângerea este utilizată îndeosebi în cazul în care managerul dorește, cu orice preț, obținerea rezultatelor, fără a avea considerație față de așteptările, nevoile și sentimentele celorlalți. Pe termen scurt, forța poate reduce conflictul, dar efectele nu sunt dintre cele favorabile pe termen lung. Practica a confirmat că, într-un climat de constrângere, productivitatea scade. În realitate, se poate ajunge la motivația negativă a subiecților, lucru ce atrage frustrări, iar în consecință conflictele devin mai grave.

Confruntarea este o abordare a conflictului care ia în considerare nevoia de rezultate și relațiile cu subordonații. Aceasta constituie, pro-

tabil, singura cale de rezolvare definitivă a conflictului și este utilizată în cazul în care se acceptă diferențele legitime dintre părți, cheia soluționării conflictului fiind recunoașterea onestă a diferențelor. Studiile arată că cei mai eficace manageri abordează conflictul prin confruntare, pentru început, iar apoi încearcă aplanarea, compromisul, forțarea și, abia la urmă, retragerea.

Pe lângă aceste modalități mai putem identifica o altă tehnică de soluționare a conflictelor care se referă la fixarea unor *scopuri supraordonate*. Pentru părțile aflate în conflict se stabilesc obiective comune care nu pot fi realizate decât prin unirea eforturilor și resurselor fiecărui grup în parte. Conform acestei tehnici, scopurile supraordonate ar forța părțile să uite dezacordurile dintre ele și să-și concentreze atenția pe depășirea surselor de conflict. Deși este o tehnică ce nu presupune eforturi deosebite pentru aplicarea în practică, utilizarea scopurilor supraordonate prezintă dezavantajul că, odată ce scopul a fost îndeplinit, conflictul poate să reapară.

În practică, se apelează frecvent la utilizarea *mediatorului* sau părții a treia. Metoda este deosebit de eficientă atunci când cele două părți aflate în conflict nu mai sunt dispuse la o confruntare onestă, fiind prinse între presiunea organizației și neîncrederea reciprocă. O a treia persoană cu rol de mediator, va încerca să provoace o întâlnire între părți, favorizând comunicarea deschisă. În acest fel, se reduce emotivitatea și se creează oportunități egale pentru ambele părți de a-și exprima sentimentele. Pentru a reuși în demersul său, mediatorul trebuie să inspire încredere, armonie și stabilitate. Doar astfel mediatorul oferă o șansă de împăcare a părților adverse și apoi de creare a unor facilități pentru comunicarea constructivă.

Indiferent de metoda utilizată, în relațiile interpersonale pot fi puse în practică și câteva îndrumări utile pentru soluționarea favorabilă (victorie/victorie) a situațiilor conflictuale:

- formulați nevoile fiecăruia și încercați să veniți în întâmpinarea lor;
- susțineți valorile celorlalți și pe ale dumneavoastră;
- încercați să fiți obiectiv și disociați problema de persoană;
- concentrați-vă pe corectitudine, nu pe forță;
- căutați soluții creative și ingenioase;
- fiți dur cu problema, dar blând cu oamenii.

O privire generală asupra stresului arată că situațiile conflictuale din familie, din sfera vieții intime, de la locul de muncă sau conflictele

sociale sunt principalele cauze ale stresului. Odată ce are loc cunoașterea stresului, faza de „alarmă” poate fi depășită, moment după care specialiștii recomandă următoarele:

- controlați-vă gândurile, sentimentele, comportamentul;
- respirați adânc și relaxați-vă în mod conștient;
- concentrați-vă asupra lucrurilor pe care le apreciați la ceilalți;
- reprimăți gândirea negativă care este și distructivă;
- păstrați-vă simțul umorului.

Odată ce am acceptat că conflictele sunt prezente inevitabil în toate domeniile activității umane supuse schimbării, devine evident că există strategii de bază de soluționare a conflictului, acestea fiind: **negocierea**, **medierea** și **arbitrajul**.

Negocierea este un proces bilateral sau multilateral în care părțile, având diferențe asupra unei anumite probleme, încearcă să ajungă la o înțelegere, un acord asupra aceluși subiect, prin comunicare. Negocierea apare din două motive: 1) să creeze ceva ce nici o parte nu poate realiza individual, prin mijloace proprii; 2) să rezolve o problemă sau o dispută între părți. Această acțiune poate fi realizată direct de către părți sau prin intermediar (negociator, care este profesionist în domeniul problemei vizate și stăpânește tehnica negocierii, spre deosebire de mediator, de exemplu, care se menține neutru).

Medierea presupune intervenția terței părți; este un proces voluntar prin care părțile preiau controlul asupra rezultatului (medierea pură), însă atunci când medierea include imixțiuni pozitive sau negative din partea mediatorului se numește *medierea cu mușchi*. Rolul mediatorului este doar procedural, de creare a condițiilor și de îndrumare a părților, care își găsesc singure soluția problemei (motiv pentru care unii o numesc și negociere asistată). Și totuși, dacă părțile întâmpină dificultăți în a găsi soluții, mediatorul poate sugera mai multe variante de rezolvare, fără a impune, însă, o soluție.

Arbitrarea. Proces de rezolvare a conflictului printr-o terță parte, a cărei autoritate este și va fi recunoscută și după arbitrare. Disputa este prezentată unei sau mai multor persoane pentru a lua o decizie necontestată și finală. Părțile trebuie să-și dovedească „adevărurile” în fața arbitrului care ia decizia. Arbitrarea se folosește îndeosebi în conflictele dintre organizații.

5. Aspectul bioetic al conflictului

Un conflict denotă abateri de la normele etice, bioetice, provocând indivizilor suferințe morale. Bioetica și conflictul sunt incompatibile, iar dimensiunea bioetică este inerentă conflictului și subiectul trebuie să fie abordat din perspectiva consolidării eticii și managementului conflictului. Argumentele în sprijinul acestei afirmații sunt următoarele: deși conflictul provoacă prejudicii morale, nu denaturează bioetica, deoarece omul oricum oferă elementele etice esențiale (sentimente de compasiune, prietenie, iubire ș.a.), iar normele bioetice promovate în societate constituie obstacole pentru depășirea limitelor moral acceptabile; conflictul, adesea, are ca scop consolidarea bioeticii prin condamnarea înșușirilor și faptelor imorale și punerea în valoare a principiilor etice clasice și bioetice; promovarea bioeticii la nivel înalt poate schimba radical imaginea conflictului, atribuindu-i un rol pozitiv față de perceperea sa ca act de comunicare eficientă, de înțelegere reciprocă.

Acest ultim argument interesează cel mai mult, deoarece determină abordarea bioetică drept unul din principiile fundamentale ale managementului conflictului, bazat pe considerarea importanței Omului ca valoare supremă.

Ideea moralei ca „justițiar” în conflict nu este nouă. Ea aparține „doctrinei reglementării conflictelor etice”, dezvoltate atât de filosofi clasici, cât și de cei contemporani. Aceasta susține că „cerințele morale trebuie să fie capabile să soluționeze în mod autoritar conflictele interpersonal de interese”.³²

Dat fiind faptul că, în realitate, acestui percept nu i se acordă încredere deplină, invocarea factorului moral continuă să fie o problemă și până astăzi. Identificarea dereglărilor etice și bioetice este o sarcină de prim-plan în examinarea conflictelor, iar acestea se manifestă la toate stadiile problemei.

Astfel, la nivelul surselor de conflict pot fi descoperiți următorii „inamici” potențiali ai eticii clasice și bioeticii:

- *însușirile indivizilor opuse moralei*: aroganța, aviditatea, dezordonarea, egoismul, impertinența, ingratitudea, oportunismul, ostilitatea etc.;
- *anti-valorile*: abuzul de putere, trecerea responsabilității pe seama altora, „a munci cât mai puțin, dar a câștiga cât mai mult”, „scopul scuza mijloacele” etc.;

³² Baier C. *Egoismul*. In: *Tratat de etică*. Iași: Ed.: Polirom, 2006, p. 232.

- *dificultățile de comunicare*: interlocutorul nu este ascultat, captivarea din timpul de comunicare a altor vorbitori, abuzul verbal, lipsa de politețe etc.;
- *nivelul scăzut de cultură*: manifestarea lipsei de interes pentru capătarea și manifestarea calităților și comportamentului civilizat etc.

Toate aceste trăsături enumerate mai sus vor provoca conflictul etic și bioetic, obiectul său vizând interacțiunea umană.

Abaterile de la normele etice și bioetice pot fi depistate și la nivelul scopului și obiectivelor urmărite în conflict. În funcție de acest criteriu specialiștii delimitează două tipuri principale de conflicte: *conflictele centrate pe relații* și cele *centrate pe sarcină*.

Conflictele bazate pe relații presupun satisfacerea unor interese proprii ce ar putea afecta alte persoane. Oamenii pot pretinde la locul de muncă împlinirea motivelor personale: să fie evaluați adecvat, să fie promovați, să se dezvolte pe plan profesional etc. Când însă aceste obiective sunt realizate în mod necivilizat, neetic, conflictul este inevitabil, purtând caracter distructiv.

Un adevărat pericol prezintă conflictele ce urmăresc satisfacerea unor scopuri meschine, egoiste (răzbunarea, diminuarea autorității unei persoane din invidie, concedierea unui angajat inconvenient din punct de vedere personal etc.).

Pentru persoanele „conflictuale” conflictul este un scop în sine. Ele se află permanent în opoziție, sunt preocupate de descoperirea defectelor celor din jur, urzesc planuri de atac, savurează conflictul³³.

În ce privește conflictele centrate pe sarcină, inițial, ele nu denotă motive pentru afectarea eticii. Însă tendința de deplasare a acestui tip de conflicte pe planul relațiilor personale este atât de frecventă și puternică, încât prejudecățile morale devin inevitabile. Ca urmare, conflictele bazate pe sarcină se desfășoară după același scenariu ca și conflictele orientate pe relații.

Abaterile de la etică sunt pronunțat vizibile la nivelul desfășurării conflictelor. Acest fapt poate fi identificat urmărind fenomenele inerente conflictului: percepția, emoțiile, comportamentele.

³³ Deep S., Sussman, L. *Secretul oricărui succes: Sa acționăm inteligent*. București: Editura Polimark, 1996.

Prezintă o valoare percepția proprie, definită în psihologie ca stima de sine. Aceasta exprimă ceea ce crede omul despre sine însuși și, totodată, cum evaluează perceperea sa de către ceilalți. Stima de sine se formează „atât prin compararea socială, raportarea înconștientă și permanentă la persoane semnificative pentru individ, cât și prin feedbackul primit de la cei din jur, prin rolul de oglindă jucat de semenii noștri, respectiv aprecierile pozitive sau negative făcute de ceilalți la adresa calităților sau performanțelor noastre”.³⁴

În cele din urmă, putem afirma că promovarea bioeticii în conflict este o necesitate obiectivă față de umanizarea relațiilor, diminuarea influențelor negative ale conflictului asupra omului; că identificarea dereglărilor bioetice în conflict este importantă pentru perceperea corectă a fenomenului bioetic, alegerea căilor pentru acțiunea etică; că educația bioetică a personalului din instituțiile medicale, integrarea eticii și bioeticii în metodologia rezolvării conflictelor prezintă garanții pentru manifestarea puterii morale în conflict; că managementul conflictului dintre medic și pacient, medic și lucrător medical se bazează pe cadrul teoretic general al conflictologiei, luând în considerare că în instituțiile medicale sunt necesare reguli, proceduri de înțelegere și norme de comportament moral, etic și bioetic desemnate să constrângă comportamentul indivizilor, iar bioetica face parte din sistemul de valori al profesiei de lucrător din domeniul medical.

Situații de problemă

1. Activitate individuală: împărțiți o foaie în două coloane. În prima coloană notați câteva expresii neplăcute. În a doua coloană găsiți pentru fiecare eveniment negativ partea pozitivă.

2. Activitate în pereche: cereți unui coleg să vă critice, enunțând 10 defecte. Deși știți că este un joc propus chiar de dumneavoastră, notați după a câta enunțare a unei defect simțiți nevoia să vă apărați.

3. Activitate individuală: amintiți-vă de un conflict în care cineva s-a supărat pe dumneavoastră fără motiv, în urma unei neînțelegeri, învinuindu-vă pe nedrept. Comparați argumentele acelei persoane cu ale dumneavoastră. Cum ați fi procedat? Identificați un conflict în care v-ați supărat pripindu-vă?

³⁴ Stoica-Constantin A. și N. *Conflictul interpersonal: prevenire, rezolvare și diminuarea conflictelor*. Iași: Polirom, 2004.

4. Activitate în grup: analizați următorul conflict și schițați procesul prin care se poate încerca rezolvarea lui:

Persoana **X** și persoana **Y** au cumpărat împreună o casă de vacanță. Înainte de a o cumpăra, ei au redactat o revendicare scrisă, destul de complicată, privind modalitățile de folosire a casei de către fiecare familie. Acest acord nu este oportun la moment. Fiecare crede că ceilalți ocupă casa în week-end-ul în care familia lui vrea să meargă la țară, iar când aceasta rămâne nelocuită, neîngrijită... celălalt este de vină. Au avut dezacorduri legate de plata reparațiilor și a întreținerii, fiecare demonstrând că celălalt trebuie să plătească mai mult de jumătate. S-au mai certat și în privința spațiului verde: **X** consideră că o casă de vacanță trebuie să fie înconjurată numai de copaci, flori și gazon; **Y** vrea să cultive legume și zarzavaturi. Niciunul nu vrea să cumpere partea celuilalt de casă, pentru că niciunul nu își poate permite.

Glosar

Conflict – treaptă acută în evoluția contradicțiilor antagoniste; ciocnire materială sau morală violentă; situație controversată; stare de dușmănie; divergență; dezacord; antagonism.

Conflictologie – știința care se ocupă cu studiul motivelor, cauzelor și consecințele care determină ori declanșează conflictele, precum și soluțiile de ieșire din conflict.

Problemă – lucru greu de înțeles, greu de rezolvat sau de explicat; mister, enigmă.

Criză – tensiune, moment de mare depresiune sufletească, zburcium, neliniște.

Dezacord – neînțelegere care apare ca urmare a diferențelor asupra unor valori sintetizate în cultură precum și ca urmare a lipsei de informații corecte asupra partenerilor de interacțiune, dar și din interese economice, politice, sociale diferite ale celor care intră în contact.

Confruntare – tensiune crescută a interacțiunilor; efectul degenerării opiniilor contrare permite apariția violenței ca mijloc de rezolvare a diferendelor.

Escaladare – confruntare maximă; agresivitatea argumentelor, indivizi tind să-și suspende discursul și acțiunea rațională, înlocuindu-le cu acțiuni iraționale sau chiar violente.

Deescaladarea conflictului și **rezolvarea** conflictului – două etape convergente, ce au ca scop obținerea unei situații de calm și cooperare intermediare de soluțiile raționale imaginate.

Bibliografie

1. Zlate M. *Tratat de psihologie organizațional-managerială*. Iași: Ed.: Polirom, 2007.
2. Карташев С. *Конфликтология*. Кишинев: Ed.: Paragon, 1996.
3. Galtung J. *Conflict as a Way of Life*. In: Freeman H. (ed.), *Progress in Mental Health*. London: Churchill, 1969.
4. Mayer B. *The Dynamics of Conflict Resolution*. A Practitioner's Guide. San Francisco: Jossey Bass, A. Wiley Company, 2000.
5. Cornelius H., Faire S. *Everyone Can Win: How to Resolve Conflict*. Sydney: Simon & Schuster, 1989.
6. Duck S. *Friends for Life: The Psychology of Close Relationships*. New York: St. Martin's Press, 1983.
7. Thomas K. *Conflict and conflict management: reflections and update*. In: *Journal of Organizational Behavior*, 1992.
8. Blake R., Mouton J. *The managerial grid: The key to leadership excellence*. Houston, 1964.
9. Baier C. *Egoismul*. In: *Tratat de etică*. Iași: Ed.: Polirom, 2006.
10. Deep S., Sussman L. *Secretul oricărui succes: Să acționăm inteligent*. București: Ed.: Polimark, 1996.
11. Stoica-Constantin A. *Conflictul interpersonal: prevenire, rezolvare și diminuarea conflictelor*. Iași: Ed.: Polirom, 2004.
12. Stoica-Constantin A. și N. *Psihosociologia rezolvării conflictului*. Iași: Ed.: Polirom, 1998.
13. Ranchsburg J. *Frică, supărare, agresivitate*, București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1979.
14. Grant W. *Rezolvarea conflictelor*. București: Ed. Teora, 1997.

VIII. COMPORTAMENT ÎN CONTEXT INTERCULTURAL

1. Conceptul de cultură și comunicarea interculturală
2. Multiculturalitate, interculturalitate, transculturalitate, etnocentrism în contextul comunicării interculturale
3. Elemente structurale ale comunicării interculturale
4. Comunicare interculturală medic-pacient

Preliminarii

Comunicarea interculturală este o prezență relativ recentă sub formă de compartiment aparte al științelor comunicării și abordării aplicate, deși disciplina în cauză a existat, ca obiect de studiu, din cele mai îndepărtate epoci de evoluție a umanității, când indivizi aparținând unor grupuri și culturi diferite au comunicat între ele.

Dacă în epocile precedente, posibilitățile de comunicare între reprezentanți ai unor culturi străine antrenau o parte relativ nesemnificativă a populației lumii, începând cu epoca modernă și contemporană, impactul și consecințele acestor schimburi interculturale s-a amplificat de o manieră spectaculoasă, din punct de vedere al intensității și complexității. Acest fenomen se datorează progresului tehnico-științific în sfera telecomunicațiilor, transportului și, mai ales, grație apariției și dezvoltării în secolul XX a unor noi surse de informare și comunicare precum radioul, televiziunea, internetul. Toate acestea au generat premisele apariției unei societăți planetare multiculturale, a „*Satului Global*”, despre care vorbea Marshall McLuhan în lucrările sale [8].

Actualmente, oameni din cele mai îndepărtate colțuri ale planetei, pot accesa, printr-un singur clic, potențialul uriaș al mijloacelor de comunicare în masă. Un impact deosebit îl au sursele audiovizuale, care se bazează pe transmisiuni prin satelit, acoperind astăzi practic întreaga planetă, ceea ce permite ca oamenii să poată urmări în direct care se produc la mii de kilometri distanță, în orice parte a lumii. Pe lângă procesele ce facilitează comunicarea interculturală consemnăm astăzi și

fenomenul globalizării, cu impactul său asupra tuturor sferelor și sectoarelor vieții sociale, economice, politice, culturale.

Scopul modului

Studierea elementelor de bază ale comportamentului în context intercultural; însușirea noțiunilor-cheie; formarea abilităților comportamentale, specifice unui mediu intercultural; însușirea unor deprinderi practice în relația medic-pacient din perspectivă interculturală.

Obiectivele modului

- definirea procesului de comunicare interculturală
- sintetizarea principalelor elemente ale comunicării interculturale
- cunoașterea tipurilor psihologice de comunicatori interculturali
- analiza unor diverse situații de comunicare interculturală
- distingerea tipurilor de comunicatori interculturali
- alegerea celui mai eficient model pentru o situație de comunicare interculturală
- aplicarea principiilor metacomunicării în comportamentul intercultural
- însușirea unor abilități comportamentale interculturale în relația medic-pacient

Competențe specifice

- utilizarea unui limbaj specific, situațional, de comunicare interculturală
- abordarea unui comportament specific ascultării active în context intercultural
- proiectarea, susținerea și evaluarea unui discurs adaptat unui spațiu intercultural

1. Conceptul de cultură și comunicarea interculturală

Comunicarea interculturală a apărut ca disciplină din necesitatea abordării teoretice a unei noi realități. Pe de altă parte, ea oferă un anumit suport practic, în scopul adoptării unui comportament adecvat în raport cu alter ego.

Elaborarea tematicii explicite a comunicării interculturale a fost realizată inițial de semioticianul și etnologul american T. H. Hall [3]. Paradigma de „intercultural communication” este atestată pentru prima dată în 1959 și a cunoscut o proliferare extinsă în literatura de specialitate.

În studiul său, savantul american se axează pe un model semiotic. Participanții la dialog utilizează nu doar limbajul verbal, ci și cel non-verbal, cum ar fi, de exemplu, tonul, mimica, gesturile. În toate culturile, afirmația, negația, uimirea, interdicția, permisiunea etc. sunt completate de expresii faciale, de gesturi, de intonații specifice. Dacă aceste semnale nu sunt interpretate corect, procesul de comunicare este afectat. În acest context, înțelegerea eronată reprezintă una dintre problemele-cheie ale comunicării interculturale.

În afară de sintagma „comunicare interculturală”, în literatura de specialitate se folosește și noțiunea de „comunicare internațională”. Aceste concepte nu trebuie însă confundate. În prima formulă avem de a face cu persoane provenite din diverse culturi, în cealaltă – indivizi aparținând unor națiuni diferite.

În toată această diversitate de definiții ale „comunicării interculturale”, două elemente sunt menționate de aproape toți specialiștii: **primo**, procesul de comunicare antrenează persoane *conștiente* de proveniența lor culturală diferită și, **secundo**, comunicarea se produce în mod *interpersonal*, direct, nemediat. „Dacă există o situație de comunicare interpersonală între grupuri culturale diferite, atunci această interacțiune poate fi desemnată drept *comunicare interculturală*” [13].

Ca disciplină, comunicarea interculturală face parte din cadrul științelor culturii, de rând cu etnologia, etnolingvistica, antropologia culturală, etnopsihanaliza.

1.1. Definiții ale culturii. Comunicare și cultură. Caracteristici ale culturii

Orice definiție a conceptului de comunicare interculturală depinde de abordarea conceptului de cultură. Așadar, ce înțelegem noi, prin *cultură*? Cultura nu are o definiție exactă, mai bine-zis, nu există o definiție standard a culturii. În general, *cultura este percepută ca un sistem de valori, idei și atitudini prin care omul sau grupuri sociale își interpretează experiența istorică*. Acestea reprezintă valori și norme, transmise din generație în generație, care asigură continuitatea vieții umane.

„Comunicarea interculturală studiază acele aspecte ale culturii care influențează, în cea mai mare măsură, interacțiunea între membrii a două sau mai multe culturi, atunci când indivizii se află în situații de comunicare interpersonală” [12].

În literatura de specialitate, se întâlnesc mai multe formulări ale **conceptului de cultură**, mai compacte sau mai extinse, care, de cele mai multe ori, se suplinesc reciproc. A. Kroeber și C. Kluckhohn au descoperit 164 de definiții ale culturii, aparținând diferitor filosofi, antropologi, culturologi, istorici etc. Definiția pe care o formulează cei doi autori este următoarea:

„Cultura constă din modele implicite și explicite ale comportării și pentru comportare, acumulate și transmise prin simboluri, incluzând și realizările lor în unelte. Miezul esențial al culturii constă din idei tradiționale, apărute și selecționate istoric, în special, din valorile ce li se atribuie; sistemele de cultură pot fi considerate, pe de o parte, ca produse ale acțiunii și, pe de altă parte, ca elemente ce condiționează acțiunea viitoare” [7].

Michael Howard abordează cultura ca un „mod obișnuit în care grupurile umane învață să-și organizeze comportamentul și gândirea în relația cu mediul lor înconjurător” [6].

Un alt antropolog, William Haviland, o apreciază drept „o serie de reguli sau standarde împărtășite de membrii unei societăți și care acționează asupra acestora, dă naștere la comportamente ce sunt considerate potrivite sau acceptabile” [5].

În literatura de specialitate au fost introduse concepte precum *metisaj cultural, sincretism, hibriditate, creolitate*.

Categoriile de comunicare și cultură nu pot fi separate. Comunicarea, ca proces de interferență socială, reprezintă fenomenul prin care persoanele cu cultură comună sau diferită își expediază reciproc și recepționează mesaje. Procesul este influențat categoric de mediile culturale din care aceștia provin. Modalitatea cum, unde, când, în ce manieră, prin ce formule se realizează comunicarea, depinde de cultura celor implicați.

2. Multiculturalitate, interculturalitate, transculturalitate, etnocentrism în contextul comunicării interculturale

La ora actuală, trăim cu senzația că pășim într-o „societate multiculturală”, că se atestă tot mai multe „familii multiculturale”, „cetățe-

nii multiculturale” etc. Chiar și USMF „Nicolae Testemițanu” a devenit o instituție „multiculturală” prin excelență.

Prin **multiculturalitate** se înțelege, în general, conviețuirea unor culturi diferite (în sens antropologic) în cadrul unui sistem societal (de cele mai dese ori, în interiorul unei națiuni), indiferent dacă această conviețuire este pașnică sau conflictuală. Termenul *multiculturalitate* a luat naștere în 1941, în SUA, în timp ce noțiunea de *societate multiculturală* a fost folosită pentru prima dată în anul 1964, în Canada.

Există trei modele de societate multiculturală:

1. *Modelul asimilaționist*, care consemnează procesul de compatibilizare culturală a imigranților și minoritarilor la cultura majoritară. *Modelul integrativ* constituie o altă variațiune a acestuia, în care procesul de asimilare este considerat un fenomen de durată, timp în care reprezentanții culturii minoritare sunt asigurați cu anumite drepturi garantate referitoare la religie, educație, incluziune în viața politică.

2. *Modelul Apartheid* presupune o totală separare a culturilor minoritare, mergându-se până la ghetoizarea acestora. Africa de Sud de până la anul 1995 reprezintă modelul clasic de societate multiculturală segregacionistă, însă exemplele nu se opresc aici: Germania nazistă din timpul celui de-Al Treilea Reich a constituit modelul cel mai inuman de segregare, dar și anihilare fizică a unor populații întregi, considerate de naziști „*untermenschen*” – „suboameni”. Un alt exemplu sunt societățile coloniale.

3. *Modelul policentric* se manifestă printr-o formă de coabitare a unor culturi considerate în mod principal egale. Un astfel de tip societal, cel puțin parțial, se atestă în entități politico-culturale precum Belgia, Elveția, Canada, California. În astfel de societăți nu există un nucleu cultural hegemonic bine conturat, nu se identifică o majoritate dominantă.

Interculturalitatea include totalitatea proceselor generate de impactul a două culturi. În accepțiunea actuală, în locul paradigmei de *interculturalitate*, atunci când sunt consemnate fenomene referitoare la melanjul lingvistic, interferențe în spațiul muzical, vestimentar, arhitectural, varii capacități de sintetizare a unei culturi străine etc., se atestă tendința de a folosi alte concepte precum *sincretism*, *metisaj cultural*, *hibriditate*, *hibridizare*. Conceptul de „metisaj” reprezintă unul dintre punctele nodale ale termenului de „postmodern” în accepțiunea unui melanj cultural. Culturile actuale nu mai au, *de facto*, consistența omo-

genității, ci se pretează într-o măsură considerabilă drept niște mixturi și osmoze culturale. Această nouă structură este numită *transculturalitate*.

Transculturalitatea. Conceptul unei culturi centrate strict pe etnicitate este expirat, în viziunea majorității experților contemporani. Potențialul de comunicare la nivel global a generat deja un profund mixaj cultural. Pregătirea unui individ, fie el ziarist, cercetător, analist etc., nu mai este influențată doar de patrimoniul cultural național, ci și de alte areale culturale.

Transculturalitatea, noțiune formulată la debutul anilor '40 ai secolului XX de savantul antropolog cubanez Fernando Ortiz, se extinde nu doar asupra societăților, ci și persoanelor. Ortiz evidențiază faptul că majoritatea dintre noi este influențată, în pregătirea noastră intelectuală, de mai multe tradiții și conexiuni [9].

Ca proces, transculturalitatea are un parcurs îndelungat, însă globalizarea a accentuat acest fenomen, impunându-se supoziția precum că ea ar genera o uniformizare culturală. Din punctul de vedere al experților în domeniul acestui proces istoric, transculturalitatea reprezintă, dimpotrivă, un fenomen proxim conexas de constituirea unei noi diversități. Persoanele pot discerne ele însele în ceea ce privește identitatea lor și își pot defini veritabila lor patrie, la mare distanță de zona de origine. *Unde mi-i bine, acolo-i patria* (dicton latin)

Etnocentrismul consemnează viziunea celor care raționează că modalitatea proprie doar lor de a exista, de a se manifesta sau de a cugeta este preferabilă celorlalte opțiuni. Acest fenomen caracterizează individul dominat de certitudinea provenienței sale organice de la un grup bine conturat și de sentimentul superiorității axiologice a acestui grup față de alte entități. Etnocentrismul se asociază, de cele mai multe ori, cu „intoleranța și xenofobia, cu rasismul și stigmatizarea”.

Această diviziune tranșantă a umanității în „semeni” și „străini” este motivată axiologic. Acceptând acest raport maniheic, aspectele pozitive ne vor aparține „nouă”, iar cele negative – întotdeauna „lor”. În viziunea oricărei opțiuni etnocentriste, omenirea se divide în mod dihotomic nu numai într-o entitate proprie și una străină, ci și în „uman” și „barbar-inuman”, în „civilizat” și „primitiv”, în „radios” și „opac”. În accepțiunea generală a etnocentrismului, este invocată teza precum că propria cultură este net superioară celorlalte. Totodată, această idee este coroborată cu o apreciere exacerbată a valențelor propriei culturi și de tentația de devalorizare a culturii străine, apreciată apriori inferioară.

Toate etnocentrismele includ această latură specifică, pe care o extind până în extremis, din Epoca Antică și până la genocidurile etnice din zilele noastre. Naționalismul exclusivist și extremist, fiind o expresie a etnocentrismului, respinge *toleranța* ca valență definitorie a coabitării într-un areal polietnic și multicultural.

3. Elemente structurale ale comunicării interculturale

Elementele structurale de bază, care afectează substanțial comunicarea interculturală sunt: percepțiile comunicării interculturale, elementele social-culturale, limbajul intercultural nonverbal, timpul și spațiul în comunicarea interculturală.

3.1. Percepțiile comunicării interculturale

Dintre percepțiile comunicării interculturale se remarcă prin importanță ***percepția socială***, ea constituind fenomenul prin care indivizii structurează ambientul social, prin transferul de sensuri/mesaje materiilor sociale și proceselor derulate în spațiul lor. Aceasta constituie o latură destul de importantă a comunicării în ansamblu, în speță, a celei interculturale, deoarece individul se educă și evoluează din perspectivă culturală prin însușirea unui șir de percepții.

3.2. Elementele social-culturale – impact direct asupra percepțiilor și comunicării.

Din seria de elemente social-culturale, ***valorile*** joacă un rol important în comunicarea interculturală și se manifestă prin devoțiune sau certitudini constante, referitoare la faptul precum că o anumită manieră de comportament este preferabilă alteia, din perspectivă personală ori socială.

Valorile culturale dirijează comportamentele și percepțiile persoanelor. Aceste valori nu poartă un caracter universal, sunt învățate prin modalități de socializare culturală.

Orice cultură include în tezaurul său un număr foarte mare de valori. Valorile culturale cele mai importante, care au o influență semnificativă asupra comunicării interculturale, în opinia lui Samovar și Porter, sunt următoarele: *familia, religia, natura umană, știința și tehnica, competiția, individualismul, materialismul, progresul și schimbarea, munca și distracția, egalitatea, natura și mediul, rolurile de gen, timpul, autonomia interpersonală vorbirea, tăcerea, supunerea* [12]. Instituțiile so-

ciale care contribuie în mod definitoriu la translaarea acestor valori sunt familia, biserica, statul.

Un alt element social-cultural important al comunicării interculturale îl reprezintă **normele**, care se prezintă drept „reguli ce călăuzesc comportamentul”. Normele comportamentale sunt de două feluri: **proscriptive**, care se focusează pe *interdicțiile în acțiunile noastre și prescriptive*, ce se axează pe *permisibilitatea acțiunilor noastre*. Exemplu de norme pot servi **tabuurile**, ele făcând parte din categoria normelor proscriptive. Experții în domeniu atrag atenția la riscurile serioase ce pot surveni în cadrul comunicării interculturale, din cauza nerespectării acestei norme.

Concepția despre lume reprezintă un alt element semnificativ al relațiilor interculturale, având în esență diferențe sensibile de la un spațiu cultural la altul. Acest element se axează pe latura existențială a condiției umane și se concentrează pe teme precum Dumnezeu, viață, moarte, univers, natură. Concepția despre lume are un impact deosebit asupra unei game foarte ample de probleme, de la cele ce fac parte din cotidian (de ex. timpul liber) și până la teme de o mare încărcătură spirituală precum cultele religioase.

Unii psihologi, în special, A. Gilgen și J. Cho constată că între concepția despre lume a culturilor orientale și occidentale există o diferență dihotomică, ce se manifestă prin următoarele particularități: *în culturile orientale*: indivizii se percep într-o conexiune inseparabilă, sincretică, fizică și spirituală cu natura; spiritul și corpul constituie o entitate integrală; indivizii acceptă natura așa cum este ea, fără ca să o cucerească și să o domine; tehnosciența construiește doar un spațiu iluzoriu al progresului. *În culturile occidentale*, indivizii sunt detașați de natură și sunt călăuziți de un Dumnezeu individual; individul este compus din trup și suflet; indivizii sunt „programați” să cucerească și să domine natura în scopul supraviețuirii; tehnosciența ameliorează calitatea vieții.

3.3. Comunicarea interculturală nonverbală

Cele mai des invocate forme de comunicare nonverbală în literatura de specialitate sunt: **kinezica** (mișcări expresive, poziția corpului, gestică, mimica, mersul, contactul vizual, direcția mișcării, durata pauzei, frecvența contactului); **prosodica și exralingvistica** (intonația, volumul vocii, timbrul, pauza, inspirația, râsul, plânsul, tusea); **takezica** (strângerea mâinii, sărutul, baterea pe umăr); **proxemica** (orientarea în spațiu, distanța).

Termenul de *kinezică* a fost introdus în limbajul teoriei comunicării de către Ray Birdwhistell și reprezintă totalitatea de gesturi, poze, mișcări ale corpului, utilizate ca mijloace expresive suplimentare ale comunicării. În multe spații culturale, aceleași gesturi au semnificații diferite. De exemplu, în majoritatea culturilor, gestul acceptării se consemnează prin mișcarea capului de sus în jos, în timp ce în Bulgaria acceptarea se consemnează prin mișcări ale capului, care în majoritatea culturilor ar semnifica negarea. În Franța, salutul se manifestă prin sărutul partenerului de dialog, în Spania același gest este exprimat prin îmbrățișare, iar eschimoșii se salută atingându-și nasurile.

Japonezii utilizează, în general, o multitudine de gesturi, iar folosirea lor de către bărbați este contextuală. Atunci când bărbații și femeile comunică cu conlocutori aparținând aceluiași grup, mișcările gestuale sunt generoase și expresive, iar în cazul unui contact comunicațional cu indivizi din afara grupului de apartenență, gestică lor e foarte discretă. Comportamentul gestual în public atât al femeilor, cât și al bărbaților japonezi este unul foarte rezervat, explicația fiind sustragerea atenției de la individ și menținerea echilibrului social.

Mimica reprezintă în sine toate schimbările de expresie ale feței individului, care pot fi observate în procesul comunicării. În comunicarea nonverbală, *zâmbetul* joacă un rol important, fiind un gest ce semnifică o intenție pozitivă de continuare a dialogului și un semn de salut. Modurile de manifestare ale mimicii sunt extrem de diverse, cu o paletă foarte largă de emoții și sentimente: simpatie, empatie, bucurie, amicitie, antipatie.

Deși se prezintă ca o manifestare universală, zâmbetul se circumscrie influențelor culturale locale. În SUA, spre exemplu, fetițele care provin din clasa mijlocie a albilor sunt instruite încă din fragedă copilărie să zâmbească pentru a da impresia că sunt fericite și pentru a le produce plăcere celor din jur.

La japonezi, râsul poartă diverse valențe, semnalând o stare de bucurie, însă poate indica și o manifestare latentă a unor situații și sentimente precum melancolia, jena, ori chiar supărarea. În cazul supărării, râsul are misiunea de a susține și de a prezerva echilibrul relațiilor interpersonale.

Un volum important din comunicarea nonverbală se produce cu ajutorul contactului vizual. **Oculezica** reprezintă utilizarea mișcării ochilor sau contactul vizual în procesul comunicării. Cu ajutorul ochilor, se

poate dezvolta o gamă largă de sentimente și emoții umane. De exemplu, contactul vizual poate semnifica începerea discuției, în procesul comunicării, poate fi interpretat ca un semn de atenție, susținere sau, din contra, întreruperea dialogului. Deseori, specialiștii compară privirea cu atingerea, deoarece, psihologic, micșorează distanța dintre oameni.

Ca și alte elemente ale comunicării nonverbale „comportamentul ochilor” se deosebește în diverse culturi și poate deveni cauza neînțelegerilor în comunicarea interculturală. Spre exemplu, dacă în SUA, un profesor alb îi face observație unui student de culoare, iar acesta în replică lasă privirea în jos în loc să-l privească în ochi, profesorul se poate supăra. Problema este că afro-americanii consideră privirea lăsată în jos drept un semn de respect, pe când americanii albi apreciază ca semn de respect și atenție privirea directă. Cambodjienii, ca de altfel multe dintre culturile asiatice, consideră că a întâlni privirea unei alte persoane reprezintă o insultă, deoarece acest fapt semnifică pătrunderea brutală în lumea lui interioară. A retrage privirea aici se consideră un semn de bun ton. În majoritatea țărilor musulmane, femeilor li se interzice să-i privească în mod direct pe bărbați. Acest fapt consemnează statutul social inegal al bărbatului și al femeii în acest spațiu cultural.

Takezica sau **haptica** reprezintă elementul de comunicare nonverbală, care evidențiază importanța și rolul simțului tactil în comunicare. Oamenii se ating cu diverse ocazii, prin moduri diferite și în locuri diferite. Specialiștii care studiază comportamentul tactil al oamenilor consideră că în funcție de scopul și caracterul atingerii tactile pot fi evidențiate următoarele tipuri:

- profesional – poartă un caracter impersonal, individul este perceput doar ca subiect al comunicării;
- ritualic – strângerea de mână, sărutul diplomatic;
- amical;
- de dragoste.

Cercetările au evidențiat faptul că în unele culturi contactul tactil este foarte răspândit, iar în altele lipsește cu desăvârșire. Primele au primit denumirea de „culturi de contact”, iar celelalte – „culturi distante”. Din culturile de contact fac parte cele latino-americane, orientale, sud-europene. De exemplu, arabii, evreii, est-europenii și locuitorii din spațiul mediteranean utilizează frecvent contactul tactil în comunicare. În opoziție cu ei, nord-americanii, asiaticii, nord-europenii aparțin culturilor cu contact moderat. Reprezentanții acestor culturi preferă să se afle

în timpul comunicării la o distanță apreciabilă față de conlocutor. În plus, asiaticii preferă o distanță mai mare decât nord-americanii și nord-europenii. Popoarele anglo-saxone folosesc foarte rar contactul tactil în comunicare.

Strângerea mâinii constituie o formă de salut sau un gest de rămas bun, răspândit aproape în toate arealele culturale din cele mai străvechi timpuri. Istoric, s-au constituit câteva tipuri de strângere a mâinii, fiecare având importanța sa simbolică:

- palma întoarsă cu fața în sus, sub palma partenerului, semnifică intenția de supunere, un semn inconștient transmis celui căruia i se recunoaște superioritatea;
- palma întoarsă cu fața în jos pe cea a partenerului exprimă tendința spre dominare, o tentativă de a lua situația sub control;
- palma în poziție verticală fixează o poziție egală a partenerilor;
- strângerea mâinii tip „mănușă” (două palme cuprind palma conlocutorului) semnifică tendința spre sinceritate, amicitie, încredere.

În aproape tot spațiul cultural european, inițiativa strângerii mâinii, ca modalitate a salutului, aparține persoanei mai în etate sau femeii. În cazul unui grup de oameni, ordinea este următoarea: mai întâi femeile își strâng mâinile între ele, apoi se salută cu bărbații, și abia după aceea, bărbații se salută între ei. Această modalitate de contact cutanat este însoțită și de un insistent contact vizual, de o proximizare spațială, de zâmbet, de alte forme gestuale ale mimicii. Japonezii, ca de altfel multe popoare asiatice, înlocuiesc adesea strângerea mâinii cu o plecăciune.

3.4. Spațiul în context intercultural

Disciplina care explorează utilizarea relațiilor spațiale în comunicare se numește **proxemica**. Acest termen a fost formulat de psihologul și antropologul american Edward T. Hall, în scopul analizării legităților organizării spațiale a comunicării și, de asemenea, influența teritoriului, a distanței dintre indivizi asupra caracterului comunicării interpersonale. Cercetările specializate au demonstrat că ele diferă în mod substanțial la diferite culturi și prezintă niște factori destul de importanți în comunicare, în speță, în cea interculturală. În cadrul cercetării fenomenelor interculturale, s-a scos în evidență faptul că spațiul nu are una și aceeași semnificație pentru toți oamenii, dimpotrivă, reprezentarea și *trăirea* spațiului sunt profund influențate cultural. Multe dintre abordările spa-

țiale de pe diverse meridiane geografice sunt aproape incompreensibile pentru europeni, în virtutea faptului că interpretarea spațiului comportă puternice conotații culturale. În teoria comunicării interculturale, termenii de „spațiu personal” și „spațiu privat” (locuința, de exemplu) sunt distinși în mod clar. *Spațiul personal* reprezintă spațiul ambiental al corpului nostru. Având în vedere influențele civilizaționale asupra spațiului comunicațional, vom constata că spațiul personal al unui chinez se deosebește de cel al unui canadian sau spaniol. Edward T. Hall evidențiază următoarele distanțe spațiale, specifice anumitor contexte sociale: *spațiul intim, spațiul personal, spațiul social și spațiul public*. Interpretarea spațiului se află sub o puternică influență culturală și civilizațională, care, în anumite circumstanțe ale comunicării interculturale, devin surse generatoare de confuzii, neînțelegeri, situații incomode. Nord-europenii sunt extrem de atenți la pătrunderile intempestive în spațiul lor personal, de aceea, în cadrul unei convorbiri, ei se vor plasa la o distanță apreciaabilă, pentru a evita astfel de situații.

În spațiile culturale asiatice, distanța personală poate depinde de apartenența de castă sau clasă a participanților la procesul comunicațional. Reprezentanții castelor superioare țin o anumită distanță în raport cu cei din castele inferioare. În cultura latino-americană, distanța intimă și cea personală este mult mai proximă în comparație cu cea nord-americană.

3.5. Timpul din perspectivă interculturală

Disciplina care studiază utilizarea timpului în comunicarea nonverbală se numește **cronemica**. Pentru comunicare, timpul constituie un factor nu mai puțin de important decât cuvintele, gesturile, limbajul corpului, distanța. Percepția și folosirea timpului constituie partea nonverbală a comunicării și diferă în mod substanțial la diverse culturi. Studiul cronemicii diferitor culturi ne permite să evidențiem două modele de bază de utilizare a timpului: *monocronă* și *policronă*. În modelul monocron, timpul se reprezintă sub forma unui drum segmentat. Această divizare a timpului face ca persoana care aparține tipului respectiv să se ocupe doar de un singur lucru și să separe timpul pentru activități productive și emoționale. Modelul policron presupune ca persoana poate să se ocupe de câteva activități simultan. Dacă în cultura monocronă timpul este monitorizat și contabilizat (timpul înseamnă bani), în cultura policronă o astfel de necesitate nu există.

Europenii și africanii aparțin acestor două modele cronemice. Fiind monocronici, europenii percep timpul drept o existență obiectivă, în exteriorul nostru, posedând o însușire lineară cuantificabilă. Africanii, dimpotrivă, percep timpul ca pe un fenomen difuz, flexibil, subiectiv. Deși spațiul cultural european este relativ omogen, totuși, se atestă diferențe sensibile referitoare la cronemică. La societățile monocronice dure, dependente de timp, putem atribui țări precum Elveția, Germania, Norvegia, Suedia, Austria, Danemarca, Marea Britanie. Din grupul societăților în care componenta policronică este destul de prezentă, unde persoanele nu pun așa mare preț pe timp, fiind într-o anumită măsură „independenți” de el, am putea menționa țări precum Grecia, Portugalia, Spania, statele balcanice, România și Republica Moldova, populația din sudul Italiei și Franței. Într-o conexiune proximă cu interpretarea timpului, se plasează *punctualitatea*. Nemții sunt vestiți pentru pedantismul lor, uneori exagerat, dominați de spiritul punctualității. La cealaltă extremă se plasează ibericii.

4. Comunicare interculturală medic-pacient

Naționalitatea, etnicitatea, confesiunea religioasă reprezintă, în opinia cercetătorilor, o barieră importantă în interacțiunea medic-pacient, constatându-se faptul că interacțiunea cadrelor medicale cu pacienții trebuie să se bazeze pe particularitățile etnice (adică rasiale, naționale, religioase) ale ultimilor. (J. Lacan, I. Hardy, E. I. Klimov, L.N. Sobcik)

Practica medicală atestă faptul că mulți medici întâmpină dificultăți în comunicarea cu pacienții de diverse etnii, naționalități, religii. Acest fapt se explică printr-o serie de cauze, principala dintre ele fiind absența unei pregătiri corespunzătoare în acest domeniu. În multe dintre universitățile de medicină din SUA se predă din primul an de facultate, la compartimentul dezvoltării competențelor profesionale, un curs obligatoriu de competență culturologică. Cunoașterea culturii, tradițiilor, particularităților religiilor, ajută medicului să presteze pacientului un serviciu medical de calitate, astfel, depășindu-se diverse probleme care apar în mod inerent în comunicarea interculturală.

Este binecunoscut faptul că trebuie de tratat bolnavul și nu boala. În stabilirea tratamentului trebuie luate în calcul atât particularitățile individuale ale pacientului, cât și trăsăturile național-culturale, psihologia, viziunea asupra lumii, habitatul, metodele comune, modalitățile de tratament etc. Marele medic Avicena constata, încă acum cu o mie de ani,

că „dacă conferi hindusului natura slavului, apoi hindusul se va îmbolnăvi sau chiar va muri”. Este evident că, sub calificativul de „natură”, Avicena subînțelegea particularitățile național-etnice coroborate cu cultura, cu caracterul național.

În activitatea sa, medicul trebuie să aibă o atitudine atentă și echilibrată față de pacient, făcând abstracție de apartenența sa rasială, etnie, confesiune religioasă. Medicul care nu poate depăși sentimentul de atitudine ostilă față de alte rase, etnii și religii nu trebuie să se implice în mod constant în acordarea serviciilor medicale acestui contingent de populație. În situații de urgență, care amenință viața bolnavului, medicul trebuie să acorde ajutor și, dacă va fi necesar, să salveze viața, independent de apartenența rasială, națională, religioasă, statut social. Fiecare cultură include în sine tradiții, obiceiuri, atitudini față de lumea ambientală, credințe, tehnologii medicale specifice, metode de tratament, interrelații între medic și pacient. Fiecare etnie posedă tradițiile sale, obiceiuri și particularități de educație, care reprezintă caracteristicile ei distinctive. Cunoașterea particularităților culturilor, a religiilor și a modelelor comportamentale ale pacienților le permit medicilor să elaboreze tactica cea mai eficientă în tratarea bolnavilor. Ele sunt necesare pentru stabilirea unor relații de încredere cu pacientul. Totodată, trebuie de avut în vedere faptul că cunoașterea unor trăsături generale ale unei sau altei culturi nu trebuie de extrapolat în mod mecanic asupra fiecărui bolnav. Medicul trebuie să fie precaut în stabilirea etniei și apartenenței confesionale, să facă acest lucru doar în situații în care ele servesc binelei pacientului. Enunțăm câteva situații, când medicul trebuie să stabilească etnia și confesiunea religioasă a pacientului său:

- În rezultatul capacității migraționale înalte a omului contemporan, într-o regiune sau alta a Terrei pot apărea maladii nespecifice pentru arealul respectiv. Astfel, pentru stabilirea diagnozei este necesară stabilirea naționalității pacientului și termenii de sosire în țară.

- Există maladii specifice doar indivizilor de o anumită etnie, areal de trai. De exemplu, drepanocytomia este caracteristică numai locuitorilor Africii; talasemia, adică anemia, care se dezvoltă în cazul anomaliei porțiunii globine a hemoglobinei și se transmite prin ereditate, este specifică locuitorilor litoralului mediteranean și popoarelor Azerbaidjanului.

- Există obiceiuri religioase speciale (de ex., respectarea postului la creștini), care pot provoca dezvoltarea anemiei deficitare de fier, hi-

potrofiei (scăderea masei corpului la copii), dacă postul a fost respectat de oameni bolnavi. Este însă cunoscut faptul că religia creștină, ca, de altfel, și alte religii, nu recomandă respectarea posturilor persoanelor bolnave și copiilor mici.

- Medicul, efectuând instruirea părinților referitoare la îngrijirea copilului nou-născut, trebuie să ia în calcul și tradițiile naționale și religioase: regulile de înfășare, alimentare, utilizarea rechizitelor destinate somnului copilului. Desigur, dacă aceste particularități nu corespund exigențelor igienice contemporane, se impune o obiecție tacticoasă părinților.

- În cazul prescripției unei alimentații dietetice, medicul trebuie să ia în considerație convingerile religioase ale pacientului. Trebuie de memorizat faptul că musulmanii și iudeii nu consumă carne de porc; hindușii – carnea de vită, deoarece la ei vaca e considerat animal sacru; mongolii, bureații nu consumă pește, fiindcă la ei sacră este apa, și, respectiv, tot ce o populează.

Fiecărui popor îi sunt specifice anumite norme de comportament, pe care medicul trebuie să le știe. Sunt cunoscute destule cazuri când medicul consumă mult timp în discuție cu pacienta, încercând să o convingă să ia o decizie referitoare la sănătatea ei, necunoscând faptul, că tradițional în țările din Asia, Orientul Apropiat, America Latină decizia finală aparține soțului. În familiile musulmane tradiționale este acceptat ca toate discuțiile și comunicarea cu medicul să le poarte capul familiei, bărbatul. Femeile nu pot să se adreseze din proprie inițiativă la medic, fără ca să fie informate rudele cele mai apropiate. La medic femeia va fi însoțită ori de soț ori de o femeie mai în vârstă și respectată în familie. De la medic se așteaptă ca toată discuția să fie realizată prin acest intermediar. Totodată, medicul trebuie să demonstreze, în mod verbal și nonverbal, politețe accentuată și respect față de acest „intermediar” și să nu pună la îndoială demersurile sale. Toate prescripțiile trebuie să le coordoneze cu el, nu cu femeia consultată. În majoritatea cazurilor, în familiile musulmane este acceptat faptul că femeile bolnave sunt consultate și tratate doar de medici femei, în timp ce bărbații bolnav se vor simți profund ofensați dacă vor fi consultați și tratați de un medic-femeie.

De obicei în familiile orientale se nasc mulți copii. Cu toate acestea, fiecărui copil i se acordă o atenție deosebită din partea părinților, iar o astfel de atitudine ei așteaptă și din partea medicilor pediatri, care le

consultă copiii. De regulă, tatăl cunoaște problemele de sănătate ale copilului său nu mai puțin decât mama. El răspunde în mod adecvat la întrebările medicului pediatru.

În tradiția orientală se consideră politicos de a întreține o discuție lentă, lungă, iar interlocutorii nu trebuie să se întrerupă unii pe alții. Pacientul va aștepta de la medic un comportament similar la toate etapele procesului curativ, mai ales la etapa anamnezei. Dacă medicul încalcă ritualurile respective, atunci comportamentul lui este perceput ca nepolitic și, de regulă, se renunță la serviciile sale.

În tradiția medicinei europene și americane se atribuie o importanță deosebită dreptului pacientului la o informație deplină referitoare la tratamentul său, inclusiv diagnosticul nefavorabil, chiar de la primele faze ale maladiei. O astfel de atitudine față de pacienți nu este specifică însă tuturor culturilor. Tradițional, în țările cu o cultură colectivistă – Europa de Est, Orient, America Latină – diagnoza nefavorabilă sau pronosticul negativ este comunicat mai întâi membrilor familiei, care decid dacă este oportun să fie informat bolnavul, când și în ce condiții poate fi realizat acest demers. În țările cu o astfel de cultură medicală, medicii consideră că a comunica bolnavului o veste proastă este inuman, iar acest fapt poate provoca stres suplimentar sau poate duce la o moarte prematură, dacă pacientului i se ia ultima speranță. De aceea, înainte de a comunica diagnoza nefavorabilă, în aceste țări, pacientul este pregătit minuțios, se alege cu grijă momentul, informația este comunicată în mod dozat.

Printre reprezentanții culturilor collectiviste se atestă tendința prin care pacienții se străduiesc să delege responsabilitatea luării deciziilor referitoare la maladia lor rudelor apropiate și cadrelor medicale. Într-o oarecare măsură, această observație este valabilă și în raport cu comportamentul tradițional al unei cote semnificative a pacienților din Republica Moldova. Medicul este obligat să ia în considerare și să respecte aceste tradiții. El trebuie să fie precaut și să stabilească, în fiecare caz aparte, de o manieră indirectă, cui și în ce mod urmează să fie comunicat pronosticul negativ al maladiei, pentru a nu provoca stres inutil pacientului și o respingere a membrilor familiei. Totuși, el trebuie să fie conștient de faptul că intangibilitatea vieții private constituie o normă juridică fundamentală și o valoare morală a societăților civilizate contemporane, iar în acest caz, trebuie să fie luate în seamă, în primul rând, interesele

pacientului, care trebuie să fie responsabil de sănătatea sa și de deciziile referitoare la ea.

Pacienții aparținând culturilor colectiviste se vor strădui să construiască relații amicale cu medicul. În astfel de circumstanțe, ei vor manifesta mai multă încredere, le va fi mai lesne să comunice. Pentru ei primează principiul „relațiile de afaceri sunt, în primul rând, relații interpersonale”. Mai întâi, medicul este testat la capitolul siguranță și reprezentări valorice. Când devine evidentă compatibilitatea conceptuală și coincidența de interese de durată, interrelațiile sunt întreținute printr-un schimb neîntrerupt de semnale și „investiții” specifice: suvenire, felicitări, invitații, apeluri telefonice și alte semne de atenție. Pacienții aparținând culturilor colectiviste vor oferi medicului cadouri, bani, vor adresa întrebări cu caracter personal, uneori realizând confidențe excesive în relația cu cadrele medicale.

Bolnavii proveniți din culturile individualiste (țările Europei Occidentale, Americii de Nord) vor construi cu medicul relații strict de afaceri și vor aștepta de la el aceeași atitudine. Ei se conduc de principiul separării clare a relațiilor de afaceri de cele personale. Cadourile, ca și prietenia, este atribuită sferei interrelațiilor personale. Prietenia se poate stabili în rezultatul unor relații de afaceri de durată a medicului și pacientului, însă ea nu trebuie să influențeze interesul afacerii. Cadourile, invitațiile și alte gesturi de atenție, venite mai ales de la persoane necunoscute, sunt considerate drept „influență indezirabilă” sau chiar tentativă de mituire. Medicii de formație individualistă pot aprecia cadourile drept mită, excentricitate, o bunăstare materială latentă („Ei nu sunt așa de săraci, cum se creează impresia”). Ei refuză să primească cadouri și verbalizează supozițiile lor, ofensându-i, printr-o astfel de atitudine, pe pacienții culturii colectiviste.

Spațiul cultural românesc se află la interferența civilizației occidentale și orientale. Noi, românii, suntem tentați să extrapolăm relațiile de afaceri asupra celor personale și viceversa. Pacienții preferă să aibă de a face cu cunoscuți, medici cu recomandare. În tradiția culturală românească, există obiceiul oferirii cadourilor. În România și Republica Moldova, se întâlnesc medici care manifestă o atitudine binevoitoare față de cadouri, dar și din cei care le resping cu vehemență. Pacienții din acest spațiu sunt dispuși, de regulă, să ofere mici cadouri (flori, bomboane, alcool), pentru a stabili cu medicul relații amicale.

Așadar, reieșind din cele menționate mai sus, pot fi formulate următoarele recomandări în comunicarea medicului cu pacienți de altă etnie:

- medicul urmează să ia în considerare tipul culturii, etnia, confesiunea religioasă în comunicarea interculturală cu pacientul, el trebuie să se comporte în corespundere cu cunoștințele și competențele în acest domeniu, cu așteptările bolnavului;
- în activitatea sa, medicul trebuie să fie tolerant față de manifestarea modelelor tradiționale și religioase în comportamentul pacienților;
- medicul trebuie să fie precaut în stabilirea etniei și a apartenenței confesionale, să facă acest demers doar în cazurile în care aceste date sunt utilizate în beneficiul bolnavului;
- medicului trebuie să fie reținut în manifestarea emoțiilor, nu se recomandă ca discuția să fie însoțită de comentarii cu un caracter apreciativ și diagnosticist;
- în activitatea sa, medicul trebuie să aibă o atitudine echitabilă față de orice pacient, indiferent de apartenența sa rasială sau etnică;
- la stabilirea tratamentului este necesar să fie luate în calcul atât particularitățile individuale ale pacientului, cât și trăsăturile național-culturale, psihologia, viziunea asupra lumii, mediul de viață;
- medicul trebuie să fie politicos, să se adreseze pacientului doar cu apelativul „Dumneavoastră”, pronunțând numele și prenumele pacientului în corespundere cu tradiția culturală;
- medicul trebuie să fie reținut nu doar în comportamentul verbal, dar și în cel nonverbal;
- medicul trebuie să posede abilitatea de a descifra semnalele nonverbale, purtătoare de semantică cultural-istorică, transmise de pacient.

Glosar

Comunicare interculturală – mod fundamental de interacțiune psiho-socială a persoanelor conștiente de diferențele lor culturale, realizată la nivel interpersonal, direct, nemijlocit, prin limbaj articulat sau prin alte coduri, în vederea transmiterii unei informații, a obținerii stabilității sau a unor modificări de comportament individual sau de grup.

Multiculturalism – conviețuirea unor culturi diferite (în sens antropologic) în cadrul unui sistem societal (de cele mai multe ori, în interiorul unei națiuni), indiferent dacă această conviețuire este pașnică sau conflictuală.

Interculturalitate – include totalitatea proceselor generate de impactul a două culturi. În accepțiunea actuală, în locul paradigmei de *interculturalitate* – fenomene referitoare la melanjul lingvistic, interferențe din spațiul muzical, vestimentar, arhitectural, varii capacități de sintetizare a unei culturi străine etc. – apare tendința de a folosi alte concepte precum *sincretism*, *metisaj cultural*, *hibriditate*, *hibridizare*.

Transculturalitate – fenomen produs, în special, de comunicarea în masă în epoca globalizării, care a dus la un accentuat metisaj cultural. Personalitatea unui individ nu mai este dominată doar de cultura națională, ci și de alte culturi. Este o altă abordare a construcției identitare a indivizilor și comunităților, care facilitează dialogul cultural în dauna conflictului culturilor și civilizațiilor.

Etnocentrism – viziunea care consideră că felul propriu de a fi, de a acționa sau de a gândi trebuie să fie preferabil celorlalte. Fiind însoțit de sentimentul apartenenței organice a individului la un grup și de conștiința superiorității valorilor acestuia în raport cu celelalte, etnocentrismul este, de regulă, asociat cu intoleranța și cu xenofobia, cu rasismul și cu stigmatizarea.

Situații de problemă

1. Activitate în echipă: Etnocentrismul se exprimă în modele pasive și active. Modelele pasive se afirmă îndeosebi prin *prejudecăți* și *stereotipuri*. Prejudecățile realizează o poziție negativă, în raport cu un grup sau membri ai unui grup, abordare construită pe o generalizare inexactă și inflexibilă. Stereotipurile reprezintă generalizări însușite, de regulă negative, raportate la un grup și care se fixează temeinic în conștiință și sunt proliferate de indivizi.

Sarcină: Determinați factorii care contribuie la formarea prejudecăților și stereotipurilor la diverse grupuri de populație europeană, în raport cu imigranții proveniți din diferite spații culturale, în contextul actualului val imigrațional european.

2. Activitate în echipă: realizați câteva modele comportamentale ale unui medic care consultă pacienți din următoarele spații geografice

și culturale: Orientul Mijlociu, Orientul Îndepărtat, America Latină, Europa de Vest, Europa Centrală și de Est.

3. Comentați fragmentul de mai jos:

Românii, în viziunea specialistului britanic în comunicare interculturală Richard Donald Lewis (*When Cultures Collide*. London: Nicholas Brealey Publishing, 2006, 595p., pp 524-530)

Valori culturale. Obsesia pentru a supraviețui; oportunismul; apozitia (renunțarea publică la o anumită credință religioasă; renegarea unei doctrine sau concepții); volatilitatea; imprevizibilitatea; tendința de a-i blama pe alții; tehnicile evazive de acțiune; mândria de a fi o anomalie a Balcanilor; corupția; nepotismul; suficiența; simțul ridicolului; umorul negru.

Leadership. România este situată într-o zonă a Europei în care multă lume trăiește în mediul rural. Țara a fost condusă, de-a lungul secolelor de domnitori suverani, de oligarhi și de autocrați. În era post-Ceaușescu, stilul de conducere modern nu s-a putut dezvolta, pentru că guvernele sunt încă dominate de foști lideri comuniști, care funcționează după cu totul alte standarde. La rândul lor, oamenii de afaceri sunt sub o continuă influență a aparatului politic. Managerii români și-au dezvoltat însă un stil de conducere propriu, care aduce mai degrabă cu cel al managerilor italieni: sunt autocrați, paternaliști și folosesc emoția ca instrument de manipulare.

Modele de comunicare. Românii sunt sfătoși prin natura lor (vecinii spun despre ei că „au plămâni buni”) și sunt mândri de sofisticărea lor discursivă. Rar vă vor răspunde la o întrebare cu „da” sau „nu”, așa că nu le puneți întrebări directe, care solicită răspunsuri monosilabice. E mai bine să lansați ideea și apoi să citiți printre rândurile replicilor lor. În tot cazul, răspunsurile sunt lungi și complexe și spun, în parte, ceea ce vreți să auziți. Delicatețea lor e de sorginte italiană, la fel ca și aplecarea spre adevăruri relative, în cazul în care întrebarea e pusă ceva mai răspicat. Modul lor de adresare este unul mai curând personal și sunt mai curioși de opinia sau susținerea dumneavoastră personală decât de cea a organizației pe care o reprezentați.

Maniera de a asculta. Sunt buni ascultători, dar suspicioși, vă pot întrerupe ori de câte ori spuneți ceva ce pare contradictoriu. Sunt obișnuiți cu prezentări și argumentații lungi, așa că dacă sunteți prea conșiși, nu veți avea un impact prea mare. Câteva idei-cheie: atenți, dar suspicioși; România este deosebită, specială; fără politică, vă rog; nu ne

vorbiți de sus; arătați-ne calea spre profit; charisma, exagerările, chiar adevărul relativ sunt acceptate; fiți personal, nu vă formalizați; feedback-urile sunt rapide, „dar costă”.

Obiceiuri și tabuuri. Dată fiind incredibila ei diversitate etnică, România are un impresionant patrimoniu *de datini, obiceiuri, tradiții, folclor și artă populară*. Românii au reputația de a fi excesiv sau stânjenitor de ospitalieri. Un scriitor român descria acest comportament drept „ospitalitate agresivă.” Prin urmare, va trebui să aveți grijă să nu fiți prea severi cu mâncarea care vi se oferă și în niciun caz să nu o refuzați. Singura cale de a te apăra împotriva proverbialei ospitalități românești este aceea de a fi la fel de generos. Oferiți, așadar, spune Lewis, mici atenții. Suvenirurile aduse din propria dumneavoastră cultură este cea mai la îndemână soluție. Sunt apreciate cărțile bine ilustrate, stilourile de calitate, papetăria atractivă, cravatele, delicatesele sau mâncarea împachetată. Unii români se bucură și de un whisky sau de un coniac de calitate.

Tabuurile includ impolitețile și reacțiile prea bruște. Replicile directe sau prea abrupte sunt și ele dezagreate, la fel ca și indiscreția sau interesul pentru detalii legate la viața personală.

Cum să empatizați cu românii. În general, românii se simt bine în compania interlocutorilor dispuși să discute, pe larg, despre poezie, filosofie, istorie și artă. Calitățile pe care le apreciază sunt erudiția, gingășia vorbelor, intuiția și compasiunea. Sunt cu atât mai deschiși cu cât relația este mai personală. Deși mult mai circumspecți ca italienii, românii seamănă cu aceștia prin dorința lor de apropiere spirituală, încredere și explorare a sentimentelor umane. Dezvoltarea unei relații bazate pe cunoașterea acestor trăsături vă va face viața și afacerile mai ușoare. Mai important este însă că veți fi mult mai puțin expus înșelăciunilor. În sufletul lor, românii sunt niște epicurieni și nu vor decât să se simtă bine în compania altora.

Concluzii: cheia: respectați „diferența” românească. Obsesii seculare: apartenența la Europa, lupta împotriva corupției, modernizarea. [2]

Bibliografie

1. Apeltauer Ernst. *Zur Bedeutung der Körpersprache für die interkulturelle Kommunikation*. În: Annelie Knapp-Potthoff / Martina Liedke (Hg.), *Aspekte interkultureller Kommunikationsfähigkeit*. München: Iudicium-Verlag 1997, p.17-41.

2. Cosmeanu Marius. *Românii: ghid de utilizare. Cum ne vede un cunoscut expert britanic*. În: România liberă, 29 aprilie 2014. În: <http://www.romanialibera.ro/aldine/history/romanii--ghid-de-utilizare--cum-ne-vede-un-cunoscut-expert-britanic-333654> (accesat 16.08.2015).
3. Hall T. H. *The Silent Language*. New York: Doubleday, 1959.
4. Hall Edward T. *The hidden dimension*. New York: Doubleday, 1982.
5. Haviland William A. *Cultural Anthropology*. Wadsworth Pub Co., 2001.
6. Howard Michael C. *Contemporary Cultural Anthropology*. Addison-Wesley Educational Publishers, Incorporated, 1989.
7. Kroeber A.L., Kluckhohn C. *Culture: a critical review of concepts and definitions*. Cambridge, Mass.: Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology, Harvard Univ., 1952.
8. McLuhan, Marshall. *Galaxia Gutenberg: Omul și era tiparului*. București: Editura Politică, 1975.
9. Ortiz Fernando. *Cuban Counterpoint: Tobacco and Sugar*. Durham NC: Duke University Press, 1995.
10. Pascu Rodica. *Comunicare interculturală*. Sibiu: Editura Universității "Lucian Blaga", 2007.
11. Râmbu Nicolae. *Comunicare interculturală*. Suport de curs universitar. În: Comunicare socială și relații publice. Iași: Editura Universității "Al. I. Cuza", 2007, p.167–218.
12. Samovar L.A., Porter R.E., McDaniel E.R. *Intercultural Communication*. Wadsworth: A Reader, 2011.
13. Ulrike Litters. *Interkulturelle Kommunikation aus fremdsprachendidaktischer Perspektive*. Tübingen: Narr Verlag, 1995.
14. Власов Вл. Г. *Этническая медицина. Вчера – Сегодня – Завтра*. Москва, 2006.
15. Гетьманенко Н. *Восприятие иной культуры: прототипы и стереотипы*. Москва: Academia, 2010.
16. Грушевицкая Т.Г., Попков В.Д., Садохин А.П. *Основы межкультурной коммуникации: Учебник для вузов*. Под ред. А.П. Садохина. Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2002.
17. Тер-Минасова С.Г. *Язык и межкультурная коммуникация*. Москва: Слово, 2000.

IX. COMPORTAMENTE CU RISC PENTRU SĂNĂTATE. COMUNICAREA PENTRU SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI CU RISC PENTRU SĂNĂTATE

1. Locul comportamentelor cu risc pentru sănătate în câmpul comportamentului uman
2. Noțiuni de comportament deviant. Clasificarea conduitelor deviante
 - 2.1. Tulburări de personalitate
 - 2.2. Sindroame comportamentale în bolile psihice
 - 2.3. Violența în familie
 - 2.4. Deviații sexuale
 - 2.5. Stări persistente de conflict
3. Comportament nociv pentru sănătate
 - 3.1. Suprasolicitarea fizică
 - 3.2. Suprasolicitarea nervoasă
 - 3.3. Fumatul și tabacismul
 - 3.4. Consumul excesiv de alcool
 - 3.5. Alimentația dezechilibrată
 - 3.6. Consumul de droguri
4. Comportamentul dezechilibrat privitor la consumul de medicamente

1. Locul comportamentelor cu risc pentru sănătate în câmpul comportamentului uman

Preliminarii

În cadrul cursului „Științele comportamentului”, destinat viitorilor și actualilor specialiști din sfera medicală, un loc aparte revine familiarizării cu anumite forme inadecvate de comportament, ce induc un anumit risc pentru sănătatea și chiar viața individului însuși, cât și a celor din preajma sa (familie, colectiv, comunitate, societate).

Acest subiect include patru elemente de bază: 1) caracterizarea conduitei deviante; 2) analiza comportamentului nociv; 3) examinarea atitudinii față de medicament; 4) expunerea unor soluții pentru schimbarea comportamentelor respective.

Este necesar de subliniat faptul că, practic, toți specialiștii din medicină, indiferent de specialitate și funcția exercitată, se confruntă cu prezența unor cazuri de risc pentru sănătate și viață la pacient sau/și rudele apropiate ale acestuia. Deseori, cazurile de risc pentru sănătate constituie o prezență colectivă (între membrii familiei, colectivului sau comunității mici – localitate, mahala, cartier), fiind condiționate de mediul și modul de trai, de atitudinea indiferentă a factorilor de decizie.

Prezența medicului în serviciul medical acordat la nivelul profesionalismului contemporan presupune o exercitare funcțională activă a actului medical pe două dimensiuni: 1) medicația propriu-zisă prin investigare, diagnosticare și administrare medicamentoasă sau de un oarecare regim; 2) însoțirea actului curativ printr-un proces comunicațional corespunzător care nu doar că întreține un act comunicativ între două părți (medic și pacient), ci și intervine la momentul potrivit cu forța cuvântului, transformând-o în medicament, sau în mijloc de educație, ca fapt comportamental. Cu alte cuvinte, comunicarea ca atare, inclusiv în forma sa comportamentală, constituie o componentă integră, obligatorie, universală a realizării actului curativ în toate fazele sale.

De fapt, pe parcursul întregii istorii a medicinei, comunicarea și comportamentul în procesul tratamentului administrat reprezintă nu doar un atribut, ci și o parte integră, organică a acestuia. Medicina reprezintă una dintre sferele vieții sociale în care apelarea la asistență, la ajutor intervine frecvent, începând cu perioadă de până la naștere și finalizând cu ultimele clipe ale vieții. Însă indivizii care apelează la asistența medicală sunt părți componente a societății cu nivelul lor de dezvoltare economică, politică, culturală și civilizațională, în general. De aceea, ei sunt exponenții respectivului nivel, purtătorii unor trăsături de comportament care, în anumite cazuri și situații, pot genera probleme atât în raport cu sine, cât și cu anturajul lor. În atare condiții, medicul trebuie să-și exercite profesia la nivelul exigențelor în vigoare, având concomitent câteva roluri: de profesionalist în domeniul său de activitate, de intelectual rafinat, de bun cetățean.

Obiective

1. Familiarizarea mediciniștilor și medicilor cu formele (varietățile) și conținutul comportamentelor cu risc pentru sănătate.
2. Înzestrarea specialiștilor în medicină cu cunoștințele necesare depistării, în procesul comunicării, a comportamentelor deviante și nocive.
3. Formarea unor capacități comunicațional-comportamentale pentru întreținerea unui dialog medic-pacient în cazul depistării comportamentelor deviante sau nocive, cu scopul anihilării sau diminuării deprinderilor respective.
4. Propunerea unor precepte pentru perioade îndelungate de tratament sau faze post-tratament.
5. Identificarea și examinarea subiectelor bioetice ce prezintă cele mai acute probleme privitor la viața și sănătatea pacienților ori/și a persoanelor din anturajul lor.

Definiții

Comportament cu risc pentru sănătate – modalitate de a acționa sau a se manifesta în anumite situații ce pun în pericol sănătatea individuală ori a celor din anturajul persoanei.

Devianță – conduită care se abate de la regulile admise și care la o anumită etapă devine păguboasă pentru sănătatea și viața individului, punându-le într-un pericol iminent.

Comportament deviant – modalitate de a acționa, conduită prin care individul se abate de la normele în vigoare și, ca urmare, poate cauza efecte negative, dezastruoase pentru viața și sănătatea proprie sau a celor din jur.

Conduită deviantă – comportament, manieră, ținută, care se abate de la anumite norme fixate în legi, regulamente sau coduri acceptate în societate prin anumite valori, tradiții, principii.

Comportament nociv pentru sănătate – acțiune a individului prin care se aduce prejudiciu sănătății individului.

Risc – posibilitate de a ajunge într-o primejdie, pagubă sau pericol. E necesar de a delimita riscul cu caracter păgubos din start, specific deprinderilor rele, păguboase pentru sănătatea și viața individului și a celor din jur, de riscul cu caracter nobil, cum ar fi cel din activitatea medicală.

Risc pentru sănătate – acțiune comportamentală care pune în pericol sănătatea și, ca urmare, viața individului.

Schimbarea comportamentală – modificare a conduitei, purtării, comportamentului, survenită în urma unor circumstanțe, convingeri de moment sau treptate, educație sau informare. Schimbarea comportamentală poate avea efecte pozitive sau negative pentru sănătate, viață, modul de trai, relațiile cu cei din jur.

2. Noțiune de comportament deviant. Clasificarea conduitelor deviante

Noțiune de conduită deviantă

Comportamentul sau conduita deviantă reprezintă o acțiune care neagă și încalcă normele admise în societate. Aceasta poate provoca anumite incomodități sau chiar situații de conflict primejdioase pentru cei din preajma individului care manifestă un astfel de comportament. Situațiile apărute în rezultatul acestor acțiuni au un impact negativ nu doar pentru climatul spiritual-moral al comunității, cu și unul dezastruos pentru integritatea psihică și somatică a persoanelor mai mult sau mai puțin apropiate indivizilor cu un comportament atipic. Manifestările negative ale persoanelor cu comportament deviant pot prejudicia nu numai sănătatea proprie și a celor din jur, ci chiar pune în pericol extrem, iminent viața membrilor comunități, deoarece acțiunile de acest gen pot evolua de la simple conduite excentrice, urmate de cele amorale, ilegale, antisociale, la infracțiuni și crime grave.

Motivele devierilor comportamentale pot fi: 1) neuropsihice (cu caracter înăscut sau dobândit); 2) familiale (condiții nefavorabile de trai în cadrul familiei); 3) emoționale (produse în colective sau comunități mici); 4) sociale și/sau economice (generate de cataclisme sau crize sociale, politice, economice, culturale, religioase).

Mai mulți specialiști consideră că indivizii cu tulburări de comportament, condiționate de unele anomalii psiho-fizice ori de educație deficitară, pot fi reabilitate prin acțiuni educative. Atare acțiuni pot fi promovate de medici în procesul actului curativ, prin recomandări potrivite, formulate în anumite situații cu sensibilitate psihologică potrivită.

Etiologia comportamentului deviant este de câteva tipuri: 1) biologică (deviația poartă un caracter preponderent înăscut); 2) psihosocio-

logică (deviația e privită ca un fapt dobândit în cadrul social); psihologică (complementară cu cea psihiatrică. În acest caz, deviația reiese din anumite trăsături de personalitate sau ca rezultat al formării printr-o anumite educație).

Pentru prima oară, termenul „devianță” a fost utilizat în 1974 de către E. Durkheim în sens sociologic ca modalitate de comportament ce neagă, încalcă normele și valorile sociale (morale, culturale, de drept).

Clasificarea conduitelor deviante

Clasificarea conduitelor deviante se face conform unor criterii de care se ghidează specialiștii în domeniu. Astfel, conform **formelor manifestării**, comportamentul deviant poate fi: în formă particulară; de simulare și sinistroză; autodistructiv și de automutilare; heterodistructiv; agresiv și violent. Conform **conținutului manifestării**, acestea sunt: agresive, neagresive; cu fraudă sau furt; de violare a normelor (regulilor). După **severitatea realizării**, deviația poate fi: ușoară; moderată; severă.

Introducere în conduita deviantă

Deviația este o abatere de la normă (fixată în diferite documente, legi, coduri, fie existentă în cadrul social prin valori, principii și tradiții). Încălcarea sau desconsiderarea normei se numește **anormalitate**. **Anormalitatea** reprezintă o negare sau nerespectare a normei, atribuind faptului un sens negativ, neconform.

Devianta se manifestă printr-un mod specific de a gândi și acționa față de normele obișnuite, admise în cadrul social:

- permis – interzis;
- corect – incorect;
- just – injust;
- libertate – constrângere;
- acceptabil – inacceptabil;
- acord – dezacord;
- moral – imoral.

Sociologul M. Cusson relevă următoarele șapte categorii de conduite **deviante**:

- 1) interacțiunile și delictelor;
- 2) suicidul;

- 3) consumul de droguri;
- 4) transgresiunile sexuale;
- 5) devianțele religioase;
- 6) bolile mentale;
- 7) handicapurile fizice.

În literatura de specialitate din diferite domenii, există și alte tipuri clasificări determinate de aplicarea anumitor criterii.

În cazul nostru, cel de plasare în câmpul de implicare al „Științelor compartimentului”, apare o altă modalitate de includere în categoriile conduitelor deviante, luându-se în considerație incidența factorului medical.

Astfel, conduitele deviante sunt:

- 1) tulburările de personalitate;
- 2) sindroame comportamentale în bolile psihice;
- 3) violența în familie;
- 4) deviațiile sexuale;
- 5) stările persistente de conflict.

Aici pot fi incluse și alte conduite, însă acestea constituie minimul necesar de caracterizare a faptelor deviante în comportamentul medical.

Importanța anihilării conduitei deviante

Pentru prevenirea și anihilarea devianței, o importanță majoră o are controlul instituției sociale. Aceasta are o responsabilitate directă în acest context. Pentru „profilaxia” și „tratamentul” comportamentului de acest gen, fiecare domeniu de activitate umană mai are instrumentele sale specifice de acțiune. Medicina dispune de un arsenal capabil să influențeze decisiv redresarea situațiilor legate de acțiunile comportamentale deviante. Acest arsenal se înscrie armonios în contextul acțiunilor instituțiilor sociale. Realizarea acestor acțiuni este destul de anevoioasă, în condițiile în care conduita deviantă se caracterizează prin oscilații de iritabilitate, agresivitate, fapte necontrolate, necenzurate, lipsa autocontrolului și a stăpânirii de sine.

În prezent, problema rezolvării situațiilor deviante în comportament este nu doar sarcina pedagogilor de orice nivel, care se preocupă de profilaxia infraționalității, ci constituie un deziderat al medicului contemporan fără excepție, fiind nu doar atribuțiile directe ale psihiatrilor, neurologilor, psihanaliztilor (cu activitate în sfera medicală).

2.1. Tulburări de personalitate

Referitor la analiza comportamentală, este necesar de specificat faptul că nu se pune problema tratamentului sau teoretizării diferitor manifestări ale tulburărilor de personalitate, ci doar depistarea acestora și întreținerea unei comunicări potrivite, în vederea realizării comportamentului corespunzător cadrului medical (medic-pacient, medic-medic, medic-instituție abilitată).

Tulburările de personalitate constituie anumite tipuri de comportament, caracterizate prin dezechilibru psihic ce deviază evident de la modelele de bază social-culturale, acceptate de anumite comunități sociale, constituite de-a lungul timpului. Tulburările de personalitate sunt apreciate de comunitate ca anormale și distructive.

Un astfel de comportament deviant impune stări și acțiuni distructive prezente într-o gamă diversă de manifestări, atât asupra persoanei afectate, cât, mai ales, asupra celor din anturajul social imediat.

După faptul cum se manifestă tulburările de personalitate acestea pot episodice sau permanente, de diferită intensitate sau formă de manifestare. Cele mai multe forme de tulburări nu sunt conștientizate, recunoscute de individ. Totuși, unele persoane simt că se comportă inadecvat, dar sunt neputincioase în fața propriei coordonări. Toate persoanele cu atare afecțiuni suferă efectul lor negativ, de asemenea, membrii familiei și a colectivității.

În anumite situații, unele tulburări se manifestă inflexibil, altele pot fi coordonate și/sau gestionate adecvat. În cazuri extrem de rare, tulburările de personalitate sunt identificate în copilărie, însă, de obicei, debutul acestora se produce în adolescență și se cristalizează treptat pe parcursul vieții.

Diversitatea psiho-emoțională și fizico-biologică a persoanelor constituie baza manifestărilor diverse a cazurilor de tulburări. Unele dintre ele sunt preponderent specifice femeilor, altele – bărbaților.

Problema originii și declanșării tulburărilor de personalitate nu este nici pe departe rezolvată, din contra, provoacă mereu controverse în studierea lor. Se știe doar că în etiologia tulburărilor respective se includ factori ereditari (genetici), factori perinatali, de dezvoltare etc. Tulburările se caracterizează printr-o serie de trăsături de esență afectivă, cognitivă, relațională ce determină un comportament inadecvat, anormal mediului social existent. Aceste tulburări reprezintă anumite modele de gândire și relații și sine și cu oamenii din jur.

Cea mai universală **clasificare a tulburărilor de personalitate**, conform criteriului gradului similitudinii descripționale, este realizată de *Asociația Americană de Psihiatrie*. Potrivit acesteia, există 10 tipuri de astfel de afecțiuni, repartizate în trei grupuri:

Grupul A: tipuri excentrice, bizare, neprevăzute: 1) paranoizii; 2) schizoidii; 3) schizotipaizii.

Grupul B: tipuri emoționale, dramatice, eractice: 4) antisocialii; 5) bordelinii sau marginalii; 6) histrionicii; 7) narcisicii.

Grupul C: tipuri anxioase (temătoare), inefficiente, inhibate: 8) evitanții; 9) dependenții; 10) obsesiv-compulsivii.

Mai pot fi delimitate și alte tulburări ce nu sunt incluse în tipurile de mai sus:

- a) tulburări pasive-agresive sau negativiste;
- b) tulburări depresive;
- c) tulburări sadice;
- d) tulburări ale indivizilor înclinate spre eșec.

În literatura de specialitate, pot fi întâlnite și alte clasificări, realizate după alte criterii. Trebuie de menționat că toate clasificările poartă un caracter convențional, deoarece unele tipuri au și aspecte caracteristice ale altui tip.

De obicei, comportamentul deviant se depistează, în mod profesionist, în cadrul vizitelor la medic (planificate sau nu). Mai frecvent, se evidențiază așa tipuri comportamentale deviante de pacienți precum: inhibații, anxioși, excentricii și dramaticii.

Manifestarea comportamentului deviant depistat poate fi asociată (la moment sau în perspectivă) cu alte moduri de comportamente deviante sau nocive: stări de conflict, violență, dependență de sex, alcool, droguri etc.

De obicei, stabilirea diagnozei de deviație comportamentală depinde de următoarele criterii: de cunoaștere, de afectivitate, de control al impulsului de funcționare interpersonală.

În majoritatea cazurilor, lucrătorii medicali consideră necesară stabilirea diagnozei de comportament deviant doar în cazul când sunt înregistrate acțiuni cu urmări grave.

Tratamentul în astfel de cazuri este pus pe seama specialiștilor în psihiatrie, psihologie, neurologie. Acesta constă în terapie cognitivă, psihodinamică, dialectică ș.a.

În pofida faptului că cea mai mare parte a tulburărilor de personalitate prezintă cazuri cu puternice influențe de natură genetică, ale anturajului social, ale unor stabilități durabile ale afecțiunilor, totuși, un anumit contingent poate să-și depășească starea și să-și modifice comportamentul. Rezultatele pozitive sunt obținute și prin efort propriu asistat de alți specialiști și prin efortul comun al diferitor specialiști abilitați.

La toate etapele ce țin de depistarea, manifestarea deviațiilor comportamentale, dar și în procesul întreținerii unei comunicări eficiente cu indivizii afectați, este necesar ca medicii să țină cont de aplicarea unor acțiuni în folosul vieții și sănătății pacienților cu astfel de afecțiuni. Acestea se realizează începând cu întreținerea unei comunicări eficiente cu pacientul, iar ulterior cu stabilirea unei tactici curative cu antrenarea și coordonarea a altor specialiști în medicină sau, dacă e cazul, și a celor din alte sfere.

2.2. Sindroame comportamentale în bolile psihice

O stare mai gravă ce urmează după cea a tulburării de personalitate constituie cea cauzată de bolile psihice. Corespunzător, și comportamentul manifestat în baza acestor maladii constituie forme cu o deviere mai accentuată de la normalitate.

Boala psihică este o manifestare a comportamentului persoanei, evident diferit de cel recunoscut ca normal, în urma tulburărilor psihicului din cauza modificărilor funcționalității creierului și a dereglării unor procese neuro-fiziologice obișnuite.

În funcție de afecțiune, se produce și manifestarea inadecvată a comportamentului exercitat de persoana afectată. Pentru medici, în afară de psihiatri, o deosebită importanță constituie cunoașterea semnelor anu-mitor afecțiuni psihiatrice și identificarea unei tactici în întreținerea unei relații comunicativ-comportamentale pentru realizarea cu succes a actului medical.

Majoritatea covârșitoare a afecțiunilor psihiatrice se poate identifica prin evidențierea neconformă a componentelor non-verbale ale comunicării. Așadar, acestea pot fi atribuite următoarelor grupe de dereglări: **primul** se atribuie privirii, **al doilea** – mimicii feței, **al treilea** – gesticulației, **al patrulea** – mișcării sau aspectului motoric.

Privirea poate indica următoarele stări psihotice: în cazul depresiei privirea este indiferentă, încetinită, palidă; anxietatea redă o privire cu ochii larg deschiși și sprâncenele ridicate; agresivitatea prezintă o pri-

vire ținută, încrucișată; hipermobilitatea privirii este caracteristică stărilor maniacale.

Mimica feței oferă, de asemenea, o informație utilă referitor la dereglările mintale: inhibiția psihomotorie redă o mimică pasivă, statică (această stare se numește hipomimie); afecțiunile însoțite de halucinații, o excitație psihomotorică sporită denotă o mimică diversă în poziții, bogată (hipermimie); iar situația de neconcordanță a stării interne a persoanei cu expresia feței (numită paramimie) este o expresie facială neadekvată cu subiectul conversației la care participă persoana afectată, o mimică ce nu corespunde cu starea afectivă.

Gesturile constituie o altă sursă importantă în determinarea afecțiunilor mintale. În cadrul gesticii inadecvate, se evidențiază câteva manifestări distincte:

1) **stereotipurile** sunt niște conduite gestuale, simbolice, repetitive care nu au o explicație propriu-zisă – sunt specifice schizofreniilor, demențelor, oligofreniilor și persoanelor care suferă de neuropatologii de durată sau cronice;

2) **perseverările** reprezintă gesturi cu multiple repetări, când acestea nu sunt justificate – sunt specifice în cazul oligofreniilor severe, demențelor, schizofreniilor;

3) **bizareriile** constituie o serie de gesturi manierate ce posedă un anumit sens simbolic pentru persoana care îl realizează, dar de neînțeles pentru cei din preajmă – au același sens ca în cazul perseverărilor;

4) **manierismele** gestuale sunt mișcări inutile, parazitare, fără sens – relevă stările de isterie, schizofrenie, delirații cronice;

5) **negativismul** este refuzul oricărei comunicări reprezentat prin gesturi – cele mai caracteristice cazuri sunt în cele de retard mental, depresie, stări de confuzie, schizofrenie;

6) **ticurile** sunt gesturi scurte ce se referă frecvent, involuntar, fără vreo necesitate și având diverse forme de mișcări (clipit, tuse, tremurări, ridicări de umeri etc.) – aceste reflexe, în fond inofensive, pot fi amplificate de emotivitate profundă, anxietate, emoții, nevroze ș.a.;

7) **ticurile de tip Sindromul Gilles de la Tourette** este o variantă de ticuri localizate la cap, membre sau manifestare vocală (sforăituri, gemete, mormăieli, dresul vocii, expirații cu zgomot, utilizarea cuvintelor obscene) – au o etiologie neidentificată, însă pot fi asociate cu obsesiile, agresivitatea, iritabilitatea etc.

Dereglările motorice se împart în 2 categorii:

- 1) dezorganizări ale conduitei motorii;
- 2) perturbarea controlului volițional.

În prima categorie sunt incluse, la rândul lor, două conduite motorii deviante. Prima este **agitația**, care capătă diferite forme de manifestare determinate de tipurile afecțiunilor mentale:

1) **agitația în stări confuzionale** are, de obicei, o etiologie organică și se însoțește cu anxietate și agresivitate – se întâlnește preponderent în psihozele alcoolice acute și subacute;

2) **agitația în tulburări structurative ale persoanei** este de tip: instabil, exploziv, isteric și survine reactiv ca răspuns de intoleranță la frustrare;

3) **agitația maniactală** este caracteristică în comportamentul dezechilibrat erotic;

4) **agitația schizofrenică** poartă caracteristicile acestei afecțiuni și se manifestă imprevizibil;

5) **agitația epileptică** este afiliată acceselor de epilepsie, poate căpăta diferite forme, inclusiv cele de furie oarbă.

A doua conduită motorie deviantă este **inhibiția motorie** și este opusă primei (agitației). Această conduită are un spectru de manifestare de la încetiniri accentuale, ale activității motorii, până la dispariția tuturor mișcărilor posibile. Respectivul inhibiții se întâlnesc în cazul depresiilor și schizofreniei.

În cazul unor afecțiuni precum encefalita, intoxicațiile, tumorile cerebrale, depresiile psihotice, schizofrenia ș.a. se evidențiază sindromul catatonie, ce reprezintă o dezintegrare a conduitei psihomotorii prin lipsa interesului de a iniția o mișcare.

Categoria a doua a dereglărilor motorice, **perturbarea controlului volițional**, include tulburări de conduită ca: 1) **impulsiunile** (acțiuni instantanee, iraționale, brutale) care se pot manifesta prin agresivitate, automutilare, suicid, omor, viol, cleptomanie etc., apărând în stări psihopatoide, schizofrenie, epilepsie; 2) **impulsivitatea** (dobândită sau moștenită genetic) este specifică în cazuri de oligofrenie, structurări dizarmonice ale persoanei, psihopatologii, senilitate; 3) **raptusul** (manifestări paroxistice explozive în urma tensiunilor afective sau halucinatorii) se întâlnește la depresii inhibitate, schizofrenia catatonie, alcoolism, amnezie lacunară; 4) **fugile** (condiționate de dorința irezistibilă a suferindului de a pleca) se întâlnesc în cazuri de demență senilă, deliruri sistematizate, schizofrenii, structuri dizarmonice de personalitate.

În afară de situațiile expuse mai sus, se pot întâlni tulburări ale **expresiei verbale** (în aspect comunicativ), manifestate prin conținutul redării verbale a gândurilor, prin ritmul expunerii informației, prin intonație specifică etc., cât și prin **tulburări ale comunicării nonverbale în privința ținutei** etc.

În toate aceste cazuri, este necesară identificarea primară a afecțiunii, concomitent cu o consultare cu un specialist în psihiatrie, o trasare a unei strategii comunicaționale, în vederea realizării unui tratament adecvat.

2.3. Violența în familie

Dacă am sintetiza o serie de definiții întâlnite în literatura de specialitate a **violentei în familie**, aceasta ar include acțiunile vătămătoare, violente, comportamentele agresive, manifestate între membrii unei familii. După modul de manifestare, violența în familie poate fi psihologică, mentală, fizică, sexuală. Actele de violență sunt însoțite de abuzuri fizice, emoționale, verbale, sexuale, economice, de limitare a libertății.

În interiorul familiei, violența se identifică, de obicei, în următoarele raporturi: părintele/părinții asupra copilului/copiilor, soțul asupra soției, soția asupra soțului, între copii, copilul/copiii asupra părintelui/părinților.

Cunoașterea cauzelor, componentelor, manifestărilor și efectelor violenței în familie are o importanță accentuată, în vederea realizării unei conduite corespunzătoare pentru depășirea acestui fenomen negativ. Studiarea violenței la nivelul familiei are o importanță deosebită, deoarece anume familia este cea care stă la baza societății. Anume în familie se nasc și cresc copiii, se educă tânără generație, care vine să perpetueze valorile morale, naționale și general-umane, să mențină tradițiile și să asigure funcționalitatea organismului social și al stabilității. Familia asigură legătura dintre generații și mai este numită „codul genetic al societății”. Din aceste considerente, armonia, sănătatea relațiilor familiale au repercusiuni asupra societății în general.

Cauzele violenței în familie sunt grupate în câteva categorii:

1) starea climatului familial determinat de factorii sociali (nivelul de educație al soților sau diferența dintre ei la acest capitol; bunăstarea sau sărăcia; perceperea diferită a realității; lipsa locurilor de muncă etc.);

2) implicarea tradițiilor (toleranța socială față de violență; tradițiile religioase denaturate; modelele arhaice ale familiei și abordarea deformată a acestora ș.a.);

3) prezența dominantelor psihologico-comportamentale formate în copilărie (martori la scene de violență în familie; abuzuri; formarea unor orientări comportamentale specifice ș.a.);

4) starea sănătății psihice (prezența unor afecțiuni psihice sau neurologice la un membru al familiei);

5) starea sănătății, în general, a membrilor familiei;

6) consumul de alcool, de droguri sau alte substanțe ce formează dependență;

7) dependența față de jocurile de noroc;

8) stări psihologice specifice manifestate curent (obișnuințe personale persistente în anumite situații; imaturitate emoțională; neîncredere în sine etc.);

9) protecția socială slabă referitor la familie sau lipsa acesteia;

Dacă am evidenția **factorii ce provoacă violența în familie**, acestea sunt apreciați de unii specialiști în două forme:

1) factori cauzali (toleranță față de manifestarea agresivă a bărbaților, față de tendința de dominare a acestora și supușenia femeii);

2) factori favorizanți (abuzul psihologic, alcoolismul, consumul de droguri, stresul persistent, sărăcia etc.).

Conform unei alte clasificări, **factorii** respectivi se poziționează în felul următor: 1) factori sociali; 2) factori economici; 3) factori culturali; 4) factori legali; 5) factori medicali.

Referitor la **mediul** favorizant al violenței în familie specialiștii au păreri împărțite, deoarece o bună parte dintre cercetători nu consideră determinante mediile considerate nefavorabile, cum ar fi societatea instabilă politic, sărăcia, mediile rural sau urban. Violența în familie este prezentă oriunde: în societăți prospere și sărace, în sate și orașe, în familii prospere și în cele cu venituri extrem de mici etc. Concomitent, bunăstarea familială rezidă în buna educație, orientarea către principiile și valorice spiritual-morale, tradiții bazate pe încrederea reciprocă ș.a.

Dacă analizăm violența din perspectiva procesului derulării, specialiștii identifică câteva **faze** ale abuzului în familie:

1) tensionarea relațiilor dintre părți;

2) gradul culminant sau explozia violenței;

3) finalul remisiei cu câteva variante posibile: sentimente contrare (sentiment de vinovăție, derută, retragere, absență) sau chiar reacții pe fondul dragostei dintre soți.

Modalități de manifestare a violenței în familie:

1) violența psihologică (amenințări, umilințe, intimidări, insulte, indiferență);

2) violență fizică (lovituri, strangulări, arsuri, străpungeri, cu obiecte ascuțite, asfixieri, tragere de păr ș.a.);

3) violența prin izolare sau socială (limitări ale vizitelor ori deplasărilor, interziceri, ignorări ale solicitărilor, suspiciuni la infidelitate, izolări forțate prin închideri în diferite spații etc.);

4) violența sexuală (impunerea forțată a raporturilor intime, violurile, aplicarea practicilor sexuale degradante ș.a.);

5) violența economică (sustragerea cu forța a banilor, a bunurilor materiale, confiscarea acestora, obligarea de a acumula bunuri prin cerșit, furt ș.a.).

Specificul violenței în familie:

1) persistența și prevalența emoțiilor;

2) presiunea permanentă asupra victimei;

3) tonul ridicat;

4) un mare diapazon al realizării formelor;

5) un grad înalt de ilegitimitate al faptelor comise;

6) toleranța accentuală din partea vecinilor, colegilor, rudelor, factorilor de decizie, în virtutea tradițiilor și stereotipurilor;

7) efecte fixate rigid în conștiința copiilor cu manifestări negative la maturitate în viața personală.

De obicei, violența în familie debutează sub formă verbală și are următoarele manifestări: manipulări emoționale, critici, porecle, reproșuri, învinuiri, țipete, dispreț, glume proaste, intimidări, amenințări, înjosiri.

În ultimul timp, în cadrul familiilor, se produc tot mai frecvent acte de violență asupra bărbaților. Majoritatea acestor acțiuni au la bază o reacție a soției la actele de violență ale soțului sau concubinului, mai ales ale celor produse sub formă de abuz sexual, de alcool, de frecvența și severitatea violenței proprii-zise.

Pentru medici devine importantă depistarea și consilierea în cazul următoarelor **forme de abuz violent în cadrul familiei** (între soți, între părinte/părinți și copii, între adulți și părinții lor vârstnici): fizic, sexual, psihologic sau emoțional, alienator sau de înstrăinare față de lucruri,

persoane sau animale de care s-a atașat, abuz de substanțe periculoase, tratamente inumane (privări, legări, izolări), tratamente degradante (jigniri, etichetări, umiliri), tratamente crude, neglijarea (fizică, medicală, educațională), exploatarea fizică sau economică.

Abuzul fizic asupra copiilor în familie este deseori justificat de părinți prin dorința de disciplinare sau din dorința (conștientizată ori nu) de a distruge copilul. Ultima se justifică, la fel, prin dorința de disciplinare.

Copiii crescători într-o atmosferă dominată de violență, în care sunt nu doar martori, ci și victime, le este amenințată integritatea fizică și psihică, nu doar în momentul producerii abuzurilor, ci și în perspectivă. Repercusiunile asupra sănătății fizice includ: vătămări corporale, dizabilități, tulburări ale tractului digestiv, dureri persistente în diferite regiuni ale corpului, abuz de alcool și droguri, fumatul, sex neprotejat, survenirea stării letale. Efectele asupra sănătății psihice sunt: tulburări de comportament, teamă persistentă, depresie, izolare, disfuncții sexuale, posttraumatic de durată, temperament violent, cinic, fără ocupații serioase, suicid.

Aceste urmări sunt lesne de observat în procesul consultațiilor practic la toți specialiștii reprezentanți ai diferitor specialități medicale.

Acțiunile posibile ale medicului în cazul violenței în familie sunt de două feluri: **prima** constă în exercitarea tratamentului, în conformitate cu specializarea sa; **a doua** se axează pe oferirea de consiliere spirituală (psihologică, educațională, morală) în cadrul aceluiași act medical, prin soluții, sfaturi, îndrumări. Prin metode subtile, medicul poate consulta și consilia și alți membri ai familiei. În aceleași timp, identificarea și gestionarea situațiilor de violență în familie presupune, în mod normal, o colaborare eficientă și armonioasă între diferiți specialiști și instituții – medici, pedagogi, asistenți sociali, psihologi, poliție, biserică și.a.

Efectele negative ale violenței în familie au o semnificație extinsă în câteva dimensiuni. **În primul rând**, este o acțiune dezastruoasă de moment și în perspectivă pentru fiecare membru al familiei, afectând, practic, întregul sistem psihosomatic.

În al doilea rând, constituie un atac direct la integritatea organismului fragil al copilului aflat în creștere, punând în primejdie viața și sănătatea lui și mutilându-i psihicul și, respectiv, comportamentul pentru toată viața.

În al treilea rând, reprezintă un prejudiciu adus vieții normale a comunității din anturajul imediat al familiei, „oferind” exemple nedemne de urmat, contaminând societatea cu efecte negative primejdioase.

În al patrulea rând, se erodează structura sau instituția de bază a societății – familia, care, la rândul său, amenință bunăstarea membrilor societății și normalitatea relațiilor sociale.

Prejudiciul real sau potențial obligă atât la acțiuni de stăvilire, anihilare a actelor curente de violență, rezolvarea stărilor survenite în urma acestora, cât și eforturi de prevenire a posibilelor apariții și manifestări.

O importanță deosebită o au măsurile de prevenție a violenței în familie. O sarcină aparte le revine, în această privință, secțiilor ori instituțiilor de sănătate publică. Angajații din această sferă trebuie să fie familiarizați cu **metodele** și **modalitățile** de prevenție.

În cadrul **metodelor** se evidențiază: prevenția primară (sensibilizarea opiniei publice prin spoturi sociale (video, foto sau scrise), difuzate prin intermediul mass-media sau alte mijloace, organizarea dezbaterilor publice etc.); prevenția secundară (identificarea posibilelor victime, grupurilor de risc și realizarea comportamentului corespunzător); prevenția terțiară (presupune acțiuni corespunzătoare asupra grupurilor sau persoanelor afectate).

Printre **modalitățile** preventive se numără: consilierea, educarea, informarea, sensibilizarea, colaborarea, acțiunile curative, corelarea acțiunilor cu instituțiile abilitate ale statului, ONG-urile, organizațiile religioase ș.a.

Așadar, violența domestică constituie un fenomen social și, concomitent, comportamental destul de frecvent și rigid, instalat în conștiința unei părți importante a societății. Acest tip de violență are repercusiuni extrem de negative asupra adulților, copiilor, familiilor, mediului, prejudiciind accentuat starea de sănătate fizică și psihică și deteriorând bazele constitutive ale societății. Un rol deosebit de important în combaterea actelor de violență le revine medicilor. Aceste implicații medicale își aduc contribuția la realizarea în practică a principiilor bioetice priuitor la viața și sănătatea omului.

2.4. Deviații sexuale

Manifestările diverse în domeniul sexualității reflectă natura complexă a omului în general. Unii autori califică spectrul deviațiilor sexuale ca pe unul în care actele respective se produc de la simple imaginații și

acțiuni neordinare cu o intensitate slabă până la perversiuni evidente. Alții sesizează două categorii distincte ale manifestării sexuale neordinare: deviațiile propriu-zise și perversiunile. Unii specialiști consideră că deviațiile sexuale reprezintă anumite obiceiuri ce se practică de circa 10% din populație, dar care nu ies din limita normalului. Toate aceste supoziții au dreptul la existență, dat fiind faptul cu fiecare variantă a actelor respective are un specific aparte, în ceea ce privește intensitatea trăirii actului fantezist și al senzualității realizării acestuia, durata și frecvența aplicării, gradul de interiorizare sau de exteriorizare etc. În acest caz, se diminuează granițele dintre deviație și perversiune (în cazul autorilor care fac distincție între ele).

Există și păreri, potrivit cărora, dacă deviațiile sexuale depășesc plafonul de 10% nu se mai utilizează termenul „deviație”, ci „obiceiuri neobișnuite”, adică se dispune diferența dintre faptul normal și cel patologic. În acest context, e necesar să menționăm că tulburările sexuale au fost categorisite de unii filosofi, sociologi, istorici, poieți ca „variații sexuale”, atribuindu-li-se un sens de normalitate și mascând natura reală a acestor conduite.

Alții susțin faptul că deviațiile sexuale sunt de fapt manifestări normale, un stil de viață și doar cadrul social-cultural existent le apreciază ca permise ori neadmise.

Aici, deseori, se face referire la homosexualitate: că homosexualii sunt sănătoși, doar că manifestarea lor e blamată de o societate „depășită”, „anormală” ce necesită să fie „vindecată” și ancorată la noile valori. În acest caz, observăm accentuarea poziției biologizatorice, neglijându-se nu doar componenta socială a persoanei umane, ci și rolul cultural-civilizațional al mediului social cu sistemul său valoric constituit de-a lungul timpului.

Este necesar de amintit și faptul că manifestarea sexualității umane constituie obiectul acțiunilor permanente ale mediului de afaceri și celui politic, care, urmărind interesele sale (deseori meschine) caută să hiperbolizeze anumite aspecte ale acestei sfere intime, să comuteze sentimentele respective către alte dimensiuni, aducând și aplicând componente noi, născocite, artificiale, toate acestea având ca scop profitul, iar treptat se transformă în anumite deprinderi ce tensionează relațiile în cadrul sistemului valoric.

Nu trebuie de neglijat faptul că și în sfera științei sunt lansate teorii superficiale, diletantiste ce reflectă denaturat sau ori chiar fals starea de lucruri existentă.

Deviațiile sexuale au o frecvență mai mare în rândul bărbaților, însă la origine au aceleași **cauze** pentru ambele sexe.

În general, nu se cunosc cauzele exacte ale comportamentului sexual deviant. Se știe doar că anumite maladii, dereglări sau anomalii de sănătate pot declanșa și/sau amplifica aceste deviații. Toate cauzele posibile înregistrate se împart în două grupuri: 1) generate de starea somatică, endocrină și neurofiziologică a organismului și 2) venite din mediu social – de educație, socioculturale, psihice (cauzate de acțiune venite din anturajul social comunitar sau familial, cum ar fi frustrarea, frica, libertinismul exagerat, conflictul persistent, agresivitatea, amoralitatea, consumul de droguri ș.a.). Cercetătorii în medicină au identificat câteva cauze ce țin de acest domeniu: 1) anumite anomalii fizice ale corpului, organismului; 2) dereglări ale circuitului neuronal; 3) dezechilibrări hormonale; 4) perturbări în coraportul substanțelor clinice naturale antrenate în funcționarea creierului; 5) maladii și dereglări la nivelul neurofuncționalității creierului și a psihicului (mai ales în cazuri de scleroză multiplă, demență, epilepsie, tumori, administrarea unor medicamente în caz de Parkinson etc.); 6) efectul unor traumatisme în urma accidentelor.

Deviațiile sexuale înregistrate sunt multiple. Ca formă și conținut de manifestare, acestea diferă de la o persoană la alta chiar și în cazul deviațiilor similare. La fel, este diferită și coordonarea de sine în privința declanșării și manifestării deviației respective. Sunt indivizi ce-și pot reține sau chiar inhiba aceste porniri, altora le vine greu să facă acest lucru, iar unii nu-și pot coordona acțiunile cu ajutorul conștiinței, fiind dominați complet de intensitatea deviației declanșate.

Toate deviațiile sexuale înregistrate pot fi **clasificate** în câteva grupuri, după mai multe criterii. Primul grup include manifestări conform deviațiilor manifestate în **alegerea partenerului**.

Homosexualitatea reprezintă o orientare sexuală ce presupune atracție sexuală față de persoane de același sex, implicit raporturi intime. Bărbații sunt numiți homosexuali sau gay, iar femeile – lesbiene. În limbajul tradițional, homosexualii de sex masculin mai sunt numiți „sodomiti” (conform termenului biblic).

Bisexualitatea este o manifestare sexuală cu caracter dublu: persoana întreține legături intime atât heterosexuale (cu reprezentanții sexului opus), cât cu indivizi de același gen.

Pedofilia se manifestă atunci când adulții întrețin relații sexuale cu copii, fapt condamnat vehement de societate și care cade sub incidență penală. Aceste acțiuni reprezintă cazuri grave de agresiune față de minori.

În cazul **gerontologiei**, obiectul interesului sexual se orientează către persoanele în etate (de vârsta a treia).

Când obiectul satisfacției sexuale este un animal, deviația este denumită **zoofilie**.

Necrofilia, o deviație foarte rară, este îndreptată spre satisfacerea dorinței sexuale cu persoane decedate, preponderent femei, și constituie o perversiune destul de serioasă cu prognoză de tratament nefavorabilă.

Alt grup de deviații este constituit conform manifestării **comportamentului de seducție**.

Aici se atribuie **incestul**, când relația sexuală este săvârșită cu rudele apropiate, inclusiv cu copiii proprii. Incestul este un act intim însoțit de abuz de putere, agresiune preponderent asupra minorilor.

Tot din acest grup face parte **agresiunea sexuală** propriu-zisă. Ea se realizează pornind de la intimidare (sau hărțuire) și finalizând cu violul fizic și sexual.

Cazurile de incest, pedofilie și agresiune sexuală cel mai frecvent cad în vizorul medicului de familie și a pediatrului. Victimele ulterior sunt examinate de medicii legiști, psihiatri, neurologi, dermatovenereologi ș.a. Acești specialiști nu numai că realizează actul curativ, întreținând un comportament corespunzător și prezentând date medicale organelor competente (poliție, procuratură, asistență socială etc.).

Comportamentul deviant de acuplare constituie **cel mai numeros grup** caracterizat prin apelarea la diferite acte pentru obținerea satisfacției sexuale. Aici se atribuie **parafilia** – deviație ce înlocuiește satisfacerea dorințelor sociale normale cu fantezii excitante orientate către alte obiecte, neumane, sau către unele stări. Parafilia este un fenomen destul de complicat, divers și care poate include o serie de alte comportamente deviante ca sadismul, mazochismul, exhibiționismul, pedofilia, fetișismul, voyeurismul, frotteurismul ș.a.

Sadismul presupune înlocuirea sau însoțirea actului sexual cu exercitarea unei suferințe fizice, provocată prin diferite metode.

Mazochismul, din contra, presupune satisfacția sexuală prin solicitarea aplicării de pedepse, suferințe fizică și/sau psihice de către o altă persoană.

Exhibiționismul este o expunere, cu căpătarea respectivei satisfacții, față persoane de sex feminin sau în public a genitalilor masculine, fapt frecvent însoțit de masturbare și ejaculare.

Voyerismul presupune obținerea satisfacțiilor prin urmărirea în secret, pe ascuns, a contactelor sexuale dintre alte persoane, a corpurilor dezbrăcate în toaletă, baie etc.

Frotteurismul este o satisfacție căpătată prin atingerea intenționată a altei persoane în locuri aglomerate (încăperi, transport ș.a.).

Prin **fetișism** se ajunge la o atracție față de anumite zone ale corpului, anumite accesorii sau articole vestimentare.

Narcisismul este o stare de autosatisfacție sexuală realizată prin examinarea vizuală (în oglindă, fotografii, imagini electronice) a propriului corp.

Ipsațiunea presupune satisfacție sexuală în rezultatul automasturbației, făcută prin mai multe mijloace: de la acte de onanism manual, până la masturbări cu diferite mecanisme mecanice sau de alt tip.

Sexul de grup (Menage a trois) este o variantă de act sexual practicat cu cel puțin doi parteneri concomitent, dar realizând diferite variante de implicare și cu un număr diferit de indivizi.

Swinging constituie un procedeu de contact sexual care include câteva cupluri de căsătoriți în procesul căruia se fac schimburi de parteneri.

Felația este opțiunea în favoarea prevalarea sexului oral în defavoarea celui tradițional în care bărbatul este beneficiarul plăcerii.

Cuninlinctia este procedeul similar felației, doar că bărbatul este acela care oferă plăcere femeii.

O serie de deviații sexuale se întâlnesc extrem de rar și au ca sursă de atracție și satisfacție sexuală anumite obiecte sau situații:

dendrofilia – pentru copaci (pentru toți sau pentru o anumită specie);

podofilia – pentru picioare și/sau anumite părți ale acestor membre, de exemplu talpa;

lactofilia – pentru laptele uman și femeile în procesul alăptării;

pirofilia – către scene de incendii, privirea incendiilor;

pictofilia – la realizarea sau contemplarea unor imagini grafice pe ziduri, garduri sau alte spații amplasate în locuri publice;

naratofilia – ascultarea sau utilizarea limbajului obscen, indecent;

mecanofilia – atracția față de motociclete, mașini sau alte mijloace de transport;

sederodromofilia – spre călătorie cu trenul;
agalmatofilia – spre statui, păpuși, manechine;
abasiofilia – către persoane cu dizabilități motorii;
dacrofilia – pentru parteneri cu lacrimi în ochi;
cleptofilia – pentru actul de furt, hoție;
salirofilia – către perceperea unei imagini în care partenerul este prezent într-o imagine răvășită (cu haine murdare, rupte);
axilism – la utilizarea subrațului ca component de satisfacție;
emetofilia – când se produce eliminarea elementelor ingerate sau (la bărbați) când se contractează musculatura zonelor intime ale femeii;
pseudonecrofilia – în cazul simulării actului sexual cu un cadavru (pentru aceasta este necesară o răcire prealabilă a corpului cu un duș rece și poziționarea nemișcată a corpului partenerului);
nyotaimori – pentru situația când o fecioară servește drept platou (poziție nemișcată) pentru alimente sushi;
autostrangularea erotică – care provoacă o excitare în climax prin scăderea concentrației de oxigen în sânge;
agrexofilia – pentru actul sexual în public;
nimfomania (specifică doar femeilor) – întreținerea relațiilor sexuale cu un număr mare de bărbați, dar cu existența unei stări de permanentă insatisfacție sexuală.

Mai există câteva variante de **excitare** prin **urinarea** peste cineva; prin procesul de a face **clismă**; prin **discuții telefonice** sau dialogări **prin intermediul internetului**.

Așadar, deviațiile sexuale reprezintă o serie manifestări diverse ca formă și conținut, cu impact asupra sănătății psihice și somatice, cu un grad de acțiune imorală asupra mediului social.

Medicului care a depistat aceste deviații sexuale sau a fost informat de către alții despre acestea îi revine un rol de „pedagog” cu acțiune „subtilă”, indirectă deseori, prin realizarea unui act comportamental corespunzător cu informarea despre prejudiciile aduse vieții, sănătății (somatice și psihice) proprii și celor din jur (familie, colectiv, comunitate), despre modalitățile depășirii unor atare stări prin acțiuni de autoinformare, autoinstruire, psihoterapie, terapie medicamentoasă etc.

În cazul acestor afecțiuni, este necesar de a acționa profesionist, medicul realizând o competență dimensionată nu doar cu implicarea specialității sale medicale, ci și apelând la competențe de întreținere a unei conduite comportamentale eficace.

Pacientul trebuie informat, educat și tratat, fără a-i afecta demnitatea și onoarea personală, fără să-i fie provocate perturbări psihice prin exerciții de conștiință, prin accentuarea unor stări și reliefarea tranșantă a prejudiciilor cauzate. Cu atât mai mult cu cât prognoze pozitive imediate sau de durată medie în medicația complexă a acestor deviații nu au fost înregistrate.

2.5. Stări persistente de conflict

Indiferent de existența unei multitudini de definiții ale **conflictului**, este cert faptul că acesta reprezintă o stare de neînțelegere, contradicție, criză, tensiune, confruntarea între cel puțin două părți implicate. Cu toate că există manifestări de gradualitate diferită a conflictului, în tema noastră subiectul se focalizează pe conflictele interpersonale la nivel de familie, colectiv, comunitate. O importanță aparte o au conflictele interpersonale. Toate aceste varietăți de conflicte necesită să fie examinate prin prisma domeniului medical.

Conflictele care se atribuie zonei de interes a medicinei au aceeași schemă logică a consecutivității derulării lor, ca și în cazul conflictelor din alte domenii, de diferită intensitate sau gradualitate: dezacordul, tensiunea, confruntarea, escaladarea, de-escaladarea, rezolvarea.

Din punct de vedere al faptului medical, al activității directe ori conexe în medicină, conflictul reprezintă: 1) o stare tensionantă în acțiune, determinată prin nervozitate, stres, dezechilibru psihic, agresivitate, furie etc., însoțite de un prejudiciu evident adus sănătății individului, prin deteriorarea echilibrului psiho-somatic și a multiplelor urmări negative pentru întregul organism; 2) prezența dezechilibrului psiho-somatic la indivizii din preajma persoanei aflate în conflict, fiind și ei antrenați în această atmosferă și suportând urmările derulării conflictului; 3) acțiunile terapeutice ale medicului asupra persoanelor (pacienților) cu afecțiuni de bază și asociate, aflate în conflict persistent cu alte persoane (familie, vecini, colegi ș.a.) și utilizarea unei comunicări și a comportamentului eficient în vederea diminuării ori anihilării atât a urmărilor conflictului, cât și a conflictului propriu-zis.

În acest context, este necesar de subliniat faptul că toate acțiunile terapeutice întreprinse de medici sunt, concomitent, și comunicațional-comportamentale. Aceste acțiuni au o dublă semnificație: pe de o parte, acestea sunt o componentă firească, intrinsecă a actului medical, pe de

altă parte, se consumă o acțiune paralelă, suplimentară (realizată tot în spațiul medical), îndreptată spre depășirea conflictului.

Medicul purcede la acțiunile sale, îndreptate spre investigarea și rezolvarea stării de conflict, prin identificarea „focarului”, „generatorului” de conflict și a subiectului (temeiului) conflictului. Deseori, această etapă incipientă nu prezintă o problemă, deoarece generatorul conflictului și subiectul provocator este ușor de identificat. Mai dificil este a controla și stăvili procesul conflictului persistent. Situația se complică atunci când sunt antrenate persoane cu dereglări psihice, violente, consumatoare de alcool ori droguri, iresponsabile, cu comportamente deviante accentuate sau nocive.

Cele mai frecvente conflicte sunt înregistrate în cadrul familiei, pe locul doi – în relațiile cu colegii (în colectiv) ori cu vecinii, iar pe locul trei se clasează conflictele cu rudele mai îndepărtate și cu șefii de la serviciu.

Se pot distinge două situații ce pot genera conflictul: 1) diferențele de necesități, interese sau valori: 2) implicarea unor persoane cu dezabilități mintale, violente, alcoolici, narcomani, cu predispoziție criminogenă.

Subiecte de conflict (conflictuale)

Se știe că, după conținutul lor, conflictele pot fi constructive sau distructive, adică pot avea un final pozitiv sau negativ. Întotdeauna trebuie să ținem cont de faptul că conflictul constituie un fenomen social extrem de complex, în care determinantele ce duc la declanșarea imprevizibilă a sa sunt, de cele mai multe ori, imposibil de depistat. La baza conflictului pot fi diferite configurații valorice, de mentalitate, de experiențe, tradiții etc. Cunoașterea adevăratelor motive asigură un mai mare control asupra conflictului și oferă o mai mare probabilitate de a-l rezolva fără efecte nedorite ori chiar periculoase.

Pot fi identificate numeroase subiecte declanșatoare de conflict în colective, dar situația conflictuală este întreținută și poate chiar catalizată de către: o activitate prea intensă în colectiv, o competență profesională scăzută sau chiar lipsa acesteia, o competiție exagerată sau nesănătoasă, managementul defectuos, persistarea unui climat de neîncredere, interpretările eronate ale unor informații sau decizii, comunicarea proastă în colectiv și, ca urmare, prezența unui spirit de neîncredere reciprocă.

În cadrul familiei acestea pot fi: diferența în privința nivelului de educație, dezechilibrul nervos, neîncrederea între soți, iresponsabilitatea etc.

Motivațiile imediate ce provoacă conflictul sunt: neîndeplinirea sarcinilor atribuite (în colectiv sau familie), starea de ebrietate sau cea în urma consumului de droguri, sustragerea banilor sau a lucrurilor, comportamentul indecent, agresivitatea, indiferența, sfidarea unor interese ș.a.

În cazul motivațiilor psihiatrice sau de dezechilibru nervos, medicul acționează în direcția realizării unor consultații la specialiștii abilitați (psihiatri, neurologi, psihologi). În cazul identificării unor elemente criminogene, medicul va relata șefilor de secții, managerilor instituțiilor medico-sanitare sau poliției. Prezența stărilor persistente de conflict de alt gen (de altfel, cele mai numeroase) impune o necesitate de implicare directă a medicului prin oferirea unor soluții prin care se obține: 1) o posibilă cooperare în conflict (cu scopul menținerii unei statut corespunzător); 2) retragerea din conflict; 3) aplanarea implicării; 4) recurgerea la compromis; 5) atribuirea și implicarea unui mediator; 6) realizarea unor acțiuni radicale (deseori administrative sau din partea organelor abilitate).

Cei implicați într-un conflict au sau trebuie să aibă următoarele poziții comportamentale: 1) pasivă; 2) activă (care poate atinge cote până la agresivă); 3) permanent moderată; 4) pozitivă.

În procesul implicării pentru depășirea stării de conflict persistent se poate interveni cu **acțiuni transformatoare**: 1) de context; 2) structurale; 3) ale părților implicate; 4) ale problemelor; 5) ale stării de spirit sau sentimentale.

Cei implicați în conflict manifestă, de obicei, următoarele atitudini comportamentale: 1) competitivitate; 2) cooperare; 3) negociere; 4) evitare; 5) cedare.

Medicul poate consilia atât pacienții cât și pe colegii lor de breaslă (implicați în situații de conflict) oferind, în linii mari, următoarele recomandări:

- 1) să aplaneze confruntările în derulare sau potențiale;
- 2) să ia în calcul posibilitatea retragerii din conflict;
- 3) să recurgă la compromis;
- 4) să fie toleranți;

- 5) să manifeste răbdare în situațiile încordate, înfruntând emotivitatea și impulsivitatea;
- 6) să meargă la compromis, să fie cooperanți și să nu insiste pe victorie;
- 7) să evite confruntările;
- 8) să ignore mărunțișurile, subiectele neînsemnate, lucrurile negative din trecut;
- 9) să aibă așteptări conforme cu realitatea;
- 10) să cultive sentimentul de încredere reciprocă;
- 11) să recunoască propriile greșeli sau probleme;
- 12) să transforme conflictul posibilități constructive.

Aceste recomandări nu reprezintă inovații în actul de consiliere, consultanță, educație, informare etc., oferite de medic celor implicați în conflict, acestea constituind sfaturi milenare, specifice civilizațiilor pe tot parcursul istoriei. Soluțiile respective sunt fixate sub formă de aforisme, proverbe, statui înțelepte, precepte religioase ș.a. Însă sarcina medicului, în calitate sa de profesionist, constă în selectarea tacticoasă a momentului consilierii în expunerea soluției posibile sub o anumită manieră (convingătoare), în fixarea ideilor convingătoare referitor la pericolul multiplanic pentru sănătate ce produce stările persistente de conflict în familie, colectiv sau comunitate.

3. Comportamentul nociv pentru sănătate

3.1. Suprasolicitarea fizică

Este binecunoscut faptul că activitatea fizică este o componentă firească a vieții și sănătății omului, a funcționalității organismului. Activitatea fizică, ca componentă vitală indispensabilă, parametrii și modalitățile efortului fizic s-au fixat pe parcursul timpului în programul genetic uman și necesită o permanentă realizare. Activitatea fizică, dar fiind faptul că este o componentă a vieții umane, în mod firesc, necesită să fie studiată ca un subiect important al comunicării și comportamentului.

O activitate fizică exagerată sau insuficientă constituie nu doar o deviere în plan comportamental, ce reflectă o anumită manifestare socială, ci și în cel al stării de sănătate a persoanei, ai integrității sale psihosomatice. Specialiștii în materie de sănătate publică examinează dezechilibrul și, respectiv, deficiențele activității fizice în două aspecte: primul în acțiune de suprasolicitare și, al doilea, în stare de insuficiență a activității fizice. Ambele aduc prejudiciu vieții și sănătății omului.

Supraviețuirea include mai multe simptome ce caracterizează o stare de epuizare a organismului în urma unui efort fizic ce depășește limitele admisibile. Deseori, suprasolicitarea fizică poate duce și la epuizări nu doar fizice, ci și psihice. În astfel de cazuri, poate fi vorba despre suprasolicitare psihofizică. Actualitatea abordării suprasolicitării este evidentă în prezent, deoarece în anumite zone ale Terrei, inclusiv a noastră, deseori o mare parte a populației, în scopul obținerii unor venituri materiale suplimentare sau, pur și simplu, pentru a supraviețui, muncește fizic în exces, suportând drept consecință epuizare, surmenaj, probleme grave de sănătate.

Nocivitatea suprasolicitării fizice se examinează prin existența unor forme concrete ale acesteia:

1. Efectuarea intenționată a unor acțiuni fizice cu mult peste norma admisibilității (exerciții fizice făcute din exces până la extenuare, antrenamente, participări nepregătite profesionist pentru unele competiții sportive etc.). Uneori, aceste eforturi sunt rezultatul unor decizii de grup ale colegilor, cunoscuților sau ale sfaturilor prietenilor ori altor persoane cu influență. În unele cazuri, aceste acțiuni sunt urmări ale informării de pe calculator. Încetarea sau contracararea unor astfel de acțiuni poate fi relativ ușor realizată prin convingeri, informări suplimentare etc.

2. Realizarea unei activități de muncă cu mult peste măsura admisibilității (în cazul unor profesii ce presupun mari eforturi fizice neconcordate cu posibilitățile individuale ale organismului). În urma acestor eforturi, deseori de durată, survin afecțiuni ale membrilor, coloanei vertebrale, hernii, hemoragii ale vaselor fine, deplasări ale organelor interne, hipertensiune arterială ș.a., ce duc la apariția bolilor profesionale, majoritatea dintre care cu perspectivă de stări cronice. Suprasolicitarea fizică de acest gen constituie o mare problemă nu doar medicală, ci și socială, fiind o trăsătură a societăților slab dezvoltate, aflate în stadii de criză socială și economică.

3. Potențarea unor afecțiuni concomitente, în mare parte necunoscute, nepercepute de persoana ce îndeplinește mari eforturi fizice. Dia-pazonul acestor afecțiuni variată de la unele disfuncții psiho-somatice sau neurologice, până la cele de ordin psihiatric.

4. Eforturi fizice realizate în urma unor idei fixe, dominante psihice, convingeri maladive. Aici poate fi atribuit și, de exemplu, varianta așa-numitului fitness maladiv, când efortul fizic obținut prin așa gen de mișcări este de fapt un fenomen similar anorexiei.

Partea opusă suprasolicitării fizice, la fel de nocivă și periculoasă este hipodinamia, numită și sedentarism, lenevie fizică, imobilitate din cauza voinței. Această stare devenită persistență este însoțită de obezitate, diabet zaharat de tip 2, hipertensiune arterială, disfuncții ale sistemului gastric, neuro-vegetativ etc.

Medicul ce consultă astfel de pacienți trebuie să fie atent la stări precum:

- senzații de durere în mușchi, membre, încheieturi;
- dureri de cap, cefalee;
- contuzie, tulburări de memorie, scăderea capacității de concentrare;
- pierderea în greutate;
- disfuncții ale tractului digestiv;
- tulburări de somn;
- scăderea capacității de muncă;
- senzația de epuizare fizică ori/și psihică (a nu se confunda cu hipotiroidia).

De asemenea, medicul trebuie să-l îndrume pe pacient să evite această experiență nocivă, luând în considerație statutul său psiho-emoțional, posibilele efecte dezastruoase pentru viața și sănătatea sa. O comunicare oficianță poate avea efectul scontat pentru pacienți. În anumite cazuri aceștia ar trebui sfătuiți chiar să urmeze recomandările psihiatrilor ori psihoterapeuților.

3.2. Suprasolicitarea nervoasă

Noțiunea de suprasolicitare nervoasă are două sensuri: **primul** reprezintă acțiunile realizate de individ asupra sistemului nervos, deseori impuse de anumite circumstanțe, prin care se produc schimbări în funcționarea normală a acestuia; **al doilea** constituie starea ce rezultă din aceste acțiuni, determinată prin anumite disfuncții psio-neurologice somatice și comportamentale.

Suprasolicitarea nervoasă este un proces pe cât de evident, pe atât de complex, cu o multitudine de efecte negative manifestate la nivel psihic, somatic, locomotor, comportamental cu accentuate incidente asupra sănătății individuale și cu repercusiuni în privința eficacității muncii, relațiilor cu cei din jur.

Pentru un medic antrenat în actul terapeutic, care tratează un pacient și depistează stări specifice suprasolicitării nervoase, este important

să stabilească **cauzele** stării respective, pentru a putea oferi soluțiile corespunzătoare.

Așadar, suprasolicitarea nervoasă poate surveni în rezultatul:

- 1) realizării unui volum mare și intens de muncă intelectuală, deseori ca rezultat al unei autoimpuneri în situații de urgență;
- 2) stresului persistent, de durată;
- 3) surmenajului (psihic, fizic, intelectual);
- 4) unor afecțiuni neurologice, endocrine ori altele, deja prezente, și care impune persoana la anumite acțiuni intelectuale, stresante, ori de alt gen, iar în rezultat survine suprasolicitarea nervoasă;
- 5) influențelor unor factori fizici, informaționali din mediul ambiant și al modului de trai în general.

Reieșind din cele expuse mai sus, putem identifica o gamă largă de **agenți** implicați în declanșarea suprasolicitării sistemului nervos: insatisfacția de durată a unor necesități fiziologice, nereușite ori tradiții cu caracter profund, calamități, mișcări ori conflicte sociale, epidemii, perceperea unor agenți chimici (mediul ecologic), activitatea de muncă cu emotivitate sporită, poluarea sonoră, „bombardamentul” informațional, epuizarea prin utilizarea tehnicii moderne (telefonie mobilă, calculator, transport), micșorarea efortului fizic, emoții negative de durată ș.a.

Un „aport” considerabil în provocarea suprasolicitării nervoase îl are prezența **surmenajului** de durată, adică o stare patologică psiho-somatică când organismul nu s-a odihnit, relaxat corespunzător după un efect considerabil (fizic sau psihic).

Epuizarea profesională sau, cum i se mai spune, sindromul burn-out se impune tot mai mult în societatea contemporană. Nu sunt de neglijat și efectele negative ale examenelor, preponderent cele din instituțiile de învățământ, care, din an în an, devin tot mai complicate.

Un loc aparte în categoria comportamentului nociv pentru sănătate îl ocupă **prezența de durată a unor emoții negative** ce nu caracterizează în mod direct o tulburare de personalitate, dar au capacitatea de a eroda serios echilibrul psihic și cel somatic și evolua în patologii foarte serioase. Printre acestea se evidențiază furia (moderată), teama, frica, îngrijorarea, tristețea și bucuria excesivă. Într-un mare număr de publicații sunt expuse dovezi convingătoare referitoare la faptul că există o legătură între cazul de emoție negativă și afecțiunea unui organ concret al organismului: furie – ficat, teamă – rinichi, tristețe – plămâni, îngrijorare – splină, bucurie – inimă.

Aceste emoții pot degenera într-o stare periculoasă pentru sănătate, în cazul în care durează în timp. Examinarea acestor emoții, pentru a fi ulterior anihilate, se poate face în felul următor: 1) autoevaluarea sănătății psihice și stării emotive proprii; 2) observarea tendințelor negative în exprimarea emoțiilor de către membrii familiei sau/și colegi și semnalarea, atenționarea, îndrumarea persoanei în cauză ori a celor apropiați ei; 3) identificarea comportamentului caracterizat de emoții negative în cazul vizitelor la medic și măsurilor luate ulterior de către personalul medical în procesul actului curativ ori de supraveghere medicală a populației (de către medicul de familie). Specialiștii în medicină, în primul rând, trebuie să posede cunoștințele necesare de a identifica și coordona procesul educativ cu pacienții ce manifestă astfel de comportamente. Ulterior, medicul trebuie să treacă la acțiuni concrete și complexe, pentru a aduce la normalitate aceste emoții. Până la urmă, cunoștințele și acțiunile respective reprezintă o parte intrinsecă a profesiei de medic, menită să asigure integritatea fizică și psihică a organismului uman.

O altă amenințare serioasă pentru sănătatea organismului este **prezența stresului persistent**. Acest tip de stres poate fi exista și persevera în diferite medii: familial, de colectiv, comunitate locală, comunități culturale ori religioase atipice ș.a. În aceste cazuri, medicul, alături de pedagog, asistent social și alte persoane specializate, pot contribui la redresarea stării de sănătate a persoanelor cu astfel de probleme.

Anihilarea sau diminuarea stresului persistent are o mare importanță pentru sănătatea individului și pentru bunele relații (familiale, colegiale, comunitare) cu cei din jur. Stresul persistent poate provoca tulburări de personalitate, scăderea imunității organismului, soldate cu alte urmări grave pentru sănătate.

În cazul emoțiilor negative și stresului, manifestate om perioadă lungă de timp, medicul are timp suficient pentru a depista și trasa un plan de modificare a comportamentului păgubos.

Procesul unei influențe benefice asupra persoanelor cu probleme comportamentale se realizează prin întreținerea unui act comunicativ prin care specialistul se străduiește să-i explice pacientului efectele grave ce pot surveni nu doar pentru sine, ci și pentru cei apropiați.

Rolul de „**catalizant**” în apariția suprasolicitării nervoase pot fi: lipsa unui somn corespunzător, insuficiența odihnei, alimentația incorrectă, presiunea timpului, maladiile concomitente.

Suprasolicitarea nervoasă include, de obicei, trei stadii: 1) reacția de alertă a organismului (aici intervine etapa de șoc, apoi cea de contrașoc, când apar reacțiile de apărare); 2) starea de rezistență ce antrenează procese de autoreglare; 3) faza stării de epuizare, când procesul de adaptare cedează.

În pofida faptului că capacitatea de adaptare a organismului la efort este enormă, totuși, suprasolicitarea nervoasă prevalează cu mult asupra celei fizice. Cel mai mult sunt implicate aici sistemul nervos și cel endocrin. De obicei, procesul se derulează după schema cercului închis: suprasolicitarea provoacă disfuncțiile acestor sisteme, iar acestea, la rândul lor, „întrețin” suprasolicitarea o perioadă mare de timp. Ca rezultat, intervine oboseala cronică, tulburări de dispoziție, apatie sau extenuare emoțională, cefalee, tulburări (de somn, digestive, sexuale) ș.a. Așadar, se produce o erodare a resurselor de rezistență a organismului și apariția patologiilor: hipertensiune arterială, cardiopatii, afecțiunile respiratorii și ale tractului digestiv, dureri ale articulațiilor și musculaturii, nevroze și boli neuropsihice, dermatite și psoriazis.

Deosebit de importante sunt pentru pacienți măsurile de anihilare a urmărilor suprasolicitării nervoase oferite de către medici. De obicei, acestea includ: modificarea stilului de muncă; evitarea ori abandonarea unor activități; măsuri de controlare a emoțiilor; organizarea eficientă a activităților; posibile conformări cu starea de lucruri; educarea capacității de percepere a propriilor aptitudini ș.a. Acestea și alte măsuri vor contribui la întărirea sănătății și a capacităților vitale ale organismului, apelând la procedee comunicative și etice.

3.3. Fumatul și tabacismul

Alături de alcoolism și narcomanie, fumatul este una dintre cele mai mediatizate și discutate subiecte în societate. Controversatul obicei de a fuma este vechi de 300 de ani. La finele sec. XV, Cristofor Columb aduce tutunul din America. Această plantă se răspândește treptat în toată Europa, însă propagarea vertiginoasă a fumatului are loc după cel de-al doilea război mondial. Tot în această perioadă, se descoperă și se demonstrează tot mai evident efectele toxice ale tabacismului, mai ales asupra copiilor, adolescenților și femeilor. De la începutul anilor '60, se organizează campanii despre efectele negative ale consumului de tutun, începând cu Marea Britanie și SUA.

Fumatul este o acțiune de a aspira, inhala fumul obținut prin arderea tutunului din țigară sau pipă (lulea), cu scopul obținerii unor senzații sau/și a unor stări de comoditate psiho-fiziologică.

Există **fumatul activ**, realizat de persoana care fumează la propriu și **fumatul pasiv**, care presupune aspirarea fumului emanat în aer de alte persoane.

Fumatul este cunoscut încă în sec. VII e.n., la civilizația Maya de pe continentul american. Tutunul mai era folosit de incași și azteci. Din punct de vedere etimologic, **tutunul** sau **tabacul** provine de pe insula Tobago din arhipelagului Antilelor, iar substanța din tutun, **nicotina**, vine de la numele ambasadurului francez în Portugalia, Jean Nicot, care, la mijlocul secolului al XVI-lea recomandă fumatul ca medicament.

Esența fumatului constă în pătrunderea în organism a unor substanțe obținute din procesul arderii frunzelor de tutun. Cel mai important produs chimic, eliberat prin astfel de metodă, este nicotina, care creează dependență, numită tabacism. Fumul de țigară conține peste patru mii de compuși chimici, dintre care 300 sunt toxici, inclusiv 43 cu efect cancerigen. Renunțarea bruscă la fumat poate produce o stare de sevraj, ca și în cazul alcoolismului.

Referitor la practica fumatului, s-au constituit două grupuri de **teorii: teorii genetice și teorii ale învățării fumatului**. Reieșind din acestea, s-au determinat corespunzător două grupuri de **factori: genetici și comportamentali**.

Cauzele fumatului sunt **psihologice și biologice**. De obicei, debutul fumatului are o motivație psihologică (modă, imitarea altor persoane, curiozitate etc.). Aceeași motivație reprezintă un suport important în tratamentul tabacismului. De exemplu, eliminarea motivelor psihologice constituie un start sigur al tratamentului.

Fumatul are **consecințe** diverse și destul de periculoase: creează o stare de relaxare, scade pofta de mâncare, provoacă insomnie, crește frecvența respirațiilor, provoacă tusea, duce la bronșită cronică, determină riscul apariției cancerului pulmonar și cel buco-laringian, provoacă osteoporoza, provoacă miros neplăcut al cavității bucale, cade părul, scade imunitatea etc.

Efectele fumatului asupra organismului se manifestă la câteva niveluri: la nivelul întregului organism, la nivelul creierului și al sistemului nervos, la nivelul aparatului respirator și celui gastro-intestinal.

Destul de importantă este cunoașterea efectelor acestui viciu asupra anumitor categorii de populație: adolescenți, tineret, gravide, copii (în cazul fumatului pasiv) ș.a.

Dependența creată de nicotină evoluează treptat spre o stare dezas-truoasă a organismului. Dependența determinată de nicotină creează senzația de nesaturație, care duce la sporirea consumului, adică creș-tea numărului țigărilor fumate într-o zi.

Este necesar să cunoaștem care sunt **cele mai periculoase sub-stance** chimice întâlnite în tutun sau formate în rezultatul combustiei acestuia: monoxidul de carbon, amoniacul, cianura, acetona, acidul ace-tic, cadmiul, formaldehida, hidrazina, acidul stearic, hexamina, butanul, arsenicul, plumbul, poloniul, cromul, gudronul ș.a.

Dacă ne referim la **metodele de renunțare la fumat**, atunci este necesar de a adopta un comportament reieșind din trăsăturile proprii fie-cărui fumător: tipul personalității, statutul psihologic și temperamental, mediul social, colectivul, familia etc. Până a purcede la stabilirea și de-rularea procesului renunțării la fumat este necesar de a configura și exclude motivația fumatului. În continuare, este necesară respectarea ur-mătoarelor condiții: pregătirea mentală, identificarea unui grup de reper, substituirea activităților, obiceiurilor legate de fumat prin altele noi, crearea unor strategii pentru cazuri dificile și de eșec.

Este specific procesul **medicației** sau al **tratamentului** tabacismu-lui. Este de menționat faptul că fumatul poate fi abandonat pur și simplu prin puterea voinței. Dacă această modalitate nu este posibilă, se poate apela la medicamente:

grupul nicotinic:

- plasture cu nicotină;
- gumă de mestecat cu nicotină;
- tablete cu nicotină;
- inhalator cu nicotină;
- spray nazal cu nicotină;

grupul fără nicotină:

- buprapion;
- vareniclina;
- tabex.

Personalul medical de alte profiluri decât cel din domeniul psihia-triei sau narcologiei poate aplica cu succes metoda **consilierii** ca metodă de renunțare la fumat și tratament al tabacismului. În această privință, se

aplică: metoda consilierii individuale (têt-à-têt), consilierea la distanță (prin telefon sau internet). Ca metodă suplimentară consilierii se mai poate aplica psihoterapia individuală sau de grup, sugestia și hipnoza.

În cadrul **strategiilor de anihilare** a fumatului și tabacismului, sunt eficiente aplicarea unor scheme cognitiv-comportamentale și de constrângere, ridicare a prețurilor la țigări, utilizarea inscripțiilor de avertizare referitor la nocivitatea tutunului pe țigări, promovarea modului sănătos de viață etc.

Măsurile de prevenție includ:

- realizarea unei campanii informaționale la toate nivelurile și pentru toate categoriile sociale;
- promovarea modului sănătos de viață;
- organizarea unor forme speciale de comportament cu fumătorii;
- ținerea unor lecții referitoare la fumat.

Glosar

fumat – proces de inhalare a fumului de combustie al tutunului, pentru a obține efectele psihologice și biologice scontate și fixate;

tabacism – etapă a experienței fumatului, când se formează dependență constantă și consum exagerat de țigări,

fumat activ – fumatul propriu-zis;

fumat pasiv – inhalarea fumului de tutun de către cei din anturajul fumătorului;

sevraj tabacist – stare ce intervine la întreruperea fumatului, caracterizată prin anumite manifestări psiho-somatice.

3.4. Consumul excesiv de alcool

În prezent, subiectul consumului de alcool este abordat destul de frecvent – de la beneficiile unui pahar de vin după o zi de muncă, care are capacități antioxidante și de relaxare a sistemului nervos, până la efectele dezastruoase ale alcoolismului care se manifestă tot mai frecvent în rândul tinerilor.

În pofida faptului că există numeroase studii referitoare la diferite aspecte ale influenței alcoolului (biochimice, fiziologice, psihologice, psihiatrice, sociale ș.a.), totuși, nu s-a stabilit o delimitare clară între admisibil și exagerat, între sănătate și patologie. Altfel spus, în cazul consumului de alcool, nu se percepe, conștient sau involuntar, trecerea de la

fapt episodic la cel sistematic, de la sistematic la cel exagerat, de la exagerat la alcoolism cronic.

Alcoolul nu este decât o substanță chimică prezentă în mai multe produse naturale sau care poate fi sintetizată pe cale chimică sau produsă prin fermentarea unor fructe, legume, cereale. Consumat sistematic și în cantități mari (sau în forme concentrate) acesta devine pentru consumator un drog, creând dependență.

Alcoolismul este o dependență stabilă, cu consecințe destul de serioase manifestate multiplanic, extrem de dificil de tratat și care deseori duce la dereglarea serioasă, profundă a sănătății și degradarea socială a persoanei. Persoana categorisită drept alcoolică duce un mod de viață corespunzător în care treptat, prin intoxicare, își afectează o serie de organe interne. În același timp, aflându-se în stare de ebrietate, manifestă un comportament anormal (pasivitate, violență, agresivitate ș.a.) din care cauză suferă cei apropiați și comunitatea în care locuiește.

În istoria omenirii s-au acumulat numeroase date, tratate, opere literare ori religioase despre băuturile înveselitoare (alcoolice), consumul lor (moderat sau exagerat), beneficiile sau efectele sale nocive, stările pe care le provoacă, explicate chiar de persoanele le consumă etc.

Odată cu evoluția, băuturile, care, în vechime, se obțineau exclusiv prin fermentare naturală, sunt înlocuite cu o mulțime de varietăți obținute prin implicarea tehnologiilor și cu un grad înalt de concentrație. În paralel, s-a dezvoltat o anumită cultură a consumului de alcool, promovată insistent prin intermediul surselor de informare în masă.

Destul de periculos este și faptul că publicitatea produselor alcoolice prevalează asupra promovării publice a modului sănătos de viață. Faptul în cauză pune personalul medical în fața unor serioase provocări și necesită acțiuni imediate și continue, orientate spre protejarea vieții și sănătății oamenilor.

Excesul de alcool poate provoca maladii grave și chiar fatale: hepatită acută sau cronică, ciroză, cancer la ficat sau intestin, boli de inimă, gastrită, ulcer, hipertensiune, cefalee, ictus.

Nocivitatea alcoolului se manifestă prin: toleranță la alcool, efectul de abținere, consumul de durată și exagerat, consecințe negative evidente (psihice, somatice, comportamentale, sociale etc.).

Referitor la **geneza** sau **declanșarea** alcoolismului, s-au evidențiat câteva grupuri de **teorii** de bază. Din primul grup fac parte cele **genetice**, care concluzionează că de apariția alcoolismului sunt responsabile

anumite gene. Următorul grup se referă la teoriile ce au la bază **efectul de antistres** al alcoolului. Cel de-al treilea grup îl reprezintă teoriile referitoare la formarea deprinderii de a consuma alcool ca urmare a anturajului social.

Motivațiile curente, de moment ale consumului de alcool sunt iarăși diverse: capacitatea rapidă de a modifica sentimentele, starea de spirit; acțiuni asupra psihicului în caz de bucurie, tristețe, supărări, singurătate, stres, stimulare sexuală etc.; pentru a atinge o stare de relaxare, de testare a unor stări noi, din curiozitate, respectarea anumitor tradiții etc.

Majoritatea **factorilor de risc** în alcoolism se focalizează către mediul familial. Părinții joacă rolul central în formarea deprinderilor de a consuma alcool: sunt ei înșiși alcoolici, nu interzic sau chiar le propun copiilor sau adolescenților să consume produse alcoolice, le oferă educație necorespunzătoare, au comportament violent ș.a.

Simptomatice alcoolismului este, în general, comună cu dependența de droguri, însă are trăsături specifice: 1) prezența unei necesități persistente de a consuma băuturi alcoolice; 2) pierderea controlului în privința frecvenței și cantității alcoolului consumat; 3) existența sevrajului ce include acțiuni de reducere a simptomelor sale; 4) prezența unui mod de viață axat pe alcoolism; 5) performanțe profesionale slabe; 6) pierderea controlului în anumite situații și posibile acțiuni violente și delictive; 7) degradare comportamentală și a aspectului exterior etc.

Este necesar de știut că: 1) alcoolismul este o maladie cronică ce progresează, fiind stimulată de factorii genetici și sociali; 2) alcoolismul nu se moștenește, deoarece factorii genetici au doar o parte de contribuție; 3) În momentul de față, alcoolismul este incurabil – vindecările sunt doar episodice, iar dependența poate reveni în orice moment; 4) există medicamente și acțiuni psihologice ce sunt eficiente în stăvilirea dependenței de alcool; 5) o persoană care face abuz de alcool nu suferă neapărat de alcoolism; 6) există anumite categorii de populație cu prevalență a alcoolismului: preponderent bărbații cu vârsta între 18 și 40 ani; 7) există o mare problemă cu tratamentul alcoolicilor – aceștia nu vor s-o facă benevol, iar forțat nu este posibil, conform legii, excepție constituind doar situațiile legate cu acte de violență evidentă, adică atunci când prezintă pericol public.

Alcoolismul se caracterizează și prin anumite **semne** psihice și fizice. **Semnele psihice** includ: stări ce afectează dispoziția (teama, frustrarea, depresia); căutarea ocaziilor de a consuma băuturi alcoolice;

evenimente caracterizate printr-un mare grad de emotivitate (pierderi, decese, boli serioase, câștiguri consistente, divorțuri, euforie), când persoana găsește „consiliere” în consumul de alcool. **Semnele fizice** se manifestă prin mișcări necoordonate și pierderi de echilibru; tremur ale mâinilor; transpirații frecvente; greață; dureri acute de cap; disfuncții cardiace ș.a.

Dacă vorbim de **formele clinice** ale alcoolismului, cea mai potrivită și răspândită clasificare a acestui flagel a fost făcută de profesorul american Elvin Morton Jellinek:

- 1) **alfa** alcoolismul sau faza prealcoolică – durează de la câteva luni până la 1-3 ani, în care alcoolul este consumat cu anumite ocazii, episodic, ca mai apoi să fie consumat constant, fără să se ajungă la o dependență fizică;
- 2) **beta** alcoolismul – se manifestă, în linii generale, ca tipul alfa, însă apar și anumite complicații medicale de ordin digestiv și neurologic;
- 3) **gamma** alcoolismul – se caracterizează prin asocierea dependenței fizice și căpătarea formei de psihopatie, așa-numitul „alcoolism psihiatric” (pierderea controlului în privința consumului, neglijarea unor îndatoriri etc.) și apariția sevrajului între 3 și 7 zile;
- 4) **delta** alcoolismul – este asemănător cu gamma, doar că sevrajul survine timp de 20 ore, au loc intoxicații de durată, degradarea personalității până la psihoze și demență, iar dependența fizică și psihică este imposibil de înlăturat, inclusiv recuperările psihice și somatice;
- 5) **epsilon** alcoolismul – se consideră forma cea mai gravă a alcoolismului (dipsomania), când se produc accese de consum intens de alcool cu durata de 7–15 zile la rând, și se manifestă, în contextul patologiei bipolare, prin tulburări de personalitate, afecțiuni psihiatrice severe, epilepsie.

La tipurile menționate se mai pot asocia:

- beția patologică (gânduri delirante, halucinații, acțiuni violente, amnezie);
- delirium tremens sau delirul acut (febră, transpirație, deshidratare, delir, halucinații, agresivitate);
- psihoza Korsakov (confuzie, încetinirea reflexelor, atrofii musculare, paralizie, polinevrite, hiperestezii aglice);

- encefalopatia Wernicke (apare la alcoolicii cronici cu vârste cuprinse între 40 și 60 de ani, în urma unor traumatisme sau boli infecțioase).

Dacă vorbim despre **fazele** evoluării acțiunii **alcoolului**, acestea pot fi privite în două ipostaze: **prima** se referă la acțiunea alcoolului asupra organismului atunci când este consumat o singură dată, iar **a doua** – la consecutivitatea influenței consumului în exces, într-o perioadă de timp mai îndelungată până la formarea unei dependențe stabile cu toate consecințele nefaste pentru viață și sănătate.

Acțiunea consumului curent de alcool asupra organismului se manifestă în câteva faze:

- 1) faza excitantă sau euforică, în care consumatorul devine mobil și activ în relațiile cu cei din jur: sociabil, deschis, vesel, iar uneori, iritant și depresiv;
- 2) faza stării de ebrietate propriu-zise, când cel ce a consumat alcool relevă un comportament preponderent emoțional, judecată scăzută, pierderea controlului, exaltat, necoordonare motorie, dezorientare;
- 3) faza de somnolență sau stuporoasă, când se micșorează la maximum reflexele senzoriale, controlul sfincterian;
- 4) faza comei alcoolice, marcată de o stare de inconștiență, dispariția reflexelor, scăderea temperaturii și, în funcție de profunzimea acestei stări, moarte.

Acțiunea consumului de durată al alcoolului evoluează în felul următor:

- 1) **faza acțiunii (stării) pre-alcoolice**, când băuturile alcoolice sunt consumate ocazional, episodic, unele persoane experimentează acțiunea alcoolului pentru schimbarea dispoziției;
- 2) **faza debutului în alcoolism** se caracterizează printr-un consum regulat, fiind prezente și condițiile pentru apariția dependenței, deși persoana este capabilă de autocontrol în privința consumului, consumatorul manifestă un interes sporit pentru băuturi „tari”, dezvoltă amnezie;
- 3) **faza critică** este atunci când se instalează definitiv dependența, iar individul se caracterizează prin: pierderea controlului, distrugerea relațiilor cu cei din jur, autoizolare, agresivitate, tulburări de comportament, depresie, dereglări ale gândirii, neglijarea igienei și a aspectului fizic;

- 4) **faza cronică** care se manifestă prin: consumul permanent de alcool, dereglarea gândirii, tremurături, degradare socială și morală, psihoze alcoolice (beție patologică, delirium tremens, halucinoza alcoolică, gelozie obsesivă, sindromul Korsakov, encefalopatia Wernicke), sevraj, hipertensiune, deshidratare etc.

De obicei, aceste faze se comasează în trei:

- 1) faza începutului dependenței; 2) faza de mijloc a dependenței; 3) faza finală a dependenței.

Efectele negative ale alcoolului asupra stării de sănătate sunt prezente pe tot corpul, afectând toate organele: comportament irațional, agresiv; violență, certuri, depresii; îmbătrânire prematură, „nasul alcoolicului”; anemie, deficiențe funcționale ale inimii; rezistență redusă la infecții; pneumonii; afecțiuni ale ficatului; mâini tremurânde; amorteți; malnutriție; gastrite; ulcere, pancreatite, slăbiciuni; activitate sexuală scăzută, demență ș.a.

Problemele sociale se manifestă prin comportament degradant în: mediul social (relațiile cu cei din jur), în cadrul profesional, deficiențe financiare, deteriorarea relațiilor familiale, plasări în zone de conflict, criminogene etc.

Un component important al afecțiunii alcoolice asupra organismului, care aduce un „aport” important în devenirea stării de dependență alcoolică este **sevrajul**, care se manifestă la întreruperea consumului de alcool. **Sevrajul** este de patru **tipuri**: 1) minor (apare la 6-12 ore), care are următoarele semne: tremur, anxietate, grețuri, vome, insomnii; 2) major sau halucinogen (apare într-un interval de 10-72 ore), care este dominat de halucinații vizuale, auditive și tactile, frisoane; 3) convulsiv (apare la 6-48 ore), ce evoluează în delirium tremens; 4) delirium tremens (apare la 48-96 ore).

Cele mai evidente **simptome ale sevrajului** sunt: nervozitatea, iritabilitatea, anxietatea, transpirația, tremurul, greața, voma, durerile de cap.

Referitor la posibilitatea inițierii tratamentului antialcoolism, putem constata faptul că speranțe reale de reabilitare există doar în primele faze ale acestei grave afecțiuni.

Tratamentul se realizează în **trei etape**:

Prima este **detoxifierea** sau **dezalcoolizarea**, în care pacientul este supus unei acțiuni terapeutice timp de aproape 20 de zile. Cele mai dificile acțiuni sunt înlăturarea efectelor sevrajului, care sunt foarte periculoase și care pot duce la deces, dacă nu se acordă asistența necesară.

Este necesară reabilitarea funcțiilor ficatului, cordului, aparatului respirator ș.a.

A doua este **reabilitarea**, când pacientului i se acordă o asistență cu o dublă semnificație – acțiuni medicamentoase și, concomitent, de implementare al deprinderilor unui mod sănătos de viață.

A treia este așa-numita **menținere a sobrietății**, adică a echilibrului atins după tratamentul din al doilea stadiu. Menținerea stării de sănătate constituie, în fond, un tratament specific, preponderent de păstrare a echilibrului psihologic atins prin mai multe modalități. Aceste procedee trebuie reluate periodic pe tot parcursul vieții, dat fiind faptul că alcoolismul tratat poate da oricând recidive.

Pe parcursul tratamentului, este necesară, ca parte componentă a actului medical, o asistență sau consiliere psihologică. Această asistență trebuie accentuată și diversificată, pe măsură ce se trece la stadiul al treilea și, mai ales, pe parcursul acestuia. În multe cazuri, consilierea psihologică individuală precedează debutul primului stadiu. În funcție de caz, pe întreg parcursul tratamentului, se aplică, în diferite combinații, psihoterapia cognitiv-comportamentală (are rezultate eficiente și obținute în timp scurt), relaxarea, hipnoza, psihoterapia în grup („alcoolicii anonimi”) ș.a.

Eforturile depuse au un scop suprem – atitudinea stării de abstinență, adică renunțarea totală la consumul de alcool. Însă abstinerea trebuie să fie mereu întreținută prin acțiuni „de veghere” continue și profesionale.

Cei mai indicați profesioniști ce pot fi implicați în diagnosticarea și tratamentul alcoolismului sunt: medicul de familie, generalistul, pediatrul, psihiatrul, psihologul și asistentul social.

Cele mai accesibile măsuri de prevenire și combatere a alcoolismului sunt cele de informare populației și cele educative.

Glosar

abuz de alcool – consum repetat de diferite băuturi cu conținut de alcool care se poate transforma în recidivă, cu toate că consumatorul cunoaște ori chiar suferă consecințele sale negative.

dependență de alcool – o formă a consumului sistematic de alcool, în care se identifică cel puțin trei din șapte manifestări (toleranță la alcool, sindromul de abstinere, consumul pe o durată mare de timp, dorință mare de a consuma, procurarea cu orice preț a băuturii alcoolice,

prezența efectelor negative, dominarea consumului în pofida efectelor nocive) pe o durată de un an.

alcoholism – variante sau forme severe ale consumului exagerat de alcool, cu formarea unei dependențe stabile psihice și fizice de durată și prezența vădită a efectelor negative (de sănătate, profesionale, sociale, comportamentale), finalizând ca o boală progresivă, incurabilă.

stare de ebrietate – manifestare comportamental-psihologică și locomotorie, provocată de acțiunile alcoolului asupra sistemului nervos central, caracterizată prin dereglări de gândire, vorbire, gesturi, mers, orientare în timp și spațiu, dereglări fiziologice etc.

sevrăj – un sindrom al abstenenței, manifestat printr-o puternică suferință psihică și fizică (lipsă de dispoziție, nervozitate. Tremur al membrelor, dureri de cap, transpirație, vomă ș.a.). Această stare poate apărea chiar la două zile de la întreruperea consumului.

3.5. Alimentația dezechilibrată

Scopul suprem al medicinei, ca și cel al existenței umane, este de a asigura fiecărui membru al societății sănătate și o viață decentă. Acestea, pe lângă alte componente și factori ce ne influențează, pot fi asigurate printr-o alimentație corespunzătoare. În acest context, trebuie să remarcăm că **sănătatea** reprezintă o stare de deplină integritate a organismului și armonioasă cu mediul său biologic, fizic și social. Sunt patru factori care asigură persoanei umane o stare de sănătate durabilă: 1) factorul biologic; 2) factorul de mediu ambiant; 3) factorul de viață; 4) factorul de asistență medicală. Factorul de viață, pe lângă cel de muncă, activitatea fizică și absența unor deprinderi vicioase, presupune o **alimentație** corectă. Sănătatea și întreg echilibrul existențial al omului depinde în mod direct de hrana consumată.

Alimentația constituie un reper de bază al vieții și sănătății omului. Referitor la alimentație, este extrem de important nu doar ce alimente consumăm, dar și cum, când și cât mâncăm.

Astăzi, a devenit actuală noțiunea de „**comportament alimentar**”, care reprezintă un complex de atitudini și acțiuni referitoare la alimentație. Procesul alimentației presupune, în afară de consumul propriu-zis de alimente, un complex divers de componente biologice, psihologice, familiale, sociale, culturale și de mediu.

Alimentația este un proces de introducere în organismul omului a unor produse, naturale sau prelucrate, care îi asigură existența și vitalitatea cu anumite substanțe necesare ce le conțin.

Așadar, alimentația constă din însăși faptul, procesul consumului alimentelor și alimentele destinate consumului. Alegerea produselor de consum (mâncărilor) și modalitatea acestui consum (alimentări) formează **comportamentul alimentar**. Acest comportament poate fi anormal și patologic.

Alimentația sănătoasă (normală) presupune consumul alimentelor într-un mod rațional. Acesta presupune: 1) ca alimentele să aibă o compoziție complexă de substanțe nutritive; 2) consumul să fie rațional din punct de vedere energetic (caloric), luându-se în considerație vârsta, sexul, mediul ambiant, caracterul activității de muncă, starea fiziologică a organismului; 3) hrana să fie repartizată conform unui orar, regim; 4) hrana să fie preponderent alcătuită din produse proaspete, naturale, neprocesate ori prelucrate; 5) consum cumpătat; 6) să se respecte normele igienice, sanitare în pregătirea, servirea și consumul produselor.

Alimentația dezechilibrată este una nerațională, nesănătoasă, care aduce un prejudiciu enorm organismului și deteriorează funcționalitatea sa biologică și psihică. Aceasta dezvoltă afecțiunile cardiovasculare, digestive, hormonale, locomotorii ș.a. Cel mai frecvent, procesele patologice evoluează în obezitate, diabet, infarct și insult.

În schimbul unei alimentații dezechilibrate, trebuie să vină **alimentația curativă**. Aceasta trebuie: să asigure ameliorarea stării patologice a organismului; să regleze procesele vitale; să fie utilizată nu doar ca component curativ, ci și ca modalitate de prevenție a disfuncțiilor sau patologiilor; să fie eficientă și accesibilă.

Alimentul este introdus în organism (mâncat) în stare naturală sau prelucrată. Substanțele obținute în urma proceselor metabolice din organism asigură activitatea biologică, fizică, psihică și vitalitatea celulară.

Alt termen utilizat în tema de față este „**nutriția**”, care înseamnă alimentație, hrănire a organismului, inclusiv la nivel celular, cu substanțele necesare. Ca antiteză, organismul poate avea probleme de malnutriție (alimentare insuficiență). Factorii care stau la baza de nutriției se împart în trei categorii: 1) energetici (glucide sau hidrați de carbon, grăsimi sau lipide); 2) plastici (proteine); 3) biocatalitici (apă, minerale, enzime, vitamine).

După cum s-a menționat anterior, mâncarea, adică produsul alimentar destinat consumului, plus modalitatea sau felul în care se consumă, formează **comportamentul alimentar**. Din păcate, comportamentul alimentar normal este un obiectiv, pe care omul și-l pune toată viața,

dar care deseori nu este realizat, în timp ce comportamentul alimentar anormal, numit și patologic ori deficitar, este specific aproape permanent.

Factorii ce formează comportamentul alimentar pot fi de câteva tipuri: economici (capacitatea de a procura produse alimentare, în general, sau de o anumită categorie, în special); sociali (tradiții sau deprinderi la nivel macrosocial de a consuma anumite alimente și felul cum se consumă); psihologici (deprinderi individuale de a consuma, manifestate prin impunerea voinței sau nu, prin prezența unor deprinderi către anumite alimente sau cantitatea lor, prin formarea dependenței pentru un produs etc.); fiziologici (aceștia reprezintă „exigențele” organismului către alimente și actul mâncării, reieșind din starea de sănătate, vârstă, sex, temperament ș.a.).

Toți acești factori formează în comun normalitatea sau anormalitatea comportamentului alimentar. De aceea, este necesar ca medicul să încurajeze alimentația normală, sănătoasă, prin care se menține sănătatea și pot fi tratate ori prevenite diferite afecțiuni. De asemenea, în cazul unei alimentații deficitare, anormale, medicul trebuie să intervină pentru a contracara deprinderile negative care stimulează alimentația nesănătoasă.

Manifestările negative ale comportamentului alimentar trebuie să le cunoască toți specialiștii în medicină, deoarece anume acestea pot fi cauza sau stimulentele multor patologii.

Comportamentul alimentar anormal poate degenera într-o serie de tulburări grave și căpăta forme clinice specifice precum: anorexia, bulimia, ortorexia, pica sau consumul de substanțe nenuțitive, hiperfagia sau supraconsumul alimentar, excesele alimentare, fobiile alimentare ș.a. Acestea, la rândul lor, pot evolua în așa forme grave ca: malnutriția, obezitatea, hipertensiunea arterială, insultul, infarctul, tulburări ale tractului digestiv, diabetul, insuficiența hepatică, osteoporoza, infecțiile renale, atrofia musculară, depresia etc.

Este necesar de evidențiat încă un factor important – influența reciprocă, extrem de strânsă, dintre stres și comportamentul alimentar.

Gestionarea unei situații caracterizată prin prezența unor probleme cauzate de alimentația dezechilibrată este un deziderat al medicinei contemporane. Aplicarea unui comportament menit să asigure viața și sănătatea oamenilor, printr-o conduită alimentară reușită, constituie un obiectiv prioritar al civilizației.

3.6. Consumul de droguri

Conform definiției OMS, drogul este o substanță care, pătrunzând în organism, produce modificarea unor funcții.

În ceea ce privește comportamentul, **consumul de droguri**, în funcție de persoană, poate produce următoarele efecte (în etape): veselie, euforie, pierderea autocontrolului, emoții instabile, confuzii, stare de inconștiență.

Motivația sau cauzele **consumului de droguri** pot fi diverse. Unele circumstanțe nu au la bază neapărat poziția în societate, nivelul de cultură, de educație, starea materială etc.

În mod direct, la nivel de persoană, ca **motivație** pot servi: curiozitatea; plictiseala; teribilismul; prezența unui grup de presiune (gașca); diverse situații negative persistente în familie, grup, colectiv ș.a.; incapacitatea de integrare în societate.

Factorii etiologici ai drogajului sunt: 1) socio-culturali; 2) individuali; 3) de risc familial.

Conform criteriului admisibilității (regimului legalității), drogurile se clasifică în două categorii: 1) legale (alcoolul, tutunul, cofeina și, în funcție de țară, unele extrase din plante); 2) ilegale.

După modul acțiune, drogurile sunt împărțite în 1) stimulente ale sistemului nervos central; 2) depresive; 3) perturbatoare.

De asemenea, acestea clasificate după originea produsului, dependența generată, modul de administrare.

O clasificare mai desfășurată a produselor sau substanțelor incluse în categoria droguri arată în felul următor: 1) **opioacele** de origine naturală, semisintetice, sintetice, care au efect analgezic, euforizant, toxi-comanogen, antispastic (Opiul, Morfina, Heroina, Fortralul, Codeina ș.a.); 2) **stimulentele** (cocaina ș.a.); 3) **canabisul și derivatele sale** (câ-nepa, hașișul, marijuana ș.a.); 4) **sinteticele** (Ecstasy, Amfetamina și derivatele sale); 5) **halucinogenele** (LSD, STP, PCP); 6) **amfetaminele** (Amfetamine, Metamfetamine, Dextroamfetamine); 7) **sedative și somnifere** (Lexotanil, Nobrium, Adumbran etc.), **barbituricele, bromurile** ș.a.; 8) **inhalantele** (diluanti, solvenți, vopsele, acetonele etc.); 9) **droguri de petrecere** (Poppers, Fantasy, Liquid E. ș.a.); 10) **solvenți** (hidrocarburi aromatice sau alifactice).

Consumul de droguri poate fi numit și toxicomanie, caracterizat de OMS ca o incapacitate de abținere de la substanța toxică. Toxicomania are patru stări specifice: 1) dependența psihică; 2) toleranța; 3) dependența fizică; 4) psihotoxicitatea.

Droguri „specifice” sunt considerate cele din grupul de inhalanți. Este vorba despre diverși aerosoli, solvenți, unele varietăți de clei, benzina, eterul, acetona etc., care au miros specific, atrăgător și provoacă de senzații similare consumului de alcool, dar cu acțiuni mult mai distructive asupra organismului.

Tendința de bază de a consuma substanțe narcotice este ca persoana să se detașeze de lumea reală, pentru a se comuta într-o lume imaginară, alternativă, pe un timp mai scurt sau mai lung. Frecvența consumului este de fapt un scop de a prelungi această stare virtuală.

Dependența de droguri este una persistentă, dominantă asupra întregului organism. Ea poate fi concomitent psihologică și fizică, adică supune funcționalitatea psihosomatică în general.

OMS definește patru categorii de dependențe: 1) **dependența psihică**, care induce mereu dorința de a utiliza un anumit drog; 2) **dependența fizică, numită și adicție** – stare ce reprezintă o necesitate de administrare a drogurilor pentru a evita tulburările survenite în urma întreruperii consumului. Această stare se mai numește „sevrăj” ori „sindrom de abstenență”; 3) **toleranța** este o stare prin care efectul acțiunii narcotice scade și apare necesitatea de a mări doza în scopul atingerii efectului dorit; 4) **psihotoxicitatea** constituie un tip de comportament psihologic ca urmare a utilizării de durată și în doze mari a narcoticelor.

Fiecare substanță narcotică din grupurile menționate produce efecte cu manifestări, durată și intensitate diferite. Toate însă aduc un prejudiciu vădit sănătății și vieții individului.

Dependența de droguri se manifestă print-o serie de **semne comportamentale**: indiferență, pierderea interesului față de anumite activități, depresie, amnezie, anxietate, dificultate de concentrare, hipersensibilitate psihologică, schimbări de atitudine, diminuarea performanțelor, manie, iritabilitate, dezorientare ș.a.

Concomitent, sunt prezente și unele **semne fizice**: schimbarea preferințelor alimentare, pierderea sau creșterea greutateii corpului, lenevie, insomnie, puls neregulat, tremurături ale mâinilor sau capului, față palidă sau roșie, transpirații, palme umede și reci, coordonare slabă a mișcărilor, secreții nazale frecvente, ochi înroșiți și lăcrimoși, respirație și transpirație cu miros specific de substanțe, înțepături pe antebrațe sau picioare, ochelari de soare, haine încheiate la toți nasturii.

Consecințe directe pentru viața și sănătatea consumatorului de droguri: disfuncții hormonale, disfuncții metabolice, afecțiuni circulatorii

rii și respiratorii, insuficiență renală, afecțiuni psihiatrice, molipsirea de afecțiuni sexual-transmisibile (sifilis, SIDA, hepatită) sau tuberculoza, degradarea personalității, decesul.

Măsuri în privința abandonării drogajului: impunerea unei voine „de fier”, dezintoxicarea, psihoterapia, medicație specială, reabilitare complexă, aderarea la grupuri de interes, activități atrăgătoare ș.a.

Glosar

Noțiunea de „drog” a fost preluată din publicațiile anglo-saxone și are sensul de medicament. În același timp, definește produsele ce generează toxicomanie cu perspectivă de dependență și toleranță.

Drogajul reprezintă un abuz, o utilizare excesivă a drogului, fapt ce deviază de la practica medicală și are consecințe negative pentru sănătatea și viața individului.

Adicția este dependența față de consumul unor substanțe precum: alcoolul, tutunul, drogurile, inhalanții, medicamentele, jocurile sau activitățile „captivante”.

Sevrăjul sau sindromul de abinență este reacția organismului la întreruperea drogajului.

Dependența este o stare de necesitate de continuare a drogajului, caracterizată prin reacții psihice și somatice specifice.

Narcotice – substanță cu efecte stupefiante, deseori sinonim al drogurilor.

Narcoman – persoană dependentă de consumul de droguri.

Dezintoxicarea – acțiuni medicale de înlăturare a dependenței de droguri (narcotice) prin eliminarea toxinelor din organismul dependentului (narcomanului).

Reabilitare – măsuri medicale, psihologice, pedagogice și de alt gen aplicate în mod complex, cu scopul aducerii la normalitate a dependentului (narcomanului).

4. Comportamentul dezechilibrat privitor la consumul de medicamente

Medicamentul a însoțit actul terapeutic sau a fost administrat la liberă alegere de către om de la începuturile civilizației. În prezent, medicamentul ocupă un spațiu destul de mare în viața omului contemporan. Mai mult decât atât, fenomenul medicației domină societatea con-

temporană pe toate dimensiunile. Medicamentul, alături de alte produse, a devenit și un subiect de speculație, deseori plasat în cadrul unor controverse. În acest context, este necesar de a evidenția unele nuanțe în ceea ce privește administrarea medicamentelor.

Medicamentul este o substanță sau o îmbinare de substanțe, naturale ori sintetice, cu diferite forme (mixture, unguente, pastile ș.a.), ce poate produce efecte terapeutice asupra organismului și care este utilizat în scopuri diagnostice, profilactice și de tratament.

Medicamentul poate fi de proveniență vegetală, animală sau minerală. Începând cu sec. al XX-lea, sunt utilizate și substanțe pentru crearea medicamentelor.

Medicamentele pot fi **clasificate** în funcție de destinație, adică conform acțiunii acestora asupra funcționalității unor sisteme sau organe (în cazul afecțiunilor) cum ar fi: sistemul nervos, sistemul circulator, sistemul osteoarticular, aparatul respirator, aparatul cardiovascular, aparatul reproductiv, funcției hormonale, metabolismului, afecțiunilor: infecțioase, neoplazice, dermatologice, oftalmologice, stomatologice.

Căile de administrare sunt, de asemenea, diverse: oral, parenteral (injectabil), nazal, cutanat, conjunctival, vaginal, intrarectal, uretral.

Administrarea medicamentelor este realizată sub supravegherea medicului, în condiții spitalicești sau la domiciliu de către pacientul însuși.

În condițiile când pacientului i se încredințează, prin prescriere, consumul de medicamente ori le utilizează din proprie inițiativă se ajunge la **automedicație** – administrarea medicamentelor în scopul tratării simptomelor unor maladii sau realizării unui act terapeutic mai simplu.

În același timp, automedicația poate lua forme nedorite sau chiar periculoase când bolnavul se tratează din proprie inițiativă. În condițiile în care există un acces direct la majoritatea medicamentelor prezente pe piață, automedicația s-a transformat într-o tendință aproape globală.

Automedicația implică următoarele **riscuri**:

- 1) tratament incorect prin alegerea medicamentelor necorespunzătoare, dozelor nepotrivite, condițiilor de administrare etc.;
- 2) neconsiderarea interacțiunii cu alte medicamente sau alimente;
- 3) mascarea simptomelor și stabilirea incorectă sau târzie a diagnozei;
- 4) stabilirea dependenței medicamentoase;
- 5) ignorarea relațiilor medic-pacient și medic-farmacist.

În prezent, este utilizat și termenul de **psihologie a medicamentului**, care implică aspectele psihologice în ceea ce privește administrarea medicamentului și efectele sale asupra stării de sănătate. Aici se atribuie și efectul placebo.

Administrarea medicamentului poate avea două tipuri de **efecte**: efecte normale sau curative și efecte secundare (caracterizate prin reacții toxice, anafilactice, mutagene, citolitice etc.).

O importanță aparte în procesul de utilizare a medicamentului o are **aderența la tratament** și **neaderența**, două atitudini prin care se obțin sau nu efectele terapeutice scontate.

O problemă gravă este **administrarea greșită a medicamentelor**. Acest fapt include:

1) supradozarea sau nedozarea; 2) îmbinarea a două sau câteva medicamente cu aceleași efecte; 3) confundarea medicamentelor cu denumiri asemănătoare; 4) consumul a două sau mai multe medicamente, fapt ce potențează efectele secundare; 5) îmbinarea medicamentelor cu produse necorespunzătoare (de exemplu, cu alcool).

La administrarea medicamentelor este importantă examinarea excesului sau **abuzului**. Abuzul în consumul de medicamente este o deviere de la norma stabilită spre mărirea cantității și a frecvenței utilizării preparatelor.

Abuzul de medicamente are efectele negative atât asupra sănătății individuale, cât și manifestărilor în plan social.

Prejudiciile asupra sănătății sunt: intoxicații ale organismului; afecțiuni ale ficatului (hepatite, icter); gastrite; hemoragii cu diferite localizări; toleranță și dependență; osteoporoză; disfuncții endocrine; obezitate; anorexie; tulburări psihice ș.a.

În aspect comportamental și social, abuzul de medicamente prezintă manifestări negative în plan afectiv: apatie sau absență emoțională; inactivitate socială și profesională și comportament social neadecvat; psihoze, manii, agresivitate ș.a.

Este necesar de menționat că până și supradoza de vitamine poate avea efecte destul de grave. Cel mai frecvent utilizate preparate medicamentoase ce formează dependența sunt: analgezicele, deprimantele sistemului nervos central, stimulantele.

O altă mare problemă a medicației contemporane o constituie **dependența**, adică deprinderile de a consuma cu regularitate și în doze tot mai mari anumite medicamente. Acest fapt reprezintă o stare de intoxi-

cație cronică și are anumite similitudini cu narcomania și alcoolismul. Logica evoluării este practic aceeași, la fel și consecințele. Prin urmare, abuzul de medicamente duce deseori la dependență.

Semnele dependenței de medicamente sunt următoarele: prezența toleranței, simptomele sevrajului, lipsa controlului referitor la consumul de substanțe active, consecințe accentuate ale consumului exagerat ș.a.

Ca și în cazul dependenței narcotice și a celei alcoolice, dependența de medicamente se manifestă la nivel psihic și fizic. Factorii de risc ce pot contribui la formarea dependenței de substanțe medicamentoase sunt: 1) nivelul scăzut de cultură al persoanei; 2) publicitatea în exces a preparatelor farmaceutice; 3) accesibilitatea; 4) automedicația.

Pentru a preveni adicția, pacientul trebuie să urmeze sfaturile medicului, să evite automedicația de durată, să renunțe treptat la medicamentele cu durată mare de utilizare, să evite preparatele ce creează dependență.

Alt situație întâlnită frecvent în medicația contemporană este **evitarea** administrării preparatelor prescrise. Motivația poate fi determinată de anumite stări psihice (cel mai des anxietatea), anumite convingeri religioase ori de teama de a administra „otrăvuri” (adică de medicamente ca atare). De asemenea, unii oameni consideră că un mod sănătos de viață înseamnă excluderea în totalitate a medicamentelor și înlocuirea lor cu fructe, legume, cereale și alte alimente naturale, chiar și în cazuri de gripă, pneumonie, holeră etc. Există și cazuri rare când oamenii renunță conștient la medicamente și medicație, cu intenția de autodistrugere premeditată a propriei sănătăți și vieți.

Asemănătoare cu evitarea este **indiferența** față de medicamente. Această atitudine este determinată, în primul rând, de constituția psihică a persoanei, dar și de anumite afecțiuni ce pot genera un astfel de comportament. Depășirea indiferenței este mult mai dificilă decât tendinței de evitare.

O altă formă de manifestare dezechilibrată față de medicament este **repulsia**, adică dezgustul pentru produsul farmaceutic.

Repulsia față de medicamente poate avea următoarele **forme**:

1. **Repulsie fiziologică** – apare atunci când se formează reflexe de dezgust, prin intermediul receptorilor gustativi, olfactivi și uneori vizuali. Gustul, mirosul și imaginea unor substanțe în îmbinare cu anumite senzații, efecte, situații neplăcute ș.a. pot crea repulsie. Consumul forțat sau prin metoda convingerii provoacă, în unele situații, alergii sau șocuri asemănătoare celor anafilactice de natură psihogenă.

2. **Repulsie psihică** – o formă mai complicată și mai gravă a dezgustului față de medicamente. Este o manifestare constituită atât pe baza unor componente sau efecte ale repulsiei fiziologice, cât și ca urmare a unor convingeri de ordin social, științifico-popularizator, religios, cultural ș.a. De exemplu, acceptarea ideii că toate medicamentele sunt otrăvuri, că sunt toxice și aduc mai mult daună decât folos, că conțin alcool, sânge de animal etc.

Farmacofobia este teama de a folosi medicamente. Aceasta poate fi insuflată de către părinți încă din copilărie pentru a-i împiedica pe copii să administreze fără voie medicamente, respectiv pentru a-i proteja de posibile intoxicații. În unele cazuri, teama de a administra medicamente este determinată de frica față de posibilele efecte negative (disfuncții cardiace și respiratorii, alergii, impotență etc.).

În astfel de situații, medicul trebuie să manifeste un comportament corespunzător și să echilibreze atitudinea pacientului față de medicamente, astfel încât să optimizeze actul medical.

Efectul Placebo este unul dintre cele mai abordate subiecte în medicină, farmacologie, industria producătoare de medicamente, etica practică (medicală), societate.

Efectul Placebo înseamnă administrarea unui preparat inert (neutru), de ex. cretă, zahăr etc., prezentate ca fiind medicamente, cu scopul de a obține efecte somatice și psihice.

Termenul **placebo** provine de la verbul latin placeo/placere, care se traduce voi plăcea sau voi fi plăcut (agreabil). Sensul este de promisiune, adică așteptarea unui bolnav ca medicamentul să aibă o acțiune utilă, plăcută.

Până în prezent, încă nu sunt clare mecanismele psihologice ale efectului placebo, dar se știe că este bazat pe sugestie. Termenul placebo apare prima dată în 1785, în „Noul Dicționar Medical” al lui G. Motherby, însă a fost legiferat (adoptat) oficial în medicină în 1894. Cu toate acestea, prima referire științifică despre placebo a fost publicată în 1945.

Dacă vorbim despre **varietățile** efectului respectiv, acesta poate fi: placebo inert, dacă se referă la o substanță neutră sau neactivă din punct de vedere farmacologic; placebo activ, dacă se aplică medicament cu efecte farmacologice, dar fără atribuție la maladia în cauză.

Efectul placebo are următoarele **caracteristici generale**: 1) din punct de vedere farmacodinamic, substanța administrată este inertă (neutră); 2) efectul produs este simptomatic; 3) timpul de acțiune al efectului pro-

duș este scurt; 4) în comparație cu acțiunea substanței active, din punct de vedere farmacodinamic, efectul placebo este mai activ; 5) placebo produce o acțiune nespecifică.

Pentru producerea efectului placebo sunt necesari și câțiva **factori complementari**: 1) prezența bolnavului căruia i se administrează substanța placebo; 2) manifestarea unei boli propriu-zise care se dedă mai ușor la placebo; 3) existența unei relații de încredere reciprocă între medic și pacient; 4) forma vizuală a medicamentului (placebo) și modul în care este administrat; 5) procesul de internare propriu-zisă și condițiile din spital care să favorizeze efectul placebo.

În literatura de specialitate apare și efectul **nocebo**, invers celui placebo, numit și efectul pseudoplacebo. Acesta poate agrava și mai mult simptomatologia deja existentă. Situația în cauză poate avea mai multe determinante printre care neîncrederea în medic, insuccesul tratamentelor anterioare, cunoașterea faptului că în paralel se administrează și medicamentul placebo (în cazul experimentului) și nu cunoaște în ce grupă a nimerit etc.

Medicul trebuie să cunoască cum se manifestă efectul placebo și să acționeze ca atare, pentru a evita efectul nocebo. De acest fapt depinde sănătatea și calitatea vieții pacientului.

Bibliografie

1. *Dicționar de Filosofie și Bioetică* / T. Țirdea, P. Berlinschi, A. Eșanu, D. Nistoreanu, V. Ojovanu V. Chișinău: Medicina, 2004.
2. Spinei Angela. *Comunicare și comportament*. Chișinău: Medicina, 2005.
3. Miu Nicolae. *Științele comportamentului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
4. Fica Simona, Minea Liudmila. *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*. București: Editura Universitară „Carol Davila”, 2008.
5. Popa-Velea O. *Științele comportamentului uman. Aplicații în medicină*. București: Ed. Trei, 2010.
6. Guillemont A., Laxenaire M. *Anorexie mentale et boulimie. Le poids des facteurs socioculturels*. Ed. Masson, 1994.
7. Birkenbihl Vera F. *Semnălele corpului. Cum să înțelegem limbajul corporal*. București: Gemma Pres, 1999.
8. Dinu Mihai. *Comunicarea*. București: Editura științifică, 1999.

**COMUNICARE ȘI COMPORTAMENT ÎN MEDICINĂ
(CU ELEMENTE DE BIOETICĂ)**

Suport de curs

Coordonator:

Vitalie Ojovanu, doctor habilitat în filosofie,
conferențiar universitar

Dat la cules 2016

Formatul hârtiei A 4

Comanda

Bun pentru tipar2016

Coli editoriale

Tiraj: 300 ex.

Chișinău: CEP "Medicina", 2016