

Editura de Vest



ISBN 978-973-36-0696-3

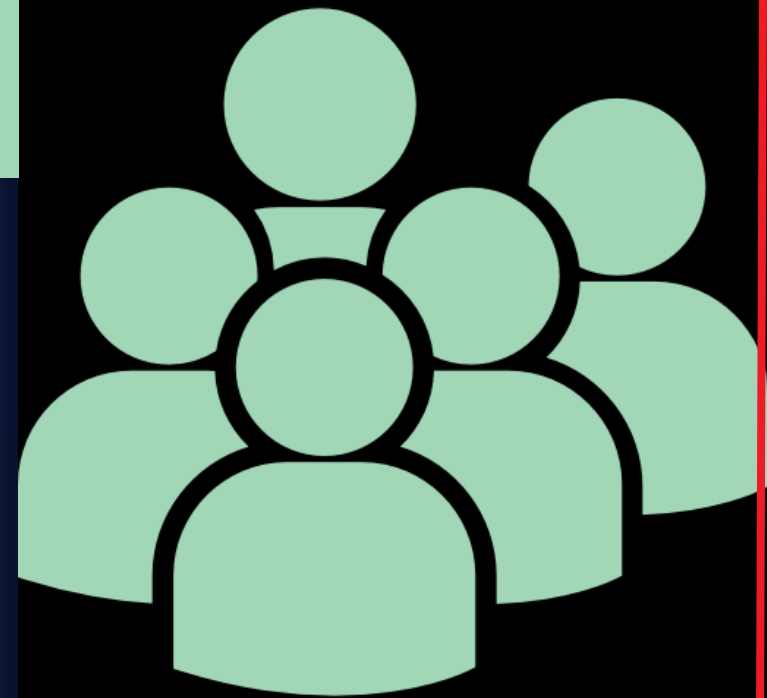
Asistența socio-medicală comunitară. Provocări și soluții pentru protecția socială și sănătatea comunitară

Coordonatori

Eugen Bucur
Venera Margareta Bucur

Asistența socio-medicală comunitară

Provocări și soluții pentru protecția
socială și sănătatea comunitară



Colecția Asistența Socială

EDITURA DE VEST

**ASISTENȚA SOCIO-MEDICALĂ
COMUNITARĂ – PROVOCĂRI ȘI
SOLUȚII PENTRU PROTECȚIA
SOCIALĂ ȘI SĂNĂTATEA
COMUNITARĂ**

*Volum al lucrărilor prezentate la
Conferința Internațională
de Asistență Socio-Medicală Comunitară*

Timișoara, 20-21 noiembrie 2015

**Coordonatori:
Venera Margareta Bucur
Eugen Bucur**

Coordonator colecție:

Prof. Univ. Dr. COSMIN GOIAN, Facultatea de Sociologie și Psihologie,
Departamentul de Asistență Socială, Universitatea de Vest din Timișoara

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

**ASISTENȚA SOCIO-MEDICALĂ COMUNITARĂ – PROVOCĂRI
ȘI SOLUȚII PENTRU PROTECȚIA SOCIALĂ ȘI SĂNĂTATEA
COMUNITARĂ / Coord.: Venera Margareta Bucur, Eugen Bucur**

Timișoara : Editura de Vest, 2016

ISBN 978-973-36-0696-3

364.26.26

© – 2016 – EDITURA DE VEST – TIMIȘOARA

P-ța Sf. Gheorghe nr. 1, ROMÂNIA

ISBN 978-973-36-0696-3

Redactor: Ion Ilin

Tehnoredactare: Loredana Marcela Trancă

**ASISTENȚA
SOCIO-MEDICALĂ
COMUNITARĂ – PROVOCĂRI
ȘI SOLUȚII PENTRU
PROTECȚIA SOCIALĂ ȘI
SĂNĂTATEA COMUNITARĂ**

*Volum al lucrărilor prezentate la
Conferința Internațională
de Asistență Socio-Medicală Comunitară*

Timișoara, 20-21 noiembrie 2015

**Coordonatori:
Venera Margareta Bucur
Eugen Bucur**



**Editura de Vest
Timișoara, 2016**

Lista autorilor

Aurel Bahnaru
Marcel Berceanu – Văduva
Otilia Sandală Bersan
Cristina Bredicean
Eugen Bucur
Venera Bucur
Geanina Bulat
Adriana Florentina Călăuz
Mădălina Cristanovici
Virgil-Titus Dan
Florentina David (Nae)
Ana Maria Drăghici
Ileana Enătescu
Virgil Enătescu
Virgil Radu Enătescu
Barbara Freytag-Leyer
Dinu Gabriel
Catalina Giurgi-Oncu
Marinela Hurmuz
Monica Ienciu
Eugen Jurca
Aurora Lupaș
Ioana Iulia Moldovan
Oana-Alexandra Morcan
Cristian Mornoș
Daniela Moșoiu
Ana Muntean
Flavius Nicoară
Bogdan Nistor
Mariana Adina Olteanu
Raluca Ioana Palici
Ion Papava
Horațiu Petrescu
Delia Marina Podea
Anca Popescu
Ion Călin Răuția
Radu Romoșan
Patricia Runcan
Kalliope Silberberg
Victor Silivestru
Melinda Szomoru
Loredana-Marcela Trancă
Mona Vintilă

Comitetul științific

- Barbara Freytag-Leyer, Prof. dr. oec. Troph., Department of Nutritional, Food and Consumer Sciences, Fulda University of Applied Sciences
- Martin Voracek, D.Sc., D.M.Sc., Ph.D., M.Sc., M.Phil., Faculty of Psychology University of Vienna
- Prof. univ. dr. Rodica Avram, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Doru Buzducea, Departamentul de Asistență Socială Universitatea din București
- Prof. univ. dr. Ștefan Cojocaru, Departamentul de Asistență Socială Universitatea “Alexandru Ioan Cuza” din Iași
- Prof. univ. dr. Marius Craina, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Alis Dema, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Victor Dumitrașcu, Președinte – CJASTM
- Prof. univ. dr. Lazăr Fulger, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Alin Gavreliuc, Facultatea de Sociologie și Psihologie Universitatea de Vest din Timișoara
- Prof. univ. dr. Cosmin Goian, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara
- Prof. univ. dr. Petru Matusz, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Ana Muntean, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara
- Prof. univ. dr. Angela Codruta Podariu, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara, Facultatea de Medicină Dentară, Director Departament 1
- Prof. univ. dr. Delia Marina Podea, County Emergency Clinical Hospital of Arad Psychiatry Department
- Prof. univ. dr. Emilian Popovici, Președinte – Societatea română de epidemiologie
- Prof. univ. dr. Marinela Popovici, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Ion Radu Prejbeanu, Președinte – Societatea Română de Ortopedie și Traumatologie
- Prof. univ. dr. Caius Solovan, Clinica de Dermatologie – Timișoara
- Prof. univ. dr. Ioan Sporea, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Prof. univ. dr. Mona Vintilă, Departamentul de Psihologie Universitatea de Vest din Timișoara
- Conf. univ. dr. Mărioara Boia, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Conf. univ. dr. Cristina Bratu, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Conf. univ. dr. Venera Bucur, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara
- Conf. univ. dr. Monica Ienciu, Universitatea de Medicină și Farmacie “Victor Babeș” – Timișoara
- Conf. univ. dr. Eugen Jurca, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara

Conf. univ. dr. Alexandru Neagoe, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara

Conf. univ. dr. George Neamțu, Universitatea "George Bacovia" din Bacău

Conf. univ. dr. Manuela Dora Orboi, Director Departamentul DPPD Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară – Timișoara

Conf. univ. dr. Cosmin Popescu, Decan – Facultatea de Agricultură Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară – Timișoara

Conf. univ. dr. Ramona Amina Popovici, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" – Timișoara, Facultatea de Medicină Dentară

Lect. univ. dr. Carmen Bărbat, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara

Lect. univ. dr. Cristina Bredicean, Șef lucrări Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" – Timișoara

Lect. asociat dr. Eugen Bucur, Centrul Social de Urgență pentru Persoane fără Adăpost cu Cantină Socială – Timișoara

Lect. asociat jr. Rodica Cojan, Director – Centrul Social de Urgență pentru Persoane fără Adăpost cu Cantină Socială – Timișoara

Lect. univ. dr. Gabi Dinu, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila" din București

Lect. univ. dr. Simona Farcaș, Șef lucrări, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" – Timișoara

Lect. univ. dr. Cristina Ioviță, Cadru Asociat Departamentului DPPD Universitatea de Științe Agronomice și Medicină Veterinară "Regele Mihai I al României" din Timișoara

Lect. univ. dr. Patricia Runcan, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara

Lect. univ. dr. Carmen Stanciu, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara

Asist. univ. dr. Cătălina Giurgi-Oncu, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" – Timișoara

Asist. univ. dr. Horațiu Petrescu, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" – Timișoara

Asist. univ. dr. Ion Călin Răuția, Universitatea Transilvania Brașov Facultatea de Medicină, Catedra de Ortopedie

Asist. univ. dr. Loredana Marcela Trancă, Departamentul de Asistență Socială Universitatea de Vest din Timișoara

Dr. Dan Crișan, Medic specialist ortopedie-traumatologie Clinica I – Timișoara

Dr. Cătălina Iancu, Medic specialist anatomo-patolog Spitalul Județean de Urgență Slobozia

Dr. Dragoș Izvernariu, Medic specialist anatomo-patolog Spitalul județean de urgență – Timișoara

Dr. Bogdan Nistor, Medic specialist ortoped Spitalul Monza – București

Dr. Florina Pârv, Medic primar cardiologie, Medic primar medicină internă, Clinica de Cardiologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu” – Timișoara, Asistent Universitar, Disciplina Cardiologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” – Timișoara

Dr. Victor Silivestru, Medic primar ortoped Spitalul Clinic "Sfânta Maria" – București

Sociolog Marian Matei, Centrul de resurse, programe și cercetări sociale – București

Cuprins

ANALIZA PERSPECTIVEI SOCIO-CULTURALE A INFIDELITĂȚII (Aurel Bahnaru, Patricia Runcan) / 9

ROLUL EDUCAȚIEI TIMPURII ÎN VIZIUNEA PĂRINȚILOR (Bersan Otilia Sandală) / 20

AUTOSTIGMATIZAREA ȘI STIMA DE SINE ÎN PATOLOGIA PSIHOTICĂ (Cristina Bredicean, Ion Papava, Catalina Giurgi-Oncu, Mădălina Cristanovici, Radu Romoșan, Anca Popescu, Marinela Hurmuz, Melinda Szomoru) / 29

EXPERIENCES AND METHODOLOGY IN LOCAL COMMUNITY PROJECTS AND RESEARCH (Barbara Freytag-Leyer) / 34

PATOLOGIA DEPRESIVĂ ȘI ANXIOASĂ ÎN PERIOADA CONCEDIULUI DE MATERNITATE (Geanina Bulat, Melinda Szomoru, Mădălina Cristanovici, Cristina Bredicean, Monica Ienciu) / 43

ÎNGRIJIRILE LA DOMICILIU ÎN MEDIUL RURAL (Adriana Florentina Călăuză, Flavius Nicoară) / 49

DIFERENȚE ALE STIMEI DE SINE ȘI DEPRESIEI ÎNTRE VÂRSTNICII INSTITUȚIONALIZAȚI ȘI CEI CARE TRĂIESC LA DOMICILIU (Adriana Florentina Călăuză, Flavius Nicoară) / 55

THE ROLE OF SUPERVISION FOR SOCIAL WORKERS AND CLERICS, IN THE DEVELOPMENT OF SOCIO-MEDICAL COMUNITARY CARE (Virgil-Titus Dan, Patricia Runcan) / 61

PREVALENȚA FATIGABILITĂȚII LA PACIENȚII ONCOLOGICI ȘI ROLUL EI ÎN REINSERȚIA SOCIO-PROFESIONALĂ (Florentina David (Nae), Horațiu Petrescu, Daniela Moșoiu, Venera Bucur, Dinu Gabriel, Ion Călin Răuția, Victor Silivestru, Marcel Berceanu - Văduva, Bogdan Nistor) / 67

VALIDAREA SCALEI PIPER MODIFICATE PENTRU ANALIZAREA FATIGABILITĂȚII PACIENȚILOR CU CANCER (Florentina David (Nae), Horațiu Petrescu, Daniela Moșoiu, Venera Bucur, Dinu Gabriel, Ion Călin Răuția, Victor Silivestru, Marcel Berceanu -Văduva, Bogdan Nistor) / 72

DIMENSIUNEA SPIRITUALĂ, COMPONENTĂ ESENȚIALĂ A RECUPERĂRII PSIHICE (Virgil Enătescu, Virgil Radu Enătescu) / 78

CARACTERISTICI SOCIO-DEMOGRAFICE ASOCIATE CU NIVELE CRESCUTE DE PSIHPATOLOGIE LA PACIENȚII INTERNAȚI CU BOALĂ ISCHEMICĂ CORONARIANĂ ACUTĂ (Virgil Radu Enătescu, Radu Romoșan, Ana Maria Drăghici, Ion Papavă, Ileana Enătescu, Cristian Mornoș) / 85

PSIHIATRIA COMUNITARĂ – ÎNTRE MIT ȘI REALITATE (Monica Ienciu, Cristina Bredicean, Catalina Giurgi-Oncu, Radu Romoșan) / 93

ALCOOLISMUL – ORIENTĂRI PSIHPATOLOGICE PENTRU LUCRĂTORII SOCIALI (Eugen Jurca) / 98

ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE (Aurora Lupaș) / 110

PERSPECTIVA PATOLOGIEI PSIHPATRICE ÎN MEDIUL TEOLOGIC (Moldovan Ioana Iulia, Olteanu Mariana Adina, Bredicean Cristina) / 116

PREVENIREA ABUZULUI ȘI A NEGLIJĂRII COPILULUI: PERSPECTIVA MEDICO-SOCIALĂ (Ana Muntean, Venera Bucur, Eugen Bucur) / 124

OSTEONECROZE POSTTRAUMATICE – STUDIU CLINIC ȘI EXPERIMENTAL (Horațiu Petrescu, Gabriel Dinu, Ion Călin Răuția, Victor Silivestru, Venera Bucur, Marcel Berceanu-Văduva, Bogdan Nistor) / 143

QUALITY OF LIFE IN MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (Delia Marina Podea, Raluca Ioana Palici) / 148

EVOLUȚIA NEOPLASMELOR MALIGNNE, ÎN JUD. TIMIȘ, PE SEXE ȘI MEDII DE PROVENIENȚĂ, ÎN PERIOADA 2011-2014 (Ioan Sas, Kalliope Silberberg) / 158

ASPECTE ETICE ÎN CONSILIEREA PERSOANELOR DEPENDENTE DE MUNCĂ ȘI A FAMILIILOR ACESTORA (Loredana-Marcela Trancă) / 164

INTERVENȚIA MULTIDISCIPLINARĂ ÎN CAZUL DEMENȚEI ALZHEIMER (Loredana-Marcela Trancă, Oana-Alexandra Morcan) / 172

THE NEED OF SOCIAL SUPPORT IN THE PROCESS OF MIGRATION (Mona Vintilă) / 187

ANALIZA PERSPECTIVEI SOCIO-CULTURALE A INFIDELITĂȚII

Aurel Bahnaru

Patricia Runcan

Cuvinte cheie: infidelitate, perspectivă socială, perspectivă culturală.

Abstract: Atât loialitatea cât și infidelitatea sunt cunoscute ca elemente psihosociale care definesc fundamental existența, echilibrul și homeostazia relației familiale sau de cuplu. Viața de familie a suferit transformări din punct de vedere psihologic și social, mai ales în secolul nostru, ca urmare a tranzitării de la absolutismul modernismului riguros – care se încheie cu căderea „Cortinei de Fier” – la relativismul filosofiei de viață a marketingul liberal, adus de melanjul socio-cultural postmodernist, care redefinește conceptul adevărului, esenței ontice precum și a întregii axiologii umane. În condițiile societății actuale, se pune tot mai mult întrebarea „CUM, DE CE și DACĂ” mai este necesară unitatea socială a familiei?!

De aceea cunoașterea modificărilor de ordin socio-psihologic (stilul de comunicare, încrederea sau infidelitatea, relația de cuplu, calitatea vieții intime și credințele/convingerile spirituale) care apar la persoanele dintr-un cuplu, sunt importante pentru a fi analizate atât din perspectiva literaturii de specialitate, cât și din perspectiva cercetării empirice. Lucrarea de față își propune să analizeze conceptual perspectiva socio-culturală a infidelității, prin abordarea cercetării bibliografice.

Introducere

În accepțiunea uzuală, infidelitatea, aventura este socotită ca o înșelare, o distanțare, rupere voluntară sau involuntară, de partenerul de mariaj, și o alipire temporară sau definitivă, de altă persoană. Cel mai frecvent se referă la o încălcare a unei așteptări de exclusivitate sexuală sau emoțională, o aventură, exprimată sau implicită, într-o relație intimă, afirmă Weeks, G.R., Gambescia, N., și Jenkins, R.E. (2003). Într-un demers serios al cercetării conceptuale, se ridică în mod firesc întrebarea dacă infidelitatea este cauza sau efectul lipsei de adaptare psihosocială, atât de necesar funcționării unei relații maritale. Este posibil ca pentru partenerul înșelat, trădarea încrederii de către celălalt să pară ca o cauză a disputelor, insatisfacției și nemulțumirilor apărute în relația de cuplu. Însă la o privire mai temeinică, se poate determina că este vorba de consecința, efectul unui complex de inadaptare la relația de cuplu. Infidelitatea apare de cele mai multe ori ca reacție de apărare, sau de căutare a unei „soluții compensatorii”, pentru o relație maritală nesatisfăcătoare sau disfuncțională. Adulterul unuia dintre soți sau al ambilor este un simptom cert al unui deficit interacțional marital, a cărui cauzalitate nu o constituie neapărat incompatibilitățile psihosomatice reale, dar, mai ales, erori relaționale,

determinate de o pluralitate de factori: psihologici, educaționali, interpersonal și socio-culturali. Această soluție compensatorie – la o relație maritală care nu aduce satisfacție și mulțumire deplină – se vede explicit în date statistice culese pe teritoriul Statelor Unite ale Americii. Astfel, în urma unor statistici realizate pe un eșantion semnificativ de cupluri căsătorite, „s-a constatat că după trei ani de căsătorie, 89% dintre bărbați și 90% dintre femei se declară deziluzionați, nefericiți sau foarte nefericiți. De aceea, tratarea eșecurilor maritale trebuie făcută cu multă răbdare.” (Gavra, 1998:188).

Infidelitatea mai înseamnă nerespectarea legilor monogamiei și ieșirea din sfera acestora. După Willets, Sprecher și Beck (2004), infidelitatea poate fi clasificată în diferite forme de relații extraconjugale/extradiadice. Aceste forme pot baleia de-a lungul unui continuum emoțional (variind de la o puternică dorință și angajare afectuală pentru actul sexual, până la puțină, sau nici un fel de emoție – și un continuum fizic (variind de la simple fantezii sexuale cu altcineva sau o activitate sexuală minoră, cum ar fi: sărutat, atingere non-sexuală, până la realizarea efectivă a actului sexual). Și dacă într-un fel sau altul există cercetări care susțin cu rezultate științifice procentajul raporturilor sexuale de natură fizică, la infidelitatea emoțională, nu se poate afirma cu siguranță că se cunoaște procentajul persoanelor care s-au angajat în relații sexuale extramaritale la acest nivel.

Concluzionând, se poate afirma că:

- infidelitatea fizică presupune acte cu conotații sexuale ce implică un contact sexual. Chiar și o privire, un anume mod de a vorbi sau de a asculta o atingere aparent nevinovată, pot constitui infidelitate în funcție de ceea ce se urmărește.
- infidelitatea psihică/emoțională este mai greu de delimitat, ea putându-se întinde pe mai multe planuri; poate fi reprezentată și prin cuvinte și declarații de iubire pentru altă persoană decât partenerul, ține de dragostea romantică, de timpul și atenția acordată unei persoane din afara unei relații.
- infidelitatea emoțională ca și infidelitatea fizică, poate provoca la fel de multă durere și suferință.

Perspectiva socială a infidelității

Studiile de cercetare conduse de Blumstein și Schwartz (1983); Wellings et al. (1994), revelează faptul că bărbații urmăresc obținerea actului sexual fără angajament emoțional, în timp ce femeile văd atașamentul emoțional ca și o prerechizită necesară actului sexual. De aici putem desprinde că femeile privesc infidelitatea sexuală ca o amenințare periculoasă a stabilității maritale,

și la un nivel superior decât o fac bărbații. De asemenea, motivul cel mai des întâlnit prin care femeile își justifică infidelitatea este afecțiunea și sentimentele romantice față de persoana cu care au fost prinse, pe când la bărbați, eminent este mai ușor de identificat autograti ficarea sexuală, fără prea mari implicații sentimentale.

Tipuri de aventuri. Deși fiecare aventură este unică pentru un anumit cuplu, deseori apar teme comune. Cele mai întâlnite tipuri de aventuri, potrivit Juliei Cole *apud* Stoichici Onelia-Nicoleta (2011), sunt:

- „Aventura „celui care deschide ușa”. Noua relație este ca o ușă deschisă spre o viață nouă. Uneori, partenerul înșelat este, la rândul lui, ușurat că relația s-a încheiat. Alteori, consideră că totul funcționa normal și este șocat de faptul că celălalt vrea să rupă relația.
- Aventura „scaunului cu trei picioare”. Este o aventură de lungă durată, cu implicații profunde asupra relației. Când povara unui cuplu devine prea mare, fie din cauza problemelor din afara cuplului (un copil are probleme cu poliția, boala unui părinte etc.) sau din interiorul său (dificultăți financiare, scandaluri frecvente), unul dintre parteneri poate căuta un sprijin din afară. Aventura acționează ca un al treilea picior al scaunului care se clatină, care echilibrează situația. De aceea, acest tip de aventură poate dura ani de zile.
- Aventura „răzbunării”. Deși este în general de scurtă durată, poate fi o problemă reală pentru un cuplu. Apare atunci când unul dintre parteneri se simte rănit și decide să își „pedepsească” partenerul în același mod în care a fost și el rănit.
- Aventura „observă-mă”. Este o aventură de scurtă durată, de o noapte, sau, se poate întâmpla chiar să nu implice sexul. Apare în relațiile în care partenerii nu reușesc să atragă atenția unul altuia. Este o amenințare emoțională, care poate fi utilizată pentru implicarea cuplului în rezolvarea unor probleme ignorate.
- Aventura „evitării”. De fapt, termenul se referă la aventuri repetate. Partenerul care are acest gen de aventură evită intimitatea cu celălalt și se teme să nu fie vulnerabil emoțional.
- Aventura „experimentală”. Este aventura cea mai legată de sex („a fost doar sex” – obișnuiesc să spună cei implicați) și are loc în cuplurile în care experiența sexuală este redusă, fie pentru că partenerii cuplului au făcut sex până atunci doar unul cu celălalt, fie au dificultăți de a discuta pe acest subiect”.

În ultimele două decade, în America de Nord și în special în Europa, au existat schimbări majore în natura și caracterul relațiilor. Tot mai puține persoane aleg să se căsătorească. Ratele de divorț sunt în creștere și tipurile de

familie se schimbă. De exemplu, foarte multe cupluri aleg să rămână fără copii sau cei care au copii aleg să nu se mai căsătorească. Căsătoria sub forma ei clasică, tradițională este tot mai mult înlocuită cu concubinajul, coabitarea sau alte forme de asociere diadică, ca o alternativă la aceasta. Oarecum, aceste transformări pot fi atribuite forței de muncă în schimbare, împreună cu noi seturi de valori și stiluri de viață care se dezvoltă prolific în era postmodernă în care trăim. (Jamieson, L., 2004).

Într-un studiu clasic a 16.000 de studenți din 53 de țări, 20% din relațiile pe termen lung au început atunci când unul sau ambii parteneri s-au implicat cu altcineva. Studiile arată că aproximativ 30-40% din relații în rândul celor necăsătoriți și 40-60% din căsătorii sunt marcate de cel puțin un incident de infidelitate sexuală (Conner, C.V., 2009). Bărbații sunt mai predispuși decât femeile să aibă o aventură sexuală, indiferent dacă acestea sunt sau nu într-o relație de căsătorie. Tot el afirmă că, „prin contrast, John Gottman în cei 35 de ani de cercetare pe căsătorie, a declarat că: numai 20% din divorțuri sunt cauzate de o infidelitate.” În Marea Britanie, 50 de avocați specializați în divorț au fost rugați să numească cele mai comune cauze ale dosarelor lor în anul 2003. Dintre cei care au aventuri extraconjugale citate, 55% au spus că a fost soțul cel care înșeală, în timp ce 45% au spus că a fost un soț înșelat de o soție. *Putem alinia aici și afirmația lui H. Wolcott (1999), care este de părere că infidelitatea este considerată cauza primară pentru divorț.*

Alfred Kinsey a constatat în 1950 prin studiile sale că 50% dintre bărbații americani și 26% dintre femei au făcut sex în afara căsătoriei.

Choi, K.H., Catania, J.A. și Dolcini, M.M. (1994) estimează că 26-50% dintre bărbați și 21-38% dintre femei au avut sex în afara căsătoriei.

Alți autori (Atkins, D.C., Baucom, D.H. și Jacobson, N.S., 2001) spun că între 20% și 25% americani au avut relații sexuale cu altcineva decât soțul lor. În Studiul „Sex Global” s-a găsit că 44% din adulții din toată lumea au avut o noapte de sex în afara căsătoriei, iar 22% au avut o aventură. Conform unui sondaj din 2004, în Statele Unite ale Americii, 16% dintre partenerii căsătoriți au făcut sex în afara căsătoriei, aproape de două ori mai mulți bărbați decât femeile, în timp ce 30% au fantezii despre sex în afara căsătoriei.

În fine, site-ul www.infidelityfacts.com prezintă câteva statistici revelatoare și mai recente, despre incidența infidelității asupra mariajului în Statele Unite:

- Căsătorii care se încheie cu divorț în America: 53%.
- „Căsătorii aranjate” (în cazul în care părinții aleg fiilor sau fiicelor soții), și care se termină în divorț: 3%.
- Căsătorii în care unul sau ambii soți recunosc actul infidelității, fizic sau emoțional: 41%.

- Bărbații care admit că ar fi comis infidelitatea, în orice relație ar fi avut-o: 57%.
- Procentul de femei care admit să comită infidelitatea în orice relație ar fi avut-o: 54%.
- Bărbați și femei care recunosc cel puțin o aventură cu un coleg de serviciu: 36%.
- Bărbați și femei care recunosc că au comis infidelitate în călătoriile de afaceri: 36%.
- Bărbați și femei care admit posibilitatea infidelității (emoționale sau fizice), cu un cumnat sau cumnată: 17%.
- Durata medie a unei aventuri extraconjugale: 2 ani.
- Procentul de căsătorii care rezistă unei aventuri descoperite sau mărturisite: 31%.
- Procentul de bărbați care spun că ar avea o aventură dacă ar ști că n-ar fi prins: 74%.
- Procentul de femei care spun că ar avea o aventură dacă ar ști că n-ar fi prinse: 68%.

În ceea ce privește înțelegerea acestui fenomen în realitatea românească, nu avem la dispoziție prea multe cercetări în această direcție, însă Popescu R. (2010), realizează un studiu intitulat „Profilul familiei românești contemporane”, în care evidențiază atât „profilul actual al familiei, cât și principalele tendințe în comportamentele nuptiale și reproductive din România modelul de familie dominant” cu toate implicațiile sale. Mai jos avem câteva date obținute în urma cercetării și care interferează cu demersul nostru: „Atitudinea generală față de căsătorie a fost analizată prin: percepția necesității căsătoriei și a calității relației, toleranța față de forme alternative la căsătorie – atitudinea față de coabitarea premaritală și nonmaritală, atitudinea față de părinții singuri (familiile monoparentale) și toleranța față de divorț. Deși majoritatea respondenților nu consideră căsătoria necesară, totuși, oamenii căsătoriți sunt priviți ca fiind mai fericiți. Acordul celor căsătoriți este chiar mai mare, confirmând, astfel, atașamentul pentru opțiunea pe care au făcut-o. Atitudinea față de coabitarea neoficializată este, mai degrabă, împărțită: aproximativ jumătate tolerează coabitarea premaritală sau nonmaritală. Cei căsătoriți acceptă mai puțin acest stil de viață, însă diferențele față de ansamblul populației nu sunt mari. Familiile monoparentale sunt slab acceptate. Toleranța față de divorț este în schimb foarte ridicată. Deși căsătoria nu este considerată necesară, ea este în continuare forma de familie valorizată pozitiv, prin care indivizii sunt mai fericiți, celelalte – coabitarea informală și în special familiile monoparentale – fiind mai slab tolerate. Cei căsătoriți întăresc opțiunea pe care și-au asumat-o, fiind ușor mai intoleranți, comparativ cu ansamblul populației, față de coabitare sau față de familiile monoparentale.

Divorțul este larg acceptat atât pe ansamblul populației, cât și de către cei căsătoriți. Cele mai importante motive pentru care partenerii din România vor să divorțeze sunt: violența, alcoolismul, infidelitatea și încetarea iubirii. Vioența este general acceptată ca motiv de divorț (aproximativ 80%), la diferențe destul de mari de alcoolism și infidelitate, care întrunesc aproximativ două treimi dintre mențiuni. Interesant este că, deși iubirea a fost menționată drept cea mai importantă condiție pentru o căsătorie fericită, absența ei nu determină o atitudine categorică, părerile fiind mai degrabă împărțite: 57% o consideră motiv de divorț, 43% nu. Infidelitatea este mai des menționată, considerându-se, probabil, că implică și lipsa iubirii.”

Cercetătorii socio-cognitivi cred că un mod mai precis de a preveni infidelitatea este monitorizarea socială a oricărei încălcări a încrederii. Ei susțin că persoana monitorizează acțiunile partenerului lor cu un potențial rival, prin evaluări primare și secundare (Harris, 2004). În cazul în care așteptările lor sunt încălcate la fiecare nivel de observare, vor adopta o acțiune corespunzătoare pentru a opri șansa de infidelitate (Cramer et al., 2008). Aceasta le permite să acționeze în consecință, înainte ca infidelitatea să apară.

Cercetările arată că un grup social îi va pedepsi pe înșelători prin deteriorarea reputației lor individuale (Fisher et al., 2009). Baza pentru această sugestie provine din faptul că oamenii au o capacitate de neegalat în a monitoriza relațiile sociale și pedepsi pe trișori, pe cei ce înșală, indiferent de context (Scheuring, 2010). Această pedeapsă vine în multe forme, una fiind bârfa socială a acțiunii prin deteriorarea prestației acestuia sau reputației sale. Această deteriorare va afecta viitoarele beneficii pe care o persoană le poate avea de la grup și indivizii săi. (Scheuring, 2010) Acest lucru va descuraja orice individ de la a înșela, în primul rând.

Un bun exemplu în acest sens, este dat în munca de teren efectuată de către Hirsch și colegii săi (2007). Ei au făcut cercetări observaționale pe influența reputației și contactarea de boli cu transmitere sexuală (BTS) de risc privind practicile sexuale ale sătenilor din Degollado, Mexic. Ceea ce au descoperit a fost că bârfa despre aventurile extraconjugale era deosebit de răspândită și devastatoare pentru reputație în acea regiune, deoarece locul cercetat a fost reprezentat de o comunitate mică, în care aproape toți se cunoșteau unul pe celălalt. În urma adulterului o persoană poate să fie renegată de familie, repudiată de societatea celor căsătoriți, poate pierde bani, locul de muncă sau prestigiul social, și de asemenea, își poate diminua potențialul de reproducere în viitor.

Bărbații care au aventuri extraconjugale ar trebui să fie extrem de plini de tact în a avea relații sexuale în zone unde femeile nu merg, cum ar fi în baruri sau bordeluri, și cu femeile care nu sunt conectate la comunitate (prostitute pasagere). Acestea sunt zonele cele mai riscante în care oamenii

pot să aibă relații sexuale, ceea ce face foarte probabilă contactarea și răspândirea HIV/SIDA prin aceste practici. Acest studiu arată influența pe care o are reputația asupra unui individ, într-o comunitate redusă, precum și faptul că oamenii din sat renunță la adulterul aducător de năpastă și boală, în schimbul sexului fizic în condiții de siguranță maritală. Cu alte cuvinte, ei apreciază reputația personală ca fiind un lucru dezirabil și care poate oferi o viață sănătoasă și echilibrată relațional, aducătoare de beneficii.

Perspectiva culturală a infidelității

Ceea ce constituie un act de infidelitate variază în cadrul culturilor și depinde de tipul de relație care există între oameni. Chiar și într-o relație deschisă, infidelitatea poate apărea în cazul în care un partener dintr-o relație acționează în afara limitelor de interes ale relației.

Deseori, diferențele de gen, atât în gelozie și infidelitate sunt atribuite unor factori culturali. Această variație rezultă din faptul că societățile diferă în modul în care acestea vizualizează aventurile extraconjugale și gelozia (Hupka et al., 1985). O examinare a geloziei întreprinsă în șapte națiuni, a relevat faptul că partenerul într-o relație servește ca sursă primară și exclusivă de satisfacție și atenție în toate culturile. Prin urmare, atunci când un individ simte gelozie față de altul, este o normalitate, un lucru obișnuit, deoarece acesta simte schimbul semnificativ de atenție și de satisfacție canalizat spre altcineva. De exemplu, în anumite culturi, dacă o persoană iese cu o altă persoană de sex opus, pot apărea sentimente de gelozie intensă, însă, în alte culturi, acest comportament este perfect acceptabil și nu pune pe nimeni prea mult pe gânduri (Hupka, 1985). De asemenea, Buss (2005) face afirmația că gelozia are trei funcțiuni majore prin care ajută, contribuie la prevenirea infidelității. Ele sunt:

- avertizarea unui individ de posibile amenințări la adresa unei relații de prim rang;
- poate fi activată de prezența unui posibil rival care ar putea fi dorit, dar și interesat de relație;
- gelozia poate funcționa ca un factor motivator care creează rezultate comportamentale pentru a descuraja abandonul și infidelitatea.

Este important să se înțeleagă cazul în care aceste variații culturale provin de la modul în care acestea s-au înrădăcinat în diferite percepții despre infidelitate. În timp ce multe culturi raportează infidelitatea ca fiind greșită, unele sunt mai tolerante cu un astfel de comportament. Aceste opinii sunt, în general, legate de natura liberală a societății. De exemplu, societatea daneză este privită ca fiind mai liberală decât multe alte culturi, și, ca atare, s-au corelat vederi liberale și pe probleme de infidelitate în interiorul și în afara căsătoriei (Blow și Hartnett, 2005).

În ceea ce privește diferențele culturale în modul în care infidelitatea este urmărită pe sexe, este de observat că femeile consideră infidelitatea emoțională mult mai stresantă, pe când bărbații consideră infidelitatea sexuală a fi mult mai stresantă.

O comparație între societățile moderne de azi, la chinezi și americani, a arătat că există o probabilitate mai mare de infidelitate sexuală în SUA decât în China. Diferența culturală este dată, cel mai probabil, de natura mai restrictivă a societății chineze, astfel, făcând din evitarea infidelității o preocupare mult mai proeminentă. În schimb în Statele Unite ale Americii, promiscuitatea sexuală este mult mai proeminentă, prin urmare, rezultă că societatea americană este mult mai preocupată și atrasă spre infidelitate decât societatea chineză (Geary et al., 1995).

Deseori, o religie predominantă poate influența cultura unui întreg popor. Chiar și în creștinism, în Statele Unite ale Americii, există discrepanțe cu privire la modul în care sunt văzute aventurile extraconjugale. Gradul de atașament față de religie, cum ar fi participarea regulată la biserică, reflectă diferențele de opinii în cadrul grupurilor catolice. Catolicii cu participare regulată la biserică văd infidelitatea și alte norme sociale, la un nivel mai conservator. În cele din urmă, s-a văzut că adulții care se asociau cu o religie (de orice denotație), au privit infidelitatea ca fiind mult mai rea decât cei care nu s-au afiliat nici unei religii. Cei care au participat la mai multe religii au fost mai conservatori în opiniile lor cu privire la infidelitate (Burdette et al., 2007). Deși infidelitatea nu este exclusivă la anumite grupuri de persoane, percepția poate fi influențată și de mulți alți factori. De fapt, persoanele care sunt bine educate, trăiesc în zone metropolitane, sau au opinii mai relaxate legate de sexul înainte de căsătorie, au de asemenea, o acceptare mai mare față de aventurile extraconjugale. Mai mult, într-o „cultură omogenă”, ca în Statele Unite ale Americii, un factor cum ar fi dimensiunea comunitară poate fi un predictor puternic față de modul în care este percepută infidelitatea. Comunitățile mai mari tind să aibă mai puțină grijă față de infidelitate, comparativ cu orașele mici care sunt mult mai interesate de astfel de probleme (Blow și Hartnett, 2005).

În cele din urmă, aceste variabile și diferențele sociale dictează atitudinea față de infidelitatea sexuală, care poate varia mult în funcție de cultură.

Bibliografie

- ABC News (2004) The American Sex Survey: A Peek Beneath the Sheets. p.26. <https://abcnews.go.com/images/Politics/959a1AmericanSexSurvey.pdf> (accesat la 04.01.2016).
- Atkins, D.C., Baucom, D.H. și Jacobson, N.S. (2001) Understanding Infidelity: Correlates in a National Random Sample. *Journal of Family Psychology*. 15, 4, pp. 735-749.
- Baker, R. (1996) *Sperm Wars, the Science of Sex*. New York: Basic Books.
- Blow, A. J., Hartnett, K. (2005) Infidelity in Committed Relationships II: A Substantive Review. *Journal of Marital & Family Therapy*. Washington, D.C.: American Association for Marriage and Family Therapy. 31 (2).
- Blumstein, P. și Schwartz, P. (1983) *American couples: money, work, sex*. New York: Morrow.
- Burdette, A.M., Ellison, C.G., Sherkat, D.E. și Gore, K.A. (2007) Are Their Religious Variations in Marital Infidelity. *Journal of Family Issues* 28.12: 1553–581.
- Buss, D.M., Larsen, R.J., Westen, D., Semmelroth, J. (1992) Sex Differences in Jealousy—Evolution, Physiology and Psychology. *Psychological Sciences*. 3: 251–255.
- Choi, K.H., Catania, J.A. și Dolcini, M.M. (1994) Extramarital sex and HIV risk behavior among U.S. adults: Results from the national AIDS behavioral survey. *American Journal of Public Health*, 84, 12, pp. 2003-2007.
- Ciccotti, S. (2009) *150 de experimente pentru cunoașterea sexului opus (psihologia feminină și cea masculină)*. Iași: Polirom.
- Stoichici, O.N. (2011) *Relațiile de Cuplu între Modern și Tradițional (teză de doctorat - rezumat)*. Universitatea București, 2011, p.28.
- Conner, C.V. (2009) *CHEATED? How To Make Sure What Goes Around Comes Around (Legally)*. USA: Vestri Books, Inc., 2009, p.161-162.
- Cramer, R.E., Lipinski, R.E., Meeter, J.D., Houska, J.A. (2008) Sex Differences in Subjective Distress to Unfaithfulness: Testing Competing Evolutionary and Violation of Infidelity Expectations Hypotheses. *Journal of Social Psychology* 148 (4): 389–405.
- Gatzeva, M., Paik, A. (2011) Emotional and physical satisfaction in noncohabiting, cohabiting and marital relationships: the importance of jealous conflict. *The Journal of Sex Research*. 48(1), 29–42.
- Fisher, M., Geher, G., Cox, A., Tran, U.S., Hoben, A., Arrabaca, A., Chaize, C., Deitrich, R., Voracek, M. (2009) Impact of Relational Proximity on Distress from Infidelity. *Evolutionary Psychology* 7 (4): 560–580.
- Gavra, S. (1998) *Armonia cuplului*. Timișoara: Editura Orizonturi Universitare.

- Geary, D. C., Rumsey, M., Thomas, C.B și Hoard, M.K. (1995) Sexual Jealousy as a Facultative Trait: Evidence from the Pattern of Sex Differences in Adults from China and the United States. *Ethology and Sociobiology*. 16: 355–83.
- Harris, C.R. (2002). Sexual and romantic jealousy in heterosexual and homosexual adults. *Psychological Science*. 13 (1): 7–12.
- Harris, C.R. (2004) (January/February). The Evolution of Jealousy. *American Scientist*. 92 (1): 62–71.
- Harris, C.R. (2005) Male and female jealousy, still more similar than different: Reply to Sagarin. *Personality and Social Psychology Review* 9 (1): 76–86.
- Hirsch, J. S., Meneses, S., Thompson, B., Negroni, M., Pelcastre, B., Rio, C. (2007) The inevitability of infidelity: Sexual reputation, social geographies, and marital HIV risk in rural Mexico. *The American Journal of Public Health* 97 (6): 986–996.
- <http://en.wikipedia.org/wiki/Infidelity>.
- Hupka, R. B., Buunk, B., Falus, G., Fulgosi, A., Ortega, E., Swain, R., Tarabrina, N. (1985) Romantic Jealousy and Romantic Envy: A Seven-Nation Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 16: 423–46.
- Jamieson, L. , Duncombe, J., Harrison, K., Allan, G. și Marsden, D. (2004) (*Eds Intimacy, negotiated non-monogamy and the limits of the couple. In.*), *The State of Affairs*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leleu, G. (2003) *Cum să fim fericiți în cuplu: Între fidelitate și infidelitate*. București: Editura Trei.
- Mitrofan, I., Mitrofan, N. (1994) *Elemente de psihologia cuplului*. București: Casa de Editură și Presă „Șansa”.
- Nannini, D., Meyers, L. (2000) Jealousy in sexual and emotional infidelity: an alternative to the evolutionary explanation. *The Journal of Sex Research*. 37(2): pp.117-122.
- Nuță, A. (2006) *Psihologia cuplului*. București: Editura Sper.
- Pease, A. și Pease, B. (2007) *El e cu minciuna, ea vorbește-ntruna*. București: Curtea Veche.
- Petroman, P. (2005) *Familia între realitate și vis: elemente de psihologia familiei*. Timișoara: Eurobit.
- Pittman, F. (1989) *Private Lies*. New York: W. W. Norton Co.
- Popescu, R. (2010) Profilul familiei românești contemporane - *Calitatea vieții*, XXI, nr. 1–2, *Revista de politici sociale*, 2010, p. 5–28. București: Institutul de Cercetare a Calității Vieții.
- Scheinkman, M. (2010) Disarming jealousy in couples relationships: a multidimensional approach. *Family Process*. 49(4).
- Scheuring, I. (2010) Coevolution of honest signaling and cooperative norms by cultural group selection. *Biosystems*. 101 (2): 79–87.

- <http://www.kinseyinstitute.org/research/ak-data.html>. *Data from Alfred Kinsey's Studies*. The Kinsey Institute.
- Turliuc, M. (2004) *Psihologia cuplului și a familiei*. Iași: Performantica.
- Weeks, G. R., Gambescia, N. și Jenkins, R.E. (2003) *Treating infidelity: Therapeutic dilemmas and effective strategies*. New York: W.W. Norton and Company. p. ix.
- Wiederman, M.W. (1997) Extramarital sex: prevalence and correlates in a national survey. *Journal of Sex Research*, 34, 2, pp. 167–175.
- Willettts, M.C., Sprecher, S. și Beck, F.D. (2004) Overview of sexual practices and attitudes within relational contexts. In J. H. Harvey, A. Wenzel și S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 57–85). Mahwah, N.J.:Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wolcott, I. și Hughes, J. (1999) [*Towards understanding the reasons for divorce*](#) (Working Paper No. 20). Melbourne: Australian Institute of Family Studies. 6.

ROLUL EDUCAȚIEI TIMPURII ÎN VIZIUNEA PĂRINȚILOR

Otilia Sanda Bersan

Cuvinte cheie: educație timpurie, familie, parteneriat educațional.

Abstract: *Influența familiei asupra educației timpurii a copilului se împletește mai mult sau mai puțin cu cea oferită din creșă și grădiniță. Cu timpul, influența educațională a instituțiilor de educație timpurie, formală, în special influența grădiniței crește în intensitate, până ce devine dominantă.*

Lucrarea își propune să demonstreze rolul parteneriatului educațional între familie și grădiniță și crearea condițiilor de bază pentru formarea personalității copiilor și integrarea lor în societate. În cadrul parteneriatului educațional dintre creșă/grădiniță și familie, elementul cel mai important este implicarea și participarea părinților la activitățile creșei/grădiniței. Lucrarea sondează opiniile părinților referitoare la identificarea rolului educației timpurii din grădiniță în viziunea părinților; depistarea rolului părinților în educația timpurie a copiilor de la naștere până la 6/7 ani; găsirea soluțiilor pentru o mai bună colaborare între familie și grădiniță; ilustrarea beneficiilor educației timpurii din grădiniță; conștientizarea faptului că dezvoltarea corespunzătoare a unui copil depinde de educația primită în familie și mai ales, de cea realizată în grădiniță.

Educația timpurie – concept și problematică

Prin *educație timpurie* se înțelege abordarea pedagogică (educativă) a copilului ce acoperă intervalul de viață de la naștere până la vârsta de 6/7 ani, momentul intrării copilului în școală și, totodată, momentul când se petrec importante transformări în dezvoltarea lui. În primele luni de viață, mai exact până la aproximativ 3 ani, educația copilului se realizează în cadrul familiei, sub îndrumarea părinților (de regulă, a mamei) și, uneori, sub îndrumarea unei alte persoane (bonă, bunică, rudă etc.). În unele cazuri, copilul este integrat într-o instituție (creșă) care-i asigură supravegherea și securitatea necesare creșterii și dezvoltării acestuia, în sensul strict al termenului, nefiind o prioritate și neintrând în atribuțiile și competențele personalului de la creșă.

Oportunitatea îngrijirii copilului mic (0-3 ani) în afara familiei, în cadrul unor servicii specializate și, prin urmare, trecerea de la îngrijirea privată, în familie, la cea în servicii publice denumite servicii de îngrijire și educație în afara familiei („out of family”) este rareori fructificată, majoritatea copiilor fiind educați în familie (*Curriculum pentru educație timpurie*).

Părinții sunt primii „profesori” ai unui copil, ei au rolul cel mai important în creșterea și dezvoltarea copiilor în această perioadă de vârstă, asigurându-le acestora pe lângă necesitățile materiale și un climat familial educativ, afectiv și moral.

În unele situații, familia consideră că este suficient să se ocupe doar de satisfacerea nevoilor primare (hrană, îmbrăcăminte, locuință, adică suport material pe care aceștia nu și-l pot oferi singuri), dând o mai mică importanță comunicării, sprijinului educativ, afectivității etc., aspecte foarte importante în creșterea și dezvoltarea copilului.

Odată cu intrarea în grădiniță, educația și formarea personalității copilului intră sub incidența unor servicii educaționale, într-un cadru formal, realizate de către persoane calificate și competente, în acest sens (profesori pentru învățământ preșcolar).

Designul cercetării

Studiul de față a avut ca *obiective*:

- circumscrierea rolului educației timpurii din creșă și grădiniță în formarea personalității copilului, în percepția părinților;
- relația dintre calitatea serviciilor educaționale oferite de grădiniță și impactul acestora asupra educației copilului;
- beneficiile în plan formativ, ale unei educații timpurii de calitate și, respectiv, dezavantajele copiilor care nu au frecventat grădinița;
- participarea părinților în realizarea educației timpurii a propriilor lor copii.

Pornind de la premisa că în cadrul parteneriatului educațional dintre familie și grădiniță (ca instituție specializată în educație timpurie), elementul cel mai important este implicarea și participarea părinților la activitățile educaționale desfășurate în grădiniță, am formulat următoarele ipoteze.

Ipoteze:

1. Părinții apreciază că educația timpurie (a copiilor între 0-3 ani) trebuie să se realizeze cu precădere în familie, creșa având rol secundar în acest sens.
2. În percepția părinților activitatea educațională desfășurată în grădiniță este de bună calitate, copiii lor beneficiind de aceasta, în vreme ce copiii care nu frecventează grădinița, sunt defavorizați.
3. Comunicarea și parteneriatul dintre familie și grădiniță contribuie la îmbunătățirea calității educației timpurii, având efecte pozitive asupra dezvoltării copiilor.

Instrumentul de cercetare și lotul de subiecți

Instrumentul de cercetare utilizat a fost chestionarul. La acesta au răspuns un număr de 60 de părinți, cu vârste cuprinse între 24 și 40 de ani, ai căror copii frecventează activitățile educaționale de la două grădinițe din Timișoara (grădinița PP 32 și grădinița PP 23) în anul școlar 2015-2016.

Analiza și interpretarea rezultatelor cercetării

Rezultatele obținute au evidențiat următoarele:

În primul rând, părinții consideră că educația timpurie cuprinde o serie de activități specifice care trebuie realizate, în mod continuu, de la nașterea copilului și până la intrarea lui în școală. Astfel, marea majoritate a părinților chestionați (96,66%) consideră necesitatea educării copilului (0-3 ani) ca o activitate continuă, care să includă îngrijirea, sprijinul și educarea acestuia, realizate în familie.

Itemul numărul 1:

Care este aria de cuprindere a educației timpurii, în viziunea dumneavoastră?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
Educație, îngrijire, sprijin de la naștere până la intrarea în școală	58	96,66	96,66	96,66
Educația timpurie vizează numai activitatea educativă din grădiniță	2	3,33	3,33	99,99
Total	60	100,0	100,0	

Tabelul 1. Aria de cuprindere a educației timpurii

De asemenea, părinții consideră că familia are un rol mai important (58,33%) în realizarea educației, decât creșa și grădinița (41,66%). Tabelul 2 ilustrează acest lucru:

Itemul 2:

Unde se realizează cu precădere educația timpurie?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
în mediul familial	35	58,33	58,33	58,33
în cadrul serviciilor specializate (creșă, grădiniță)	25	41,66	41,66	99,99
Total	60	99,99	99,99	

Tabelul 2. Locul unde se realizează educația timpurie

Așadar, ipoteza numărul 1 s-a confirmat, părinții apreciind că educația timpurie trebuie să se realizeze cu precădere în familie. Paradoxal, acest lucru poate fi explicat prin faptul că, pe de o parte, părinții circumscriu activitățile educaționale ca fiind cele de îngrijire, securitate, sprijin al copiilor și mai puțin

activitățile realizate într-un cadru formal, organizat și normativizat, precum cel oferit de grădiniță, iar, pe de altă parte, părinții nu au reprezentări și opinii clare despre natura serviciilor educaționale furnizate de instituția specializată, în acest sens – grădiniță. Acest fapt denotă o insuficientă colaborare între familie și grădiniță, aceasta din urmă fiind percepută ca un loc unde copiii sunt în siguranță, sunt supravegheați și li se asigură securitatea, atâta timp cât părinții sunt la serviciu.

Părinții apreciază calitatea serviciilor educaționale din grădiniță ca fiind bună și foarte bună (tabelul 3). Astfel, 83,33 % dintre părinți au apreciat activitățile educaționale din grădinița copiilor lor ca fiind foarte bune (40%) și bune (43,33%).

Itemul 3:

Cum apreciați calitatea serviciilor din creșă și grădiniță?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
calitate foarte bună	24	40,0	40,0	40,0
calitate bună	26	43,33	43,33	43,33
calitate satisfăcătoare	10	16,66	16,66	99,99
Total	60	100,0	100,0	

Tabelul 3. Calitatea serviciilor educaționale din grădiniță, în viziunea părinților

Dintre beneficiile, în plan formativ, ale unei educații timpurii de calitate, părinții opiniază că acestea sunt multiple și variate (tabelul 4), în vreme ce copiii care nu frecventează grădinița sunt dezavantajați (tabelul 5). Prin urmare, ipoteza 2 se confirmă. Este, de altfel, știut faptul că din ce în ce mai mulți părinți consideră că frecventarea grădiniței contribuie, în mod hotărâtor la dezvoltarea psihoindividuală și psihosocială a copiilor. Această opinie vine să confirme faptul că majoritatea părinților optează pentru frecventarea grădiniței de către proprii lor copii, uneori de la vârste mici, chiar sub 3 ani.

Itemul 4:

Ce beneficii considerați că au copiii care au o educație timpurie de calitate?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
acumulat multe cunoștințe	8	13,3	13,3	13,3
s-au integrat mai ușor în orice mediu	6	10,0	10,0	23,3
învață lucruri importante pentru vârsta lor	6	10,0	10,0	33,3
au o imagine pozitivă asupra propriei persoane	6	10,0	10,0	43,3
se relaționează foarte bine cu ceilalți	6	10,0	10,0	53,3
exprimă puncte de vedere personale	6	10,0	10,0	63,3
au un vocabular mai bogat	6	10,0	10,0	73,3
învață să respecte oamenii	8	13,3	13,3	86,7
își formează anumite abilitați și deprinderi igienice	8	13,3	13,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabelul 4. Beneficiile educației timpurii de calitate desfășurată în grădiniță

Itemul 5:

Ce dezavantaje considerați că au copiii care nu au beneficiat de o educație timpurie?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
copii sunt mai introverți	8	13,3	13,3	13,3
se integrează mai greu	8	13,3	13,3	26,7
au rezultate mai slabe în învățare	8	13,3	13,3	40,0
se dezvoltă mai greu emoțional, cognitiv	8	13,3	13,3	53,3
asimilează mai greu cunoștințe	10	16,7	16,7	70,0

riscul abandonului școlar este mai ridicat în rândul acestor copii	8	13,3	13,3	83,3
pot manifesta comportamente neadecvate	10	16,7	16,7	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabelul 5. Comunicarea părinte – copil privind activitățile educaționale din grădiniță

În sfârșit, comunicarea dintre familie și grădiniță și chiar realizarea unui parteneriat între cele două instituții cu rol educațional – formativ, reprezintă condiția necesară și obligatorie pentru dezvoltarea optimă a copilului.

Comunicarea se poate realiza atât indirect, prin intermediul copilului, cât și direct, prin implicarea părinților, alături de proprii copii, în activitatea educațională, inițiată și coordonată de profesorii pentru învățământ preșcolar.

Toți părinții declară că află de la copiii lor ce activități s-au realizat în grădiniță (tabelul 6). Este cunoscut faptul că părinții copiilor de până în 6 ani sunt interesați de propriul copil, de educația și dezvoltarea lui și, în acest sens, comunicarea și colaborarea cu grădinița sunt bune, realizate permanent, părinții răspunzând pozitiv solicitărilor profesorilor, în interesul și spre binele copiilor.

Itemul 6:

Vă întrebați zilnic copilul despre ce s-a întâmplat la creșă / grădiniță?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
Întotdeauna	48	80,0	80,0	80,0
de multe ori	8	13,33	13,33	93,33
rareori	4	6,66	6,66	6,66
Total	60	99,99	99,99	

Tabelul 6. Comunicarea părinte – copil privind activitățile educaționale din grădiniță

Itemul 7:

Ce considerați că ar trebui să facă grădinița pentru o educație timpurie potrivită copilului dvs.?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulat valid
să comunice mai mult cu familia	18	30,0	20,0	20,0
să realizeze activități comune părinți – copii	7	11,66	20,0	40,0
să se realizeze mai multe lectorate și activități de consiliere cu părinții	6	10	20,0	60,0
excursii împreună cu părinții	4	6,66	20,0	80,0
serbări în pregătirea cărora să participe și părinții	25	41,66	20,0	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabelul 7. Opinii ale părinților privind educația timpurie a copiilor

Printre propunerile și sugestiile făcute de părinți în privința optimizării educației timpurii (tabelul 7) se numără: pregătirea în comun a serbărilor, comunicarea permanentă cu grădinița, realizarea unor activități comune părinți – copii – profesori, lectorate cu părinții.

Deci, ipoteza 3 a fost confirmată, comunicarea și parteneriatul dintre familie și grădiniță conduce la îmbunătățirea calității educației timpurii, la optimizarea procesului de formare și dezvoltare a personalității copilului.

Părinții se declară dispuși să participe, împreună cu copiii lor, la activități educaționale organizate de grădiniță, precum cele de: joc, dezvoltare personală sau învățarea unei limbi străine (tabelul 8). Acest lucru consolidează parteneriatul familie – grădiniță și are efecte benefice asupra formării și dezvoltării personalității copilului.

Itemul 8:

Ce alte activități ați putea întreprinde dvs. în calitate de părinte alături de copil pentru o educație timpurie propice?

	Frecvență	Procentaj	Procent valid	Procent cumulativ
Învățarea împreună a unei limbi străine	16	26,7	26,7	26,7
Activități care să conțină mai multe jocuri educative	19	31,66	31,66	50,0
vizite în instituții care oferă programe educative	7	11,66	26,7	76,7
Activități de dezvoltare personală	18	30	23,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Tabelul 8. Activități comune părinți – copii – profesori pentru o educație timpurie propice

Concluzii

Părinții au o viziune corectă asupra educației timpurii realizate în familie și în grădiniță. Ei sunt interesați de calitatea serviciilor educaționale oferite de grădiniță și consideră că o comunicare mai bună, realizată permanent, cu grădinița ar contribui la optimizarea procesului educațional.

Rolul grădiniței este hotărâtor în educația copiilor mici, în formarea personalității lor, iar educația de calitate trebuie să-i includă și pe părinți, ca parteneri, interesați în realizarea procesului educațional în concordanță cu aspirațiile lor.

Constituirea unui parteneriat educațional între familie și grădiniță poate contribui, în mod hotărâtor, la dezvoltarea educațională a copilului. Acest parteneriat aduce avantaje atât pentru părinți cât și pentru profesori.

Astfel, părinții vor învăța:

- mai multe lucruri despre creșterea, educarea, dezvoltarea propriului copil, de la persoane calificate și competente în domeniu (profesorii);
- să realizeze activități, împreună cu copiii și profesorii, care au un impact pozitiv asupra dezvoltării copiilor;
- să conștientizeze faptul că socializarea și participarea la unele activități au efecte benefice asupra dezvoltării personalității copiilor;

Pe de altă parte, profesorii vor avea posibilitatea:

- să observe pledoaria părinților pentru „cauza” propriului copil;
- să constate contribuția părinților la educarea copilului, interesul, gradul de implicare, opiniile și sugestiile acestora;
- să afle lucruri interesante, semnificative, referitoare la modul și climatul familial în care trăiește copilul, activitățile educaționale (nonformale și informale) realizate în familie, modalități preferate ale familiei de petrecere a timpului liber, hobby-uri, activități casnice etc., toate acestea contribuind la dezvoltarea copilului.

Bibliografie

- Glava, A., Pocol M., Tătaru L., L., (coord.), (2009), *Educația timpurie : ghid metodic pentru aplicarea curriculumului preșcolar*, Editura Paralela 45, Pitești
- Păun E., Iucu R., (coord.), (2002), *Educația Preșcolară în România*, Polirom, Iași
- Ministerul Educației Naționale, (2008), *Curriculum pentru învățământul prescolar*
- Ministerul Educației Naționale, (2008), *Curriculum pentru educația timpurie a copiilor cu vârsta cuprinsă între naștere și 6/7 ani.*

AUTOSTIGMATIZAREA ȘI STIMA DE SINE ÎN PATOLOGIA PSIHOTICĂ

Cristina Bredicean
Ion Papava
Catalina Giurgi-Oncu
Mădălina Cristanovici
Radu Romoșan
Anca Popescu
Marinela Hurmuz
Melinda Szomoru

Cuvinte cheie: auto-stigmatizarea, psihoza, stima de sine.

Abstract: Auto-stigmatizarea care apare în patologia psihotică reprezintă procesul prin care persoana bolnavă asimilează la nivel cognitiv și emoțional stereotipurile și ipotezele sociale legate de boala psihică și ajunge să le aplice propriei persoane, așteptându-se să fie respinsă de către alte persoane. Există mai multe procese care sunt responsabile pentru prezența procesului de auto-stigmatizare: atitudinile/convingerile disfuncționale, stima de sine și trăsături de personalitate.

Scopul acestei lucrări este de a evalua rolul pe care îl are stima de sine în dezvoltarea auto-stigmei la subiecți cu patologie psihotică.

Material și metodă: În cursul anului 2015 au fost evaluați un lot de subiecți (N=40) care au prezentat patologie psihotică, fiind selecționați pe baza unor criterii de includere/excludere. S-au analizat parametrii: socio-demografici (chestionar), auto-stigmatizarea (Scala de evaluare a auto-stigmatizării în boala psihică) și stima de sine (Scala Rosenberg de evaluare a stimei de sine).

Rezultate: stima de sine este scăzută la toți subiecții cu mențiunea că 32,5% dintre subiecți prezintă o stimă de sine foarte scăzută. De asemenea se observă o corelație între stima de sine scăzută și patologia psihotică de model schizofren. Scorurile obținute la chestionarul de autostigmatizare arată valori scăzute care se corelează cu o creștere a autostigmatizării.

Concluzii: stima de sine este scăzută în patologia psihotică și se corelează cu o creștere a capacității de autostigmatizare. Aceste aspecte influențează în mod nefavorabil evoluția psihozei și implicit calitatea vieții și funcționarea globală a acestor subiecți.

Introducere

Psihoza este un termen pentru care lumea în general folosește cuvântul „nebulie”, în psihiatrie el asociindu-se cu un calificativ care poate preciza evoluția (acută sau cronică), etiologia (organică sau nu) sau natura

(schizofrenică, depresivă sau maniacală). Eforturile teoreticienilor s-au concentrat asupra găsirii unor criterii clare, distinctive, pentru fiecare tip de psihoză existând numeroase definiții pentru acest concept. În prezent se acceptă ideea că psihoza constă din apariția ideilor delirante, a fenomenelor de transparență-influență, a halucinațiilor și pierderea contactului cu realitatea.

Stigma este definită ca o marcă a unei persoane față de alte persoane fiind considerată „diferită” în societatea în care trăim. Termenul de „diferit” face referire în general la imigranți, homosexuali, persoane cu diverse dizabilități fizice și psihice. E. Goffman a descris trei tipuri de stigmă: asociată cu probleme fizice (membre lipsă, desfigurări faciale, extreme de înălțime sau greutate), slăbiciuni sau defecte de caracter (include și tulburările psihice), precum și apartenența la grupuri sociale diferite (grup etnic, religios sau rasial). (1)

Auto-stigmatizarea cu privire la tulburarea psihică reprezintă procesul prin care persoana bolnavă asimilează la nivel cognitiv și emoțional stereotipurile și ipotezele sociale legate de boala psihică și ajunge să le aplice propriei persoane, așteptându-se la respingere din partea celorlalți membri ai societății. (2) Procesul de autostigmatizare se formează în mai multe etape: conștientizarea stigmei, acceptarea stigmei, internalizarea și consecințele acceptării, cum ar fi diminuarea stimei de sine și scăderea funcționării globale a persoanei. (3)

În această lucrare am încercat să analizăm prezența auto-stigmei la subiecți care prezintă patologie psihotică și evidențierea unor corelații între auto-stigmă și stimă de sine.

Material și metodă

Studiul realizat a fost unul de tip transversal efectuat pe un număr de 38 de subiecți care au prezentat un episod de psihoză conform criteriilor ICD 10. Având în vedere numărul redus de subiecți, nu s-a aplicat metodologie statistică pentru selecționarea lor, ci s-au folosit criteriile de includere/excludere.

Criteriile de includere au fost reprezentate de:

- subiecți cu următoarele diagnostice stabilite conform criteriilor ICD 10: Schizofrenie paranoidă (F20.0), Tulburare schizo-afectivă (F25), Tulburare delirantă persistentă (F22), Tulburare bipolară (F31);
- vârsta între 18-50 ani;
- durata minimă de evoluție a patologiei psihotice de minim 5 ani;
- subiecții să se afle în dispensarizare psihiatrică;
- subiecții să fie de acord să participe în studiu (să semneze un consimțământ).

Criteriile de excludere au fost reprezentate de:

- prezența elementelor psihotice determinate de consumul de substanțe sau de o patologie organică;
- epilepsie;
- retard mintal.

Au fost colectate date socio-demografice pe baza unui chestionar și s-a aplicat o scală de evaluare a auto-stigmei (scala ISMI) și una de evaluare a stimei de sine (Scala Rosenberg). Parametrii analizați au fost:

- socio-demografici: gen, vârstă debut, istoric familial, mediul de proveniență;
- diagnostic clinic debut;
- funcționare globală: nivel instructiv, statut familial;
- stima de sine: scala Rosenberg;
- autostigma: scala ISMI.

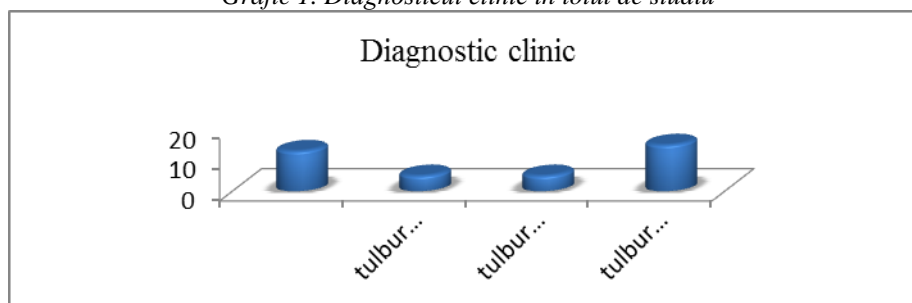
Rezultate

Datele socio-demografice arată următoarele: lotul a fost format din 38 de subiecți (21 bărbați, 17 femei) cu o vârstă medie de debut de 44,9 ani, majoritatea provenind din mediul urban (73%).

În ceea ce privește nivelul instructiv am observat că majoritatea (42%) au absolvit liceul, iar ca situație familială remarcăm că majoritatea (36%) nu au în prezent o relație.

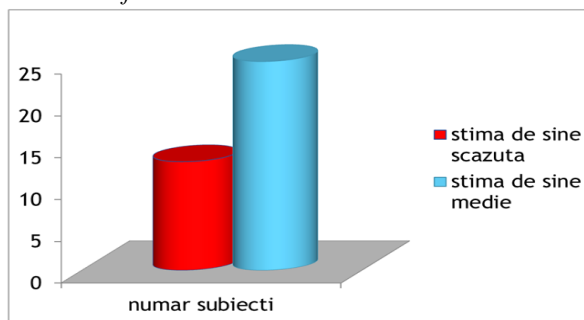
În lotul de studiu au fost introduși subiecți care poartă un diagnostic de psihoză și care au o evoluție de minim 5 ani, majoritatea purtând un diagnostic de tulburare afectivă bipolară. (grafic1)

Grafic 1. Diagnosticul clinic în lotul de studiu



Pentru evaluarea stimei de sine s-a utilizat scala Rosenberg care cuprinde 10 întrebări, fiecare întrebare având un punctaj între 1-4. Rezultatele se interpretează după cum urmează: 10-16 puncte – stima de sine scăzută; 17-33 puncte – stimă de sine medie; 34-40 puncte – stimă de sine adecvată. Rezultatele obținute arată că majoritatea subiecților au o stimă de sine medie. (graficul 2)

Grafic 2. Stima de sine în lotul de studiu

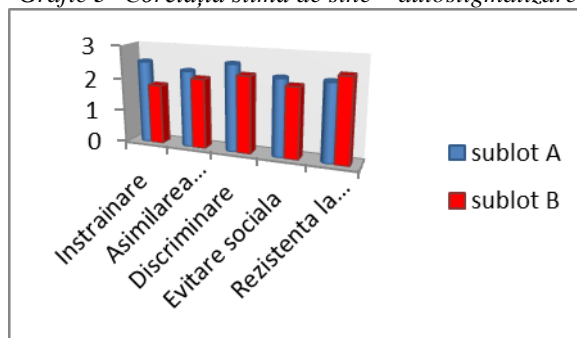


Evaluarea auto-stigmatizării a utilizat scala ISMI care cuprinde 29 itemi, fiecare item având o cotare între 1-4 puncte. Din ea se desprind 5 subscale: înstrăinare, asimilarea stereotipiilor, discriminare, retragere socială și rezistență la stigmă. Rezultatele obținute au arătat valori medii la toate subscalele.

Din perspectiva clinică importantă este corelația autostigmatizare – stimă de sine, deoarece la acest nivel se poate interveni psihoterapeutic, și practic putem preveni tot ceea ce derivă din acest raport. Lotul de studiu a fost împărțit în două subloturi, în funcție de stima de sine: subplot A – cuprinde subiecții cu o stimă de sine scăzută (N=13) și subplotul B – care cuprinde subiecții cu stimă de sine medie (N=25).

Corelațiile dintre stima de sine și auto-stigmatizare arată date similare cu cele din literatura internațională, în sensul că, cu cât stima de sine este mai scăzută, cu atât scorurile sunt mai ridicate la autostigmatizare, mai exact la cele patru subscale, iar subscale de rezistență la stigmă arată valori mai scăzute. Rezultatele sunt prezentate în graficul 3.

Grafic 3- Corelația stimă de sine – autostigmatizare



Concluzii

Rezultatele obținute ne arată că există o corelație indirectă între stima de sine și auto-stigmă la subiecții care prezintă un diagnostic de psihoză, fiind

necesare programe de intervenție psihoterapeutică cu scopul creșterii stimei de sine.

Bibliografie

Casanave, C.P., (2008) The stigmatizing effect of Goffman's stigma label: a response to John Flowerdew. *Journal of English for Academic Purposes*, Vol.7, No. 4: 264-267.

Corrigan, P.W., Jonathone, L.N., Rusch N. (2009) Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 8(2): 75–81.

Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J., Sells, E.M. (2007) Self-Stigma in People with Mental Illness, *Schizophr. Bull.*, Vol. 33, No. 6:1312-1318.

EXPERIENCES AND METHODOLOGY IN LOCAL COMMUNITY PROJECTS AND RESEARCH

Prof. Dr. oec. troph. Barbara Freytag-Leyer

Introduction

In local communities different situations exist and require community adapted projects for special purposes. Following various examples will be presented: CHANCE - an EU-project, three local research projects for household services and at last a student project on an university - as an example for a closed community.

CHANCE - Community Health Management to Enhance Behaviour

This project was founded by the Lifelong learning programme Grundtvig 2007 – 2009 (1). The general aim was health promotion and health information in the neighbourhood. Partner in this project were Fulda University of Applied Sciences in Germany (Coordinator), Liverpool John Moores University in Great Britain, Latvia University of Agriculture in Latvia, University of Vienna and Technical University of Vienna in Austria, Universitatea De Vest Din Timisoara in Romania, Uppsala Universitet in Sweden and several stekholder organisations and associations in all countries. CHANCE describes new pathways to enhance and support people in the long term to be well-informed and to take responsibility for their own health.

CHANCE shows how people in different European cities and communities live, perceive information with regard to health and process it. The inhabitants of the communities were motivated to participate actively in the improvement of local interventions with regard to consumer education in health. The community approach aims to reach socially, culturally or economically disadvantaged groups such as elderly people, migrants and single parents.

The specific **aims** were:

- to compare different health information systems of the participating European countries
- to analyse the communities` structure
- to analyse health knowledge and perception of health messages, resources and needs of households, esp. elderly, migrants and families with children
- to initiate local networks
- to implement specific community-related offers
- to develop guidelines for Community Health Management.

Different **methods** were used:

- analysis of national, regional and local health information systems
- qualitative research (interviews / group discussions)
- quantitative research (questionnaires)
- initiation of local networks and specific community-related offers
- development of guidelines and website with podcasts for stakeholders in communities as specific materials.

The following communities took centre stage: Dumbravita near Timisoara in Romania, Eriksberg, part from Uppsala in Sweden, Fulda-Südend and Kohlhaus in Germany, Liverpool South Central in United Kingdom, inner district RAF of Jelgava in Latvia (for the former employees of Riga Automobile Factory) and Schneiderviertel in the 11th district of Vienna in Austria.

The different **results** from each partner country could be summarised as follows:

- Health information systems differed in the six participating countries from simple to high complexity.
- The perception of health information was influenced by the complexity of health systems, community, migration background, age and gender.
- Mass media played an important role in all participating countries, the influence of physicians varied.
- Local network and analysis of the local community were necessary for specific local-oriented interventions.
- The initiation of local networks needed time. Some partners could rely on available networks, while others had to create and buildup new networks.
- Needs-oriented projects on local and neighbourhood level reached disadvantaged social groups better than wide-ranging interventions.
- Interdisciplinary exchange and communication were very important for the development of several instruments for dissemination.

The strength of CHANCE based on several factors. The needs-oriented approach and the participative design of the interventions were basic principles. Successful was the coherent community-based strategy with a setting approach on less privileged groups. An innovative, integrated model of research transfer from several disciplines (e.g. home economics, nutrition, sociology, psychology, spatial planning) were used. The interdisciplinary consortium learned mutually. The dissemination was well-designed and implemented.

The dissemination was extensive and is presented on the website:

- website with audio-blogs
- proceedings of the 2nd meeting

- local project presentations and local network
- press articles in public and scientific press
- presentation of posters on German Seniors' day in Leipzig, Psychology Congress in Pisa, International Congress of Nutrition in Bangkok, Food Technology Congress in Berlin
- guidelines "Community Health Management and Community Network" for stakeholders in English, German, Latvian, Romanian, Swedish.

The guidelines present seven fundamental steps for community health management and illustrates project examples from the participating countries (in English: http://www.community-health.eu/images/stories/file/guideline/Guideline_CHANCE_EN.pdf; in Romanian: http://www.community-health.eu/images/stories/file/guideline/Guideline_CHANCE_RO.pdf).

Following **conclusions** could be drawn:

- Needs and living environment should be the basis for community health interventions.
- Health information must be short, easy to understand, published over mass media e.g. television, press, internet.
- Integration of local structure, milieus and social networks are necessary for health information and promotion interventions.
- Support for disadvantaged groups must be evidence-based, as well as manageable in terms of nutrition, motion and recreation in the lifelong learning processes.
- Prospective interdisciplinary and local oriented teamwork for health promotion - supported by research - should take place and be financially supported.

Household services – three examples in local German communities

Introduction

Over 90% of all elderly people in Germany want to stay in their familiar surrounding as long as possible. About 93% of the elderly are living in private homes but often their children are not near. The elderly need more and more household services. These services can disburden private households from household chores. The elderly and employed parents ask for more household services in Germany. Especially fully employed parents or single parents have less time for the household.

There is some research concerning the demand in households in some German Federal states, but very seldom at regional level. Multigenerational houses are interested to offer these services. Three research projects were conducted in the region of Hanau, in Fulda and in the rural district of Fulda, all

located in the Federal state Hesse, to find out if the demand for household services existed.

Example of Hanau-Steinheim and Klein-Auheim

Hanau-Steinheim (12.284 inhabitants, 13,6% of the population of the city Hanau) and Klein-Auheim (7.536 inhabitants, 8,4% of the population of the city Hanau) (2) are located in a “rural suburb”.

A questionnaire with 17 questions (12 closed, 5 half closed) was used and randomly distributed, but intentionally selected to reach mostly the elderly (3). 94 persons provided information, half of them personally, half by telephone in summer 2012. 66 % women, and 34 % men took part in the survey, mostly lousy elderly at the age of 61.

The strongest demand was for room cleaning and help round about the home, esp. for garden. The wanted average length for the service was 1 - 2 days/week with 3 - 4 hours/day. The hourly rate should amount to not more than 12 Euro. Some single women would use household services, but could not pay caused by their very low pension.

Example of the Multigenerational House (MGH) in Fulda-Aschenberg

Origin was a concern of the Multigenerational Houses at the civic center of the district Aschenberg (4). They asked for assistance for further development of household services.

Aschenberg is an urban district of the city Fulda and has about 8.699 inhabitants, 13% of the population in Fulda (5). A high percentage has a migration background, esp. from Eastern Europe.

In collaboration with the multigenerational house 14 students conducted qualitative interviews in the summer semester 2015 with users, potential users, experts from different providers and evaluated online offers. This research was part of their module student project II in the forth semester of the bachelor degree Catering and Supply Management.

The project team undertook qualitative interviews with seven potential users and one user (all female) to get a widespread view of the problem. They conducted five interviews with experts from different providers (three in Fulda, two in Hessian country) and they evaluated four online offers (one was regional, the other nationwide).

The general results showed that the offers for household services in Fulda were provided mainly for the elderly, mostly in combination with health care service. For families or others, only small offers in the range of housecleaning and nursery through childminder were supplied. Many persons are missing information about household services or are not in need of this kind of aid.

The need of families and the elderly swayed depending on the support from the social network. The more support there was, the less interest was expressed. Families with a migration background from Eastern Europe didn't know about household services and wouldn't resort to these according to their cultural background.

According to the provider, requirement was higher than the available staff. However the provider didn't look out for a structured survey of the needs. Given the staff shortage, it was difficult to answer wishes for a bigger offering. It would be necessary to develop and expand missing training offers to recruit more staff. Both, provider and users, appreciate mutual experiences to be coordinated e.g. qualification of staff. Aid was wanted with qualified staff and low prices. Additionally the willingness to pay has to rise or the cost of these services should be subsidized for people with lower income. Only one online offer out of four was adequate.

The following conclusions could be drawn. The MGH could enter cooperation with others and take an intermediary role to expand the offer of household services in Fulda. Various care providers are interested in extended offers of household services addible to health care services. The offers have to be published and spread through transparent marketing operation. The information should be designed after the various target groups and the various districts to reach a wider population. The expansion should be outgoing from the MGH. Websites must be informative and easy to read.

However there is a need for more staff and more training to offer expanded services. The aspect of migration should be included in the qualification.

Example of needs of elderly in village Ebersburg

The aim of this research was to determine the need of elderly people regarding the maintenance of doctor, pharmacy, food and to evaluate the assumption of lacks of supply of mobility in the village Ebersburg. Fund from Fulda university enabled this local research in summer 2015.

An analysis was conducted in five districts of Ebersburg with regard to the situation of a community with a huge surface area with 4.488 inhabitants (6). The village is located 16 km south-east from Fulda in the rural areas close to the mountain Rhön.

19 qualitative Interviews were conducted with 25 persons, eight of them married couples. The access was possible with the help of a civic association "Together for each other" (Generationenverein "Miteinander – Füreinander"). The age of the interviewees was around 66 to 91 years. All persons lived in owner-occupied houses (house handovers with a lifetime right of residence were considered), only two persons received benefits from level of care 1.

The interview guide included a leading question with an invitation to tell the daily routine, restrictions, the fear of losing independence and the infrastructure (e.g. medical treatment, groceries, pharmacy, public transportation, bank).

The socio-economic status could be ranked as rather high. The uniform social milieu (economical well provided middle class with well-tended owner-occupied houses) was noticeable. The financial situation could be labeled as „good“.

The following sentence describes the attitude of some interviewees: „We take the old age as it comes. We never thought about getting support/aid“! (*married couple 89/85 years old*)

Help on daily routine was organized by the family and neighborhood, care services were bought. The need to ask for help through the association „Together for each other“ varied.

The medical care appeared as adequate. Local medical specialist care was discussed (difficult accessibility). Pharmacies were mostly included to doctors' offices, the possibility of mail-order pharmacy was known. Groceries for daily needs were done with their own car. 14 persons organized their mobility with an owned car. Public transport was not mentioned as a central subject. If it was mentioned, it was labeled as „not or poorly available“. Residents of a hamlet lamented about omission of a mobile grocer's shop and difficult conditions with snow and ice.

It was found that these elderly don't think too much about the future. They were very self-reliant in spite of their old age. The civic association is very supportive especially in this rural area. Household services were not necessary for them.

Conclusions for the three research examples of household services

The needs for household services are different in each community.

In the rural areas the elderly are more autonomous, also more helpful.

Provider of household services must analyse the situation and the needs of different target groups (e.g. elderly, parents) in each community. They have to develop an adequate offer with qualified employees.

For people with strong needs and low income or pensions, support should be developed (e.g. coupons).

Different scientific methods (quantitative, qualitative, household and stakeholder interviews) could be used due to the economic resources.

Food waste and food sharing fridge

Background

More than 1.3 billion tons of food are wasted around the world every year (7). Food is wasted throughout the whole food chain – from farmers to consumers

– and for various reasons. Food waste in industrialized countries is as high as in developing countries. In developing countries more than 40 % of food losses happen after harvest and during processing, in industrialized countries over 40 % occur at retail and consumer level (8). By consumers 95 – 116 kg/year and capita in Europe and N-America are wasted, 6 – 11 kg/year and capita in Sub-Saharan Africa and South/South-East Asia (7).

Food waste could be divided in avoidable (at time of disposal absolutely edible or would have been edible when consumption in time), partly avoidable (depending on consumer habits e.g. bread crusts and cafeteria leftovers) and unavoidable (e.g. bones).

Sustainable student project

The student project “Food waste” at the department Nutritional, Food and Consumer Sciences of the Fulda University was founded in 2012 and lasts at present with different students, methods and specific aims. The general aim was to raise the awareness among the population on this issue and to re-establish the appreciation of foods in everyday life as well as in the industrial production process.

At the beginning a two-day conference in Fulda was organized by seven international master students from India, Iran, Irac, Nigeria and Germany and eight German bachelor students in 2012. Presentations, workshops and panel discussions with experts, students and consumers along the food chain took place. Experiences and possibilities for reducing food waste were exchanged (9.) For the master students the project was part of the module project work over two semesters (2. - 3. semester).

The results of the conference showed that the food waste cannot be avoided completely, but amounts may be reduced by optimization of processes and elimination of failures. To minimize food waste, all stakeholders should develop an understanding of these processes and a higher appreciation of food. Integrated approach and further research and best practice examples in developing and developed countries are necessary for changes.

The six bachelor students followed up the theme in their bachelor project work over three semesters (1. - 3. semester). They want to establish a food sharing fridge for university members.

They had to find solutions for challenges as

- compliance with European and German hygiene regulations
- permission from Fulda University executive board and administration
- finding generally accessible location with certain control possibilities
- funds to purchase a refrigerator with glass door, certain size, low energy consumption
- acquiring three offers from suppliers of refrigerators
- regular check and cleaning
- raising awareness/acceptance.

They set up hygienic rules in agreement with the food inspection. The purchase of a refrigerator was possible with financial resources from a fund for improvement of the quality of teaching and studies.

The refrigerator was placed in the Fulda Student Service Center next to a water dispenser, later in the Fulda independent learning center and now in the Café Chaos (organised by students) on the campus.

It was necessary to place the refrigerator within sight of staff members, to give instructions for use rules attached to the refrigerator and published on the homepage of Fulda University, to check and document the temperature daily by using a data logger. Weekly cleaning and checks by members of the project group are additional essential.

In the rules some foods are not permitted:

- foods carrying a “use-by” date (German: „zu verbrauchen bis ...“), e.g. fresh fish, fresh/ground meat and raw cracked eggs → Such foods are not safe enough after the use-by date.
- homemade foods: use-by date and hygienic conditions during preparation and storage cannot be warranted.

Permitted are:

- packaged foods past best before date (German: „mindestens haltbar bis ...“)
- unpackaged fresh entire vegetables and fruits of which spoilage can easily be detected. (10)

The project kick-off generated high media interest e.g. TV, radio and print. The interest from students exists in the following semesters, but also some scepticism and distrust. University staff use the refrigerator only irregularly. New information campaign needs to be started every semester, e.g. on instructions for use.

In summer semester 2015 the present project students (1. - 3. semester bachelor) found limited knowledge of the difference between use-by-date and best-before-date in an online-survey with 2 open questions (n =111; 82 % < 30 years; 69 % students). Therefore students shot a film “Using food instead of wasting it” (~10 minutes) about the complexity of the problem and showing solutions for every day. The public performance was presented in a workshop in combination with learning stations in December 2015.

Students learned how long it takes until a project is finally installed, and that interests of heterogeneous stakeholders, as well as legal, hygienic, administrative and technical constraints must be considered. Students could perform applied research projects and obtain additional competences.

This project is a sustainable example for “Global thinking – local responsibility” at Fulda University of Applied Sciences

Final conclusions

The examples show that different methods are necessary in local community projects according to the purposes. It is absolutely essential to analyse first the needs of the target groups and the frame conditions in the community. Common interdisciplinary research can enable better results with widespread aspects.

Literature

- 1 Hochschule Fulda University of Applied Sciences: CHANCE – Community-health.eu. <http://www.community-health.eu>.
- 2 Stadt Hanau (2013): Einwohnerzahlen zum 31.12.2011 http://www.hanau.de/rathaus/statistik/daten/005334/#anchor_10_61. Access: 18.02. 2013.
- 3 Raithel J. (2006): Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden.
- 4 Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Fulda: Mehrgenerationenhaus Aschenberg. <http://awo-fulda.de/inhalt/mehrgenerationenhaus-aschenberg>. Access: 09.07.2015.
- 5 Stadt Fulda: Statistischer Bericht für 2013. <http://www.fulda.de/buergerservice/dienstleistungen-a-z/s/statistik.html>, Access: 07.07.15.
- 6 Gemeinde Ebersburg: Bevölkerungsstruktur. <http://www.ebersburg.de/de/zahlen-daten-fakten.html>. Access: 11.10.15.
- 7 Food and Agriculture Organization of the United Nations (ed.) (2011): Global food losses and food waste – Extent, causes and prevention. Rome. <http://www.fao.org/docrep/014/mb060e/mb060e00.pdf>. Access: 05.07.2014.
- 8 European Commission (n.y.): Stop food waste. http://ec.europa.eu/food/food/sustainability/index_en.htm. Access: 05.07.2014.
- 9 Hochschule Fulda: 2012 Conference “Stop wasting food”. <http://www.fh-fulda.de/index.php?id=8369>. Access: 02.01.2016.
- 10 Project food waste at the department nutritional, food and consumer studies (2013): Rules for a safe fridge: http://www2005.hs-fulda.de/fileadmin/Fachbereich_OE/Projekte/EG/Lebensmittelverschwendung/Rules_for_a_safe_fridge.pdf. Access: 02.01.2016.

PATOLOGIA DEPRESIVĂ ȘI ANXIOASĂ ÎN PERIOADA CONCEDIULUI DE MATERNITATE

Geanina Bulat
Melinda Szomoru
Mădălina Cristanovici
Cristina Bredicean
Monica Ienciu

***Cuvinte cheie:** patologie depresivă, patologie anxioasă, concediu de maternitate.*

***Abstract:** Concediul de maternitate este o perioadă dificilă pentru femei, în care apar multiple schimbări asociate cu trecerea la statutul de părinte și la responsabilitățile pe care le presupune maternitatea. Modificările ce apar în dinamica familiei, responsabilitățile suplimentare, stresul, ieșirea din câmpul muncii și modificarea activităților zilnice pot favoriza apariția patologiei depresive și anxioase.*

***Obiective:** Lucrarea de față are ca obiective determinarea nivelului de anxietate și depresie în rândul femeilor aflate în concediu de maternitate.*

***Material și metodă:** S-a studiat un lot de 328 de femei aflate în concediu de maternitate cu durata cuprinsă între 0 și 3 ani. Au fost analizate date demografice (vârsta mamei și a copilului, existența altor copii, veniturile materiale, nivelul de instruire profesională, mediul de proveniență), s-au aplicat 2 scale de evaluare (GAD7-scala anxietății generalizate și PHQ9-scala depresiei) și un chestionar pentru evaluarea suportului social.*

***Rezultate:** Prezența și severitatea anxietății și depresiei se corelează cu durata concediului maternal, cu vârsta copilului și a mamei, cu veniturile materiale ale familiei, cu numărul de copii ai familiei, precum și cu nivelul de instruire profesională a mamei. Nivelul suportului social influențează prezența și severitatea anxietății și a depresiei în rândul mamelor.*

Introducere

În Europa, acordarea concediului maternal se face după o legislație care diferă foarte mult de la o țară la alta. În țara noastră, mamele au libertatea de a alege durata concediului maternal. Acestea pot alege să nu rămână deloc în concediu maternal sau pot opta pentru varianta concediului maternal de 1 an, 2 ani sau 3 ani în cazul în care copilul are dizabilități. România este una din singurele țări din Europa care acordă mamelor un concediu maternal pe o perioadă așa de lungă, media Europeană fiind în jurul valorii de 8 luni.

Rezultatele studiilor anterioare sugerează că o perioadă a concediului maternal mai lungă are beneficii reale pentru copii, cum ar fi scăderea mortalității infantile (Heimann și colaboratorii, 2011) dar și pentru mame, acestea având o predispoziție cu 18% mai scăzută de a dezvolta o patologie depresivă în următorii 30 de ani de viață (Avendano și colaboratorii, 2014).

Din păcate, sunt puține studii care să demonstreze cum lungimea concediului maternal poate să afecteze sănătatea psihică a mamei.

Apariția depresiei la mame afectează dezvoltarea sănătoasă a copiilor precum și dezvoltarea atașamentului. O mamă depresivă și anxioasă are dificultăți în relaționarea cu copilul sau cu soțul, ceea ce duce la tulburări în dezvoltarea emoțională, socială și cognitivă a copilului. Multiple studii demonstrează că copiii cu mame depresive au o probabilitate mai mare de a dezvolta tulburări de comportament, performanță școlară scăzută și întârziere în dezvoltarea socială și cognitivă (Petterson și Burke-Albers, 2003).

Material și metodă

Lotul de studiu a cuprins 328 de femei aflate în concediu de maternitate cu durata cuprinsă între 0 și 3 ani. Metoda de colectare a datelor a fost prin aplicarea unui chestionar online. Au fost analizate date demografice (vârsta mamei și a copilului, existența altor copii, veniturile materiale, nivelul de instruire profesională, mediul de proveniență); s-au aplicat 2 scale de evaluare (GAD7-scala anxietății generalizate și PHQ9-scala depresiei) și un chestionar pentru evaluarea suportului social.

Rezultate

În urma prelucrării datelor, am constatat faptul că prezența și severitatea anxietății și depresiei se corelează cu:

– durata concediului maternal: indici crescuți de anxietate severă la mamele care nu au rămas în concediu maternal 1 (N=35,71%) față de cele care au optat pentru concediu 1 an (N=9,6%), 2 ani (N=16,66%), 3 ani (N=17,6%) și indici crescuți de depresie severă la mamele care au rămas 3 ani în concediu maternal (N=17,6%) față de cele care nu au rămas deloc (N=7,1%) și comparativ cu mamele care au ales varianta concediului maternal 1 an (N=3,8%) și cele care au stat 2 ani în concediu maternal (N=6,8%).

– vârsta mamei: mamele cu vârsta cuprinsă între 20-25 de ani (N=17,07% - anxietate severă, N=12,19-depresie severă) și cele între 35-42 de ani (N=18,91-anxietate severă, N=7,6-depresie severă), prezintă cel mai frecvent anxietate și depresie severă, comparativ cu cele cu vârsta cuprinsă între 26-30 de ani (N=16,19%-anxietate severă, N=6,33-depresie severă) și cele cu vârsta cuprinsă între 31-35 de ani (N=14,41%-anxietate severă, N=6,3%-depresie severă).

– vârsta copilului între 0-6 luni, 1an și 6 luni - 2 ani, determină creșterea procentului de depresie și anxietate severă la mamele aflate în concediu maternal. 0-6 luni (N=15,76%-anxietate severă N=6,5%-depresie severă), 1 an și 6 luni-2ani (N=23,43%-anxietate severă, N=9,3%-depresie severă) față de cele care au copii cu vârsta cuprinsă între 6 luni-1an (N=12,71%-anxietate severă, N=3,38%-depresie severă) și mamele cu copii cu vârsta cuprinsă între 1an-1an și 6 luni (N=14,92%-anxietate severă, N=4,47%-depresie severă).

– veniturile materiale: veniturile materiale crescute determină scăderea nivelului de anxietate și depresie severă în rândul mamelor aflate în concediu de maternitate. Mamele care au veniturile materiale ale familiei < 2000 lei (N=28,3%-anxietate severă, N=18,29%-depresie severă), cele cu venituri de 2000-4000 lei (N=15,72%-anxietate severă, N=6,91%-depresie severă), venituri >4000 lei (N=12,14%-anxietate severă, N=3,7%-depresie severă).

– numărul de copii ai familiei: prezența anxietății și a depresiei severe este direct proporțională cu numărul de copii aflați în grija mamei (3 copii N=30,76%-anxietate severă, N=23,07%-depresie severă, 2 copii N=19,4%-anxietate severă, N=6,94%-depresie severă, 1 copil N=14,8%-anxietate severă, N=6,17%-depresie severă)

– educația mamei: cu cât mamele prezintă un nivel de educație mai înalt, procentul anxietății și depresiei severe scade (liceu N=25,37%-anxietate severă, N=7,4%-depresie severă, facultate/postliceală N=16,76%-anxietate severă, N=6,5%-depresie severă, studii postuniversitare N=7,8%-anxietate severă, N=5,6%-depresie severă).

– mediul de proveniență: mamele care locuiesc în mediul rural prezintă o incidență mai crescută a anxietății (N=20%) și depresiei severe (N=13,84%), față de cele care locuiesc în mediul urban (N=15,6% și N=4,4%).

– suportul social: mamele care au un suport social scăzut prezintă indici de anxietate severă în proporție de 3,72% și indici de depresie severă în proporție de 2,5%. Cele care au un suport social mediu prezintă indici de anxietate severă N=2,33% și indici de depresie severă N=1,21%, iar cele care au parte de un suport social crescut prezintă indici de anxietate severă N=1% și depresie severă N=0,25%.

Discuții

Mamele care nu își aleg deloc concediu maternal sunt mai predispuse să dezvolte patologie depresivă și anxioasă, dar pot prezenta și o degradare a sănătății generale (Chatterji P. și Markowitz S., 2012). Mamele ce se întorc la lucru imediat după naștere trebuie să facă față atât rolului de mamă, cât și atribuțiilor de la locul de muncă, în același timp trebuie să depășească modificările de viață și de sănătate fizică pe care le presupune perioada postpartum. Aceste probleme pot fi reprezentate de: recuperarea fizică după

naștere, baby blues sau depresia postnatală, lipsa somnului și oboseala, modificările în relația maritală și problemele de sănătate ale sugariilor. Toți acești factori pot declanșa apariția patologiei depresive și anxioase în rândul acestor mame. Pentru mamele care își doresc o carieră în plan profesional întreruperea activității pentru un an sau 2 poate fi o adevărată problemă cu numeroase implicații. Ieșirea din câmpul muncii pe o perioadă îndelungată poate duce la pierderea abilităților profesionale, iar recăpătarea potențialului maxim pe piața muncii poate dura o perioadă lungă de timp. În cadrul studiului nostru, mamele care au rămas în concediu maternal pe o perioadă de 3 ani au prezentat cele mai crescute valori ale indicilor de depresie severă, una din cauze fiind faptul că copiii acestora prezintă unele dizabilități.

Mamele mai în vârstă tind să fie mai bine educate, mai stabile financiar, mai încrezătoare în forțele proprii și mai echilibrate. Ele sunt mai mature emoțional și au o experiență de viață mai bogată, lucruri care sunt utile pentru maternitate. Dar contrar acestui fapt, conform unui studiu recent, prevalența depresiei a fost de 3 ori mai frecventă la mamele cu vârsta cuprinsă între 40-44 de ani comparativ cu mamele cu vârsta între 30 și 35 de ani (Muraca G.M. și Joseph K.S., 2014). Acest lucru nu este perfect înțeles, dar acest rezultat poate fi atribuit unor factori cum ar fi: percepția că femeile mai în vârstă au mai multe dificultăți în a se adapta statutului de mamă, aceste femei sunt mai anxioase în legătură cu riscurile maternității asupra sănătății lor, sau de impactul pe care îl va avea concediul de maternitate asupra carierei lor. Deoarece în zilele noastre mamele tind să nască la vârste mai avansate decât în trecut, este necesară consilierea mamelor asupra riscurilor psihologice pe care le presupune maternitatea la această vârstă, precum și implicarea mai intensă a membrilor familiilor acestor mame, în ajutorul pe care îl oferă creșterii copilului.

În cadrul studiului nostru, mamele cu vârsta cuprinsă între 20-25 de ani au prezentat de asemenea valori mai crescute ale indicilor de depresie și anxietate severă. Aceste femei sunt în curs de definitivare a studiilor și nu dețin o stabilitate financiară, fapt ce poate duce la creșterea acestor indici.

Cel mai crescut risc de depresie are loc în primul an după nașterea unui copil, aproximativ 13% dintre femei confruntându-se cu un episod depresiv în primul an postpartum (Dave, S. și colaboratorii, 2010). După primul an, riscul de depresie se diminuează cu aproximativ 50%. Cele mai vulnerabile la depresie au fost mamele care au fost mai tinere sau au venituri mai mici și cei cu un istoric anterior de depresie.

Rezultatele noastre relevă că cel mai crescut risc de depresie și anxietate se află la mamele cu copii sub 6 luni și cele cu copii între 1 an și 6 luni și 2 ani. O explicație ar fi că în primele 6 luni de viață ale copilului, mama se obișnuiește cu ritmul de viață și responsabilitățile maternității, dar au loc și schimbări fizice și hormonale specifice perioadei postpartum, iar în cazul

mamelor cu copii între 1,6 ani - 2 ani creșterea indicilor poate fi cauzată de faptul că acești copii sunt foarte energici, mai independenți și pot suprasolicita mama. În plus, apropierea de finalul concediului maternal și reîntoarcerea la locul de muncă după o lungă perioadă de absență pot duce la creșterea riscului de apariție a depresiei și anxietății.

Cu cât o mamă are mai mulți copii în grijă, responsabilitățile, stresul, activitățile casnice pentru îngrijirea lor cresc. Mama are tot mai puțin timp pentru nevoile proprii, iar nivelul anxietății și al depresiei crește direct proporțional cu numărul de copii care sunt în grija mamei.

Mamele care provin din familii cu venituri mai scăzute prezintă un nivel mai crescut al anxietății și al depresiei. Mamele care au venituri mici fac mai frecvent depresie severă, iar această simptomatologie interferează cu activitatea zilnică (McDaniel și Lowenstein, 2013).

Un studiu recent afirmă că mamele care locuiesc în mediul urban sunt mai predispuse în a dezvolta o patologie depresivă în perioada postpartum (Vigod, 2014). În cadrul studiului nostru, mamele care locuiesc în mediul rural prezintă indici mai crescuți de anxietate și depresie severă. O explicație ar fi că mamele din mediul rural deși au un suport social mai bun decât mamele care locuiesc în mediul urban, probabil au venituri materiale mai mici, un nivel educațional mai scăzut și mai mulți copii în grijă, ceea ce duce la creșterea nivelului de anxietate și depresie.

Rezultatele noastre afirmă că apariția depresiei și anxietății la mamele aflate în concediu maternal este invers proporțională cu nivelul suportului social. Haslam afirmă că mamele care au suport social din partea părinților sunt mai puțin predispuse de a dezvolta depresie, contrar predicției suportul social din partea partenerului nu a influențat apariția depresiei după naștere. Ipoteza autorului este că având suport din partea părinților, mamei îi crește competența și eficacitatea de a avea grijă de propriul copil. Acest suport din partea părinților este mai specific decât suportul din partea soțului de a acoperii nevoile tinerei mame (Haslam și colaboratorii, 2006).

Concluzii

Prezența și severitatea anxietății și depresiei se corelează cu durata concediului maternal, cu vârsta copilului și a mamei, cu veniturile materiale ale familiei, cu numărul de copii ai familiei precum și cu nivelul de instruire profesională a mamei. Nivelul suportului social influențează prezența și severitatea anxietății și a depresiei în rândul mamelor.

Durata concediului de maternitate trebuie să țină cont de nevoile profesionale ale mamei. Mamele care aleg un concediu maternal pe o perioadă de 2 sau 3 ani ar trebui instruite în legătură cu beneficiile și riscurile pe care le presupune această perioadă, inclusiv riscurile apariției patologiei depresive și anxioase. Prezența patologiei depresive și anxioase în rândul mamelor este

necesar a fi monitorizată de către medicii de familie sau medicii cu care acestea intră în contact. Aceștia ar trebui instruiți pentru depistarea ei și îndrumarea mamelor către medicul psihiatru care poate institui tratamentul adecvat.

Bibliografie

- Avendano, M., Berkman, L., Brugiavini, A., Pasini, G. (2015): The Long-Run Effect of Maternity Leave Benefits on Mental Health Evidence from European Countries. *Soc Sci Med* 132: 45-53.
- Baum, C.L. (2003) Does early maternal employment harm child development? An analysis of the potential benefits of leave taking. *Journal of Labor Economics*. 21: 409-448.
- Bener, A., Burgut F.T., Ghuloum S., Sheikh J. (2012) A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. *Int J Psychiatry Med*. 2012;43(4):325-37.
- Chatterji P., Markowitz, S. (2012) Family leave after childbirth and the mental health, of new mothers. *J Ment Health Policy Econ*. 15(2):61-76.
- Chaudron, L.H., Szilagyi, P.G., Tang, W., Anson, E., Talbot, N.L., Wadkins, H.I.M., Tu, X., Wisner, K.L. (2010) Accuracy of Depression Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Urban Mothers. *Pediatrics*. 125(3).
- Dave, S., Petersen, I., Sherr, L., Nazareth, I. (2010) Incidence of Maternal and Paternal Depression in Primary Care: A Cohort Study Using a Primary Care Database. *Arch Pediatr Adolesc Med*.
- Haslam, D.M., Pakenham, K.I., Smit, A. (2006) Social support and postpartum depressive symptomatology: the mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*. 27,276-291.
- Heymann, J., Raub, A., Earle, A. (2011) Creating and Using New Data Sources to Analyze the Relationship Between Social Policy and Global Health: The Case of Maternal Leave. *Public Health Rep*. 126(Suppl 3): 127–134.
- Muraca, G.M., Joseph, K.S. (2014) The association between maternal age and depression. *J Obstet Gynaecol Can*. 36(9):803-10.
- Petterson, S.M, Albers. A.B. (2003): Effects of Poverty and Maternal Depression on Early. *Child Development*.
- Vigod, S (2014) Postpartum depression. More frequent in major cities. *Perspect Infirm*. 11(2):64.
- Villegas L, McKay K., Dennis C.L., Ross L.E. (2011) Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. *J Rural Health*. 27(3):278-88.
- WHO (2002) *Regional Office for Europe 2002 Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*.

ÎNGRIJIRILE LA DOMICILIU ÎN MEDIUL RURAL

**Adriana Florentina Călăuz
Flavius Nicoară**

„Arta de a îmbătrâni este arta de a apărea în fața generațiilor care vin după tine ca un sprijin și nu ca un obstacol, ca un confident și nu ca un rival.”

(Andre Maurois)

Cuvinte cheie: : parteneriat public-privat, îngrijiri la domiciliu, sustenabilitate financiară.

Abstract: Serviciile de îngrijire la domiciliu reprezintă o alternativă viabilă la instituționalizarea vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități. Existența și dezvoltarea lor presupune costuri financiare, materiale, umane. În materialul nostru vom prezenta o modalitate concretă și actuală de înființare, dezvoltare și susținere financiară a unor astfel de servicii comunitare, în baza unor parteneriate public-private, cu sprijinul unor finanțări europene. Acest model este aplicat începând cu anul 2014 în câteva localități din județul Maramureș. Tot în cadrul acestui articol, vom prezenta, rezultatele unei analize referitoare la starea de bine, condițiile de viață, atitudinea unor beneficiari privind singurătatea, gradul de dependență și de satisfacție față de serviciile oferite la domiciliu.

Chiar dacă nevoia de îngrijire la domiciliu se manifestă la cel puțin 20% din populația vârstnică, doar 0,23 % beneficiază de ea. Se pare că îngrijirea la domiciliu este de 11 ori mai ieftină decât îngrijirea în instituții specializate, iar prin dezvoltarea serviciilor de îngrijire acasă s-ar crea noi locuri de muncă în mediul rural.

În România îngrijirea la domiciliu este de două feluri: medicală și socio-medicală. În țara noastră, îngrijirea la domiciliu și-a găsit locul în cadrul serviciilor oferite persoanelor vârstnice cu sau fără handicap. S-au înființat asociații neguvernamentale care au devenit furnizori acreditați pentru oferirea acestor tipuri de servicii psiho-socio-medicale. Îngrijirea la domiciliu este un serviciu socio-medical complex, destinat grupurilor vulnerabile ale societății: vârstnici, bolnavi cronici sau persoane aflate într-un proces de recuperare după intervenții chirurgicale sau diferite boli.

Menținerea la domiciliu, în mediul lor obișnuit de viață, prin implicarea specialiștilor în oferirea acestor tipuri de servicii reprezintă o alternativă viabilă a plasării vârstnicilor în centre special destinate lor.

Avantajele îngrijirii la domiciliu sunt următoarele:

- îngrijirea la domiciliu previne ruptura, despărțirea de familie, permițând persoanei în vârstă dependente să rămână la domiciliu și să primească îngrijirea necesară;
- preferința vârstnicilor este de a primi îngrijirea în mediul lor familial, în mediul în care se simt confortabil, nu într-o instituție de protecție;
- costurile suportate de comunitatea locală sunt mai reduse față de instituționalizarea persoanelor vârstnice dependente;
- implicarea și conștientizarea comunității locale asupra serviciilor de îngrijire destinate persoanelor vârstnice;
- crearea de noi locuri de muncă în comunitate;
- întărirea spiritului de solidaritate și de umanitate între generații, între vârstnici și cei care oferă servicii de îngrijire.

Printre serviciile oferite la domiciliul persoanelor vârstnice sunt: îngrijirea igienei personale, alimentația corespunzătoare, curățenia zilnică, mobilizarea și acordarea primului ajutor, supravegherea stării de sănătate, aplicarea prescripțiilor medicale sau organizarea timpului liber.

Serviciile de îngrijire la domiciliu pentru vârstnici sunt de cele mai multe ori insuficiente pentru cei care au nevoie de ele și rar întâlnite în zonele rurale și orașele mici.

Costul serviciilor de îngrijire la domiciliu este în cele mai multe cazuri greu de suportat de familie, mai ales în cazul îngrijirilor pe termen lung. Uneori familiile apelează la soluții de compromis cum sunt: renunțarea la slujbă pentru unul din membrii familiei, împrumuturi sau credite, alegerea internării într-o instituție.

Comuna Fărcașa este situată în partea de vest a județului Maramureș, la 29 km față de municipiul Baia Mare, întinzându-se pe o suprafață de 4.841 de hectare având în componență patru sate: Fărcașa, Sîrbi, Tămaia, Buzești și o populație de 4.020 locuitori. Datorită hărniciei locuitorilor comunei precum și a vremurilor favorabile prin care a trecut, având în permanență pe raza comunei întreprinderi la care locuitorii au avut șansa să muncească, a ajuns azi una dintre cele mai atrăgătoare și mai dezvoltate comune din Maramureș.

Odată cu dezvoltarea și modernizarea învățământului, prin construirea unei școli moderne, a unei săli de sport, prin susținerea tineretului în diferite activități cum sunt: cursuri de înot, schi, dansuri populare, s-a dorit și susținerea persoanelor vârstnice care au nevoie de asistență medicală și/sau socială specializată, chiar dacă nu locuiesc singure la domiciliu.

Începând cu anul 2014, Asociația „Îngrijire acasă”, cu sediul în Brașov, a început să funcționeze în comuna Fărcașa în urma unui contract încheiat cu primăria. În cadrul acestui parteneriat sunt implicați, în mod special, asistentul social din cadrul primăriei, care împreună cu un asistent medical și coordonatorul din cadrul asociației, s-au deplasat la persoanele vârstnice și cu

dizabilități din cele patru sate ale comunei, în vederea evaluării și obținerea acceptului pentru includerea în programul de îngrijire. S-a evaluat starea lor de sănătate și situația socială, ulterior întocmindu-se planul de îngrijire al beneficiarului.

S-au identificat astfel 41 de persoane care au beneficiat de asistență socio-medicală din partea asociației. Periodic, asistentul medical, asistentul social s-au deplasat la domiciliul persoanelor identificate pentru realizarea serviciilor necesare. Au fost identificate câteva persoane vârstnice care locuiesc singure, care au avut nevoie și de servicii de îngrijire privind curățenia, prepararea hranei, și astfel, s-a luat legătura cu o persoană din comună care a absolvit un curs de îngrijire a celor vârstnici pentru a se ocupa de aceste probleme. Mulțumirea pacienților și a aparținătorilor a fost evidentă și au apărut semnale pozitive. În majoritatea cazurilor a fost nevoie să se ofere sprijin prin consiliere, unele persoane nu știau că suferă de diverse afecțiuni, altele au fost ajutate să ajungă la medicul specialist pentru investigații, unora a trebuit să li se dea primul ajutor sau a trebuit să li se explice că trebuie să se opereze. Aceste persoane au fost mulțumite că sunt vizitate în mediul lor de viață unde li se acordă asistență medicală, socială, sprijin în diverse activități, că au cu cine să vorbească despre problemele lor. Fiecare pacient are o fișă în care se notează de ce servicii a beneficiat lunar și pe care el o semnează. Toate activitățile au fost apoi centralizate de către asociație.

Din luna ianuarie anul 2015, în comuna Fărcașa, locul asociației „Îngrijire acasă” a fost luat de asociația „Pro Vârstnici”, care a preluat bolnavii asociației dinainte. S-a adus un medic cu competențe în cardiologie care s-a deplasat la domiciliul persoanelor bolnave făcând măsurători cu EKG-ul și un specialist care a făcut măsurători cu biorezonanță. Și aceste intervenții s-au dovedit folositoare beneficiarilor de îngrijire la domiciliu.

În luna iulie, anul 2015, s-a înființat în comuna Fărcașa Asociația „Un zâmbet pentru vârsta a treia”, o structură de economie socială înființată în cadrul proiectului „Pași spre incluziunea profesională prin dezvoltarea economiei sociale”. Asociația are în componență asistenți medicali, îngrijitori, un maseur, un manager, creându-se astfel zece locuri noi de muncă, toate persoanele angajate fiind din comună.

Noua asociație oferă: servicii medicale primare, consiliere, informare, socializare, sprijin pentru plata unor servicii și obligații curente, îngrijirea locuinței, ajutor pentru menaj, efectuarea de cumpărături, ajutor pentru igiena personală, administrarea medicamentelor.

La sediul asociației pus la dispoziție de către primărie, persoanele pot beneficia de servicii medicale, masaj, fizioterapie, gimnastică medicală, consiliere, socializare.

Funcționarea asociației „Un zâmbet pentru vârsta a treia” ca structură a economiei sociale, reprezintă o nouă provocare pentru comunitate. Dacă

pentru serviciile oferite de către asociațiile ulterioare costurile au fost susținute de către primărie și asociație, acum pacienții vor trebui să plătească pentru serviciile oferite. Pentru aceasta, s-a făcut o reevaluare socială a cazurilor, iar din cele 41 de cazuri, 18 au fost de acord să plătească. Se are în vedere ca persoanele cu venituri foarte reduse să fie susținute în continuare de către primărie. Pentru a se putea susține financiar, asociația trebuie să-și lărgască aria de acoperire la comunele din apropiere și să dezvolte un management eficient, focalizat pe calitatea serviciilor prestate.

Pentru a evidenția calitatea vieții persoanelor vârstnice care beneficiază de servicii de îngrijire la domiciliu, am realizat o cercetare comparând viața acestor vârstnici din comuna Fărcașa cu cea a vârstnicilor dintr-un centru privat de îngrijire situat în apropiere – localitatea Cehu Silvaniei.

Scopul cercetării noastre este analiza comparativă a calității vieții persoanelor vârstnice care beneficiază de îngrijiri la domiciliu față de instituționalizați.

Obiectivele cercetării vizează analiza la cele două loturi de subiecți a aspectelor legate de calitatea vieții din perspectiva: relațiilor familiale, bunăstării financiare, sănătății, relațiilor cu comunitatea.

Am pornit de la *ipoteza că există diferențe semnificative ale relațiilor familiale, bunăstării financiare, sănătății, interacțiunilor și a relațiilor în comunitate între vârstnicii integrați în familie comparativ cu cei instituționalizați.*

Subiecții acestui studiu, în număr de 90 au fost selectați în funcție de disponibilitate din rândul populației din Județul Maramureș. 45 dintre ei sunt persoane vârstnice care sunt integrate în familia de origine, care au beneficiat de servicii de îngrijire la domiciliu și reprezintă grupul de control; iar 45 dintre ei sunt instituționalizați, reprezentând grupul experimental. Astfel, a rezultat un lot experimental de 45 de subiecți și un lot de control de 45 de subiecți. Vârsta subiecților este cuprinsă între 65 și 85 de ani, toți fiind pensionari.

Cu ajutorul unui *chestionar*, am încercat să surprindem câteva dintre componentele calității vieții, respectiv a curenților afective de care pot/ sau nu să sufere vârstnicii integrați în familii sau în cadrul unor instituții pentru a fi comparate. Itemii (15) acestui chestionar au fost concepuți pentru a surprinde relațiile familiale, bunăstarea financiară, sănătatea, interacțiunea și relațiile cu comunitatea. S-a realizat împărțirea pe cele 4 categorii sau subscale ale chestionarului, unde am tratat fiecare item separat pentru a putea observa diferențele dintre cele două eșantioane.

Design-ul acestei cercetări este unul cvasiexperimental de bază. Categorizarea participanților în una dintre cele două grupe se va face pe baza variabilelor independente „vârstnici integrați în familie”, „vârstnici instituționalizați”. Variabilele dependente sunt reprezentate de calitatea vieții vârstnicilor reprezentate de: relațiile familiale, bunăstarea financiară,

sănătatea, interacțiunea și relațiile cu comunitatea; nivelul stimei de sine și al depresiei.

De asemenea, am folosit *scala de depresie Beck* (A. T. Beck și colab.) care indică profunzimea subiectivă a depresiei și care dă o estimare cantitativă a intensității simptomatologiei subiective a depresiei. Chestionarul cuprinde 21 întrebări care vizează aspecte importante din viața individului și sondează starea de oboseală fizică și psihică, frecvența oboselii, cauzele oboselii și consecințele asupra sănătății fizice și psihice, forme de manifestare ale depresiei.

Rezultatele cercetării pun în evidență existența unor diferențe semnificative în privința relațiilor familiale (cei instituționalizați au relații mai reci și distante cu familia) și a relațiilor cu comunitatea (bătrânii aflați în centre fiind mai izolați, având puține contacte cu comunitatea).

Pentru a testa semnificația diferențelor dintre cele două grupuri privind nivelul de depresie, vom folosi testul *t* pentru eșantioane independente.

Tabel 1. Indicatori statistici

Indicatori statistici					
	Locuiește	Prag de semnificație	Media	Abaterea standard	Eroarea standard a mediei
Depresie	Familia	0,048	3,53	,516	,133
	Instituție	0,049	3,87	,352	,091

Se observă că diferența dintre medii este una semnificativă la pragul de 0,04. Valoarea negativă a coeficientului *t* indică faptul că media grupului experimental este mai ridicată decât media grupului de control în ceea ce privește depresia.

Prin urmare, există diferențe semnificative ale depresiei între cele două grupuri studiate, în sensul că valorile depresiei sunt semnificativ mai scăzute la vârstnicii care primesc îngrijiri la domiciliu, față de cei care sunt îngrijiți în centre medicale de îngrijire.

Astfel, putem concluziona că nivelul depresiei vârstnicilor va depinde în mare măsură de relațiile familiale, bunăstarea financiară, sănătate, interacțiunea și a relațiilor cu comunitatea.

Rezultă din cercetare faptul că este foarte important să încercăm să-i menținem pe vârstnici în mediul lor în care au trăit, alături de familie, copii, nepoți și să încercăm să le oferim aici serviciile medicale și sociale de care au nevoie. A-l rupe pe vârstnic de acest mediu, de comunitatea din care face parte, poate să-i producă o mare suferință și tristețe care poate să-l urmărească toată viața.

Înainte de a-l duce pe vârstnic într-un centru de îngrijire, să încercăm mai întâi în colaborare cu medicul de familie, cu asociațiile de îngrijire la domiciliu, iar cu acceptul familiei și bineînțeles al lui, să-l îngrijim acasă și doar dacă toate acestea nu dau rezultate, iar vârstnicul își dorește, să-l internăm într-un centru de îngrijire.

Bibliografie

- Chiru, F., Chiru, G., Morariu, L. (2012) *Îngrijirea omului bolnav și a omului sănătos*. București: Editura Cison.
- Pânișoară, I.O. (2008) *Comunicarea eficientă*. Iași: Polirom.
- Titircă, L., Dorobanțu, E. (2008). *Ghid de Nursing cu tehnici de evaluare și îngrijiri corespunzătoare nevoilor fundamentale*. București: Editura Viața medicală Românească.
- Pană, L. (2009) *Psihologia vârstelor*. Timișoara: Eurostampa.
- Fontaine, R. (2008) *Psihologia îmbătrânirii*. Iași: Polirom.
- Sava, F. (2004) *Analiza datelor în cercetarea psihologică*. Cluj-Napoca: ASCR.

DIFERENȚE ALE STIMEI DE SINE ȘI DEPRESIEI ÎNTRE VÂRSTNICII INSTITUȚIONALIZAȚI ȘI CEI CARE TRĂIESC LA DOMICILIU

**Adriana Florentina Călăuz
Flavius Nicoară**

***Cuvinte cheie:** îmbătrânire, persoane vârstnice, stima de sine, depresie.*

***Abstract:** Prin articolul de față ne propunem să aducem în atenție rezultatele unui studiu recent realizat asupra unui eșantion de persoane vârstnice care suferă de diverse boli pentru care primesc îngrijiri la domiciliu sau în centre specializate. Scopul studiului constă într-o analiză comparativă a stimei de sine și depresiei la persoanele care primesc îngrijiri la domiciliu față de cele care primesc îngrijiri în centre medicale, de asemenea, evidențierea relației dintre stima de sine și depresie pentru eșantionul studiat. S-au folosit Scala Stimei de sine (Rosenberg, 1965) și Scala de depresie Beck (A. T. Beck & Colab). Prelucrarea datelor s-a realizat cu ajutorul programului SPSS, varianta 17. Rezultatele studiului ne permit să observăm diferențe semnificative ale stimei de sine și depresiei în funcție de tipul de îngrijire (la domiciliu sau în centre rezidențiale, în special cele private), să analizăm aceste diferențe pentru stabilirea unor posibile soluții viitoare.*

Potrivit *Dicționarului Larousse de psihiatrie* (1993), îmbătrânirea este definită ca fiind ansamblul de transformări ce afectează ultima perioadă a vieții și care constituie un proces de declin din punct de vedere biologic, toate acestea concurând la limitarea progresivă a capacității de adaptare.

Odată cu îmbătrânirea, vârstnicul primește o dependență economică, adică o pensie mică, o dependență fiziologică prin îmbolnăvirea aparatului locomotor și a organelor senzoriale și psihică prin deficit de memorie, prin pierderea orientării spațiale și temporale, de asemenea, una socială prin pierderea în societate a multora dintre raporturi. Cea dintâi suferință a unui vârstnic este cea de dependență emotiv-afectivă.

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, persoanele cu vârste între 60-74 ani sunt denumite persoane în vârstă, cele cu vârstele între 75-90 ani – persoane bătrâne, iar cele peste 90 ani – marii bătrâni.

Situația socio-economică și culturală în care ne aflăm pe plan național, descalifică tot mai mult vârstnicii, mulți dintre ei trăind sub pragul sărăciei sau la limita acestuia. În acest context, bătrânii se simt marginalizați, depășiți de situație, împinși tot mai mult spre izolare ceea ce poate genera apariția timpurie a unor boli.

Internarea într-un cămin pentru vârstnici este văzută de multe ori ca soluție, considerându-se că în centru vor avea asigurate permanent hrana, igiena, asistența medicală ceea ce îi oferă un confort și o liniște departe fiind de societatea neprielnică. Apoi, aici au de a face cu persoane aflate în situații similare, cu care pot împărtăși experiențe de viață, hobby-uri ajungând în timp să fie dependenți unii de alții susținându-se reciproc. Odată cu intrarea în căminul de bătrâni, aceștia sunt determinați uneori să renunțe la o parte din propriile obiceiuri și să-și însușească altele, ceea ce poate cauza în sufletele acestora apariția unor răni profunde care pot să dureze toată viața. Odată cu internarea într-un centru special destinat lor, sunt câștiguri, dar și pierderi pentru vârstnicul pus în această situație.

Obiectivele cercetării

1. Identificarea nivelelor stimei de sine și depresiei la persoanele vârstnice din cadrul eșantionului studiat și compararea valorilor acestora.
2. Evidențierea relației dintre stima de sine și depresie pentru eșantionul studiat.

Ipotezele cercetării

1. Se prezumă că există diferențe semnificative ale stimei de sine și ale depresiei vârstnicilor integrați în familie comparativ cu cei instituționalizați.
2. Dacă nivelul stimei de sine va fi unul ridicat atunci cel al depresiei vârstnicilor va fi unul scăzut.

Design-ul cercetării

Pentru a atinge obiectivele propuse acestui studiu au fost selectați participanți care au vârste cuprinse între 65 și 85 de ani și trăiesc alături de familie sau în cadrul unei instituții.

Design-ul acestei cercetări este unul cvasiexperimental de bază reprezentat în tabelul de mai jos. Categorizarea participanților în una dintre cele două grupe se va face pe baza variabilelor independente „vârstnici integrați în familie”, „vârstnici instituționalizați”. Variabilele dependente sunt reprezentate de nivelul stimei de sine și al depresiei.

Tabel 1. Design-ul cercetării

<i>Design-ul cercetării</i>	
Variabile independente	Vârstnici integrați în familie Vârstnici instituționalizați
Variabile dependente	Stima de sine Depresia

Participanți

Subiecții acestui studiu, în număr de 90, au fost selectați în funcție de disponibilitate din rândul populației din Județul Maramureș. 45 dintre ei sunt persoane vârstnice, integrate în familia de origine care au beneficiat de servicii de îngrijire la domiciliu și reprezintă *grupul de control*, iar 45 dintre ei sunt instituționalizați, reprezentând *grupul experimental*. Astfel, a rezultat un lot experimental de 45 de subiecți și un lot de control de 45 de subiecți. Vârsta subiecților este cuprinsă între 65 și 85 de ani, toți fiind pensionari și cu probleme de sănătate, având suficient discernământ pentru a răspunde întrebărilor.

Instrumente

A. *Scala Stimei de sine* (Rosenberg, 1965)

Această scală a fost elaborată inițial pentru a măsura sentimentul global al valorii personale și autoacceptării. Scala cuprinde 10 itemi cu 4 posibilități de răspuns între total dezacord (1 punct) și total acord (4 puncte). Itemii 2, 5, 6, 8, 9 se cotează invers. Scorurile pot fi cuprinse între 10 și 40; scorurile ridicate indică o stimă de sine scăzută. La cotearea rezultatelor se vor lua ca etalon valorile cuprinse între:

10-16 puncte - stimă de sine scăzută

17-33 puncte - stimă de sine medie

34-40 puncte - stimă de sine înaltă

B. *Scala de depresie Beck* (A. T. BECK & Colab)

Nota globală a acestui chestionar indică profunzimea subiectivă a depresiei care dă o estimare cantitativă a intensității simptomatologiei subiective a depresiei.

Chestionarul cuprinde 21 întrebări care vizează aspecte importante din viața individului și sondează starea de oboseală fizică și psihică, frecvența oboselii, cauzele oboselii și consecințele asupra sănătății fizice și psihice, forme de manifestare ale depresiei.

Cotarea: pentru fiecare item încercuit se ia valoarea din dreptul său. La sfârșit se adună toate valorile obținute și se caută semnificația lor în tabel:

Tabel 2. Nivele ale depresiei

Suma	Gradul de depresie
5-9	Lipsa depresiei
10-18	Depresie minimă
19-29	Depresie moderată
30-63	Depresie severă

Prelucrarea datelor

În urma prelucrării statistice a datelor cu ajutorul programului SPSS, varianta 17, am obținut următoarele rezultate:

Tabel 3. Indicatori statistici

	Locuiește	Prag de semnificație	Media	Abaterea standard	Eroarea standard a mediei
Stima de sine	Familia	,004	1,67	,488	,126
	Instituție	,004	2,13	,352	,091

Nivelurile stimei de sine pentru eșantionul experimental se distribuie în proporție de 86,67% pe un nivel mediu și 13,33% pe un nivel al stimei de sine înalt, comparativ cu nivelele înregistrate de grupul de control - 66,67% pe un nivel al stimei de sine mediu și 33,33% pe un nivel al stimei de sine scăzut. Nici unui subiect din cadrul grupului de control nu îi corespunde un nivel înalt al stimei de sine.

Există diferențe semnificative în ceea ce privește stima de sine la persoanele bolnave care locuiesc singure sau alături de alți membri ai familiei la domiciliu, față de persoanele care sunt îngrijite în centre medicale specializate.

Tabel 4 Indicatori statistici

	Locuiește	Prag de semnificație	Media	Abaterea standard	Eroarea standard a mediei
Depresie	Familia	,048	3,53	,516	,133
	Instituție	,049	3,87	,352	,091

În ceea ce privește depresia, media celor două eșantioane pentru depresie este egală cu 3,87 cu o abatere standard egală cu 0,35 pentru grupul experimental și 3,53 cu o abatere standard egală cu 0,51 pentru grupul de control.

Se observă că diferența dintre medii este una semnificativă la pragul de 0,04. Valoarea negativă a coeficientului t indică faptul că media grupului experimental este mai ridicată decât media grupului de control în ceea ce privește depresia.

Prin urmare, persoanele care locuiesc la domiciliu, cu familia sunt mai puțin deprimare față de cele care sunt îngrijite în centre rezidențiale.

Ipoteza 2. Dacă nivelul stimei de sine va fi unul ridicat, atunci cel al depresiei vârstnicilor va fi unul scăzut:

Tabel 5. Corelația Pearson

Corelație			
		Stima de sine	Depresie
Stima de sine	Corelația Pearson	1	-,631**
	Prag de semnificație		,000
	N	30	30
Depresie	Corelația Pearson	-,631**	1
	Prag de semnificație	,000	
	N	30	30
**, Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Corelația dintre *Stima de sine* și *Nivelul depresiei* se dovedește a fi semnificativă statistic la pragul de 0,01. Corelația este una negativă ceea ce înseamnă că există o asocieră între cele două variabile de tipul: dacă nivelul stimei de sine va fi unul ridicat, atunci cel al depresiei vârstnicilor va fi unul scăzut.

Când ne referim la conduita afectivă a bătrânilor, ne referim atât la nivelul stimei de sine, cât și la nivelul depresiei, deoarece există teorii care explică depresia printr-o stimă de sine redusă, ca trăsătură generală, relativ stabilă. Stima de sine este considerată a fi o caracteristică esențială în sănătatea mentală. Este dificil însă de identificat dacă stima de sine este un predictor sau un indicator al sănătății mentale și stării de bine. Persoanele cu tendințe de autoevaluare negativă, datorită anticipării eșecului, tind să experimenteze afecte negative de genul depresiei, anxietății, mâniei.

Ne-am fi așteptat să obținem valori mai ridicate ale stimei de sine la vârstnicii îngrijiți la domiciliu, însă se pare că menținerea la domiciliu în condițiile singurătății și ale pierderii sănătății, îl izolează mai mult în a avea relații și suport emoțional.

Valorile mai ridicate ale stimei de sine la persoanele îngrijite în centre medicale scot în evidență calitatea îngrijirilor în cadrul serviciilor socio-medice specializate.

De asemenea, se observă dificultăți existente în ceea ce privesc îngrijirile la domiciliu, lipsa pregătirii și experienței acelor care oferă acest tip de îngrijiri, comparativ cu personalul din centrele rezidențiale de îngrijire.

Considerăm că este foarte important să fim atenți la conduita afectivă a vârstnicilor oriunde s-ar afla aceștia, în familie sau centre speciale, deoarece de aceasta depinde starea lor generală de sănătate, trăirea ultimilor ani într-o

manieră umană, decentă, lipsită de griji și plăcută sau trăirea în incertitudine, griji, frică, stres.

Este evident că o foarte mare parte a oamenilor, când ajung la o vârstă mai înaintată, se confruntă cu diverse boli, unele chiar incurabile, care dau dependență, fiind în imposibilitatea de a se descurca singuri în activitățile zilnice necesare. În aceste cazuri, menținerea la domiciliu nu reprezintă întotdeauna o soluție.

Preocuparea față de îngrijirea vârstnicului trebuie să fie parte integrantă a politicii naționale de bunăstare și de sănătate. De asemenea, este necesar să întărim spiritul de solidaritate și de umanitate între generații.

Bibliografie:

Dicționar de psihiatrie (1983) Paris: Larousse.

Fontaine, R. (2008) *Psihologia îmbătrânirii*. Iași: Polirom.

Goffman, E. (2004) *Aziluri*. Iași: Polirom.

Pană, L. (2009) *Psihologia vârstelor*. Timișoara: Eurostampa.

Rotariu, T. (2010). *Studii demografice* Iași: Polirom.

S.C. Cognitrom SRL (2003) *Bateria de teste psihologice de aptitudini-manual de utilizare* (ed.II). Cluj Napoca: ASCR Publishing House.

Sava, F. (2004) *Analiza datelor în cercetarea psihologică*, Cluj Napoca: ASCR Publishing House.

THE ROLE OF SUPERVISION FOR SOCIAL WORKERS AND CLERICS, IN THE DEVELOPMENT OF SOCIO-MEDICAL COMUNITARY CARE

**Virgil-Titus Dan
Patricia Runcan**

Key-words: supervision, community, church, socio-medical care.

***Abstract:** Over the centuries, the church has had a key-role in the development of socio-medical assistance, in the middle of the communities where its activity unfolded. Social workers and clerics who ran their socio-medical community activities through church have had success because of the supervision of their activity, through which the “burn-out” phenomenon was avoided. The purpose of this article is to analyze the evolution of supervision along the years, among social workers and clerics that worked through church and the religious institutions, and its role in the prevention of the “burn-out” phenomenon. Even though supervision was mainly archetypal in the beginning, between master or mentor and a relatively small group of disciples, it still covered the main characteristics of modern-day supervision. Through teaching and by example, the disciples were challenged to put into practice the concepts. Then, through feedback and self-analysis, they were encouraged to improve their work abilities and identify their niche of maximum efficacy, in this way being able to multiply this process in others. In the past century, the pragmatic view on supervision was elaborated and extended, based on the theory of communication, on the theories of group functioning, and it developed as a necessity of scientifically management, becoming part of it. This pragmatic approach implemented to social workers and clerics that work in the socio-medical field increases the quality of services offered to individuals in difficulty, and automatically the level of professional satisfaction.*

The role of the Christian church in the network development of the social work for the community.

The founder of Christian church was Jesus Christ, whom Christians consider the most important personality from history. An eye-witness describes his activity with the following words: “[...] Jesus Christ [...] went around doing good and healing all” Acts 10:38 (NIV). In his person we can find the specialist that has both theoretical and practical solutions for the work he does with the most difficult cases, resolving specific scenarios like no other from his era. In crisis, whether it is educational, social, medical, moral, compared to his contemporaneous fellows, Jesus amazes those around him with the practical, simple solutions of solving the crisis. Secondly, he formed a group of people to whom he shared the “know-how”, later on the participants in

same group becoming the apostles of the Christian faith. Following the teaching of the founder of Christian faith, perpetuated by his apostles, the Church has practiced and transmitted during time this values wherever it had representatives, and where it was allowed, it did this publicly.

Even though medical services take roots prior to the Christian period, after Christianity was recognized, in every city that had a cathedral, Christians would build a hospital too, with libraries nearby, medical services, training programs for medical workers, and even pharmaceutical studies (New Advent, 2015).

In Europe, Universities appeared and developed during the first few hundreds of years in the Christian schools belonging to the cathedrals and to monasteries, starting even from the sixth century AD. (Riché, P., 1978)

From beginnings to nowadays, authentic Christianity promoted social services, cultural, moral and spiritual education, and, despite the human errors that have entered the system, we can see that up to this date the countries with a strong Judaic-Christian tradition and with a vast religious practice over the years, are, overall, the most developed.

In Romania there are right now over 1000 NGOs that activate in the churches' perimeter, providing on their own or/and in partnership with them social services in vast fields, following the conditions of the law, specific educational actions and other non-profit activities of religious cults, according to law (no. 489/2006) concerning religious freedom and the general cults regime, where the following is mentioned: "The Romanian state recognizes the spiritual, educational, social-charitable, cultural role and of social partnership, and also its status of social peace factor. Public authorities cooperate with cults in the common interest fields and supports their activity". Adding to that the fact that over 50.000 people are employees at the religious cults or NGOs that activate in the churches' perimeter in Romania, there is an enormous human potential, creating a complex phenomenon, still little known and used.

Supervision and its role in the Church, concerning the prevention of the burn-out phenomenon

Looking deeply, we will notice the supervisor's model applied in Jesus Christ's relationship with his disciples. First of all, his actions are supervised directly by the Father, and then, in his relationship with the disciples, he explains to them in a didactic way the procedure of working with people going through crisis, showing them practically what to do, supervising them in their own activities, helping each of them separately to discover their specific work field, correcting errors and, in the end, "certifying" their socio-medical and morally-spiritual actions. A thing that draws our attention in his relationship with the disciples is the master's concern for them, so they would not reach the

“burn-out” line, or exhaustion in the work they are doing. When they come from a campaign where they had practiced the principles and work they learned from their master, he protects them from the crowd, telling them: “Come with me by yourselves [...] and get some rest.” Mark 6:31 (NIV). Each and every time this principle was applied to the master-disciple relationship, supervisor-supervised, the capability of a social worker did not decrease, but increased. Success in working with the human factor brings, besides the material reward, personal satisfaction, but the inadequate approach of this professional assistance processes will, on the long term, lead to exhaustion, withdrawal, and abandonment under different forms. This is where the supervisor’s role comes in, who, through his own expertise, can help the professionals that works with people in difficulty, to understand and overcome the critical circumstance through newly-achieved experiences.

There are two visions, out of which two approaches on supervision unwind. The first to mention is the romantic view, the archetypal relationship concept, mainly individual, the initiation of a disciple by the master. Even though this approach is historical, being characteristic to archaic societies, but also adopted through Jesus’ model by the Church , it has certain limitations. Out of it though, the second view developed, the pragmatic one, a vision that has its basis on the theory of communication, group functioning theories, and it developed as a necessity in the scientific management perimeter, becoming part of it. This vision implies an open relationship, “in plain sight”, meaning that it looks at observable professional activities, acknowledged by the supervised and the supervisor, measurable. It is structured on empiric premises.

Supervision is a process in which the supervisor guides, facilitates and makes it possible for the supervised to reach the organizational, professional and personal objectives (goals). Among these objectives we name competence, responsible practice, education and continual professional development, and personal support (O’Donoghue, 1999, in Runcan, 2013). Supervision helps the professional to reflect in his activity, so that he could activate efficiently, gain satisfaction in his personal life, and harmonize better the professional activity with his private life.

Supervision is a two-way communication process, between supervisor and the supervised, that involves emotions, words, analysis, reflection and attitude (Runcan, Goian, Țîru, 2012:181).

Kadushin (2014) speaks about three different theoretical models in supervision. Educational supervision is aimed to improve professional skills of the supervisee, supportive supervision, client-centered and designed to help the supervisee for the best handling cases and, finally, administrative supervision, who is the supervision that managers promote to assure the best functioning of the employees.

The supervisor is not just a theoretician, he is a competent practitioner with encouragement skills, capable to challenge the limitations of another a good analyst and also open to feedback; able to provide support and model the most different situations and a wide range of emotions, able to properly manage authority and power.

The supervisor must take four roles. First as a teacher or trainer, he shows how to do a certain thing, providing adequate information. Secondly the supervisor acts as facilitator helping the supervised person to explore new models and to develop their own style. Thirdly, he acts as a consultant: through reflective practice he helps professionals in solving problematic situations. The fourth role is evaluator, providing feedback to supervisees, thus mediator in action oversaw reflection of own shares. (Williams, Johnes, 2004).

Emotional consumption of professionals involved in services of change is, according to Morris & Feldmann quoted Runcan (2013), influenced by: emotional frequency of exposure (no. Of customers / unit time), emotional penetration exposure (duration and intensity), the diversity of emotions expressed (wide range of emotions experienced) and emotional dissonance (the difference between the experimental and displaying emotions)

The features of the supervisor, described in the cultures with a tradition of supervision (Fleming, Steen, 2002), as are mentioned by those supervised, include: the ability to establish good relations with others, the ability to give adequate positive feedback, the capacity to give accurate feedback on the inefficient behavior of the supervisee, supporting the development of self-confidence of professionals, giving to the supervisee the opportunity to learn through observation or recorded sessions, gives references, suggest alternative ways of intervention with clients, help professional to discover and develop his/her own style of working, organiz meetings at least an hour, in these meetings at least 45 minutes will be allocated to discuss the client problems and intervention. Frequency and duration of supervision meetings seem to influence the effectiveness of supervision. Effective meetings seem to take at least an hour and required frequency of at least once a month.

For professionals who provide social work, supervision is required as a continuous learning experience. More professionals perceive supervision as a commitment which is necessary to the professional and mental balance, and needed to increase the quality of services provided to persons in difficulty. (Runcan, Goian, Tiru, 2012:194).

Supervision brings a qualitative gain in terms of reflection on its own activity and broadening the professional competence; promotion of individual and / or group resources; crisis management: reflection, understanding and overcoming difficult professional situations (difficult cases, critical condition etc.); improving the work environment; supporting an appropriate approach on stress sources and demands of professional activity; prevention of professional

burn out; adjustment to the various activities, professional roles, tasks and functions; fixing goals, professional and personal development strategies; social skills improvement; overcoming conflict situations between work and personal life (Minulescu, Lucaciu, 2006). The process of change implies the highest emotional load and is more difficult when the client does not come voluntarily in contact with the specialist.

Personal development of the supervisee runs together with the development of professional efficiency. The process of professional efficiency development is a customized and supervised process, because each person has specific development paths. But the professional issue is a group one and professional problem solving is directly proportional to the effectiveness of communication influenced itself by the private lives of group members. Transmission of professional skills, especially those related to overcoming deep emotionally difficulties and situations, are rather emotional modeling character, than transmission of cold information in a formal system.

Conclusion

Over the centuries, even by its founder, the church promoted social work, education, counseling and medical services. The final evaluation of people is directly related to working with the human factor found in difficulty: "... I was hungry and you gave me something to eat, I was thirsty and you gave me something to drink, I was a stranger and you invited me in, I needed clothes and you clothed me, I was sick and you looked after me, I was in prison and you came to visit me "Matthew 25:35, 36. Through the supervision relationship between master and disciple even though it is a romantic, pastoral relationship, it was possible to avoid exhaustion in dealing with the people found in difficulty. Even if due to the communist past, supervision is sometimes perceived as a form of control, we believe that now it is time for all believers of the Christian church and especially professionals working with people in difficulty to assume the practice of pragmatic supervision in order to increase their own skills, to avoid the burn-out phenomenon and improve customer service. The well done work of professionals will lead them to increased satisfaction.

References

- Holy Bible*, New International Version®, NIV® Copyright ©1973, 1978, 1984, 2011 by Biblica, Inc.®
- Kadushin, A., Harkness D. (2014) *Supervision in Social Work* (5th ed). New York: Columbia University Press.
- O'Donoghue, K. (2010) *Towards the construction of social work supervision in Aotearoa New Zealand: A study of the perspectives of social work practitioners and supervisors*. New Zealand: Palmerston North.
- Fleeming, I., Steen, L. (2003) *Supervision and clinical Psychology, theory, practice and perspectives*. Hove & New York: Brunner-Routledge.
- Iluț, P. (1997) *Abordarea calitativă a socioumanului*. Iași: Editura Polirom.
- Legea 489/2006 privind libertatea religioasă și regimul general al cultelor*. *Monitorul Oficial partea I*, nr. 11/8.01.2007.
- Minulescu, M., Lucaciu, B. (2006) *Condiția supervizării în România*. *Revista Română*, vol. nr. 17-18.
- New Advent (2015): <http://www.newadvent.org/cathen/07480a.htm> APA citation.
- Walsh, J.J. (1910). Hospitals. In *The Catholic Encyclopedia*. New York: Robert Appleton Company. Retrieved September 9, 2015.
- Riché, P. (1978) *Education and Culture in the Barbarian West: From the Sixth through the Eighth Century*, Columbia: University of South Carolina Press. 126-127.
- Runcan, P.L., Goian, C., Țiru, L. (2012) The Socio-Communicational Style and the Need for Supervision of Professionals from the Social Services, *Revista de cercetare și intervenție socială*. Vol. 37. 180-195.
- Runcan, P.L. (2013) *Supervision in Educational, Social and Medical Services Professions*. New Castle: Cambridge Scholars Publishing.
- Williams-Jones, A. (2004) *Atelier de formation à la supervision*. Montreal, Quebec: University Trois-Rivières.

PREVALENȚA FATIGABILITĂȚII LA PACIENȚII ONCOLOGICI ȘI ROLUL EI ÎN REINSERȚIA SOCIO-PROFESIONALĂ

Florentina David (Nae)
Horațiu Petrescu
Daniela Moșoiu
Venera Bucur
Gabriel Dinu
Ion Călin Răuția
Victor Silivestru
Marcel Berceanu – Văduva
Bogdan Nistor

Cuvinte cheie: cancer, fatigabilitate, prevalență, pacient oncologic.

Abstract: Există o diferență calitativă dintre fatigabilitatea asociată cancerului și oboseala cotidiană: „Fatigabilitatea pacienților bolnavi de cancer este o stare subiectivă de oboseală neobișnuită, care afectează organismul (fizic), emoțiile (afectiv) și funcționarea mentală (mental) care persistă mai multe săptămâni și care poate fi numai parțial sau deloc înlăturată prin odihnă sau somn. Oboseala la persoanele sănătoase este o senzație subiectivă cu ritm circadian, care poate fi plăcută și dispăre în mod normal cu odihnă.” (Glaus A, Crow R, Hammond S., 1999:12)

Scala Fatigabilității Piper revizuită a fost de curând scurtată la 22 de itemi (Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM., 1998).

Scala fatigabilității PIPER-12 (The Piper fatigue scale-12-PFS-12) este un instrument de autoevaluare multidimensională, utilă în evaluarea fatigabilității, dar nu este tradusă și validată în limba română.

Introducere

Mulți pacienți cu cancer suferă de fatigabilitate asociată cancerului („Fatigabilitate asociată cancerului”- CRF), atât în timpul tratamentului, cât și după acesta. Fatigabilitatea asociată cancerului poate apărea în orice moment în cursul bolii și poate fi auto-limitată sau persistentă, uneori având efect tot restul vieții.

Rețeaua Națională Oncologică (NCCN) definește fatigabilitatea asociată cancerului ca fiind „un sentiment supărător, persistent și subiectiv de oboseală sau epuizare asociat cancerului sau tratamentului oncologic care nu este proporțional cu activitatea recentă și afectează funcționarea normală” (www.nccn.org/physician_gls/PDF/fatigue.pdf). Fatigabilitatea a fost definită și ca sindrom clinic. „Coaliția fatigabilității” (*Fatigue coalition*) a sugerat

utilizarea criteriilor din Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD-10) pentru a defini fatigabilitatea asociată cancerului care presupune că „*oboseala majoră, energia diminuată sau nevoia crescută de odihnă care nu corespunde unei schimbări recente în nivelul activității*” este prezentă zilnic sau aproape zilnic în două săptămâni consecutive din ultima lună. Unii autori afirmă că fatigabilitatea asociată cancerului este calitativ diferită de fatigabilitatea resimțită de oameni în urma efortului fizic (Cella D., Davis K., Breitbart W., Curt G., 2001; Mock V., Atkinson A., Barsevick A. *et al.*, 2000; Gutstein H.B., 2001; Glaus A., Crow R., Hammond S., 1996), iar pacienții bolnavi de cancer relatează că este mai puțin probabil ca fatigabilitatea să dispară în urma somnului.

Definiția de lucru are la bază numai evaluarea subiectivă a pacientului. În prezent, nu este fezabilă o măsurare obiectivă a fatigabilității, deși s-a propus o evaluare obiectivă a stării de slăbiciune ca sub-dimensiune a fatigabilității.

Caracteristici clinice

Manifestările variate ale fatigabilității asociate cancerului includ sentimente de epuizare, lipsă de energie, pierderea apetitului și a intereselor personale, tulburări de memorie și de concentrare.

La cei mai mulți pacienți variază foarte mult modul lor de a se exprima și descrie problemele pe care le experimentează. Studiile calitative au arătat că trăsăturile clinice sunt foarte individuale, și niciodată doi pacienți nu vor fi la fel. (Scott J.A., Lasch K.E., Barsevick A.M., 2011) Mulți pacienți, de asemenea, suferă de dureri, tulburări de somn, și distresul emoțional, inclusiv anxietate și depresie. (Brown L.F., Kroenke K., 2009; Ruffer J.U., Flechtner H., Tralls P., Josting A., Sieber M., Lathan B., *et al.*, 2007; Cheng K.K., Lee D.T., 2011)

Fatigabilitatea asociată cancerului implică un cerc vicios al performanței fizice diminuate, inactivitate, evitarea efortului, lipsa de regenerare, neajutorare, depresie și starea de spirit. Dintre toate simptomele care tind să afecteze pacienții cu cancer (durere, tulburări de somn, lipsa poftei de mâncare, greață), simptomele fatigabilității asociate cancerului sunt descrise ca fiind cele mai stresante (Tishelman C., Degner L.F., Rudman A. *et al.*, 2005; Shi Q., Smith T.G., Michonski J.D., Stein K.D., Kaw C., Cleland C.S., 2011).

CRF afectează semnificativ calitatea vieții și capacitatea de performanță fizică a multora dintre pacienții afectați (Cheng K.K., Lee D.T., 2011; Shi Q., Smith T.G., Michonski J.D., Stein K.D., Kaw C., Cleland C.S., 2011; Scott J.A., Lasch K.E., Barsevick A.M., Pault-Louis E., 2011)

Material și metodă

Participanții la studiu sunt pacienții oncologici internați în perioada mai-iunie 2014, în secția oncologie medicală a Spitalului Județean de Urgență Slobozia. *Criteriile de eligibilitate pentru introducerea în studiu au fost următoarele:*

- internat în secția Oncologie a Spitalului Județean de Urgență Slobozia;
- vârsta peste 18 ani;
- a fost diagnosticat sau tratat pentru cancer;
- status de performanță ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) între 1 și 3;
- fără handicap intelectual sau boli psihiatrice care alterează statusul cognitiv.

Rezultate

Eșantionul luat în studiu a fost reprezentat de toți pacienții oncologici care s-au internat în perioada mai-iunie 2014 în serviciul de oncologie al Spitalului Județean Slobozia care îndeplineau criteriile de eligibilitate. Lotul rezultat de 150 pacienți, internați, diagnosticați cu cancer de orice tip (localizări diferite), cu stadii tumorale între II-IV a fost neomogen din punct de vedere al variabilei: tratamentul primit. Astfel 70 de pacienți nu au primit tratament oncologic, ci doar tratament paliativ, 10 erau în curs de radioterapie și 70 în curs de chimioterapie. Am aplicat chestionarul la întregul eșantion.

Prevalența fatigabilității moderate în rândul pacienților ce primeau tratament oncologic activ (n=80) a fost determinată ca fiind de 35,99%. Pacienții în curs de chimioterapie și radioterapie au prezentat o creștere semnificativă cu 7,34% a scorului global Piper pentru oboseală moderată, față de grupul din studiu (n=70) care nu primea tratament simptomatic.

Toți pacienții din lot au experimentat fatigabilitate în ultimele patru săptămâni, dar caracteristicile acestora sunt diferite (scoruri diferite pe subscalele comportamental, afectiv, senzorial, cognitiv). Cei mai buni predictorii ai oboselii în eșantionul de pacienți au fost identificați după studiul foilor clinice generale de observație ale pacienților:

- Anemie;
- Cașexie;
- Radioterapie;
- Chimioterapie;
- Scorul de performanță ECOG;
- Stadiul tumorii;
- Vârsta;
- Sexul.

În studii anterioare ratele de prevalență a fatigabilității asociate cancerului variază de la 59% până la 100%.

Pentru procesarea datelor am folosit 12 variabile:

1. Număr – semnificând numărul criteriu al pacientului eligibil inclus în studiu.
2. Sexul – variabile numerice: 0 pentru femei și 1 pentru bărbați.
3. Vârsta.
4. Deprimat (conform răspunsului la testul cu o întrebare pentru depresie) cu variabilele dihotomice binare: 0 pentru NU și 1 pentru DA.
5. Tipul cancerului.
6. Stadiul tumorii cu variabile numerice de la 1 la 4.
7. Categoria scorului total al fatigabilității Piper cu variabile ordinare (0-3).
8. Scorul ECOG cu variabile numerice (0-3).
9. Anemie (conform diagnosticului secundar din foaia de observație clinică generală a pacientului și valorilor hemoglobinei din buletinele de analize) cu variabilele dihotomice binare: 0 pentru NU și 1 pentru DA.
10. Cașexie (conform diagnosticului secundar din foaia de observație clinică generală a pacientului) cu variabilele dihotomice binare.
11. CHT – Chimioterapie: cu variabile numerice.
12. RT – Radioterapie: cu variabile numerice.

Frecvență și intensitate

Pacienții incluși în studiu au vârste cuprinse între 34 ani și 86 ani. Vârsta medie în populația clinică este de 63,33. Evaluarea oboselei experimentată de pacienți este subiectivă, pacienții în vârstă ignoră semnele de oboseală, o asociază cu decrepitudinea specifică vârstei (lipsa de vigoare fizică și intelectuală provocată de bătrânețea înaintată, slăbiciune). 46,66% din populația studiată au fost femei și 55,33% bărbați.

În studiul clinic au fost incluși pacienți diagnosticați cu cancer de orice tip. Cea mai mare incidență în tipurile de cancer la populația clinică (n=150) o are cancerul pulmonar, urmat de cancerul mamar și colorectal. Analiza statistică a stadiului tumorii arată că 95 de pacienți au cancer, stadiul IV, 38 pacienți cancer stadiul III și 17 pacienți au tumori stadiul II. Nici un pacient din cohortă (n=150) nu are scor ECOG - 0; 32 pacienți au scor ECOG - 1; 98 pacienți – ECOG - 2 și 20 pacienți ECOG – 3.

În populația studiată (n=150), prevalența fatigabilității asociată cancerului este de 100%. Evaluarea subiectivă a simptomului multidimensional ”oboseală” este influențată de vârsta pacientului.

Bibliografie:

- Cella D., Davis K., Breitbart W., Curt G. (2001) Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *J Clin Oncol.* 19:3385–91.
- Mock V., Atkinson A., Barsevick A. *et al.* (2000) NCCN practice guidelines for cancer-related fatigue. *Oncology (Huntingt)* 14:151–61.
- Gutstein H.B. (2001) The biologic basis of fatigue. *Cancer* 92: 1678–83.
- Glaus A., Crow R., Hammond S. (1996) A qualitative study to explore the concept of fatigue/tiredness in cancer patients and in healthy individuals. *Support Care Cancer* 4:82–96.
- Scott J.A., Lasch K.E., Barsevick A.M., Piau-Louis E. (2011) Patients' experiences with cancer-related fatigue: a review and synthesis of qualitative research. *Oncol Nurs Forum.* 38:191–203.
- Brown L.F., Kroenke K. (2009) Cancer-related fatigue and its associations with depression and anxiety: a systematic review. *Psychosomatics.* 50:440–447.
- Rüffer J.U., Flechtner H., Tralls P., Josting A., Sieber M., Lathan B. *et al.* (2003) Fatigue in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma; a report from the German Hodgkin Lymphoma Study Group (GHSG) *Eur J Cancer.* 39: 2179–2186.
- Cheng K.K., Lee D.T. (2011) Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 78:127–137.
- Tishelman C., Degner L.F., Rudman A. *et al.* (2005) Symptoms in patients with lung carcinoma: distinguishing distress from intensity. *Cancer.* 104:2013–2021.
- Shi Q., Smith T.G., Michonski J.D., Stein K.D., Kaw C., Cleeland C.S. (2011) Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: A Report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer.* 117:2779–2790.
- Cheng K.K., Lee D.T. (2011) Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.* 78:127–137.
- Shi Q., Smith T.G., Michonski J.D., Stein K.D., Kaw C., Cleeland C.S. (2011) Symptom burden in cancer survivors 1 year after diagnosis: A Report from the American Cancer Society's studies of cancer survivors. *Cancer.* 117:2779–2790.
- Scott J.A., Lasch K.E., Barsevick A.M., Piau-Louis E. (2011) Patients' experiences with cancer-related fatigue: a review and synthesis of qualitative research. *Oncol Nurs Forum.* 38 :E191–E203.
- www.nccn.org/physician_gls/PDF/fatigue.pdf (accesat la 19 septembrie 2013).

VALIDAREA SCALEI PIPER MODIFICATE PENTRU ANALIZAREA FATIGABILITĂȚII PACIENȚILOR CU CANCER

Florentina David (Nae)
Horațiu Petrescu
Daniela Moșoiu
Venera Bucur
Dinu Gabriel
Ion Călin Răuția
Victor Silivestru
Marcel Berceanu – Văduva
Bogdan Nistor

Cuvinte cheie: cancer, fatigabilitate, scala Piper modificată, pacient oncologic.

Abstract: Există o diferență calitativă dintre fatigabilitatea asociată cancerului și oboseala cotidiană: „Fatigabilitatea pacienților bolnavi de cancer este o stare subiectivă de oboseală neobișnuită, care afectează organismul (fizic), emoțiile (afectiv) și funcționarea mentală (mental) care persistă mai multe săptămâni și care poate fi numai parțial sau deloc înlăturată prin odihnă sau somn. Oboseala la persoanele sănătoase este o senzație subiectivă cu ritm circadian, care poate fi plăcută și dispăre în mod normal cu odihnă.” (Glaus A, Crow R, Hammond S., 1999:12)

Scala Fatigabilității Piper revizuită a fost de curând scurtată la 22 de itemi (Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM., 1998).

Scala fatigabilității PIPER-12 (The Piper fatigue scale-12-PFS-12) este un instrument de autoevaluare multidimensională, utilă în evaluarea fatigabilității, dar nu este tradusă și validată în limba română.

Introducere

Mulți pacienți cu cancer suferă de fatigabilitate asociată cancerului („Fatigabilitate asociată cancerului” – CRF), atât în timpul tratamentului, cât și după acesta. Fatigabilitatea asociată cancerului poate apărea în orice moment în cursul bolii și poate fi auto-limitată sau persistentă, uneori având efect tot restul vieții. Societatea de Nursing Oncologic (Oncology Nursing Society) definește fatigabilitatea asociată cancerului ca pe „un sentiment de oboseală epuizantă sau lipsă totală de energie care poate dura zile, săptămâni sau luni; cauzată în general de anemie, fatigabilitatea este efectul secundar al chimioterapiei care îi afectează cel mai mult pe pacienți – mai mult decât greața, durerea sau depresia; printre simptome se numără starea de slăbiciune

sau epuizare, dificultatea în a urca scări, de a parcurge distanțe scurte sau de a efectua activități cotidiene; alimentația adecvată, exercițiile fizice ușoare, odihna și medicația pot ajuta la înlăturarea fatigabilității”, (<http://www.cancersymptoms.org/glossary.shtml>).

Glaus a subliniat diferența calitativă dintre fatigabilitatea asociată cancerului și oboseala cotidiană: „Fatigabilitatea pacienților bolnavi de cancer este o stare subiectivă de oboseală neobișnuită, care afectează organismul (fizic), emoțiile (afectiv) și funcționarea mentală (mental) care persistă mai multe săptămâni și care poate fi numai parțial sau deloc înlăturată prin odihnă sau somn. Oboseala la persoanele sănătoase este o senzație subiectivă cu ritm circadian, care poate fi plăcută și dispăre în mod normal cu odihnă.” (Glaus A, Crow R, Hammond S., 1999:12)

Evaluarea fatigabilității

Toți autorii par să recunoască o dimensiune fizică și una cognitivă.

Starea de slăbiciune pare a fi o parafrază utilă pentru dimensiunea fizică, iar oboseala pentru dimensiunea cognitivă. Anchetele referitoare la fatigabilitate ar trebui să cuprindă întrebări despre starea de slăbiciune și oboseală precum „Vă simțiți neobișnuit de obosit sau slăbit? sau „Cât de slăbit sunteți?” / „Cât de obosit sunteți?”. Pentru abordarea ca grup de simptome au fost elaborate multe instrumente. Unele dintre acestea sunt destul de lungi, precum Evaluarea Funcțională a Terapiei Oncologice – Oboseala (FACT-O) (Dittner A.J., Wessely S.C., Brown R.G., 2004; Yellen S.B., Cella D.F., Webster K., Blendowski C., Kaplan E., 1997), care conține 47 de itemi (deși subscala de fatigabilitate cu 13 itemi poate fi utilizată ca un chestionar de sine stătător).

Scala Fatigabilității Piper revizuită a fost de curând scurtată la 22 de itemi (Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM., 1998).

Scala fatigabilității multidimensionale a fost construită din 20 de itemi. Unele instrumente precum subscala de fatigabilitate a FACT nu acoperă diferitele dimensiuni ale fatigabilității. Inventarul succint al fatigabilității (BFI) a fost alcătuit asemănător cu inventarul succint al durerii. Acesta evaluează severitatea și afectarea activității cauzate de fatigabilitate utilizând doar 9 întrebări. Cu toate acestea, BFI tratează o singură dimensiune, descrisă ca „severitatea” fatigabilității (Mendoza TR, Wang XS, Cleeland CS *et al.*, 1999). Pacienții care urmează chimioterapie consideră fatigabilitatea ca fiind simptomul cu impactul cel mai ridicat asupra vieții cotidiene, 91% dintre pacienții care suferă de fatigabilitate declarând că aceasta îi împiedică să ducă o viață „normală”. (Curt GA, Breitbart W, Cella D *et al.*, 2000)

Pacienții sunt de părere că fatigabilitatea le afectează viața cotidiană mai mult decât durerea instalată în urma radioterapiei sau chimioterapiei, în timp ce medicii considerau că durerea îi afectează mai mult pe pacienți decât

fatigabilitatea. (Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D *et al.*, 1997) Cu toate că nu există o definiție a fatigabilității general acceptată, aceasta este recunoscută la scară largă ca un construct multidimensional. Glaus a descris dimensiunea fizică, cognitivă și afectivă a fatigabilității asociate cancerului (Glaus A., 1998). Alți autori au descris interferarea cu funcționarea, vigoarea, starea de spirit, activitatea redusă, motivarea redusă sau suferința cauzată de oboseală ca dimensiuni suplimentare ale fatigabilității asociate cancerului, de obicei în legătură cu dezvoltarea instrumentelor de evaluare (Radbruch L., Strasser F., Elsner F., Gonçalves J.F., Løge J., Kaasa S., Nauck F., Stone P., 2008).

Material și metodă

Scala fatigabilității PIPER-12 (The Piper fatigue scale-12-PFS-12) este un instrument de autoevaluare multidimensională, utilă în evaluarea fatigabilității, dar nu este tradusă și validată în limba română. SCALA FATIGABILITĂȚII PIPER-12 (PSF-12) conține date sociodemografice: sex, vârstă, mediul de rezidență, nivelul de studii, data completării, secția în care se află pacientul chestionat, asigurarea confidențialității și instrucțiuni privind completarea acestuia: „încercuți numărul care se potrivește cel mai bine stării de oboseală pe care o resimțiți în ultimele patru săptămâni”.

Am folosit metoda de validare simplă cu traducerea înainte și înapoi în limba română a instrumentului de evaluare a fatigabilității asociate cancerului de către doi vorbitori de limba engleza: conf. dr. DANIELA MOȘOIU și dr. DRAGOȘ IZVERNARIU, medic specialist anatomopatolog, confruntarea rezultatelor și ajustare.

În cadrul procesului de validare, Chestionarul „Anexa 1” a fost aplicat la 48 de pacienți eligibili incluși în studiu și a inclus și următoarele întrebări:

- Cât timp v-a luat să-l completați?
- Au fost întrebări pe care nu le-ați înțeles? Care sunt?
- Ce alte dificultăți ați mai întâmpinat?

Nici un pacient din cei 48 la care a fost aplicat chestionarul nu au consemnat dificultăți sau întrebări pe care nu le-au înțeles.

Timpul mediu necesar completării chestionarului PFS-12, pentru evaluarea oboselii, cu 12 itemi, tradus în limba română a fost de 8 minute.

Rezultate, discuții și concluzii

Validitatea structurii dimensionale este stabilită prin folosirea tehnicilor analitice, în al doilea rând, chestionarul a fost validat la 48 pacienți, este testat psihometric, cu indice Cronbach alpha de 0,94.

Cazurile procesate au fost valide 100%, iar chestionarul poate fi considerat validat, reproductibil datorită indicelui α Cronbach.

Din analiza statistică pe categoriile de vârstă ale pacienților incluși în studiu, a fost obținută media categoriei de vârstă de 3,21 cu o deviație standard de 0,582, categoria 3 având o rază de 46-65 ani. Cei mai mulți respondenți au studii gimnaziale.

Pacienților care au răspuns cu DA la testul de screening pentru depresie „În ultima lună v-ați simțit de multe ori abătut, trist, deprimat sau fără speranță?” sunt în proporție de 63%.

Scorul Piper total are o medie de 2,08 cu deviație standard de 0,577 unde 0 înseamnă lipsa oboselei. În populația clinică nu există subiecți cu 0 oboseală, 1 este variabila ordinară pentru oboseala ușoară, 2 pentru oboseala moderată, 3 pentru oboseala severă. Din analiza statistică rezultă că cei mai mulți participanți la studiu au oboseală moderată.

În populația clinică au fost incluși pacienți diagnosticați cu cancer, având următoarele localizări:

- 11 pacienți cu cancer pulmonar,
- 10 cu cancer mamar,
- 6 – colon,
- 1 – colorectal,
- 1 – cerebral,
- 1 – faringolaringian,
- 1 – laringe,
- 2 – gastric,
- 1 – LMNH,
- 2 – cavitatea bucală,
- 2 – orofaringe,
- 3 – ovarian,
- 1 – pancreas,
- 2 – rinofaringe,
- 1 – spinal,
- 12,5% (6) au oboseală severă și scor ECOG 3,
- 16,6% (8) pacienți au oboseală moderată și scor ECOG 3,
- 8,33% (4) au oboseală severă și scor ECOG 2,
- 50% (24) din pacienții incluși în studiu au oboseală moderată și scorul ECOG 2,
- 10,4% (5) au oboseală moderată și scor ECOG 2,
- 2,08% (1) din cohorta de 48 pacienți prezintă oboseală ușoară și scor ECOG 1.

Concluzii

Scala Fatigabilității Piper-12 este un instrument util, reproductibil în evaluarea fatigabilității la bolnavii de cancer, indicele Cronbach alpha fiind de 0,94.

Bibliografie:

- Curt G.A., Breitbart W., Cella D. *et al.* (2000) Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition. *Oncologist*. 5: 353–60.
- Dittner A.J., Wessely S.C., Brown R.G. (2004) The assessment of fatigue: a practical guide for clinicians and researchers. *J Psychosom Res*.56: 157–70.
- Glaus A. (1998) Fatigue în patients with cancer. Analysis and assessment. *Recent Results Cancer Res*. 145: I–XI, 1–172.
- Glaus A., Crow R., Hammond S. (1999) Fatigue în healthy and cancer patients. 1. A qualitative study on conceptual analysis. *Pflege*. p. 12.
- Mendoza T.R., Wang X.S., Cleeland C.S. *et al.* (1999) The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer*. 85: 1186–96.
- Piper B.F., Dibble S.L., Dodd M.J., Weiss M.C., Slaughter R.E., Paul S.M. (1998) The revised Piper Fatigue Scale: psychometric evaluation în women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 25: 677–84.
- Radbruch L., Strasser F., Elsner F., Gonçalves J.F., Løge J., Kaasa S., Nauck F., Stone P. (2008) The Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC). Fatigue in palliative care patients – an EAPC approach. *Palliative Medicine*. 22: 13–32.
- Vogelzang N.J., Breitbart W., Cella D. *et al.* (1997) Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The fatigue coalition. *Semin Hematol*. 34: 4–12.
- Yellen S.B., Cella D.F., Webster K., Blendowski C., Kaplan E. (1997) Measuring fatigue and other anemia-related symptoms with the Funcțional Assessment of Cancer Therapy (FACT) measurement system. *Journal of Pain and Symptom Management* 03/ 13(2):63-74.
- <http://www.cancersymptoms.org/glossary.shtml> (accesat la 19 septembrie 2013).

Anexă: Scala Piper modificată utilizată:

1. În ce grad oboseala vă împiedică să vă desfășurați munca sau activitățile școlare?
Deloc (0) Foarte mult (10)
2. În ce măsură vă împiedică oboseala să vă desfășurați activitățile care vă plac?
Deloc (0) Foarte mult (10)
3. Cum ați descrie severitatea sau intensitatea oboselii pe care o resimțiți?
Ușoară (0) Severă (10)
4. Cât de neplăcută este senzația de oboseală pe care o resimțiți?
Plăcută (0) Neplăcută (10)
5. Cum resimțiți senzația de oboseală?
Pozitiv (0) Negativ (10)
6. Cum resimțiți senzația de oboseală?
Normală (0) Anormală (10)
7. Vă simțiți
Puternic (0) Slăbit (10)
8. Vă simțiți
Vigil (treaz) (0) Adormit (10)
9. Vă simțiți
Plin de energie (0) Obosit (10)
10. Vă simțiți
Răbdător (0) Agitat (10)
11. Vă puteți concentra (0) Nu vă puteți concentra (10)
12. Puteți să vă puneți gândurile în ordine (0) Nu puteți să vă puneți gândurile în ordine (10).

Se adună scorurile obținute și se împart la 12, rezultând scorul final.

Scor: 0: nu manifestă oboseală

Scor 1-3: Oboseală ușoară

Scor 4-6: Oboseală moderată

Scor 7-10: Oboseală severă

DIMENSIUNEA SPIRITUALĂ, COMPONENTĂ ESENȚIALĂ A RECUPERĂRII PSIHICE

Virgil Enătescu
Virgil Radu Enătescu

***Cuvinte cheie:** recuperare, inserție socială, religie, dizabilitate.*

***Abstract:** În medicina noastră, s-a pus mereu accentul pe dimensiunea biologică, inclusiv și pe asistența socială. Dezvoltarea personalității umane, psihogeneza normală, nu poate fi limitată la factorii biologici, nutriționali, ambientali etc.*

Esența ființei umane este dimensiunea sa psihică. Or, persoanele, care necesită asistență prezintă deja o suferință, un handicap în ceea ce privește inserția și trăirile afective.

Acest aspect impune o foarte bună cunoaștere a nevoilor culturale, profesionale, sociale, specifice ale persoanelor asistate. Să nu uităm ca există mari diferențe culturale între diferitele zone geografice. De asemenea, mari diferențe pot exista în aceeași localitate sau spațiu geografic, când e vorba de culturi diferite, de profesii diferite, de religii diferite, de credințe diferite.

Toate aceste lucruri trebuie armonizate în așa fel, încât să fie satisfăcute nevoile de comunicare și interrelaționare dintre membrii grupului asistat și cei ce îi asistă.

O problemă deosebit de importantă este cea de autoevaluare a fiecăruia. Trebuie găsite mijloacele prin care să se poată afirma, în cadrul grupului, fiecare membru.

Experiența noastră a arătat că o capelă ecumenică, realizată în cadrul unei secții de psihiatrie, duce la armonizări între bolnavi, între bolnavi și personalul medical și chiar între diversele culte religioase, care în exteriorul spitalului nu prea aveau șanse de dialog.

În lucrare sunt prezentate aspecte inedite pe o populație ieșită dintr-un regim totalitar. S-a observat nevoia de apartenență la o comunitate religioasă, nevoia de ritualuri și, chiar mai mult, ca participarea la ritualurile micro-grupului să constituie o garanție pentru concetățeni, pentru normalizarea comportamentului, deci, pentru acceptarea lui.

Dacă, inițial, medicul și sacerdotul era aceeași persoană, treptat, pe parcursul istoriei, s-a produs o separare determinată, în primul rând, de volumul uriaș de cunoștințe acumulate. În ultimele decenii, a revenit în centrul atenției importanța credinței și a religiei în actul medical. Spre deosebire de primii autori creștini, în perioada modernă, din ce în ce mai mulți medici studiază și confirmă importanța credinței și a religiei în actul medical. De asemenea, nu

se mai poate face o separare netă, absolută între fenomenele pur biologice și factorii culturali, psihologici, spirituali, religioși sau de credințe.

Aceste probleme au ajuns în literatură sub semnătura unor somități științifice din domeniul medical. Astfel, acad. C. Bălăceanu Stolnici editează în 1981 „Anatomistii în căutarea sufletului”, o adevărată lucrare exhaustivă asupra evoluției concepției din medicină despre suflet. Lucrarea a fost extrem de apreciată și tradusă în mai multe limbi (Bălăceanu Stolnici, C., 1981).

Abordarea noastră, făcută din perspectiva medicului, are ca subiect dialogul dintre medic și bolnav, mecanismele și tehnicile psihoterapeutice, modelul cultural și factorii religioși în vindecare. Tema a fost prezentată de noi în 1976, la Congresul Internațional de Cibernetică de la Namur (Belgia). De atunci, a constituit o permanentă preocupare și dezvoltare. (Enătescu, V., Codreanu, L., 1976) Avantajul descoperirilor din neuroștiințe, al dezvoltării psihofarmacologiei, al neuroștiințelor și al antropologiei au confirmat ipotezele noastre inițiale și, poate, cel mai important, au stimulat continuarea acestei direcții de abordare a actului medical. De altfel, interesul ce se întrepătrundea cu interesul nostru pentru mecanismele și fenomenele informaționale, care începeau doar să fie studiate în medicină, ne-a stimulat și mai mult.

Dacă, în prima fază, s-a urmărit comunicarea pe canalele verbale și nonverbale, treptat, ne-am centrat pe colaborarea cu preotul (pastorul). Realizarea unei capele ecumenice într-o secție de psihiatrie cu pacienți în stare acută poate fi considerată o nouă etapă, o deschidere spre un demers comun în scopul vindecării.

Posibilitatea de a comunica cu alți colegi cu preocupări comune, oferită de Universitatea de Vest Timișoara, a adus un plus de informații și cunoaștere, obținute direct și mult mai convingător (eficient).

Medicina modernă a fost centrată pe formele carteziene, pe suportul material și energetic, cu reguli stabilite de Claude Bernard (Bernard, C., 1958), fapt ce a dus la un progres concret foarte mare. Dar abordarea informațională a semnificațiilor, a algoritmilor, a relațiilor pluricauzale nu a fost făcută datorită faptului că domeniile respective ale cunoașterii încă nu se dezvoltaseră suficient.

Noi am încercat o modelare informațională a psihicului uman pe nivele de complexitate (Enătescu, V., Pamfil, Ed., Stoinescu, R., 1975). Modelul nostru era total diferit de ceea ce au realizat ciberneticienii, pornind de la N. Wiener. Contribuții deosebite au avut și Bălăceanu Stolnici, Ed. Nicolau și M. Golu.

Abordarea psihologică era doar o tentativă la începutul secolului al XX-lea și nu reușea să dea răspunsuri sau să explice majoritatea fenomenelor. Și, totuși, a fost o perioadă în care, pe de o parte, psihanaliza lansată de S. Freud cucerește preocupările contemporanilor, iar, ca alternativă,

neurofiziologia lui I. V. Pavlov și psihologia comportamentală americană aduc contribuții deosebit de importante la deschiderea spre psihoterapie, spre terapia cuvântului și a comunicării.

Un suport științific apare odată cu dezvoltarea științelor comunicației, a informației și a semanticii. Este un pas uriaș realizat de cibernetică la jumătatea secolului al XX-lea. Abia de atunci, se poate vorbi de faptul că realitatea obiectivă are cel puțin trei domenii specifice și anume cel al masei (substanței), al energiei (vibrațiilor) și al informației (semnificațiilor).

Prima afirmație, chiar a lui N. Wiener este că informația nu este nici substanță nici energie. (Wiener, N., 1966) Or, datorită frământărilor ideologice, filosofice, secolul al XX-lea a impus o viziune energetico-substanțială ca amprentă unică a întregii realități. Această exagerare a făcut dificilă dezvoltarea armonioasă în corespondență cu realitatea. O reducere permanentă a tuturor fenomenelor la explicația prin substanță și energie a avut o putere de penetrare în gândirea comună, chiar mai mult, mulți partizani ce aveau impresia că înțeleg acești termeni (substanță, energie).

Trebuie să avem în vedere că reprezentarea unui spațiu de proiecție a realității în trei planuri poate deveni intuitiv pentru a se înțelege faptul că substanța, energia și informația sunt categorii diferite, dar realitatea nu poate exista decât prin însumarea lor (Enătescu, V., 1977). Mai mult, așa cum substanța are nivele diferite de creștere a complexității structurii proprii, energia și informația se supun aceluiași model. Ne vom referi, în situația noastră, doar la conceptul de informație, deoarece funcția psihică este o funcție a jocului de semnificații și a prelucrării permanente a acestuia.

Din acest punct de vedere, putem vorbi de patru nivele, începând cu nivelul inferior, cel mai simplu al informației statistice (modelul binar 0 1), prezent în toate sistemele.

Nivelul următor este nivelul semantic al semnificațiilor ce apare în lumea vie, pornind de la celulă până la ființele complexe.

Următorul nivel este constituit de nivelul gnozic sau de cunoaștere specific inteligenței animale, artificiale etc. Aici, se rezolvă probleme fără un câștig evident în volumul și calitatea informației.

Pasul specific pentru om este momentul în care apare gândirea abstractă, având ca suport limbajul interior (*silent speech*). De altfel, înaintea oricărui psiholog cibernetician sau filosof există afirmația biblică: „La început a fost cuvântul”. Acum ne putem da seama, încă o dată, nu numai de adevărul biblic, ci și de valoarea extraordinară a afirmațiilor din Biblie. Acest ultim nivel, specific uman, a fost denumit de noi nivelul euristic.

Dacă ciberneticienii au făcut scheme bloc ale psihicului ca o secțiune orizontală prin structurile lui, noi am realizat o secțiune verticală dinspre simplu spre complex, care constituie o prioritate (1976) (Enătescu, V., Pamfil, Ed., Stoinescu, R., 1977; Enătescu, V., 1977; Enătescu, V., 1981; Enătescu,

V., Enătescu V. R., 2007). Fiind două căi de abordare total diferite, nu se contrazic ci, uneori se completează reciproc aducând un plus în cunoaștere. Bineînțeles termenii de secțiune orizontală și verticală au doar rol sugestiv pentru a sublinia diferența de abordare și de structură sesizabilă.

De la începutul modelării au trecut câteva decenii în care multe afirmații și-au găsit suport experimental, real, confirmând modelul nostru cu acuratețe mult mai mare decât o bănuiam inițial. Astfel descoperirea neuronilor oglindă confirmă faptul că întregul fenomen psihic se etalează, se proiectează pe periferia organelor de simț. Este perceput ca venind din exterior sau generat de propria voință.

Un alt argument al antropologiei a fost cel oferit de Ph. Tobias cu prezența boselor centrilor vorbirii pe craniul primilor oameni ca argument al vorbirii interioare, deci, al gândirii abstracte. Totodată, prezența simultană a celor două centre demonstrează că și aici percepția vorbirii interioare se făcea printr-un circuit între cei doi centri (Tobias P. V., Raath M.A., Moggi-Cecchi J., Doyle G.A., 2001).

Nu putem vorbi de viață spirituală până nu avem capacitatea de abstractizare oferită tocmai de vorbirea interioară. Ori, din acest moment, apar multe elemente ce definesc mai mult decât gândirea inteligentă ceea ce ar corespunde unui început de spiritualizare a omului. Apar elemente de artă, apar elemente de decorațiuni.

Ceea ce diferă la om față de restul ființelor este modelul de dezvoltare și maturizare al ființei. Dacă la mamifere, în general, maturizarea se face în perioada embrionară și intrauterină, la naștere fiind terminat ciclul de comportament al ființei, la om putem vorbi de continuarea dezvoltării și post-partum. Ori acest lucru a fost inițial descris de J. Piaget (Piaget, J., 1975). Copilul urmează să învețe în baia de limbaj și comportament uman o serie întreagă de funcții specifice. Se învață vorbirea, deci și gândirea ca o consecință a acesteia, se învață mersul, alimentația etc.

Ceea ce este foarte important este că această perioadă durează câțiva ani și pe parcursul ei se pot produce decalaje în dezvoltare. De asemenea este important de știut că omul, respectiv copilul nu posedă instincte sau comportamente complexe înnăscute (copiii lup).

Importanța educației, a formării, a umanizării individului este dependentă de mamă, de familie și de grupul socio-cultural.

În medicină, biologie, psihologie s-a făcut o analogie între dezvoltarea animalelor și cea a omului transpunându-se o serie de observații prea direct spre om. Dacă în literatură instinctele primare au avut o contribuție artistică deosebită, în realitatea științifică nu se poate vorbi de așa ceva. Bineînțeles că există stereotipuri, comportamente învățate, automatizate. Dar tocmai această arie foarte largă accesibilă învățării desparte omul de lumea animală dându-i șanse extraordinare pentru dezvoltarea lui în continuare. Nu vrem să pledăm

împotriva explicațiilor unor fenomene prin instincte, dar convingerea noastră este că aceste explicații au doar un rol didactic în ușurarea simplificării și înțelegerii unor fenomene. De altfel, este firesc să avem mai multe căi de abordare a aceluiași adevăr. Dar, trebuie să ne alegem calea cea mai apropiată de modelul nostru de gândire profesională care să se poată asambla cu ea și să fie compatibilă cu noile descoperiri.

Din punctul nostru de vedere, instinctul este memoria speciei în ansamblul ei, identică pentru toți indivizii. La om, memoria speciei este foarte mică, existând, în schimb, o capacitate uriașă de memorare permanentă și de învățare.

În ultimul secol au apărut multiple cazuri de patologie psihosomatică. Dacă infecțiile și accidentele fizice dominau medicina începutului de secol XX, astăzi aproape în toată patologia s-a găsit participarea, asocierea fenomenelor psihice la cauzalitate sau cel puțin la întreținerea suferinței. Atunci, este firesc să se pună problema dimensiunii spirituale ca o componentă a dimensiunii psihice. S-a ajuns la recunoașterea implicării factorilor psihici în imunitate, în geneza unor forme de cancer și chiar în favorizarea vindecării cu citostatice. Toate aceste fenomene nu puteau fi concepute în urmă cu câteva decenii. De aceea factorii ambientali și de comunicare (psihoterapie) au un rol important în medicina modernă (Enătescu, V., Enătescu, V.R., 2014).

De semnalat este atitudinea aparte specifică zonei noastre culturale. În creștinismul autentic întreaga patologie beneficiază „de atenția Sfinților Părinți, cum ar fi Sfântul Teodosie, de a-i face pe bolnavii mintali să participe activ la vindecarea lor și dovedește respectul care le este arătat, încrederea care li se acordă, refuzul de a fi considerați simpli pacienți, total supuși puterii terapeutului sau dependenți de rezultatele unei terapii externe” (Larchet, J-C., 1997).

În contrast cu alte civilizații, la noi, boala nu este considerată ca o pedeapsă divină, iar suferindul nu mai este pedepsit, în plus, și de microgrup. Mila față de bolnav o întâlnim încă din perioada existenței bolnițelor pe lângă mănăstiri.

Participarea la serviciul divin a dus la o reintegrare mult mai rapidă și la o vindecare de durată. Or, acest lucru este un argument important în nevoia persoanei de solidaritate, ritualuri, credințe prin care să se ancoreze atât în existența de zi cu zi cât și în relații interpersonale.

Acest lucru l-am semnalat și noi ca o consecință a realizării capelei ecumenice în secția de psihiatrie acuți la Satu Mare, în urmă cu 24 de ani. Este impresionant faptul cum bolnavii doresc și simt nevoia să participe la serviciul divin, făcând eforturi pentru a respecta toate regulile.

Pe de altă parte, este de semnalat faptul că în momentul în care bolnavul părăsește secția, este externat, acesta va merge la biserică. Întregul microgrup observă comportamentul bolnavului și îl acceptă în spațiul sacru.

Această acceptare constituie primul pas și cel mai important pentru reintegrarea bolnavilor în microgrupul sociocultural de origine.

Avantajul solidarizării populației în jurul bolnavului este deosebit, rezolvând una dintre cele mai mari probleme izolarea și marginalizarea acestuia de către populație. Totodată se instituie un control al grupului asupra tratamentului și al evoluției bolnavului. Cu această ocazie, bolnavul își îngrijește și ținuta, este mult mai calculat în comportament și limbaj. Odată cu recâștigarea respectului față de bolnav, se produce și o creștere a stimei de sine, o reevaluare a propriilor comportamente. În această situație, în mod implicit, se câștigă respectarea unor norme sociale ale microgrupului.

Esența ființei umane este dimensiunea sa psihică. Or, persoanele care necesită asistență prezintă deja o suferință, un handicap în ceea ce privește inserția și trăirile afective. Abordarea acestui fenomen se face și prin chimioterapie, dar cu șanse mai mici. Aportul religiei și apelarea la dimensiunea spirituală completează efectul pozitiv al terapiei.

Acest lucru este vizibil nu numai în perioadele de boală, ci și în perioadele marilor tragedii (cutremure, inundații, războaie). Atunci populația se îndreaptă, cu predilecție, spre serviciile religioase pentru a cere sprijinul divin. Cei cu educație religioasă vor fi primii beneficiari în câștigarea echilibrului psihic.

Dacă dezvoltarea organismului este legată de factorii nutriționali, psihicul sau inteligența este dependentă de calitatea alimentelor utilizate. Astfel, proteinele animale sunt strict necesare în dezvoltarea sistemului nervos ca suport al psihicului, iar lipsa unor elemente esențiale cum ar fi iodul duce la handicap în scara populațională.

Dar, cel mai important factor rămâne psihogeneza umană în ambianța familială, în baia de limbaj și de comportament specific uman. Odată cu limbajul se învață axiomele specifice credințelor și respectul față de lucrurile sfinte. Acest model nu are nevoie de explicații sau demonstrații și constituie baza înțelegerii fenomenelor din jur. Peste acest model, care în primul rând este moral, se grefează cunoștințele pragmatice ale existenței.

Spre deosebire de direcțiile pe care a mers medicina în zona geografică în care ne aflăm, astăzi există o tendință generală de apropiere între medicină și religie. Tocmai factorul religios completează ceea ce nu poate face factorul biologic singur. În această interacțiune, nici unul dintre factorii amintiți nu poate fi neglijat. De aceea, este bine să cunoaștem modelul de credințe, modelul religios al suferinzilor pe care îi tratăm. În acest scop, echipa terapeutică, pe lângă medic și psiholog, trebuie completată cu un sacerdot. Deja în multe locuri pe glob în spitale se face tratamentul alopăt alături de tratamentele specifice diferitelor credințe.

Dimensiunea umană este mult mai mult decât ceea ce ne oferă *Tablelul lui Mendeleev*, iar spiritualitatea aduce un plus de unitate și acuratețe în trăirile membrilor microgrupului.

Bibliografie

- Bălăceanu Stolnici, C. (1981) *Anatomiștii în căutarea sufletului*. București: Editura Albatros.
- Bernard, C. (1958) *Introducere în studiul medicinei experimentale*. București: Editura Științifică.
- Enătescu, V., Pamfil, Ed., Stoinescu, R. (1977) Extraverbal Communication in Psychiatry. (Al III-lea Congres Internațional de Cibernetică și Sisteme, București, 25-29 august, 1975). În *Modern Trends in Cybernetics and Systems*, Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York, III, pp. 1185-1204.
- Enătescu, V., Codreanu, L. (1976) *La communication dans le dialogue medicine-malade et le role de la communication extraverbale*. (Al VIII-lea Congres Internațional de Cibernetică, Namur, Belgia, 6-11 septembrie 1976), în volumul congresului, pp. 927-938.
- Enătescu, V. (1977) Substanță, energie, informație. În *Probleme actuale de informatică și conducere*, Cluj-Napoca: Editura Dacia. pp. 409-418.
- Enătescu, V. (1981) *Dialogul medic-bolnav*. Cluj-Napoca: Editura Dacia.
- Enătescu, V., Enătescu V.R. (2004) *Therapy Through the Rehabilitation of the Cultural-Religious Identity*. (A doua Conferință Regională Mediteraneană, Atena, 1-5 septembrie, 2004).
- Enătescu, V., Enătescu V.R. (2007) *Dialogul medic-bolnav*. (ediția a II-a) Cluj-Napoca: Editura Dacia.
- Enătescu, V., Enătescu, V.R. (2014) Medicine and Religion – Not Antagonistic but Complementary. În Constantineanu, C., Rață, G., Runcan, P.L. (ed.) *Christian Values vs Contemporary Values*. Vol.2. București: Editura Didactică și Pedagogică. pp.63-68.
- Larchet, J-C. (1997) *Terapeutica bolilor mintale*. București: Editura Harisma.
- Piaget, J. (1975) *Psihologia inteligenței*. București: Editura Științifică.
- Tobias P.V., Raath M.A., Moggi-Cecchi J., Doyle G.A. (2001) *Humanity from African Naissance to Coming Millennia*. Firenze University Press.
- Wiener, N. (1966) *Cibernetica sau știința comenzii la ființe și mașini*. București: Editura Științifică.

CARACTERISTICI SOCIO-DEMOGRAFICE ASOCIATE CU NIVELE CRESCUTE DE PSIHPATOLOGIE LA PACIENȚII INTERNAȚII CU BOALĂ ISCHEMICĂ CORONARIANĂ ACUTĂ

Virgil Radu Enătescu

Radu Romoșan

Ana Maria Drăghici

Ion Papavă

Ileana Enătescu

Cristian Mornoș

Cuvinte cheie: socio-demografic, psihopatologie, boală ischemică coronariană

Abstract: Conform datelor din literatură, pacienții cu boală ischemică coronariană au, de asemenea, asociate nivele crescute de psihopatologie. O cercetare transversală tip caz-control a fost realizată incluzând 221 de pacienți ce au fost internați la Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, pentru a identifica acele caracteristici socio-demografice care se corelează cu nivele crescute de psihopatologie la această categorie de pacienți. De asemenea, a fost realizat un lot de control alcătuit din 84 subiecți sănătoși. Dimensiunile psihopatologice au fost evaluate cu scala SCL – 90. Au fost nivele crescute semnificativ statistic în aproape toate dimensiunile psihopatologice între lotul studiat și cel de control, excepție făcând doar anxietatea fobică ($p < 0,05$). În lotul studiat femeile au prezentat scoruri mai mari la dimensiunile somatizare ($p < 0,001$), anxietate ($p = 0,001$), anxietate fobică ($p = 0,006$), psihoticism ($p = 0,021$) și depresie ($p = 0,044$) comparativ cu bărbații. Vârsta curentă s-a corelat pozitiv cu somatizarea ($r = 0,166$; $p = 0,014$) și sensibilitatea ($r = 0,156$; $p = 0,020$) și s-a corelat invers cu ostilitatea ($r = -0,174$; $p = 0,009$). Pacienții din mediul urban au prezentat nivele mai mari de anxietate ($p = 0,035$). Nivelul de instrucție s-a corelat invers în mod semnificativ cu somatizarea ($r_s = -0,263$; $p < 0,001$), anxietatea fobică ($r_s = -0,149$; $p = 0,026$), sensibilitatea ($r_s = -0,147$; $p = 0,029$) și depresia ($r_s = -0,132$; $p = 0,050$). Pacienții activi profesional au avut nivele semnificativ mai scăzute de depresie ($p = 0,009$), somatizare ($p = 0,011$) și ostilitate ($p = 0,038$). Referitor la statutul marital, dacă luăm în considerare prezența sau absența unui partener, nu a fost nici o deosebire între dimensiunile psihopatologice SCL 90. În concluzie, caracteristicile socio-demografice a pacienților cu boală ischemică coronariană ar trebui luate în considerare ca factori mediatori potențiali pentru apariția diferitelor dimensiuni psihopatologice.

Introducere

Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de mortalitate în rândul populației generale fiind responsabile de 47% din totalitatea deceselor la nivelul Europei și de aproximativ 40% din decesele de la nivelul Uniunii Europene (Nichols et al., 2012). Conform aceleiași statistici, s-a evidențiat faptul că, dintre bolile cardiovasculare, boala ischemică coronariană în sine

constituie cea mai frecventă cauză de mortalitate, fiind responsabilă de 1,8 milioane de decese anual la nivelul Europei. În plus, ratele de deces tind să fie semnificativ mai mari la nivelul Europei Centrale și de Est comparativ cu Europa de Vest, Nord și Sud (Nichols et al., 2012).

Recent, un progres extrem de important bazat pe o abordare holistică a bolii ischemice coronariene l-a constituit recunoașterea implicării și importanței depresiei ca factor de risc agravant pentru prognosticul nefavorabil al acestei afecțiuni (Lichtman et al., 2014). În consecință, acesta poate fi considerat un moment de cotitură deoarece pentru prima dată Asociația Americană a Inimii a pus pe plan de egalitate factorii de risc de ordin psihologic alături de ceilalți factori de risc deja recunoscuți în mod tradițional, ce au rol în prognosticul nefavorabil a bolii ischemice coronariene. Bineînțeles, relația dintre depresie și boala ischemică coronariană este una complexă și bidirecțională. Astfel, au fost identificați o serie de factori de natură biologică ce ar putea reprezenta verigi etiopatogenetice comune pentru ambele afecțiuni, precum disfuncția endotelială, inflamația vasculară, activarea plachetelor sanguine, reducerea sensibilității reflexelor baroreceptoare, tulburări ale echilibrului vegetativ simpatic și disfuncția neuroendocrină (Black și Garbutt, 2002; Nemeroff și Musselman, 2000; Rajagopalan et al., 2001; Watkins și Grossman, 1999; Carney et al., 2001; Brown et al., 2004).

Personalitatea tip D (D vine de la englezescul *distressed*) care este constituită, la rândul ei, din două subdimensiuni și anume *afectivitatea negativă* (se referă la tendința individului de a trăi în mod recurent emoții de tip disforie, anxietate și iritabilitate) și *inhibiția socială* (se referă la incapacitatea de a-și exprima emoțiile negative către ceilalți) se asociază cu un risc crescut pentru a dezvolta boală ischemică coronariană (Denollet, 2005).

În mod indiscutabil, factori supraindividuali precum cei socioeconomiци și cei socio-demografici vor avea o pondere semnificativă în determinarea evoluției și prognosticului bolii ischemice coronariene, cel puțin în parte, prin asocierea unor nivele de psihopatologie semnificativ mai crescute la acest tip de pacienți (Anthony et al., 2004; Yusuf et al., 2004).

Pornind de la constatările menționate mai sus, cercetarea noastră a avut ca obiectiv principal identificarea acelor caracteristici socio-demografice care se corelează semnificativ cu nivele crescute ale unor diverse dimensiuni psihopatologice asociate la pacienții cu boală ischemică coronariană ce provin dintr-un lot de la nivelul populației noastre.

Material și metode

Populația țintă și planul cercetării

Studiul curent a vizat pacienții având un diagnostic de boală ischemică coronariană, ce au fost internați consecutiv în trei perioade distincte în

intervalul 2013 – 2015 în Institutul de Cardiologie, Timișoara. Din lotul de control au făcut parte 84 de persoane fără afecțiuni medicale cronice, angajați ai companiei județene de transport urban RATT, recrutarea acestora făcându-se în cadrul controalelor medicale periodice de medicina muncii. Metoda de eșantionare a fost una prin conveniență. Obținerea consimțământului scris informat a fost obligatorie pentru includerea în cercetare.

Cercetarea a fost un studiu transversal de tip caz-control bazat pe anchetă, în cadrul căruia s-au aplicat mai multe inventare și scale de evaluare psihopatologică.

Parametrii evaluați

Mai multe variabile socio-demografice au fost colectate și analizate precum vârsta actuală, sex, mediul de rezidență, nivelul de educație sau instrucție, statutul profesional actual și statutul marital actual.

Prezența unor diverse dimensiuni psihopatologice a fost evaluată cantitativ cu scala de psihopatologie generală SCL-90 alcătuită din 90 de itemi a căror scoruri se încarcă în 9 dimensiuni precum *somatizare, obsesiv-compulsiv, senzitivitate interpersonală, depresie, anxietate, ostilitate-manie, anxietate-fobică, paranoide și psihoticism*.

Analiza statistică a datelor

Pentru prelucrarea statistică a datelor a fost utilizat programul SPSS versiunea 17 pentru Windows, Standard Version. Pe lângă analiza datelor descriptive prin mijloace specifice (medie - m , deviație standard – D.S., frecvențe absolute și relative), s-au utilizat mai multe teste parametrice și neparametrice în raport de calitatea datelor supuse analizei (testul chi-pătrat, testul T pentru eșantioane independente, corelație Pearson, corelație Spearman rho etc.).

Rezultate

1. Caracteristicile socio-demografice ale celor loturi cercetate

Cele două loturi cercetate, lotul de studiu și cel de control, au prezentat caracteristici socio-demografice destul de diferite după cum se poate observa și în tabelul 1.

Tabel 1. Caracteristicile socio-demografice ale loturilor cercetate și semnificația diferențelor

Caracteristici socio-demografice	Lotul studiat N = 221	Lotul de control N = 84	Semnificația diferențelor
Media vârstei actuală (D.S.)	60,22 (10,340)	54,2 (8,353)	t=4,775; *** p<0,001
Sexul, bărbați (%)	59,28%	63,10%	X ² =0,371; p=0,542
Mediul de rezidență, urban (%)	64,25%	90,48%	X ² =20,528; *** p<0,001
Nivelul de instrucție (media rangurilor)	141,08	184,36	U=6648,00; z=-4,218; *** p < 0,001
Statut marital, căsătoriți (%)	83,7%	84,5%	X ² =7,193; p=0,066

Conform rezultatelor obținute în cadrul cercetării noastre se poate observa că între cele două loturi cercetate, de studiu și de control, au existat diferențe semnificative statistic între mediile vârstei actuale (p<0,001), distribuția pe mediu de rezidență (p<0,001) și nivelul de instrucție. În schimb nu au fost diferențe semnificative statistic cu privire la distribuția pe sexe (p=0,542) și distribuția statutului marital (p=0,066). Referitor la distribuția statutului profesional, analiza nu se justifică având în vedere modul de constituire a lotului de control în care implicit toți aveau statutul de angajat. Având în vedere aceste diferențe, ar trebui să se țină cont de acestea atunci când se face interpretarea rezultatelor.

2. Profilul SCL-90 în raport cu loturile cercetate, studiat versus control

Dimensiunile SCL-90 au diferit ca scoruri în raport cu apartenența la unul din cele două loturi cercetate așa cum se poate observa și în tabelul 2

Tabel 2. Scorurile dimensiunilor SCL-10 în raport de lotul cercetat și semnificația diferențelor

Dimensiunea SCL-90 (scor mediu+D.S.)	Lot de studiu N=221	Lot control N=84	Semnificația diferențelor
Somatizare	14,15 (8,232)	5,43 (6,327)	***p<0,001
Obsesie-Compulsie	8,67 (4,788)	6,39 (5,440)	***p<0,001
Senzitivitate	9,05 (4,619)	6,35 (5,112)	***p<0,001
Depresie	13,07 (7,520)	6,32 (5,719)	***p<0,001
Anxietate	9,01 (5,750)	4,24 (4,718)	***p<0,001
Ostilitate	3,76 (4,610)	2,26 (2,445)	***p<0,001
Anxietate fobică	2,10 (2,296)	1,49 (2,813)	p=0,052
Ideație paranoidă	3,59 (3,082)	2,76 (3,689)	p=0,049
Psihoticism	3,54 (2,794)	2,62 (4,074)	p=0,025

D.S. – deviația standard

Așa cum se poate observa, subiecții din lotul studiat au prezentat diferențe semnificativ statistic mai mari în toate dimensiunile scalei SCL-90 cu excepția celei reprezentate de anxietatea fobică ($p > 0,05$).

3. Profilul SCL-90 în raport cu variabilele socio-demografice

Corelația între vârsta actuală și scorurile dimensiunilor SCL-90 este redată în tabelul de mai jos:

Tabel 3. Corelațiile dintre scorurile din dimensiunile SCL-10 și vârsta medie actuală în lotul studiat

Dimensiunea SCL-90 (scor mediu)	Vârsta actuală (în ani)	Semnificația diferențelor
Somatizare	$r = 0,166$	** $p=0,014$
Obsesie-Compulsie	$r = -0,032$	$p=0,638$
Senzitivitate	$r = 0,156$	* $p=0,020$
Depresie	$r = 0,121$	$p=0,073$
Anxietate	$r = -0,045$	$p=0,502$
Ostilitate	$r = -0,174$	** $p=0,009$
Anxietate fobică	$r = 0,077$	$p=0,257$
Ideație paranoidă	$r = 0,096$	$p=0,155$
Psihoticism	$r = 0,043$	$p=0,520$

r – coeficient Pearson

Astfel, a existat o corelație directă moderată dar semnificativă statistic între vârsta actuală și scorurile în dimensiunile SCL-90 *somatizare* și *senzitivitate* și o corelație inversă moderată între vârsta actuală și *ostilitate*.

Femeile au prezentat scoruri semnificativ statistic mai mari în scorurile pentru dimensiunile SCL-90 *somatizare* ($p < 0,001$), *depresie* ($p=0,044$), *anxietate* ($p=0,001$), *anxietate fobică* ($p=0,004$) și *psihoticism* ($p=0,021$) comparativ cu bărbații.

În raport cu mediul de rezidență a celor din lotul studiat, urban sau rural, a existat o diferență semnificativă între mediile scorurilor SCL-90 pentru *anxietate* în sensul că cei din mediul urban au avut o medie a scorurilor semnificativ mai mare decât cei din mediul rural (9,62 *versus* 7,92 la o valoare $p=0,035$).

Raportat la nivelul de instrucție, acesta s-a corelat invers și semnificativ statistic cu scorurile din dimensiunile SCL-90 *somatizare* ($r_s = -0,263$; $p < 0,001$), *anxietate fobică* ($r_s = -0,149$; $p = 0,026$), *senzitivitate* ($r_s = -0,147$; $p = 0,029$) și *depresie* ($r_s = -0,132$; $p = 0,050$).

În raport cu statutul marital, nu a existat nici o diferență semnificativă din punct de vedere statistic între mediile scorurilor obținute în dimensiunile SCL-90.

Prezența activității profesionale (având statut profesional de angajat sau student) s-a asociat cu nivele semnificativ mai scăzute în SCL-90 de *depresie* ($p = 0,009$), *somatizare* ($p = 0,011$) și *ostilitate* ($p = 0,038$) comparativ cu cei inactivi profesional (având un statut profesional de șomer, neangajat sau pensionar) la pacienții coronarieni.

Discuții

Diferențele variabilelor socio-demografice între subiecții din cele două loturi au survenit din modul de constituire a lor, în sensul că, dacă în cazul lotului studiat vorbim despre o populație clinică țintă de pacienți cu boală ischemică coronariană, în situația lotului de control vorbim de un eșantion de persoane fără probleme de sănătate somatică și care sunt în totalitate active profesional. Considerăm că din acest motiv rezultatele trebuie prudent interpretate în analiza comparativă a celor două loturi.

Cum era de așteptat, au existat diferențe semnificative statistic între lotul studiat și cel de control, în toate dimensiunile SCL-90 cu excepția anxietății fobice care s-a manifestat doar ca tendință. Este posibil ca acest rezultat să ne arate că anxietatea fobică este o dimensiune psihopatologică larg răspândită în populația generală și că aceasta este cel mai puțin influențată de apariția bolii ischemice coronariene. Faptul că cele mai mari diferențe s-au obținut în dimensiunile SCL-90 *somatizare*, *depresie* și *anxietate* s-ar putea datora faptului că o parte din simptomatologia bolii ischemice coronariene este superpozabilă cu dimensiunile psihopatologice încărcând, la rândul ei, în mod suplimentar aceste scoruri. În final, acest rezultat ne indică, în mod inechivoc, că medicul curant cardiolog ar trebui să aibă în vedere și starea mentală a pacientului cardiac, și să apeleze la o colaborare interdisciplinară când aceasta se impune.

Corelația directă semnificativă a vârstei actuale a pacienților din lotul studiat cu nivelul de somatizare ar putea fi datorată atât particularității modului de exprimare a trăirilor afective negative, în special a depresiei, odată cu înaintarea în vârstă prin masca acuzelor de tip somatoform sau ar putea fi datorată suprapunerii cu simptomele cardiace care sunt resimțite din punct de vedere subiectiv mai intens la cei cu vârstă mai avansată. Invers, este posibil ca ostilitatea, ca formă de expresie a impulsivității și agresivității, să se atenueze odată cu înaintarea în vârstă.

Femeile au o vulnerabilitate suplimentară legată de sex și astfel este explicabil de ce în o parte din dimensiunile SCL-90 acestea au prezentat scoruri semnificativ mai ridicate comparativ cu bărbații, în special atunci când este vorba de somatizare, anxietate și depresie. Acest rezultat demonstrează că tendința prevalenței diverselor entități psihopatologice din populația generală se păstrează și chiar accentuează și în situația clinică a pacienților coronarieni.

Un alt rezultat interesant este acela al asocierii semnificativ mai crescute a anxietății la cei din mediul urban, deoarece dezvoltă o tendință întâlnită și în populația generală. Aceasta ar putea fi augmentată și de nivelul superior de cunoștințe cu referire la semnificația și posibilele consecințe nefaste asociate suferinței cardiace la cei din mediul urban comparativ cu cei din mediul rural.

Extrem de interesant este și rezultatul care ne relevă, în mod inechivoc, că nivelul de instrucție s-ar putea constitui ca un factor protectiv pentru majoritatea dimensiunilor psihopatologice evaluate cu SCL-90, cu excepția anxietății, care este mai puțin influențată de această variabilă socio-demografică.

Faptul că statutul marital nu a influențat în mod considerabil nici una din dimensiunile SCL-90, este o particularitate a cercetării noastre, dar ea poate să ne indice faptul că simpla încadrare în statutul de căsătorit nu este suficientă ca factor de protecție împotriva apariției diverselor condiții psihopatologice, ci mai degrabă ar fi mai importantă calitatea suportului afectiv și instrumental din partea partenerului de viață, cu alte cuvinte satisfacția subiectului raportat la relația respectivă. În final, prezența unui statut profesional activ s-a constituit ca un factor favorabil ce asociază nivele mai scăzute de psihopatologie la pacienții coronarieni comparativ cu cei neangajați în nici un fel de activitate. Este posibil ca acest rezultat să fi fost influențat și de vârsta mai tânără a celor activi profesional și care, așa cum s-a observat și în cercetarea noastră, asociază nivele semnificativ mai scăzute de psihopatologie.

Concluzii

Pacienții cu boală ischemică coronariană asociază nivele de psihopatologie semnificativ mai crescute prin comparație cu subiecții sănătoși iar variabilele socio-demografice pot să se interpună ca factori de vulnerabilitate suplimentară în apariția acestor entități psihopatologice. Cercetarea noastră confirmă datele din literatura de specialitate, conform cărora factorii socio-demografici ar putea fi implicați în apariția și asocierea unor diverse manifestări de natură psihopatologică la pacienții cu boală ischemică coronariană. Astfel, considerăm că pe lângă abordarea terapeutică specifică, pentru un bun management clinico-terapeutic a pacientului coronarian, cardiologul ar trebui să facă o echipă multidisciplinară în care să includă și alți profesioniști precum psihologul, iar în cazuri mai severe și psihiatrul și nu în ultimul rând, să recurgă la implicarea asistentului social.

Bibliografie

- Anthony, D., George, P., Eaton, C.B. (2004) Cardiac risk factors: environmental, sociodemographic, and behavioral cardiovascular risk factors. *FP Essent.* 421:16-20.
- Black, P.H., Garbutt, L.D. (2002) Stress, inflammation and cardiovascular disease. *J Psychosom Res.* 52:1-23.
- Brown, E.S., Varghese, F.P., McEwen, B.S. (2004) Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biol. Psychiatry* 55:1-9.
- Carney, R.M., Blumenthal, J.A., Stein, P.K. et al. (2001) Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation.* 104:2024-8.
- Denollet J. (2005) DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine.* 67:89–97
- Lichtman, J.H. et al. (2014) Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 129(12):1350-69.
- Nemeroff, C.B., Musselman, D.L. (2000) Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? *Am Heart J.* 140:57-62.
- Nichols, M. et al. (2012) European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis.
- Rajagopalan, S., Brook, R., Rubenfire, M. et al. (2001) Abnormal brachial artery flow-mediated vasodilation in young adults with major depression. *Am J Cardiol.* 88:196-8, A7.
- Yusuf S., Hawken, S., Ounpuu, S. et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 364(9438):937-52.
- Watkins, L.L., Grossman, P. (1999) Association of depressive symptoms with reduced baroreflex cardiac control in coronary artery disease. *Am Heart J.* 137:453-7.

PSIHIATRIA COMUNITARĂ – ÎNTRE MIT ȘI REALITATE

Monica Ienciu

Cristina Bredicean

Catalina Giurgi-Oncu

Radu Romoșan

Cuvinte cheie: *psihiatrie comunitară, sănătate publică, priorități comunitare.*

Abstract: *Psihiatria comunitară este în prezent o parte integrantă a serviciilor de sănătate publică actuale care își propune să ofere răspunsuri pertinente, adecvate și consistente pentru nevoile sociale, psihologice și medicale ale unei populații bine definite. Îngrijirile comunitare în psihiatrie au o multitudine de principii și tehnici menite să promoveze sănătatea mintală a unei populații.*

Premisele unei practici psihiatrice care să fie în concordanță cu principiile de bază ale psihiatriei comunitare au început să se vadă începând cu anii 1970, iar după anul 2006, odată cu promulgarea legislației privind sănătatea mintală, organizarea și funcționarea centrelor comunitare de sănătate mintală, se prevedea un context extrem de generos nu numai pentru profesioniștii din domeniul sănătății mintale, ci și pentru beneficiari.

În prezent, în România profesioniștii din sănătatea mintală încă se mai întrebă dacă există psihiatrie comunitară deși sunt cunoscute beneficiile psihiatriei comunitare.

Realitatea în contextul actual a fost cu numeroase dificultăți și cu o discordanță între ce s-a dorit și ceea ce se poate realiza. Recuperarea unor persoane care au trecut printr-o boală psihică, necesită în prezent schimbarea unor concepte concordante cu contextul social actual, dar și cu atitudinea fiecăruia începând de la profesioniști până la factorii politici.

Ce este psihiatria comunitară? Aceasta este una din întrebările care se pun în psihiatria prezentului, întrebare la care s-a încercat de-a lungul timpului să se răspundă prin definiții simple până la cele foarte complexe. La noi, în România, este o problemă de sănătate mintală publică, fiind o parte integrantă a sănătății publice, adresându-se unei populații bine definite și oferind opțiuni relevante pentru nevoile fiecărui individ.

În general, psihiatria comunitară este cea care oferă răspunsuri prompte, adecvate și consistente, răspunsuri sub formă de servicii, programe și facilități pentru nevoile persoanelor cu probleme de sănătate mintală. Nevoile unei persoane pot fi de mai multe tipuri: medicale, psihiatrice, psihologice și sociale.

Psihiatria comunitară are la bază mai multe principii care sunt expuse în figura 1.

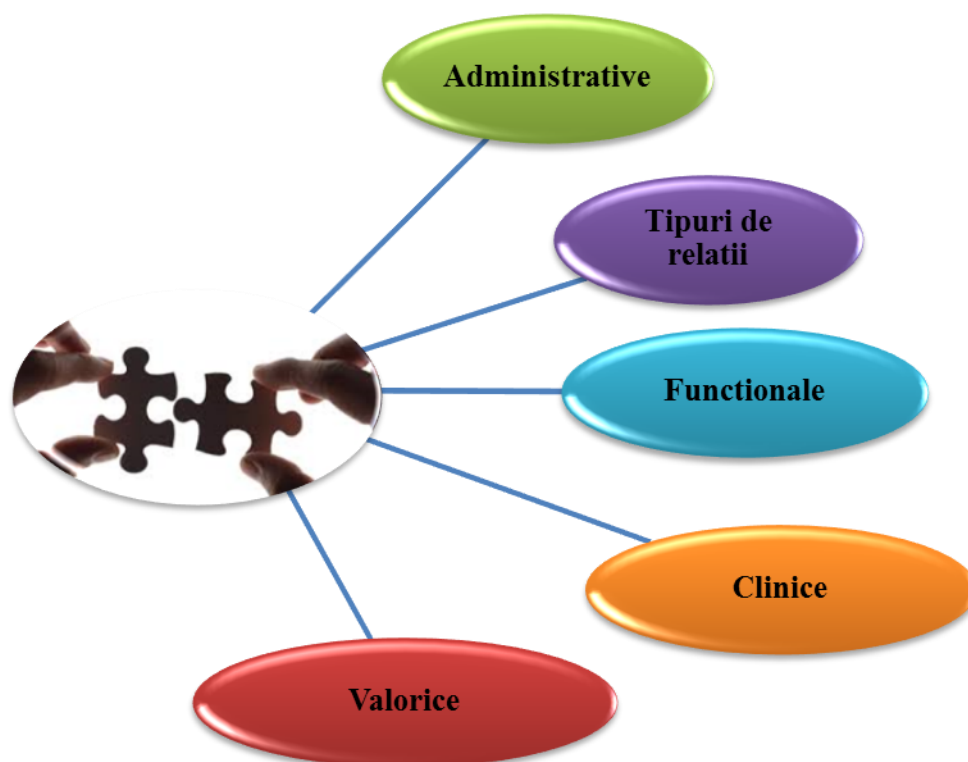


Fig. 1- Psihiatria comunitară – Principii

Partea administrativă constă din împărțirea comunității în zone care să permită persoanelor să aibă o accesibilitate și o adresabilitate bună către specialiștii din domeniul psihiatriei comunitare. Specialiștii care lucrează în domeniu formează o echipă multidisciplinară care cuprinde: psihiatru, asistent medical, psiholog, psihoterapeut, asistent social, reprezentant al comunității și reprezentant al aparținătorilor, adică a familiilor care au o persoană cu probleme de sănătate mintală.

Partea de relaționare este strâns legată de această echipă multidisciplinară, deoarece ei sunt cei care relaționează, discută și încearcă să propună soluții împreună cu persoana care le solicită. Ca urmare, aceste relații trebuie să fie: deschise, încurajatoare, non-punitive, fără hiperintruziune și după cum mai spuneam, bazate pe reciprocitate.

Funcționalitatea se referă la: flexibilitate cu deschidere către nevoile clientului, asigurarea unei continuități a îngrijirilor, o autoritate orizontală descentralizată ce înlocuiește sistemul clasic piramidal și planuri terapeutice adecvate nevoilor.

Principiile clinice au la bază:

- Contextualizarea – adică contactul strâns cu mediul din care provine clientul.
- Normalizarea – ca elemente cross-secționale, norme social-culturale.
- Creșterea încrederii în sine cu creșterea competențelor.
- Intervențiile terapeutice medicamentoase – nu prescripții rigide.

Principiile valorice cuprind:

- „Nu fă rău.”
- „Fă celorlalți ce ai vrea să ți se facă ție.”
- „Fii flexibil și responsiv.”
- „Oferă dreptul la o nouă șansă fiecăruia.”

Serviciile oferite de psihiatria comunitară sunt reprezentate în Figura 2.



Fig. 2. Serviciile oferite de psihiatria comunitară

Fiecare din aceste servicii are specificul și rolul ei completându-se reciproc.

Obiectivele pe care le prezintă psihiatria comunitară sunt următoarele:

- Alternativă pentru instituționalizare.
- Abordare complexă și nonmedicală.
- Reziliență/*Recovery*.
- Educație - informare/*Advocacy*.
- Lobby - inclusiv politic.
- Antistigma.

Problema care apare în prezent este dacă psihiatria comunitară este o prioritate pentru sistemul de sănătate publică sau nu? Este foarte important modul în care este recepționată ea de către populație, autorități și de către noi, adică de profesioniștii din domeniul sănătății mintale.

- Populația nu prea înțelege ce este psihiatria comunitară și în ultima perioadă de timp fiecare se gândește mai mult la el și mai puțin la persoanele de lângă el și, în particular, la persoanele cu probleme de sănătate mintală.
- Autoritățile afirmă mereu că trebuie reduse costurile, dar au, în general, o atitudine pasivă și de neimplicare. Știm cu toții că costurile unei spitalizări sunt mult mai ridicate decât rezolvarea cazului de către psihiatria comunitară.
- Profesioniștii din sănătatea mintală în prezent au pierdut privirea de ansamblu asupra ceea ce înseamnă psihiatrie comunitară cu adevărat.

Rămâne de stabilit **pentru cine** și mai ales **pentru ce** este psihiatria comunitară o prioritate.

Pentru cine:

- beneficiari – e vorba de viața personală a beneficiarilor, în acest caz prioritățile fiind de multe ori greu de stabilit.
- Familiile persoanelor cu probleme – destul de rar sunt întrebate.
- Profesioniști – de multe ori nu sunt luați în seamă.
- Structuri financiare – au la bază doar reducerea costurilor.

Pentru ce:

- Creșterea calității vieții persoanelor cu probleme de sănătate mintală.
- Încercarea de scădere a stigmei.
- Creșterea funcționării sociale a persoanelor cu probleme de sănătate mintală.

În general, în Europa, dar și la nivel mondial, există psihiatrie comunitară, existând practic modele, dar care trebuie adaptate la realitatea noastră, care este diferită prin toate particularitățile pe care noi ca și popor le prezentăm.

Există câteva aspecte care pot fi considerate concluzii:

- Prioritățile se impun numai în legătură cu un context specific.

- Prioritățile – trebuie stabilite rațional, recunoscând că ele se pot schimba.
- Uneori nici o opțiune nu este pe deplin acceptabilă – atenție la căile ce par a fi cel mai bun mod de urmat și la utilizarea înțeleaptă a timpului și a resurselor!
- Soluția găsită pentru o problemă – să nu genereze noi probleme!

Bibliografie

Psihiatrie, sociologie, antropologie. (1994) Timișoara: Editura Brumar.
Stoica, I., Dehelean, L., Tamasan, S., Bolcu, E., Willems, M. (2009)
Intervenția în criză în serviciile de sănătate mintală. Timișoara: Editura
Orizonturi Universitare.

ALCOOLISMUL – ORIENTĂRI PSIHOPATOLOGICE

PENTRU LUCRĂTORII SOCIALI

Eugen Jurca

Cuvinte cheie: *consum, toleranță, uz / abuz de substanță, „patimă”, adicție, dependență, sevraj, delirium tremens, „beție patologică”.*

Abstract: *La români, alcoolismul pare încă a deține titlul de „campion” al tulburărilor de tip adictiv. Cu o etiologie complexă și succese terapeutice modeste, această „pathimă” este încă departe de a putea fi bine înțeleasă și „eradicată”. Studiul nostru caută să pună în atenția lucrătorilor sociali o parte din elementele și mecanismele psihopatologice cunoscute, utile în practica asistențială. Între acestea se numără: gradualitatea și gravitatea nivelurilor de consum; efectele nocive ale alcoolismului (pe plan: somatic, psihic, social); tulburările uzului de alcool (dependența și abuzul de alcool); tulburările induse de alcool (intoxicația alcoolică și abstinența alcoolică); alte tulburări induse de alcool (delirium prin intoxicație sau abstinența de alcool; demența indusă de alcool; tulburările: amnestică, psihotică, afectivă, anxioasă, sexuală induse de alcool etc.). În final, sunt indicate câteva elemente terapeutice, bune de știut pentru operatorii sociali, în vederea optimizării activității într-o echipă interdisciplinară, alcătuită din medici (psihiatru în special), psihoterapeuți, psihologi clinicieni, asistenți spirituali etc.*

Cadru nosologic general

În cele mai multe culturi, alcoolul este deprimantul cerebral cel mai frecvent utilizat și cauza unei *morbidități și mortalități considerabile* (DSM IV, p. 212). Practic, la români (și nu numai), consumul de alcool a devenit un „sport național”, mai ales de sărbători, cu consecințele de rigoare. *Alcoolismul*, în schimb, reprezintă o entitate morbidă ce necesită tratament medical. Între nivelurile și problemele ridicate de consumul de alcool s-au stabilit câteva calificative distinctive: 1. *Consumul excesiv de alcool* înseamnă îngurgitarea zilnică sau săptămânală de alcool peste o anumită cantitate; 2. *Efectele nocive ale alcoolului* se referă la orice efect nociv mintal, somatic sau social, rezultat din consumul excesiv; 3. *Consumul problemă* reprezintă un consum ce atrage după sine efecte nocive, dar nu a dus încă la dependență de alcool; 4. *Dependența de alcool* reprezintă starea în care apare un sindrom de perturbare mintală sau somatică la întreruperea consumului uzual (OXF, p. 403).

În ceea ce privește *gradualitatea și gravitatea nivelurilor de consum*, Zimberg (1976) a propus o *scală* de apreciere a abuzului de alcool în 6 trepte:

1. **Absent:** abstinență totală sau consum ocazional;

2. **Minim**: beții rare (până la 4 într-un an), fără probleme medicale, familiale, profesionale, judiciare;
3. **Ușor**: beții până la o dată pe lună, fără probleme medicale și judiciare, cu anumite probleme familiale și profesionale;
4. **Moderat**: 1-2 beții pe săptămână, fără probleme judiciare, dar cu deficiențe evidente în relațiile profesionale și familiale, cu probleme somatice (gastrită, inapetență, tremurături) și psihiatrice (fără istoric de *delirium tremens*);
5. **Sever**: consum continuu, probleme judiciare (legate de consumul de alcool), conflicte severe în familie (divorț) și la locul de muncă (incapacitatea de a-și păstra mai mult timp locul de muncă), afecțiuni somatice (ciroză, polinevrită) și psihiatrice (*delirium tremens*);
6. **Extrem**: consum continuu, cu probleme judiciare (mai multe detenții), familiale, profesionale, somatice și psihiatrice (ca la nivelul precedent, doar că în acest caz nu mai poate fi menținut nici într-o unitate de asistență socială) [PP, p. 267].

În procesul de evoluție a bolii, experții OMS, au descris, în 1952, 4 faze:

1. **Faza prealcoolică**, ce cuprinde 3 elemente:
 - a. tranchilizare ocazională prin alcool;
 - b. tranchilizare constantă prin alcool;
 - c. creșterea toleranței la alcool.
2. **Faza prodromică**, cu consumul *pe furiș* și apariția *sentimentelor de vinovăție*;
3. **Faza crucială**, deschisă de *pierderea controlului* în consumarea alcoolului și continuată cu apariția stărilor de agresivitate, schimbarea prietenilor, abandonul serviciului, neglijarea alimentației, prima spitalizare, gelozia alcoolică, diminuarea libidoului, ingestia matinală repetată de alcool;
4. **Faza cronică**, manifestată prin: beții prelungite, degradare morală, scăderea funcțiilor intelectuale, psihozele alcoolice, recurgerea la alcool denaturat, scăderea toleranței la alcool, tremurături, inhibiție psihomotorie, *nevoia obsesivă și continuă de a bea*, prăbușirea totală a sistemului de raționalizare (*idem*, p. 268).

Efectele nocive ale alcoolismului

Se resimt pe mai multe planuri:

I. Somatic sunt afectate: *creierul, ficatul, inima*: datorită unei alimentații insuficientă, haotice, deficitului proteic sau de vitamine din grupul B, cu risc mare de accidente cranio-cerebrale sau cardiace; *aparatură digestivă*: gastrită, ulcer, varice esofagian, carcinoame, pancreatită acută și cronică; *afecțiuni hepatice*: hepatită, ciroză, hepatom; *sistemul nervos*: complicații neuropsihice, atrofie optică; *rata mortalității*: crescută; marii băutori tind să fie și mari

fumători; *afectarea fătului – Sindromul alcoolic al fătului (fetal alcohol syndrome)*, la mamele consumatoare de alcool; cu riscuri de anomalii faciale, statură mică, greutate scăzută la naștere, inteligență redusă și hiperactivitate psihică.

II. Psihic:

1. **Intoxicații:** D.S.M. III descrie *intoxicația alcoolică idiosincronică*, cu modificări marcate ale *comportamentului*, în sensul inadecvării, respectiv cu *acte agresive*, ce apar la câteva minute de la ingestia unei cantități insuficiente de alcool pentru a produce intoxicația la cei mai mulți oameni (acest comportament nefiind de fapt caracteristic persoanei respective); în trecut, aceste schimbări subite de comportament se numeau **beție patologică** sau **mania à potu**, iar descrierile puneau accentul pe natura explozivă a acceselor agresive; **golurile în memorie** (*memory blackouts*; „se rupe filmul”!) sau amnezia de scurtă durată sunt raportate adesea după consumul de cantități mari de alcool;

2. **Fenomene de întrerupere (withdrawal) – sevrajul: Delirium tremens** apare la persoane cu istoric de consum excesiv ce se întinde pe mai mulți ani, prezentând un tablou dramatic, cu modificări rapide: *activitate mintală haotică, obnubilare, dezorientare în timp și spațiu și o slăbire a memoriei datelor recente. Tulburările de percepție* includ interpretări false ale stimulilor senzoriali și *halucinații* vii, de obicei vizuale, uneori și în alte arii senzoriale. Se remarcă o *agitație severă*, pacientul nu poate sta locului, iar *anxietatea* este evidentă. *Insomnia* este prelungită. *Tremurul* mâinilor este intens, asociat uneori cu mișcări de ridicare a unor obiecte imaginare. Tulburările *vegetative* includ transpirații, febră, tahicardie, creșterea tensiunii arteriale și *midriază* (dilatarea pupilei). Analizele de laborator relevă leucocitoză, creșterea VSH și un deficit funcțional hepatic. Se înregistrează de asemenea perturbări hidroelectrolitice. Această stare durează 3-4 zile, simptomele fiind mai severe noaptea. În final se instalează adesea un somn profund și prelungit, din care pacientul se trezește fără simptome și cu o amnezie totală sau parțială asupra perioadei de delirium;

3. Tulburări toxice sau nutriționale:

a. **Psihoza Korsakov și encefalopatia Wernicke** (*Sindromul amnestic*, cunoscut și ca *sindrom amnezic* sau *dismnezic*) este caracterizat printr-o tulburare evidentă a memoriei recente și tulburarea simțului timpului, în absența deficitului intelectual generalizat. Cauza: leziuni în hipotalamusul posterior și structurile mediane din vecinătate, dar uneori simptomele apar datorită unor leziuni bilaterale ale hipocampus-ului. Neoropsihiatrul rus Korsakov a descris un sindrom cronic în care *deficitul de memorie* era însoțit de *confabulație* și *iritabilitate* (Korsakov, 1889). Este utilizat de asemenea termenul de **sindrom Wernicke-Korsakov**, deoarece sindromul amnestic cronic urmează adesea unui sindrom neurologic acut, descris de Wernicke în

1881. Principalele trăsături ale acestui sindrom acut sunt *tulburarea de conștiință*, *deficitul de memorie*, *dezorientarea*, *ataxia* (incapacitatea de a controla mișcările voluntare) și *oftalmoplegia* (paralizia mușchilor motori ai ochiului). La examinarea post-mortem, Wernicke a găsit leziuni hemoragice în substanța cenușie din jurul ventriculului trei și patru și a apeductului.

b. ***Demența alcoolică***: abuzul cronic de alcool poate duce la *demență*. Corelat cu această problemă, în ultimul timp, s-a concentrat interesul și asupra cauzalității dintre *abuzul cronic de alcool* și *atrofia cerebrală*. S-au făcut studii prin metode radiografice: întâi prin *pneumoencefalografia gazoasă* (Brewer și Perrett, 1971), apoi prin *tomografia computerizată*. Studiile de neuropatologie au furnizat dovezi mai directe asupra atrofiei cerebrale („spațiul pericerebral” – dintre creier și cutia craniană – a fost găsit mai mare la alcoolici). Atrofia cerebrală nu este în mod necesar datorată efectului toxic direct al alcoolului asupra creierului, cât poate fi, parțial sau în întregime, secundară suferinței hepatice, prin insuficiența aportului nutritiv către creier.

c. ***Tulburări psihice asociate***:

▪ ***deteriorarea personalității*** – pacientul devine tot mai *egocentric*, nu mai are considerație pentru ceilalți, iar standardele sale comportamentale intră în declin. Responsabilitățile în familie și în muncă sunt ocolite, iar în comportament pot apărea necinstea și minciuna;

▪ ***tulburări afective*** – *relația* dintre consumul de *alcool* și *dispoziție* este complexă. Pe de o parte, unii *pacienți depresivi beau în exces*, în încercarea de a căpăta o dispoziție mai bună. Pe de altă parte *excesul de băutură* poate induce *depresie* sau *anxietate* persistentă;

▪ ***comportamentul suicidar*** – ratele suicidului la alcoolici sunt mai mari decât la nealcoolicii de aceeași vârstă: 6-20 % din alcoolici sfârșesc prin a se sinucide, 15-25 % din cazurile de suicid sunt alcoolici;

▪ ***scăderea funcției sexuale*** – disfuncția erectilă și ejacularea întârziată sunt frecvente; răcirea relațiilor dintre soți, repulsia soției/ului pentru un/o partener/ă în stare de ebrietate;

▪ ***gelozia patologică*** – posibil și ca rezultat al disfuncției sexuale; persoanele care beau excesiv pot dezvolta ideea delirantă că partenerul/a este infidel/ă; gelozia patologică se întâlnește mai rar decât atitudinea suspicioasă nedelirantă față de soț/ie;

▪ ***halucinoza alcoolică*** – *halucinații auditive*, de obicei, bolnavul aude *voci* pronunțând insulte sau amenințări, pe fondul unei conștiințe lucide. Sunt experiențe chinuitoare pentru pacient, care devine anxios și agitat. Halucinoza etilică nu diferă esențial de halucinațiile care apar la băutorii excesivi în 24-48 ore de la întreruperea ingestiei de alcool. Halucinațiile auditive pot apărea în stările de întrerupere simple și pot însoți halucinațiile vizuale din delirium tremens, totuși în *delirium*, ele sunt pasagere și dezorganizate, în contrast cu

vocile persistente și organizate din *halucinoza alcoolică* (pe larg, despre tulburările psihice induse de alcool, vezi: C. Gorgos, VP, 1985, p. 338-352).

III. Social:

Consumul excesiv de alcool poate duce la *perturbări sociale profunde*, mai ales în *familie; tensiunea în cuplu și în familie* este efectiv inevitabilă; la marii băutori rata *divorțurilor* este înaltă; soțiile unor astfel de bărbați devin cu ușurință anxioase, deprimare și izolate social; violență domestică; *atmosfera din casă* este *nocivă pentru copii*, deoarece *certurile, violența și starea de ebrietate* a unuia sau a ambilor părinți constituie un model comportamental șubred; copiii de mari băutori sunt supuși riscului de a dezvolta tulburări emoționale sau comportamentale (întârzieri și devieri în dezvoltarea personală!) și de a avea rezultate școlare slabe; *munca* – scăderea eficienței, încadrarea în posturi inferioare și concedieri repetate, până la șomajul îndelungat; *accidentele rutiere* – arestări pentru conducere sub influența alcoolului; dosare penale; decese; *infrațiuni* – de la delictes minore, pot merge până la excrocherii, agresiuni sexuale și acte penale grave, inclusiv omoruri. Nu este ușor de aflat în ce măsură *alcoolul* determină *comportamentul infracțional* sau, viceversa, în ce măsură este o componentă a *stilului de viață* al infractorului (OXF, p. 405-410).

În ceea ce privește *cauzele consumului și ale dependenței de alcool* se știe surprinzător de puține lucruri. La un moment dat se presupunea că unele persoane ar fi în mod particular *predispuse la alcool*, fie prin *personalitatea* lor, fie printr-o *anomalie biochimică congenitală*. Astăzi, această ipoteză a predispoziției specifice nu mai este susținută. Există o varietate de *factori ce interacționează*, dintre care punem în discuție:

A) Factori individuali:

1. *genetici* – unii băutori excesivi au în *anamneza familială* antecedente de consum excesiv de alcool; *mediul familial* mai mult decât factorii genetici;
2. *biochimici* – nu există dovezi că vreun factor biochimic ar fi implicat;
3. *de învățare* – la copii, *tendința imitării modului de a bea al părinților; băieții* sunt încurajați să bea, mai mult decât fetele, dar există și persoane abstinente, ai căror părinți au fost alcoolici;
4. *de personalitate* – se asociază cu anxietate cronică, cu un sentiment general de inferioritate și cu *tendința la o îngăduință* prea mare față de sine; importanța personalității se referă mai degrabă la *vulnerabilitatea* față de ceilalți factori cauzali;
5. *tulburări psihice* – nu reprezintă o cauză frecventă a consumului problemă, dar apar la pacienți cu *tulburări depresive* (crezând, în mod eronat, că alcoolul le va îmbunătăți dispoziția), *anxietate*, inclusiv cu *fobii sociale*;

B) *Factori sociali*: ratele dependenței de alcool și ale efectelor nocive ale alcoolului sunt în relație cu nivelul general al consumului de alcool într-o societate; *norma economică* – prețul alcoolului influențează profund cantitatea

(și calitatea) băuturii consumate, în cadrul unei națiuni; *norme formale* – legile care reglementează vânzarea băuturilor alcoolice; *norme nonformale* – convingere și obișnuințele morale (OXF, p. 415-416).

Tulburările uzului de alcool

1. Dependența de alcool

Dependența fiziologică de alcool este indicată de prezența simptomelor de *toleranță* sau de *abstinență*. Dacă este asociată cu un istoric de abstinență, dependența fiziologică va conduce către o *evoluție clinică mai severă*: băut în cantități mai mari, probleme în legătură cu alcoolul. *Abstinența de alcool* se caracterizează prin dezvoltarea de simptome de abstinență în decurs de *12 ore sau mai mult* după reducerea consumului, urmând unei *ingestii prelungite și excesive* de alcool. Deoarece *abstinența de alcool* poate fi *neplăcută și intensă*, persoanele cu dependență de alcool pot continua să consume băuturi alcoolice, în disprețul consecințelor adverse, adesea pentru a evita sau ușura simptomele de abstinență. Odată ce dezvoltă un *pattern de uz compulsiv*, persoanele cu dependență pot dedica perioade substanțiale de *timp* obținerii și consumării băuturilor alcoolice. Adesea pot continua să facă uz de alcool, în disprețul evidenței de consecințe adverse psihologice sau somatice (ex. depresie, *blackouts* [episod de amnezie anterogradă, ce apare în timpul unei intoxicații acute cu alcool, DEP 1, p. 430], *maladie hepatică* sau alte sechele) [DSM IV, p. 213].

Tratatul de psihiatrie Oxford indică următoarele *elemente de diagnostic* ale *sindromului dependenței de alcool*:

1. *Sentimentul de a fi constrâns la băutura (uz compulsiv)*. Băutorul dependent știe că dacă va începe să bea, nu este sigur că se va putea opri. Dacă încearcă să renunțe la alcool, dorința pe care o resimte este foarte puternică.
2. *Un mod stereotip de a bea*. Dacă la băutorul obișnuit cantitatea variază de la o zi la alta, persoana dependentă bea la *intervale regulate*, pentru a combate sau a evita simptomele de întrerupere.
3. *Întâietatea băuturii asupra altor activități*. Pentru băutorul dependent, alcoolul are *prioritate* față de orice altceva: sănătate, familie, casă, carieră și viața socială.
4. *Modificarea toleranței la alcool*. Băutorul dependent este relativ neafectat de nivelele sanguine de alcool, care pe un băutor obișnuit l-ar face incapabil de orice activitate. Din moment ce „ține la băutura”, el poate să-și spună că alcoolul *nu este o problemă* pentru el (*negarea problemei*). Este un neadevăr, deoarece **creșterea toleranței este semn al creșterii dependenței**. În *stadiile tardive* ale dependenței, până și toleranța se prăbușește și băutorul dependent este *incapacitat numai după câteva pahare*.
5. *Simptome de întrerupere repetate*. Simptomele de întrerupere apar la persoane care au băut mult, ani de zile, și care mențin o ingestie crescută de alcool timp de mai multe săptămâni în șir. Trăsătura cea mai comună și care

apare prima – *tremorul acut*, ce afectează mâinile, picioarele și trunchiul (nu poate sta liniștit, nici să țină bine un pahar sau să-și încheie nasturii). Este de asemenea *agitat, anxios* (se sperie cu ușurință, se teme să se întâlnească cu cineva sau să traverseze strada). Simptome de *greață, vomă, transpirații* sunt frecvente. Dacă va consuma alcool, aceste simptome se remit repede, dacă nu, pot persista câteva zile. Pe măsură ce întreruperea progresează, pot apărea *iluzii și halucinații*, de obicei de scurtă durată: *forma obiectelor* apare distorsionată, sau *umbrele* par să miște; pot fi auzite *voci neorganizate*, țipând sau *crâmpie muzicale*; mai târziu se pot constata accese epileptice și, în final, după aproximativ 48 de ore, se poate dezvolta *delirium tremens*.

6. „*Liniștirea*” prin băutura. **Băutul dis de dimineață pune diagnosticul de dependență.** *Alcoolicii* țin secretă cantitatea consumată, ascund sticlele sau poartă băutura în buzunar. Ei *nu spun niciodată ce cantitate de alcool consumă* (OXF, p. 31). Beau băuturi ordinare pentru a obține maximum de efect, cu cât mai puțini bani.

7. *Revenirea după abținere*. O persoană cu dependență severă, dacă bea ceva după o perioadă de abținere, e probabil să recadă repede și total în vechiul obicei (OXF, p. 404-405).

2. Abuzul de alcool

Abuzul de alcool poate fi mai puțin sever decât dependența și este diagnosticat numai după ce a fost stabilită absența dependenței. Pot avea de suferit performanța școlară și cea profesională, precum și responsabilitățile domestice. De asemenea se pot înregistra alte inconveniente: riscul consumului de alcool în/anterior unor circumstanțe periculoase (de ex. conducere auto sub influența băuturilor alcoolice, manipulare utilaje industriale); dificultăți legale (de ex. arestări pentru comportament în stare de ebrietate); probleme sociale sau interpersonale (de ex. certuri violente soț/ie, maltratarea copiilor, violență domestică – toate acestea constituie *subiecte de preocupare ale asistenței sociale*). Asociat cu toleranță, simptome de abținere sau uz compulsiv, trebuie luat în considerație mai curând diagnosticul de dependență de alcool, decât cel de abuz de alcool (DSM IV, p. 214).

Consum excesiv de alcool poate fi definit în relație cu un risc semnificativ crescut de dezvoltare a *dependenței de alcool* și de apariție a *efectelor nocive* și poate fi exprimat în *unități de alcool*. **Oricine poate deveni dependent de alcool, dacă bea cantități suficiente de mari timp destul de îndelungat (zilnic)**. Din nefericire, *nu poate fi specificat nici un prag* precis. Nivele „riscante” se situează între 21-49 unități pe săptămână pentru bărbați și 14-35 unități pe săptămână pentru femei. Nivelele „periculoase” se află peste aceste limite. Evidențele Colegiului Regal al Psihiatrilor (1968) sugerează că la peste 50 unități de alcool pe săptămână la bărbați (400 g. alcool) și 35

unități pe săptămână la femei (280 g. alcool), potențialul nociv la adresa persoanei în cauză crește foarte mult. Recomandarea ar fi ca nivelurile de consum să fie „mult sub aceste limite”. Noțiunile de **consum problemă** (*problem drinking*) sau de **băutor problemă** (*problem drinker*) au fost propuse pentru desemnarea persoanelor la care consumul repetat și masiv a dus la efecte nocive. Un *băutor problemă* poate fi sau nu dependent de alcool (OXF, p. 411).

Tulburările induse de alcool

1. Intoxicația alcoolică

Criterii de diagnostic: A. Ingestie recentă de alcool; B. Modificări de comportament sau psihologice dezadaptative, semnificative clinic (comportament agresiv sau sexual inadecvat, labilitate afectivă, deteriorarea judecății, deteriorarea funcționării sociale sau profesionale), care apar în cursul sau la scurt timp după ingestia de alcool; C. Unul sau mai multe dintre următoarele semne apar în cursul sau la scurt timp după uzul de alcool: 1. dizartrie; 2. incoordonarea mișcărilor; 3. mers *titubant* (lat. *titubo/are* = a se împiedica în mers, DLR, p. 1228); 4. nistagmus (cu „vedere dublă”); 5. deteriorarea atenției și a memoriei; 6. stupor sau comă; D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală (DSM IV, p. 215).

2. Abstința alcoolică

Criterii de diagnostic: A. Încetarea sau reducerea *uzului excesiv și prelungit* de alcool; B. Două sau mai multe dintre următoarele simptome, survenind în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A: 1. hiperactivitate vegetativă (de ex. transpirație sau puls peste 100); 2. tremor marcat al extremităților; 3. insomnie; 4. grețuri sau vărsături; 5. iluzii sau halucinații vizuale, tactile sau auditive tranzitorii; 6. agitație psihomotorie; 7. anxietate; 8. crize de *grand mal*; C. Simptomele de la criteriul B cauzează detresă sau deteriorare semnificativă clinic în funcționarea *socială, profesională* sau în *alte domenii* importante de funcționare; D. Simptomele nu se datorează unei condiții medicale generale și nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mintală. Simptomele pot fi ușurate prin administrarea de alcool sau de alt deprimant cerebral. Simptomele de abțință alcoolică ating maximumul de intensitate în cursul celei de *a doua zi de abțință* și este posibil să se amelioreze considerabil în cea de *a patra* sau *a cincea zi*. După abțința acută, simptomele de anxietate, insomnie și disfuncție vegetativă pot *persista timp de 3-6 luni*, la nivele de intensitate mai redusă (DSM IV, p. 216).

Alte tulburări induse de alcool

Pot fi următoarele, dar spațiul afectat temei de față nu ne permite dezvoltarea fiecăreia în parte (pentru detalii vezi DSM IV, p. 217 ș.c.):

1. Delirium prin intoxicație cu alcool;
2. Delirium prin abținere de alcool;
3. Demența persistentă indusă de alcool;
4. Tulburarea amnestică persistentă indusă de alcool;
5. Tulburarea psihotică indusă de alcool, cu idei delirante;
6. Tulburare psihotică indusă de alcool, cu halucinații;
7. Tulburarea afectivă indusă de alcool;
8. Tulburarea anxioasă indusă de alcool;
9. Disfuncția sexuală indusă de alcool;
10. Tulburarea în legătură cu alcoolul, fără altă specificație.

Elemente terapeutice

Pentru începutul terapiei se cer îndeplinite 3 cerințe:

1. *recunoașterea* „băutorului problemă”, care în general caută să-și ascundă „patima” (adicția);
2. *recunoașterea* din partea pacientului că se află sub dominația adicției de alcool și că are nevoie de *ajutor specializat* (pe tot parcursul terapiei trebuie să fim mereu atenți că adevăratele lui probleme sufletești se află dincolo de consumul de alcool);
3. tratamentul nu va fi posibil fără *acordul* persoanei; orice tentativă de terapie, fără acceptul bolnavului, este sortită eșecului. Acordul pacientului e condiția *sine qua non* a oricărei terapii: nu poți ajuta un om care-și refuză vindecarea sau care se consideră „hipersănătos!”. Dacă omul spune NU, nici Dumnezeu nu (poate!) spune DA! Trebuie să știm, din start, că însăși *depistarea, diagnosticarea* „băutorului problemă” reprezintă o mare dificultate, întrucât un mic număr de consumatori de alcool sunt cunoscuți „oficial” instituțiilor specializate. Ei rămân nedescoperiți, deoarece mulți se ascund și *nu recunosc că beau*. Este acel cerc vicios al „bețivului”, din *Micul prinț*, al lui Antoine de Saint-Exupéry: Ce faci? Beau!; De ce bei? De rușine!; Care rușine? Rușinea că beau!

Un mijloc de *evaluare minimală* ar fi așa-numita **Formulă CAGE**, constituită pe baza a *patru întrebări-cheie*, corelate cu *patru criterii* de apreciere diverse: 1) *cut down* = a reduce; 2) *annoy* = a nu da pace; 3) *guilty* = vinovat; 4) *eye-opener* = „păhărel”). Ele sună astfel:

1. Ați simțit vreodată că ar fi cazul să *reduceți* din băutură?
2. Cei din jur nu vă dau pace cu *criticile* lor legate de băutură?
3. V-ați simțit vreodată *vinovat* pentru că beți?
4. Ați băut vreodată *dimineața* imediat după trezire („un păhărel”) pentru a vă liniști nervii sau pentru a scăpa de mahmureală?

Două sau mai multe răspunsuri pozitive ar putea indica un *băutor problemă*. Cu certitudine, *unii pacienți nu vor răspunde sincer*, dar *pentru alții reprezintă o ocazie de a-și deschide sufletul*.

Medicul trebuie mereu să nu scape din atenție *factorii de risc* implicați: probleme conjugale și/sau familiale, emoționale, financiare, juridice, de muncă (de ce nu și spirituale!) ale pacientului etc. *Ocupațiile de risc* (ambientele care stimulează consumul de alcool) constituie indicii importante, dar nu suficiente. Întrebări puse cu tact, dar persistente, în scopul stabilirii diagnosticului trebuie să conducă în direcția aflării: cantității de alcool consumate într-o „zi de băut” tipică; *dacă și cât bea dimineața* (un indiciu extrem de important este: *matinalitatea* cu care începe consumul de alcool zilnic!); cum se simte dacă nu bea timp de o zi sau două; cum se simte la trezire? Trebuie întrebat cu tact asupra efectelor sociale ale băuturii: scăderea eficienței la muncă, pierderea avansărilor, accidente, întâzieri, absențe, mese neregulate; eventuale dificultăți în relația cu soția și copiii. Pacientul trebuie condus pas cu pas spre recunoașterea și acceptarea faptului că are probleme legate de băutură, pe care *inițial le neagă*: efecte somatice, psihologice, sociale etc. (OXF, p. 417-418).

În abordarea „băutorului problemă” există două perspective contradictorii, dar care, la o privire mai atentă ar putea găsi și puncte comune, în beneficiul persoanei suferinde: a. *modelul moral*, care, din păcate, mai are încă și azi destui adepți extremiști, ce-l consideră „pătimaș” și iubitor voluntar căzut în „darul/patima beției” și b. *modelul medical*, ce pornește de la faptul că alcoolismul este o boală. Avantajul celei de a doua perspective constă în faptul că a depășit acel *vot de blam* și chiar *pedepsele* aplicate consumatorilor de alcool (nu mai vorbim de acele zone culturale unde alcoolul este complet interzis prin măsuri drastice!). Nu am vrea însă să omitem și o a *treia modalitate de abordare*, pe care convențional am denumi-o: *existențial-personalistă*, în care ținem seama atât de *persoana* și *suferința* (boala) celui în cauză, cât și de *conștientizarea* și *responsabilizarea* sa (dacă nu în privința *declanșării* și *întreținerii* „patimii” ani de-a rândul, pentru că nu avem interesul de a culpabiliza pe nimeni!), măcar de acum înainte, în asumarea *voinței de a voi să se facă bine* (din toate punctele de vedere!). Abordarea noastră nu ar fi strict direcționată doar către „consumul problemă”, cât mai ales către *persoana* celui suferind, cu problemele sale *psihosociale, familiale, profesionale, emoționale, spirituale* etc., în perspectiva unei *reorientări* de sens personal, axiologic și existențial/ontologic.

În *planul medical* de intervenție intră:

- a. *Depistarea precoce* a consumului; tratamentul cazurilor vechi este mult mai dificil;
- b. Se va face *anamneza* care să conțină și un *istoric complet* al consumului de alcool și o evaluare a *problemelor actuale medicale, psihologice, sociale* și *personale* ale pacientului; această evaluare intensivă și amănunțită îl ajută pe

pacient să capete o *nouă cunoaștere și înțelegere* a problemei sale (aceasta va constitui însăși *baza tratamentului*); dacă va fi posibil, ar fi de dorit, cel puțin inițial, *implicarea soției/ului* în realizarea acestei evaluări, atât pentru a obține *informații suplimentare*, cât și pentru a-i da partenerului/ei ocazia unei *descărcări afective*;

c. Se va realiza un *plan terapeutic* cu obiective precise, iar pacientul va fi consultat în ce măsură își va putea asuma realizarea lor (un fel de „contract” terapeutic); aceste obiective nu trebuie să privească doar băutura, ci oricare altă problemă colaterală: de sănătate, de căsnicie, de muncă, de adaptare socială, de sens existențial personal; la început ele trebuie să fie pe *termen scurt* și ușor de realizat (de ex. abținerea completă pe două săptămâni); în acest fel, pacientul se poate simți gratificat de succesul rapid; obiectivele pe *termen lung* vor fi stabilite pe măsură ce tratamentul avansează; prin acestea se va încerca *modificarea factorilor* care precipită sau mențin consumul excesiv de alcool (de ex. tensiunea în familie); în alcătuirea planului terapeutic o decizie importantă este alegerea, ca scop, fie a unei *abstinențe totale*, fie a *limitării* consumului de alcool (*consumul controlat*); organizația *Alcolicii Anonimi* (A. A.) pledează pentru o abținere totală, din moment ce e de ajuns un singur pahar pentru recăderea în patima alcoolului, totuși și un consum controlat poate fi un obiectiv important, cel puțin în faza inițială a terapiei;

d. În cazul *abstinenței totale*: la pacienții cu sindrom de dependență, întreruperea alcoolului este un pas extrem de important în tratament, pas ce trebuie îndeplinit cu grijă; în cazurile mai puțin grave, întreruperea se poate face și la domiciliu, cu condiția să existe cineva care să-l supravegheze pe pacient; medicul generalist sau asistentul de teren vor face zilnic vizite pentru a verifica starea de sănătate fizică a pacientului și pentru a supraveghea medicația; dacă apar simptome de întrerupere severe, pacientul va fi *internat la spital*; pentru reducerea simptomelor de sevraj se prescriu (medical, nu din proprie inițiativă!) în general *medicamente sedative* (de ex. clorometiazol sau clordiazepoxid), cu o doză descrescândă, pe o perioadă de șase până la nouă zile; prescrierile pe perioade mai îndelungate pot transforma medicamentul în obiect al dependenței (OXF, p. 418-420);

e. *Informarea pacientului*: când pacientul este un bun „aliat” cu medicul în procesul terapeutic, poate fi ținut la curent cu pașii de urmat, dar și atunci când pacientul disimulează nu trebuie „deconspirat” și sunt necesare permanent onestitatea, deschiderea și o atitudine terapeutică profesionistă.

Tratamentul medical poate, și e necesar să fie, augmentat cu cel *psihologic și/sau psihoterapeutic*. În astfel de cazuri se pretează mai multe feluri de terapie (în ultimă instanță oricare psihoterapie, bine practică!), printre care amintim: terapia de grup; terapia de susținere; comportamentală; analitic-existențială; familială etc. Un rol major îl pot avea asociațiile de profil: A. A. sau căminele destinate „băutorilor problemă” lipsiți de adăpost,

zone predilecte de intervenție asistențială. Nu putem neglija deloc rolul asistentului social în cazurile particulare cu repercusiuni asupra familiei sau a copiilor (violență domestică sau abuz, asociate cu consumul de alcool).

Bibliografie

American Psychiatric Association (2003) *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale* (DSM IV). București: Asociația Psihiatrilor Liberi din România.

Angheluță V., Nica-Udangiu Șt. și Lidia (1986) *Psihiatrie preventivă* (PP), București: Ed. Medicală.

Gorgos, B. (sub red.) (1985) *Vademecum în psihiatrie* (VP), București: Ed. Medicală.

Gorgos, C. (sub red.) (1987) *Dicționar Enciclopedic de Psihiatrie* (DEP), vol. 1. București: Ed. Medicală.

Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. (1994) *Tratat de psihiatrie Oxford* (OXF), ed. a II-a. Asociația Psihiatrilor Liberi din România și Geneva Initiative on Psychiatry.

ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ A PERSOANELOR VÂRSTNICE

Aurora Lupaș

„Tinerețea este timpul de a învăța înțelepciunea,
bătrânețea este timpul de a o aplica”. (J.J. Rousseau)

Cuvinte cheie: îmbătrânire activă; persoană vârstnică, calitatea vieții, singurătate.

Abstract: Persoanele vârstnice reprezintă una din categoriile care constituie în mod special obiectul intervenției asistenților sociali. Societatea modernă tratează cu neîncredere utilitatea persoanelor vârstnice, dezvoltând o cultură a tinerilor în care vârstnicul își găsește din ce în ce mai greu locul. Promovarea „îmbătrânirii active” presupune educația și formarea pe parcursul întregii vieți, retragerea din activitate mai târziu și mai progresiv, practicarea unor activități care să fie benefice pentru sănătate.

De multe ori vârstnicul a pierdut în lupta sa pentru o existență decentă. Mulți dintre bătrâni trăiesc sub pragul de sărăcie, mulți renunță la facilitățile confortului (căldură, apă, energie) din cauza veniturilor mici, sunt nevoiți să apeleze la serviciile cantinelor sociale și din cauza neputințelor fizice și a singurătății își părăsesc locuințele și recurg la internarea în instituțiile de ocrotire socială. Diminuarea veniturilor, starea precară de sănătate și singurătatea sunt câteva dintre problemele cu care se confruntă vârstnicii și care au ca efect scăderea calității vieții lor.

Promovarea „îmbătrânirii active” presupune educația și formarea pe parcursul întregii vieți, retragerea din activitate mai târziu și progresiv, practicarea unor activități care să fie benefice pentru sănătate. Toate la un loc vor contribui la reducerea dependenței, a costurilor retragerii din activitate și a îngrijirilor ulterioare de sănătate.

În *Strategia Națională pentru Promovarea Îmbătrânirii Active și Protecția Persoanelor Vârstnice 2014 – 2020 (Proiect) decembrie 2014*, conform cadrului general al Îmbătrânirii active din UE, România consideră că principalele elemente ale conceptului sunt:

- viață mai lungă și mai sănătoasă;
- creșterea nivelului de ocupare a forței de muncă la vârste mai înaintate;
- creșterea participării sociale și politice a grupurilor de persoane vârstnice;
- scăderea dependenței persoanelor vârstnice;
- îmbunătățirea serviciilor de îngrijire de lungă durată.

Îmbătrânirea activă și solidaritatea între generații ar trebui să constituie pentru toți cetățenii repere pentru a construi o societate a tuturor.

Din păcate, îmbătrânirea aduce cu sine o serie de probleme ca: venituri insuficiente, boli, relații sociale diminuate, probleme pe care le-am întâlnit și în cazul persoanelor chestionate cu ocazia cercetării efectuate. Prin încetarea activității profesionale, vârstnicul își pierde sentimentul de utilitate socială, pierde rolul social activ, pierdere ce se constituie într-o frustrare, într-un stres care are efecte negative și în planul sănătății. La pierderea rolului social se adaugă și pierderea rolului și statutului în familie. Sentimentul singurătății se accentuează odată cu vârsta și determină probleme speciale pentru societate, căreia îi revin o serie de obligații pe linia supravegherii și îngrijirii unor persoane lipsite de sprijin. Un rol important în rezolvarea acestor cazuri îl au serviciile publice de asistență socială, cât și organizațiile neguvernamentale, fundațiile, biserica.

În abordarea acestei probleme am sesizat insuficientă importanța acordată de societate persoanelor vârstnice și am înțeles că este necesară o schimbare radicală în modul de a privi și trata acest important segment de populație.

Trebuie să existe în societatea noastră o recunoaștere și o înțelegere clară și justă a calităților fiecărei persoane, a valorii fiecărui individ. Trebuie să conștientizăm faptul că vârstnicii și-au adus contribuția pentru dezvoltarea societății, contribuția lor este însă, de prea multe ori, trecută cu vederea și, de aceea, ea trebuie să fie recunoscută și promovată. Este nevoie de o schimbare de atitudine dacă intenționăm să avem o societate a tuturor. Ce trebuie să facem pentru a asigura părinților și bunicilor noștri o bătrânețe fericită și sănătoasă?

Dificultățile pe care le întâmpină persoanele vârstnice ar trebui să-și găsească o rezolvare nu în sensul că li se face astfel o favoare, ci pentru a fi respectate egalitatea de șanse și drepturile lor. De aceea o cercetare, chiar și sumară asupra calității vieții vârstnicilor este binevenită într-o societate modernă care prețuiește și promovează valori morale ca: iubirea, bunătatea, generozitatea, cinstea, demnitatea.

Cum putem să facem ca părinții și bunicii noștri să-și trăiască bătrânețea frumos, în pace și liniște, să nu se mai gândească mereu că pensia e mică, medicamentele sunt scumpe și că vor rămâne singuri și triști în această lume?

Cu această întrebare de plecare am formulat două ipoteze de lucru, prima ipoteză privind calitatea vieții vârstnicului, iar cea de-a doua cu referire la restrângerea relațiilor interumane la vârsta a treia și apariția fenomenului de singurătate printre vârstnici.

Cercetarea s-a desfășurat în diversele locuri în care vârstnicii își trăiesc bătrânețea: la locuințele lor, la casă sau la bloc, fie singuri, fie cu familia extinsă sau în Centrul de îngrijire pentru persoane vârstnice din Arad, vârstnici

care frecventează Centrele de zi din cartierele Pârneava și Centrul de zi din cartierul Confecții. Cercetarea s-a desfășurat pe parcursul unui an de zile în perioada aprilie 2014 – aprilie 2015, iar vizitele au fost în medie de cinci pentru vârstnicii care au răspuns chestionarului.

Cele două concepte principale ale prezentului studiu sunt *calitatea vieții* și *singurătatea*. „Din punct de vedere conceptual, calitatea vieții se definește ca gradul în care o persoană se bucură de posibilități importante ale vieții sale. Posibilitățile rezultă din oportunitățile și limitările pe care fiecare persoană le are în viața sa și reflectă interacțiunea dintre factorii personali și cei de mediu”. (Curaj, A., 2010, p. 299). Singurătatea, conform *DEX* este starea celui care trăiește sau se simte singur.

Pentru testarea ipotezelor este necesară stabilirea tehnicilor de lucru pentru culegerea datelor (observația, convorbirea, discuția pe bază de chestionar și studiul de caz), stabilirea universului cercetării, adică a eșantionului (persoane vârstnice care trăiesc în diferite medii).

Pe baza chestionarului aplicat unui lot de douăzeci de persoane vârstnice, răspunsurile lor sintetizate au fost următoarele:

Tabel 1. Calitatea vieții vârstnicului după pensionare (Întrebările 1-4)

Nr.	Întrebare	Răspuns	Procente
1	Ce s-a schimbat în viața dvs. după pensionare?	starea de sănătate mi s-a înrăutățit	25%
		veniturile mi s-au diminuat	50%
		s-au restrâns relațiile interpersonale	25%
2	Ce vă supără cel mai mult în situația în care vă aflați?	mi s-au redus veniturile	50%
		doresc sa fiu mai util	25%
		situația mea de persoană dependentă	25%
3	Cu ce probleme majore vă confrunțați?	boală	25%
		probleme financiare	50%
		singurătate	25%
4	Ce ajutor specific v-ar fi necesar?	servicii de îngrijire la domiciliu	30%
		scutiri sau reduceri de taxe, diverse facilități	60%
		să fiu internat într-un centru	10%

Tabel 2. (Întrebările 5-7)

Nr.	Întrebare	Răspuns	Procente
5	Ce activități de timp liber preferați?	mă uit la televizor	50%
		citesc ziarul, dezleg rebusuri	25%
		ies în parc, frecventez centrul de zi	15%
		merg în excursii, drumeții	10%
6	Aveți prieteni, cunoștințe cu care vă întâlniți?	mă întâlnesc des cu vecinii și prietenii	50%
		mă întâlnesc rar cu prietenii	25%
		sunt bolnav și nu mă vizitează nimeni, sunt singur	25%
7	Cum este relația dvs. cu familia?	bună	50%
		satisfăcătoare	25%
		rea	15%
		nu există	10%

Concluzii

Majoritatea vârstnicilor chestionați suferă de diferite boli cronice sau de unele infirmități. Mulți dintre ei sunt încă independenți, sunt între ei și vârstnici care nu mai sunt în stare să-și poarte singuri de grijă și au nevoie de sprijinul familiei.

Neputința de a se întreține singuri, boala, faptul că nu mai au familie sau că aceasta i-a abandonat sunt principalele motive pentru care vârstnicii recurg la internarea în centre.

Dintre cei care sunt încă independenți, sunt unii care pot să-și poarte de grijă, însă în unele situații ar avea nevoie de ajutor, dar nu întotdeauna îl primesc. Din această cauză există conflicte între ei și familiile lor, conflicte din cauza cărora vârstnicii suferă și se simt vinovați pentru neputințele lor. Datorită respingerii pe care familia o manifestă față de vârstnici, ei se simt dezorientați. Prin respingere, familia uneori distruge în viața unei persoane vârstnice toate planurile și toată încrederea. Ei se văd siliți să-și reorganizeze planurile de viață. În viața lor are loc o criză pe care ei, datorită deziluziei suferite și a dezamăgirii o trec foarte greu sau alții nu o trec deloc. Este dureros să vezi vârstnici dezorientați care nu mai știu încotro să se îndrepte, la cine să mai caute sprijin. Datorită dezamăgirii suferite, ei își pierd încrederea nu numai în proprii membri ai familiei, dar și în ceilalți oameni.

Dacă avem vârstnici în familie este bine să-i implicăm în diverse activități pentru a le anula sentimentul de inutilitate. Ei se regăsesc prin nepoți cărora le oferă o dragoste gratuită, nemaiasteptând nimic de la ei, nu îi ceartă, nu îi pedepsesc și poate de aceea și nepoții tind să-i iubească foarte mult.

Singurătatea, lipsa de companie, de comunicare este o problemă gravă a vârstnicilor. Sunt mulți vârstnici care nu mai au pe nimeni sau ai căror copii i-au uitat și abandonat și acest fapt poate avea multiple consecințe negative

atât în plan fizic, cât și psihic. Lipsa de companie, faptul că nu există persoane care să-i viziteze, că ei nu mai au cu cine vorbi îi afectează, îi doare, se simt marginalizați și izolați.

Antrenarea vârstnicilor la rezolvarea diferitelor activități în familie și societate le creează acestora un sentiment de utilitate socială, factor deosebit de important. Alte forme de organizare a timpului liber pentru persoanele vârstnice ar putea fi acțiunile de turism, care pe lângă organizarea de excursii și petrecerea plăcută a timpului liber, au în vedere efectuarea unor cure și proceduri balneare, de fizioterapie și kinetoterapie, de cultură fizică medicală cu exerciții conduse de personal calificat și adaptate afecțiunilor individuale.

Vârstnicii trebuie să-și păstreze demnitatea, acest lucru se poate realiza doar dacă rămân activi, sunt valorizați, pot fi utili pentru familie și societate. Rolul asistentului social în lucrul cu persoanele vârstnice este unul de mare importanță și presupune mult profesionalism și dăruire.

Cunoașterea tuturor fațetelor bătrâneții, cu bucuriile și avantajele ei, dar și cu durerile, problemele și vulnerabilitățile sale, fără a neglija substratul său spiritual, precum și cunoașterea nevoilor reale și a ponderii lor în populația vârstnică, reprezintă o cerință fundamentală a organizării și practicii asistenței sociale. În același timp este indispensabilă cultivarea valorilor morale, a unor atitudini etice față de vârstnici. Abia atunci putem vorbi de profesionalism, abia atunci putem aduce bucurie, acolo unde anii devin o povară (Sorescu, E., 2010, p. 388).

Vârstnicii reprezintă pentru mulți dintre noi adevărate exemple despre cum trebuie să dăruim dragoste și generozitate, cum trebuie să fim mai buni și mai credincioși... până la adânci bătrâneți.

Bibliografie

- Curaj, A. (2010) Persoanele vârstnice: caracteristici și probleme specifice. În Buzducea, D. (coord.). *Asistența socială a grupurilor de risc*. Iași: Polirom.
- Gal, D. (2001) *Dezvoltarea umană și îmbătrânirea*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană.
- Sorescu, E. (2010) Asistența socială a persoanelor vârstnice, în Buzducea, D (coord). *Asistența socială a grupurilor de risc*. Iași: Polirom.
- Codul deontologic al profesiei de asistent social*. (2008) Colegiul Național al asistenților sociali din România.
- HG nr. 886/2000 privind criteriile de încadrare în grade de dependență a vârstnicilor*.
- Legea 17/2000 privind asistența socială a persoanelor vârstnice*.
- Legea 466/2004 privind statutul asistentului social*.
- Legea 292/2011 a asistenței sociale*.

Ordinul 246/2006 privind aprobarea Standardelor minime specifice de calitate pentru serviciile de îngrijire la domiciliu pentru persoanele vârstnice și pentru centrele rezidențiale pentru persoanele vârstnice.

OG. 68/2003 ordonanța privind serviciile sociale.

Strategia Națională pentru Promovarea Îmbătrânirii Active și Protecția Persoanelor Vârstnice 2014 – 2020.

<http://www.mmuncii.ro/j33/index.php/ro/transparenta/statistici/buletin-statistic>.

PERSPECTIVA PATOLOGIEI PSIHIATRICE ÎN MEDIUL TEOLOGIC

Ioana Iulia Moldovan
Mariana Adina Olteanu
Cristina Bredicean

„... sunt la fel de nejustificate atât considerarea tuturor bolilor psihice drept manifestări ale înderăcirii, ceea ce atrage după sine săvârșirea fără temeii a rânduiei exorcismului, cât și tentativa de tratare a oricăror tulburări spirituale exclusiv prin metode clinice...” (Bazele concepției sociale a Bisericii Ortodoxe Ruse)

Cuvinte cheie: religiozitate, boala psihică, mediu teologic

Abstract: *Atât religia, cât și psihiatria, în ciuda relației sinuoase pe care au avut-o încă din antichitate, au centrat “starea de bine a omului” ca scop principal al activității lor. Deși în cele mai vechi timpuri boala psihică era atribuită posedării ființei de către spiritele rele sau o lipsă a credinței, putem observa o tendință actuală de acceptare a existenței organicității la bazele bolii psihice.*

Obiectivul lucrării este de a evidenția modul în care este percepută tulburarea psihică de către reprezentanții mediului teologic. Lotul cercetat a cuprins 31 de persoane cu studii în domeniul teologic; s-a aplicat un chestionar format din 17 întrebări care evaluează conceptul de tulburarea psihică în viziunea acestora, corelat cu vârsta și durata profesiei acestora. Aproximativ o jumătate dintre persoane acceptă organicitatea la baza tulburării mentale în timp ce mai puțin de o treime consideră că tratamentul medicamentos este o abordare potrivită. Cu un procent majoritar subiecții intervievați consideră că religia și psihiatria se află într-o relație sinergică, încurajând perspectiva unei colaborări viitoare între cele două domenii. Diversitatea de înțelegere și abordare a “bolii psihice” provine, cel mai probabil, din raportarea la normalitate, căci fără acest “normal” nu se poate defini starea de boală. Dacă în cazul psihiatriei, boala psihică este o deviere de la normalitate - ca model acceptat, în viziunea teologică boala psihică nu se raportează la un model mediu, ci la modelul ideal și la împlinirea normei responsive.

Introducere:

Conceptul de „boală mentală – nebunie”, având origini ancestrale, variază în funcție de epocă, cultură, nivel de cunoaștere și de acceptare. În cele mai vechi timpuri, boala psihică a fost atribuită posedării ființei de către spiritele rele, „înderăcirii”, mâniei strămoșilor, lipsei de credință etc. Odată cu Hipocrate a apărut prima îndepărtare de perspectiva supranaturală a bolilor mentale, aducându-se în discuție posibilitatea existenței unor cauze biologice la originea acestora. În scrierile sale, Platon descrie atât nebunia de etiologie medicală, cât și nebunia rezultată dintr-o stare de entuziasm divin (Screech, 1980). În lucrarea sa, *Timaeus*, dezbătând natura bolilor sufletului, Platon

afirmă că cele mai multe comportamente aberante ar putea fi atribuite anormalităților corpului.

Metaanaliza făcută de Kroll și Bachrach în 1984 a inclus 57 de descrieri ale tulburărilor mentale publicate înaintea cruciadei europene și au identificat „păcatul” – menționat în 16% din scrieri, ca fiind cauză a bolilor mentale.

Literatura medicală renescentistă s-a concentrat asupra înțelegerii cauzelor naturale și a tratamentului nebuniei, urmând ca în ultima parte a secolului al XIX-lea, interesul psihiatriei să se focalizeze pe ereditate și pe bazele biologice ale nebuniei. Astfel, s-a conturat o diversitate a viziunilor privind cauzele și abordarea tulburărilor mentale din perspectiva religiei și psihiatriei.

Din punctul de vedere al esenței semantice, religia și psihiatria se referă la două realități antitetice și totuși complementare, care ilustrează bogăția epistemologică a experiențelor umane. Etimologia termenului „psihiatrie” derivă din limba greacă: *psyche* = suflet, *iatrea/iatrein* = vindecare. Astfel, psihiatria ar putea fi înțeleasă ca o ramură a științelor medicale care se ocupă de vindecarea bolilor sufletești. Psihiatrul francez Henry Ey face o descriere mai complexă a noțiunii, drept „ramură a medicinei care are ca obiect patologia vieții de relație la nivelul asigurării autonomiei și adaptării omului în condițiile propriei existențe”. Kaplan și Sadock definesc psihiatria ca fiind știința ce studiază comportamentul uman, având ca obiect devierile acestuia și metodele de a-l readuce la normele sociale dorite. „Religia” este un cuvânt ce provine din limba latină (*religio* = legătură) și se referă la legătura omului cu divinitatea, vizând două aspecte importante: originea și finalitatea vieții. Teologia ortodoxă recunoaște trei dimensiuni coexistente ale ființei omenești: trupească, psihică și spirituală. Din această perspectivă, gândirea creștină a dezvoltat o concepție complexă în legătură cu bolile mintale, ajungând să distingă la originea lor „trei cauze posibile: organică, demonică și spirituală”.

În societatea vestică actuală există similarități între creștinism și psihiatrie, ambele fiind preocupate de fenomenologia subiectivă și de realitatea internă și iluzorie. De asemenea, ambele sunt condiționate de apropiere de individ, de dialogul spiritual și de confesarea individului. Literatura de specialitate privind tulburările mentale a exprimat adesea ostilitate față de religie și vice-versa. În pofida relației sinuoase pe care au avut-o, uneori de colaborare, alteori competitivă, cele două domenii au centrat „starea de bine a omului” ca scop principal al activității lor.

În 1980, Albert Ellis, fondatorul terapiei rațional-emoțive și cognitiv-comportamentale, a scris în *Journal of Consulting and Clinical Psychology* că există o relație de cauzalitate de necontestat între religie și psihiatrie. Putem

observa că abordarea medicală a patologiei psihiatrice din ultimul timp adoptă o atitudine mult mai nuanțată față de religie și spiritualitate.

Obiectivul lucrării este de a evidenția modul în care este percepută tulburarea psihică de către reprezentanții teologiei.

Materiale și metode

Lotul cercetat a inclus 31 de participanți de sex masculin, cu studii și ocupații în domeniul teologiei ortodoxe, având vârste cuprinse între 19 și 76 de ani. S-a aplicat online un chestionar format din 17 întrebări care evaluează conceptul de tulburare psihică. Răspunsurile au fost colectate într-o fișă de cercetare electronică *Microsoft Office Excel* în care au fost stocate și variabilele socio-demografice privind vârsta, profesia și durata profesiei.

Rezultate

Media de vârstă a respondenților a fost de 41.45 ani, cu o deviație standard de ± 12.74 , iar durata profesiei actuale a avut o medie de 15.93 ani și o deviație standard de ± 11.36 .

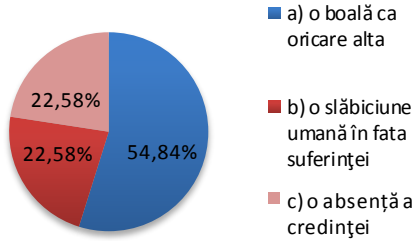
Analiza datelor a evidențiat că puțin peste jumătate (55% vs. 45%) dintre reprezentanții teologiei acceptă tulburarea mentală ca fiind de natură medicală, ceilalți percepând-o ca o slăbiciune în fața suferinței sau o absență a credinței. Doar 29% dintre subiecți consideră că tratamentul medicamentos este o alegere adecvată pentru abordarea acestor tulburări, cei mai mulți optând pentru psihoterapie (42%), mărturisirea păcatelor (23%), post și rugăciune (6%). Cu toate acestea, 90% din respondenți admit necesitatea tratamentului medicamentos în cadrul tulburărilor psihice și consideră necesară îndrumarea persoanelor cu astfel de afecțiuni către serviciul medical, în timp ce doar 65% dintre ei cred că spitalele de psihiatrie sunt un mediu adecvat pentru tratarea patologiei psihiatrice.

81% consideră că este prioritară îndrumarea persoanelor cu ideeație sau tentative suicidare către unitățile de specialitate, 71% dintre aceștia afirmând că, de-a lungul carierei, au îndrumat credincioși către un consult medical psihiatric.

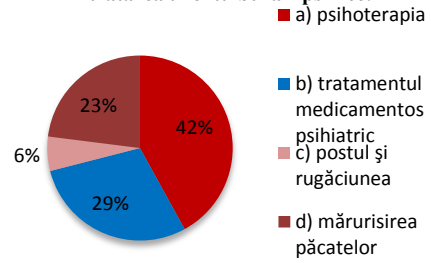
Respondenții cred, în unanimitate, că pot diferenția practicile religioase de manifestările psihopatologice (de exemplu, delirul mistic).

În ceea ce privește relația dintre religie și psihiatrie, majoritatea participanților consideră că se află într-o relație sinergică, încurajând perspectiva unei colaborări viitoare între cele două domenii.

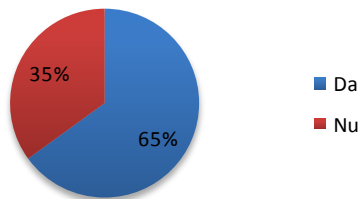
Tulburarea mentală reprezintă:



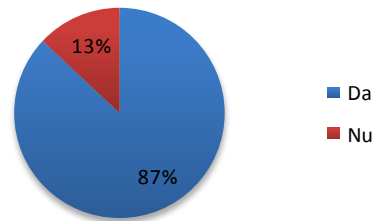
Cea mai potrivită atitudine pentru tratarea unei tulburări psihice:

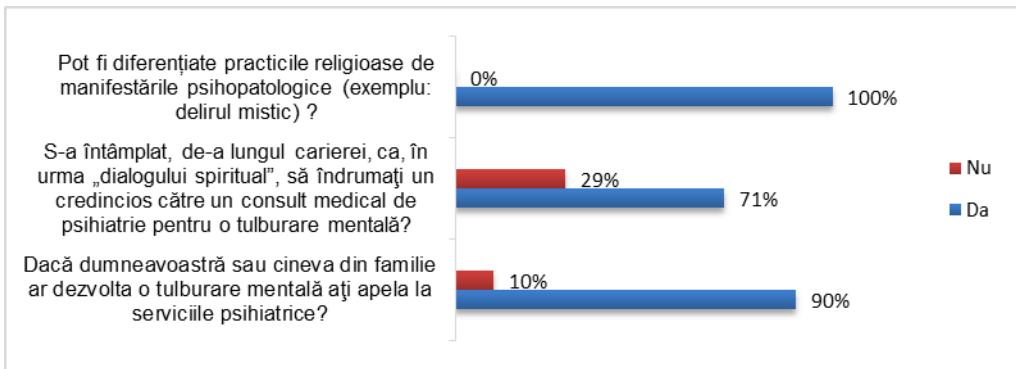
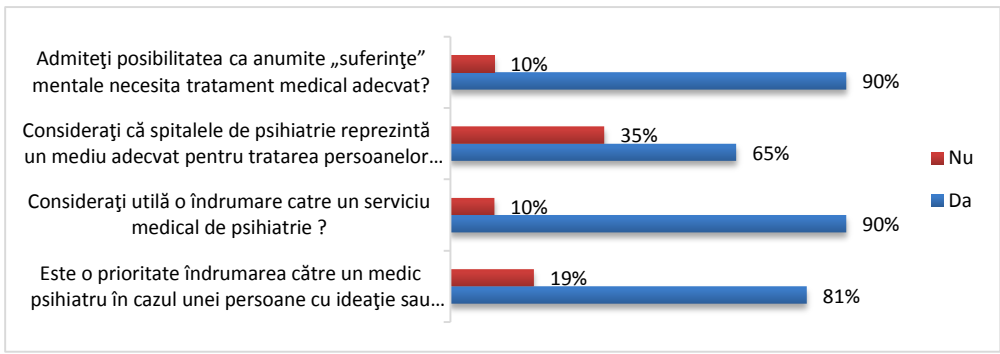


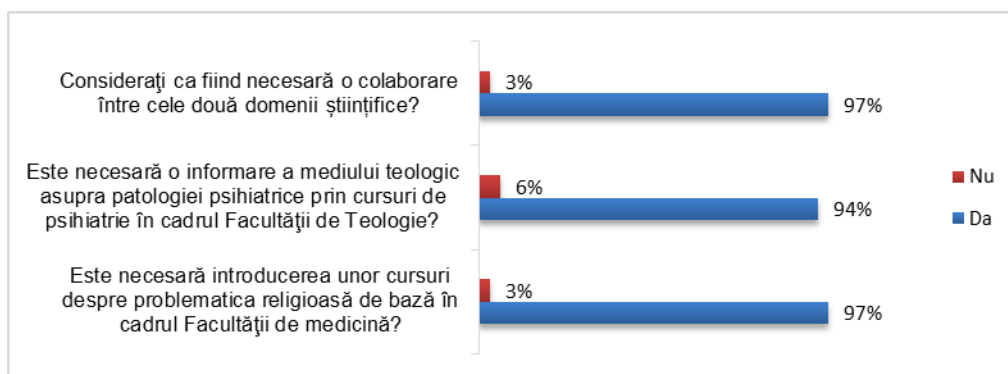
Considerați că practicile și credința religioasă pot duce la o soluționare favorabilă a tulburărilor psihiatrice în absența unei intervenții medicale?



Considerați că tristețea/melancolia este o stare ce poate fi tratată fără intervenție medicamentoasă?







În loc de concluzii

Până la începutul secolului al XIX-lea psihiatria și religia erau strâns legate, instituțiile religioase au contribuit la îngrijirea și reabilitarea bolnavilor mental. O schimbare majoră a avut loc la sfârșitul secolului al XIX-lea când neurologul francez Jean Charcot și ulterior, discipolul său, Sigmund Freud au asociat religia cu isteria și nevroza. (Charcot, 1882; Freud, 1927). În lucrarea sa, *Viitorul unei iluzii*, Freud afirmă: „Religia și știința sunt dușmani morali și orice încercare de a reduce prăpastia dintre ele este sortită eșecului”. Acesta definea credințele, practicile religioase, drept „iluzii”, uneori chiar manifestări psihopatologice ale unor tulburări nevrotice (ex: isteria). Există mai mult idei preconcepute care interferă cu utilizarea acestor concepte în serviciile de sănătate mentală. Astfel, există un antagonism istoric între științele comportamentale și religie, religia fiind văzută de acestea ca având o funcție defensivă, influențând negativ perceperea adecvată a realității și promovând un mod rigid de gândire.

Potrivit psihiatrului canadian Wendall Watters, doctrina creștină s-a dovedit a dezvolta comportamente deficitare de adaptare care să nu le permită oamenilor să facă față într-un mod adecvat anxietății și stresului. La modul extrem, toată experiența religioasă a fost etichetată drept psihoză.

O analiză recentă care a inclus peste 724 de studii publicate înainte de anul 2000 și la scurt timp după, concluzionează că implicarea religioasă are, în general, responsabilă de a avea un impact benefic asupra sănătății mentale, ducând la regăsirea echilibrului individual. În plus, pacienții cu tulburări psihice apelează frecvent la religie pentru a face față situațiilor stresante din viața lor, putându-se vorbi astfel despre rolul pozitiv pe care îl are religia în accelerarea vindecării și în recuperarea bolnavului psihic și nu numai.

În 1994, „tulburarea de natură religioasă sau spirituală” a fost introdusă pentru prima dată în DSM-IV (*Manualul de diagnostic și clasificare a tulburărilor mentale*) ca o nouă categorie de diagnostic, determinând

profioniștii din domeniul sănătății mentale să înțeleagă, să respecte apartenența religioasă, credințele și ritualurile pacientului.

În ceea ce privește tratarea/abordarea bolnavilor psihic, putem observa că acestea diferă mult în funcție de perioada pe care a traversat-o psihiatria. Dacă în timpul Imperiului Roman, scrierile lui Cicero, Aurus Cornelius (30 d.H.) ne prezintă ca metode de tratament aplicate bolnavilor: masajele, dietele, izolarea bolnavilor, în secolul al XIII-lea Bartholomeus Anglicus precizează în lucrarea sa *De Proprietatibus Rerum* (1398): „pacienții nebuni trebuie să fie întreținuți cu muzică instrumentală, trebuie să fie ținuți ocupați”.

În perioada târzie a Evului mediu (sec XV-XVII), bolnavii psihic sunt torturați, exorcizați, multe femei considerate vrăjitoare sfârșesc arse.

În secolele XVII-XVIII se înmulțesc „casele” pentru bolnavii mintali. Bolnavii erau imobilizați în lanțuri, împreună cu vagabonzi, prostituate, invalizi și delincvenți. Nu li se acorda îngrijire medicală specializată.

Tratamentul psihofarmacologic devine parte integrativă a psihiatriei abia la începutul secolului al XX-lea. În ciuda mișcărilor „antipsihiatrice” dezvoltate la începutul anilor '60, care condamnau psihiatria că uzitează de mijloace coercitive, că terapia farmacologică nu ar fi altceva decât o formă chimică a cămășii de forță, utilizarea medicației alături de psihoterapie în tratarea tulburărilor psihiatrice s-a dovedit a fi cea mai eficientă.

Diversitatea de înțelegere și abordare a „bolii psihice” de către reprezentanții mediului teologic ortodox provine, cel mai probabil, din raportarea la normalitate, căci fără acest „normal” nu se poate determina și defini starea de boală.

Dacă în cazul psihiatriei, boala psihică este o deviere de la normalitate – ca model mediu acceptat, în viziunea teologică, boala psihică nu se raportează la un model mediu, ci la modelul ideal și la împlinirea normei responsive.

Propuneri

Indiferent de unghiul din care privim bolnavul psihic, pe lângă abordarea bio-medicală a acestuia (de către specialiștii în domeniu), este necesar să tratăm și omul la valoarea lui socială, la valoarea lui morală. El trebuie reintegrat social, religios, familial și comunitar, acest lucru putându-se realiza doar printr-un scop comun, o monitorizare, colaborare și evaluare continuă a acestei stări.

Propunem o informare a mediului teologic asupra noțiunilor de bază din sfera patologiei psihiatrice prin cursuri de specialitate organizate în cadrul Facultății de Teologie, astfel încât manifestările psihopatologice ale unor tulburări de natură nevrotică sau psihotică să poată fi mai ușor recunoscute și înțelese. De asemenea, recomandăm introducerea unor cursuri despre problematica religioasă în cadrul Facultății de Medicină, care să ajute

clinicianul să înțeleagă apartenența religioasă, credințele, precum și practicile religioase ale pacienților.

Tema rămâne deschisă, în vederea cercetării viitoare pe loturi extinse de subiecți.

„Aproape orice om, atunci când îmbătrânește, lovit de boli și suferinzi, înclină să creadă că există un Dumnezeu sau ceva foarte asemănător Acestuia.” (Arthur Hugh Clough)

Bibliografie

1. Anastasios Yannoulatos al Tiraniei, *Ortodoxia și problemele lumii contemporane*, trad. G. Mândrilă/ C. Coman, Bizantină, București, 2003.
2. Georgios I. Mantzaridis, *Morala creștină, II. Omul și Dumnezeu; Omul și semenul; Poziționări și perspective existențiale și bioetice*, Trad. C. C. Coman, Bizantină, București, 2006.

PREVENIREA ABUZULUI ȘI A NEGLIJĂRII COPILULUI: PERSPECTIVA MEDICO-SOCIALĂ

**Ana Muntean
Venera Bucur
Eugen Bucur**

***Cuvinte cheie:** abuzul și neglijarea copilului, fenomen social, prevenirea maltratării copilului.*

***Abstract:** Miza acestei lucrări o constituie clarificarea unor aspecte care descriu impactul fenomenului social de abuz și neglijare a copilului asupra destinului individului și a bunăstării societății, astfel încât să fie clar reliefată nevoia de prevenire. Este, de asemenea important a fi clarificate câteva dintre definițiile diverselor forme de maltratare pentru a se înțelege mai bine atât responsabilitățile, cât și vinovățiile parentale.*

Pentru a putea înțelege necesitatea prevenirii, este, de asemenea important să acceptăm că maltratarea copilului reprezintă un fenomen social și faptul că între metodele de educare/ disciplinare a copilului și maltratare nu există nici o legătură: nu putem ascunde abuzul și neglijarea sub masca de buni părinți!

Abuzul nu produce educație, ci doar suferință, o suferință amplificată de temeri, de angoase și de gradul de rudenie pe care victima îl are cu agresorul.

Din această cauză, în general, victimele abuzului și neglijării în copilărie sau adolescență se vor dovedi incapabile de a avea o viață de calitate la vârsta adultă.

Introducere

Principalul scop al prezentării de față este acela de a descrie impactul fenomenului social de abuz și neglijare a copilului, asupra destinului individului și a bunăstării societății, astfel încât să fie clar reliefată nevoia de prevenire. Considerând că subiectul este adeseori invocat în absența unei depline înțelegeri științifice și profesionale, prezentarea de față se dorește un „curs introductiv” în tematica prevenirii abuzului și a neglijării copilului.

Prin formarea mea de bază sunt psiholog specializat în psihologia copilului. Am lucrat ani buni în neuropsihiatria infantilă confruntându-mă cu cazurile unor copii care îmi ridicau serioase semne de întrebare privind etiologia sindromului pe care-l prezentau. Uneori ajungeam să-mi pun întrebarea dacă starea copilului se datora în principal unor cauze preponderent genetice sau era mai degrabă rezultatul modului în care părinții și-au exercitat rolul de a îngriji și proteja copilul. Nimeni nu vorbea despre abuzul și neglijarea copilului, deși toți vorbeam despre înnăscut și achiziționat. În 1995,

International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) și-a organizat cea de-a cincea conferință europeană, la Oslo, în Norvegia. Am avut atunci, prin sprijinul UNICEF, marea șansă de a participa la conferință și a mă iniția în subiectul prevenirii abuzului și a neglijării copilului. Această participare mi-a schimbat complet viziunea privind dezvoltarea sănătoasă a copilului în interacțiunea cu părintele care-l îngrijește și protejează. Subiectul prevenirii abuzului și a neglijării copilului a devenit central în preocupările mele profesionale plasate la intersecția între psihologie și asistență socială. În acest an, 2015, ISPCAN și-a desfășurat cea de a 14-a conferință regională, la București, dând o mare șansă specialiștilor români de a se familiariza cu subiectul acesta dificil prin încărcătura emoțională ce o poartă cu sine.

Putem numi oare „fenomen social”, abuzul și neglijarea copilului?

În accepția lui Markey (1925, p.733) „fenomenul social include orice comportament care influențează sau este influențat de organismele din jur, suficient de active pentru a răspunde unele altora. Asta include și influența generațiilor trecute.” După cum se vede, această definiție bazată pe interacțiune și evocând elemente ale teoriei ecosistemice este pe deplin aplicabilă specificității manifestărilor abuzului și neglijării copilului.

Abuzul și neglijarea copilului se petrec în primul rând în familie, acolo unde în locul îngrijirilor sensibile și responsive (Aisworth,1973) ale adulților din jur, copilul cu nevoile lui de dezvoltare „nu este văzut”, este ignorat sau mai rău încă, este victima violenței adulților. În lucrarea „The child, the Family and the Outside World”, Donald Winnicott (1964) afirmă: „Viitorul unei nații se naște în familie”. Această formulă laconică subliniază importanța covârșitoare pentru societate a modului în care este crescut, adică tratat, îngrijit și protejat copilul în familie. Când răspunsurile adulților din familie la nevoile copilului se petrec sub forma unor ieșiri violente sau a unei ignoranțe indolente, dezvoltarea copilului va fi deturnată din cursul ei prefigurată de potențialul genetic, iar starea de echilibru, armonie și fericire printre ceilalți vor rămâne străine pentru totdeauna destinului individului respectiv. Dacă modul acesta nefericit de a crește copiii și de a răspunde nevoilor lor de dezvoltare sănătoasă are o incidență mare, teoretic vorbind, „viitorul nației” este compromis. Kari Killen¹ spunea: „Dacă lumea e plină de războaie, șomaj, nefericire, aceasta se datorează modului în care ne creștem copiii...”.

Când devii conștient de gravitatea consecințelor, prevenirea apare ca o preocupare sine qua non în conduita profesionistului, a politicianului, administratorului sau a părintelui. Daro (1999) identifică trei nivele obligatorii

¹ Dr. Philos. Kari Killen a fost Președinta ISPCAN și este o importantă promotoare a prevenirii abuzului și neglijării copilului în România. În limba română au fost traduse trei dintre cărțile ei centrate pe această temă.

ale procesului de prevenire: prevenirea universală, realizată în principal prin educație și informarea întregii societăți; prevenirea selectivă, cu referire la situațiile de risc și realizată prin educație, informare și programe largi de intervenție destinate populației la risc; prevenirea indicată, realizată prin intervențiile făcute cu cazurile de abuz și neglijare, din perspectiva evitării reiterării incidentelor de acest tip. Prevenirea universală are în vedere întreaga societate, într-o abordare ecosistemică (Bronfenbrenner, 1979), în care emiterea unui cadru legislativ adecvat precum și construirea infrastructurii, adică a serviciilor necesare, se întâlnesc cu schimbarea mentalităților, adică a reprezentărilor societății cu privire la fenomenul social respectiv.

Definirea abuzului și neglijării copilului

Strategia de prevenire se bazează pe o definiție clară a fenomenului, pe cât se poate o definiție diferențială, aflată în raport disjunctiv cu alte manifestări cu care se asociază sau se aseamănă. Abuzul și neglijarea copilului sunt adeseori asimilate cu procedurile de disciplinare ale copilului și de încurajare a dezvoltării autonomiei lui. Dar o astfel de confuzie va avea costuri drastice pentru evoluția individului care a fost un copil victimă a abuzului și neglijării, precum și la nivelul societății care prezintă o prevalență accentuată a fenomenului. Există câteva elemente care necesită a fi luate în considerare în diagnosticarea abuzului și a neglijării copilului:

1. Reprezintă un proces inițiat de adultul cu responsabilități de protecție și îngrijire a copilului, în interacțiunea cu copilul. Așadar, nu vorbim de un eveniment izolat, ci de un proces repetitiv față de care copilul dezvoltă o stare de alertă permanentă: știe că se va produce din nou, că este inevitabil, dar nu știe când se va produce. De aceea, copilul trăiește o stare permanentă de stres, în așteptarea „impredictibilului predictibil”. Acest stres intens și aproape permanent poate atinge cote specifice stresului toxic (National Scientific Council on the Developing Child, 2008), nivel la care întreaga funcționare bio-psiho-socio-culturală a individului, incluzând activarea programelor genetice, este afectată. Adultul, sursa de stres, în grija căruia se află copilul capătă o dublă imagine în ochii copilului: este, în același timp, îngrijitorul salvator și este spaima permanentă. În raport cu o astfel de persoană sentimentele dezvoltate de copilul victimă sunt mai degrabă asemănătoare „iubirii” specifice în Sindromul Stockholm². Copilul nu poate tolera separarea de

² **Sindromul Stockholm** descrie comportamentul unei victime răpite sau captive care, în timp, începe să își simpatizeze răpitorul. Persoanele captive încep prin a se identifica cu răpitorii, ca un mecanism defensiv, din teama de violență. Micile semne de bunătate venite din partea răpitorului sunt amplificate, întrucât într-o situație de captivitate, lipsa perspectivelor este prin definiție imposibilă. Încercările de evadare sunt și ele percepute drept o amenințare, întrucât, într-o tentativă de evadare, există marele risc ca cel răpit să fie afectat și rănit. Drept

persoana aceasta de care se teme și manifestările lui panicate sunt interpretate în mod eronat de către cei neavizați drept „atașament prea puternic” față de persoana adultă, agresorul copilului. Vedem astfel cum persoana cu responsabilități de a proteja și îngriji copilul, a indus acestuia, prin comportamentul agresiv sau indolent față de nevoile lui, manifestări distorsionate, tulburate în sfera socio-emoțională. În urma unei astfel de experiențe nesănătoase în copilărie, suferința în relațiile cu cei semnificativi în viața individului va deveni o marcă permanentă. Lucrurile se petrec ca și când aceste prime experiențe timpurii în interacțiunea cu cele mai importante persoane, cele care îngrijesc copilul, de care depinde supraviețuirea copilului, au creat o pereche de ochelari a căror lentile distorsionează și pe care individul îi va purta pe viață. Acești ochelari îl vor face pe copil să vadă în gesturile simple, cotidiene, intenții răutăcioase sau maladive; o mână de adult care se întinde spre capul copilului cu intenția de a mângâia va avea ca reacție gestul de retragere al copilului care a citit, prin prisma experiențelor sale, că o mână de adult se îndreaptă pentru a lovi.

2. Constă în acte comise cu violență împotriva copilului sau în acte reclamate de îngrijirea sănătoasă a copilului, dar omise de către adultul cu responsabilități de protecție și îngrijire. Așadar avem acte comise cu violență, atunci când vorbim despre abuz și acte omise cu indolență sau din ignoranță, atunci când vorbim de neglijare.

3. Din punct de vedere terminologic, „neglijare” și nu „neglijență” este termenul corect. Termenul de neglijare surprinde caracterul de durată al procesului, în vreme ce „neglijență” face referire la un gest izolat, o scăpare, o neglijență. Un gest izolat însă, violent sau de neglijență au efecte mai scăzute, limitate în timp, și sunt mai ușor de corectat în consecințele lor. Un proces însă, se împletește cu și în procesul de dezvoltare a copilului, deturnându-l de la cursul său normal, prescris genetic și alterându-l prin așteptările nesănătoase pe care le construiește. Abuzul și neglijarea copilului sunt ambele subînțelese atunci când utilizăm sintagma: „maltratarea copilului”. În general, „molestare” se referă la abuzul sexual, deși uneori se folosește și pentru abuzul fizic.

consecință, victima devine hiper-vigilentă în privința nevoilor răpitorului și neștiutoare în privința propriilor nevoi. Separarea de răpitor devine tot mai grea pentru victimă, întrucât ar pierde singura relație pozitivă formată – cea cu răpitorul. Este important de subliniat că aceste simptome apar în condiții de stres emoțional foarte mare. Acest comportament este considerat ca o strategie obișnuită de supraviețuire pentru persoanele care sunt victime ale abuzului interpersonal și a fost observat în cazul divorțurilor cu copii, al copiilor victime ale abuzului emoțional, al membrilor sectelor religioase, prizonieri de război și tabere de concentrare. (https://ro.wikipedia.org/wiki/Sindromul_Stockholm)

Forme de manifestare ale abuzului și neglijării copilului

Specialiștii în prevenirea abuzului și neglijării copilului identifică mai multe tipuri de acte „comise” și/sau „omise” de către adultul cu responsabilități de îngrijire a copilului, în interacțiunea cu copilul. Reacțiile copiilor la o situație de abuz nu sunt identice, ele depinzând de o multitudine de factori contextuali, printre care și reziliența copilului, care nu trebuie uitată. Este de reținut faptul că abuzul și neglijarea adeseori se însoțesc, potențându-și reciproc efectele. Pe de altă parte, tipurile de abuz și neglijare descrise mai jos, se comportă adeseori după regula păpușilor rusești: abuzul sexual conține o latură clară de abuz fizic; abuzul fizic, conține întotdeauna și abuz emoțional; iar acesta din urmă, adeseori presupune neglijarea copilului. Toate formele de abuz al copilului conțin un potențial ridicat de traumatizare. Numeroase cercetări atestă legătura dintre evenimentele traumatice din copilărie sau adolescență și deteriorarea stării de sănătate a individului pe perioada întregii vieți. În mod specific abuzul și neglijarea copilului se acompaniază de dezvoltarea ulterioară a unei psihopatologii de tipul depresiilor, a tulburărilor de stres post-traumatic, anxietate și abuz de substanțe sau comportamente adictive. În general, victimele abuzului și neglijării în copilărie sau adolescență se vor dovedi incapabile de a avea o viață de calitate la vârstă adultă. Cercetările au identificat cel puțin două căi prin care starea de sănătate și calitatea vieții victimelor în copilărie sunt afectate ulterior (Cromheeke, Herpoel, Mueller, 2014): a. Diminuarea controlului cognitiv; b. Procesarea disfuncțională a emoțiilor. Cele mai multe studii s-au axat pe descifrarea tulburărilor emoționale ale victimelor. Acest lucru se explică atât prin apariția în prim plan comportamental al acestora, cât și prin importanța rolului de cadru comportamental al emoțiilor. Ca efecte particulare ale tulburărilor emoționale depistate la victimele abuzului și neglijării în copilărie se descriu anomaliile în recunoașterea emoțiilor oglindite pe fețele oamenilor, și mai ales reacții exagerate la fețele exprimând furie sau teamă sau doar „citite” astfel de către victimele abuzului și neglijării în copilărie sau adolescență (Masten și All, 2008). Tipurile de abuz și neglijare prezentate în literatură de specialitate sunt:

1. *Abuz psihologic (emoțional)*. Pare o formă nevinovată, dar efectul poate fi dramatic și extins la scara întregului destin al individului. Poate fi produs de exprimări verbale inadecvate ale adultului față de copil, cum ar fi etichetări umilitoare, amenințări, încercări de a manipula copilul, corupându-l cu mici recompense, trădarea copilului (divulgându-i anumite slăbiciuni sau mințindu-l), izolarea copilului de mediul sau anturajul său familiar. Dar cel mai intens abuz emoțional, cu efecte traumatice, este generat de situația în care copilul este martor la un eveniment dramatic în care își simte viața proprie sau viețile celor apropiați lui (părinții, frați, surori, prieteni) amenințate. Comportamentele violente între părinți, violența domestică așa cum este cunoscută, chiar dacă nu implică atacuri directe asupra copilului, crează astfel

de situații cu intens potențial traumatic pentru un copil. Printre evenimentele cele mai intens traumatice ale copilăriei se numără pierderea părinților sau a unui părinte, prin moarte sau divorț. Un copil cu o astfel de experiență necesită obligatoriu o îngrijire de specialitate. Un aspect care necesită o atenție specială, mai ales din perspectiva învățământului de masă este varietatea individualizată a reacțiilor copiilor la situații de stres emoțional. Una și aceeași situație trăită de un copil ca stres provocator sau chiar ca stres cotidian, pentru un altul, poate fi trăită de un alt copil, la intensitatea stresului toxic, demobilizându-l și anihilându-i pentru moment competențele. Lecția bine știută acasă a dispărut complet din mintea copilului panicat de cerințele impuse de o învățătoare „severă”. Abuzul emoțional este din nefericire cel mai dificil de depistat și cel mai puțin sensibil la campaniile de educație ale populației, în alte cuvinte, la prevenirea universală.

2. *Abuzul fizic* al copilului, subîntinzând întreaga gama a „corecțiilor” aplicate copilului este probabil cea mai frecventă formă de abuz. Deși severitatea atacurilor fizice ale copilului poate fi foarte variată, mergând de la o simplă „scatoalcă” și până la „o bătaie soră cu moartea”, în toate formele sale abuzul fizic are efecte nocive pentru dezvoltarea sănătoasă a copilului. Căci efectul nu este dat doar de gravitatea atingerii fizice, a rănilor fizice produse de lovitură, ci mai ales de efectele emoționale degradante asupra copilului. Reacțiile umane la situații de atac fizic sunt în cunoscuta gamă alcătuită din: fugă, luptă sau încremenire. Toate aceste trei tipuri de reacții comportamentale pot fi însoțite de disociere, situație în care copilul nu va avea amintirea clară a ceea ce s-a petrecut. Disocierea este „găselnița” creierului nostru pentru a trece prin ceea ce este „insuportabil”, este o deconectare de la realitatea prea dură, în raport cu așteptările. Un copil „încremenit” de spaimă poate apărea în ochii unui adult agresiv ca fiind „obraznic” sau „sfidător” când în fapt s-ar putea ca victima (copilul) să fie în plină disociere și să nu mai înregistreze evenimentul. Pericolul în această situație este stimularea agresivității adultului de reacția aparentă a copilului. Copilul învață în fiecare moment. Ceea ce învață din experiențele de abuz fizic este că un conflict se rezolvă prin atac fizic, iar cel mai slab este învins și supus de cel mai puternic. Această învățătură s-ar putea întoarce împotriva părintelui atunci când părintele va ajunge la o vârstă avansată și nu va mai putea „câștiga” în situațiile conflictuale. Abuzul fizic, fiind și cel mai ușor de identificat în momentul producerii, precum și prin consecințele sale, este forma de abuz cea mai sensibilă la campaniile de educație ale populației. Abuzul fizic al copilului este frecvent invocat și motivat de părinți sau alți adulți în grija cărora se află copilul, ca metodă de disciplinare. Dar marea deosebire, pe care copilul o percepe cu claritate, este intenția distructivă a adultului în momentul atacului. Deși adultul poate susține ca „îl bat ca să fac om din el”, copilul simte în momentul atacului că intenția adultului este de a-l desființa.

Unul din efectele pe viață ale abuzului fizic al copilului este diminuarea sau chiar anihilarea empatiei. Empatia este o trăire emoțională necesară conexiunilor individului cu mediul din jurul său, în primul rând cu mediul social. Suntem ființe sociale și empatia ne leagă între noi, ne face să înțelegem trăirile celuilalt și să reacționăm corect. Dar absența empatiei generează distorsiuni comportamentale în relațiile cu ceilalți, mergând până la cruzime. Unul dintre semnele cele mai clare ale victimizării adultului în copilărie este comportamentul crud față de animale.

3. *Abuzul sexual* este cel mai dificil de dezvăluit. Regulile scrise și nescrise ale societății condamnă cu putere abuzul sexual al copilului. Nu e suficient însă pentru a împiedica producerea lui, dar este suficient pentru ca agresorul și victima să păstreze secretul asupra acestui tip de abuz. De altfel, într-o cercetare recent realizată cu adolescenți victime ale abuzului sexual cu cel puțin 6 ani înainte de cercetare, unul din factorii cu cel mai puternic impact agravant a fost stigmatizarea victimei (Simon, Smith, Fava, Feiring, 2015). Abuzul sexual al copilului reprezintă întotdeauna un eveniment traumatic. Cercetările dezvăluie că în cazul abuzului sexual, comparativ cu alte forme de abuz sau neglijare a copilului, apare cea mai ridicată incidență a dezvoltării la vârsta adultă a unei psihopatologii, depresiile fiind cele mai frecvente. Mai mult decât în orice altă formă de suferință indusă copilului de către adult, în abuzul sexual apare un puternic sentiment de izolare, de „numai mie mi s-a întâmplat” și de autoculpabilizare consecutivă. Comportamentul copilului victimă poartă întotdeauna semnele post-traumatice, dar adeseori acestea nu sunt corect descifrate de cei din jur. Un motiv al „ne-citirii” semnelor, de către cei responsabili cu protecția și îngrijirea copilului este dat tocmai de stigmatizarea socială. Adultul care vede schimbările comportamentale ale copilului victimă sau uneori este chiar martorul dezvoltărilor copilului, este speriat, în panică și va prefera să acuze copilul de minciună decât să se ocupe de o astfel de situație. De aici decurge prima regulă în cazul abuzului sexual: copilul trebuie crezut în tot ceea ce dezvăluie, fără a fi contrazis sau a i se pune piedici în dezvoltare. În avalanșa de emoții stârnite de dezvoltarea sau poate doar bănuirea unui abuz sexual adeseori se fac greșeli cu potențial de traumatizare secundară a copilului. Nici profesioniștii nu sunt scutiți de astfel de constrângeri emoționale care le diminuează eficiența. Unul din aspectele cele mai comune, dar prea puțin luate în considerare ale unei astfel de situații este jena profesioniștilor față de limbajul frust al copiilor victime, atunci când aceștia își dezvăluie calvarul (Furniss, 2005). Dar dezvoltările apar în mod implicit, în schimbările de comportament ale copilului victimă, mult înaintea mărturiilor explicite. Dureri de cap, de burtă, greață, vomă, refuzul de a merge în anumite locuri, evitarea anumitor întâlniri, schimbările de randament școlar (nu neapărat scăderea randamentului școlar) pot fi semne ale unui abuz sexual nemărturisit în cuvinte. Somatizările și comportamentele aparent inexplicabile

ale copilului trebuie puse sub semnul întrebării din perspectiva abuzului sexual și nu trebuie simplu trecute sub tăcere. Abuzul sexual al copilului este mult mai frecvent decât am vrea să credem.

4. *Neglijarea* ne duce pe tărâmul gesturilor necesare în îngrijirea sănătoasă a copilului, dar „omise” de către adultul responsabil cu îngrijirea și protecția copilului. Adeseori se combină cu diferite forme de abuz. Prima tendință în interpretarea neglijării copilului, comparativ cu abuzul, este aceea de a diminua potențialul de risc al neglijării. Vedem mai rapid și dăm mai mare importanță actelor comise cu violență decât neglijării indolente sau izvorâte din ignoranță. În fapt, copiii pot sucomba din neglijare ca și din abuz. Există autori (Killen, 1998) care nuantează fenomenul neglijării copilului și desprinde trei forme de neglijare: emoțională, fizică și sexuală. Neglijarea emoțională merge de la un simplu refuz, bine motivat, de a împărtăși cu copilul un moment de atenție, în momentul în care acesta o solicită și până la indisponibilitatea de a descifra și a-i veni în întâmpinare în momentele lui de spaimă sau furie. Neglijarea fizică presupune omiterea îngrijirilor solicitate de dezvoltarea sănătoasă fizică a copilului: hrană, căldură, îngrijiri de sănătate în momentele în care homeostazia copilului devine disfuncțională. Neglijarea sexuală presupune a lăsa la îndemâna copilului materiale cu conținut sexual pentru adulți, dar și evitarea răspunsurilor la întrebările cu conținut sexual ale copilului. Acestea din urmă se referă la educația sexuală a copilului, atât de necesară pentru a evita abuzul sexual al copilului.

5. *Abuzul societal* poate constitui cadrul social nociv de creștere a copilului. De la mentalitatea generatoare de anumite reprezentări și stereotipii comportamentale defavorabile copilului și până la absența unor legi clare care să penalizeze abuzul și neglijarea copilului, precum și absența unor servicii și politici/strategii sociale de prevenire a abuzului și neglijării copilului, toate se înscriu în abuzul societal. Poate că forma cea mai complexă de abuz societal este sărăcia. O societate săracă nu va dezvolta strategii preventive, ceea ce va avea ca și consecință costuri mult mai ridicate legate de incidența mare a fenomenului; nu va plasa copilul în centrul preocupărilor, omițând faptul că o economie sănătoasă este produsul unor indivizi sănătoși; nu va dezvolta servicii de calitate, deși acestea reprezintă unul din itemii cei mai importanți ai fericirii societății (Bok, 2010). Voi încheia comentariul legat de acest tip de abuz, cel mai puțin sesizabil și cel mai puțin luat în considerare, prin a menționa statistici europene, care plasează România în grupul țărilor celor mai sărace, alături de Bulgaria și Letonia. Dar partea cea mai sumbră relevată de aceste statistici, este că copiii României sunt cei mai săraci copii din Europa. În 2011, sărăcia în rândurile românilor era de 40,3%, iar în rândurile copiilor de 49,1% (Eurostat, 2013).

Există câteva caracteristici ale fenomenului de maltratare a copilului, care-i sporesc potențialul de risc. Un aspect de luat în considerare este manifestarea ca un iceberg: cunoaștem anumite cazuri, le introducem într-o statistică, dar un număr de cazuri, probabil mult mai mare, nu ajung la cunoștință publică. Victimele nu se plâng, iar agresorii, cel mai adesea conștienți de culpabilitatea lor, ascund aceste lucruri. Așadar statisticile sunt mai degrabă un indicator orientativ decât unul precis. Pe de altă parte, în culturi cu o mai mare toleranță față de violență, situațiile abuzive sau de neglijare a copilului sunt mai larg acceptate. Așadar, în ciuda existenței unei legislații, înțelegerea și raportarea cazurilor de maltratare a copilului sunt sensibile cultural. Asta reduce eficiența legii, iar întărirea ei ar necesita campanii de educație menite să schimbe mentalitatea societății cu privire la maltratarea copilului. O a treia caracteristică ce agravează fenomenul de maltratare a copilului, strâns legată de cele două deja menționate, este trecerea transgenerațională a fenomenului. În absența unor campanii de prevenire, părinții care în copilărie au fost victime ale agresiunii sau ale neglijării, într-o proporție covârșitoare, de peste 80%, vor avea în interacțiunile cu copiii lor astfel de comportamente. Acest lucru este susținut și explicat cu minuțiozitate științifică în cadrul teoriei atașamentului, precum și din perspectiva neurobiologiei.

Legea și maltratarea copilului

Prima incriminare legislativă a abuzului și neglijării copilului s-a făcut în România, și probabil și în ale țări din lume, prin ratificarea Convenției ONU cu privire la drepturile copilului, deja în 1990 (*Legea 18/1990*). Convenția sintetizează drepturile copilului în câteva domenii:

- **Dreptul la viață;**
- **Dreptul la un nume și o naționalitate;**
- **Dreptul la educație;**
- **Dreptul de a-și exprima liber ideile;**
- **Dreptul la îngrijire medicală;**
- **Dreptul de a fi protejat împotriva oricărei formă de violență, abuz sau neglijență;**
- **Dreptul la joacă și timp liber.**

Prevenirea abuzului și a neglijării este stipulată în mod clar, acestea fiind asociate cu violența împotriva copilului. În România, legea protecției drepturilor copilului, *Legea 272/2004*, intrată în vigoare în 2005 (modificată și actualizată la 5 martie 2014), are un întreg capitol destinat prevenirii abuzului, neglijării și exploatării copilului. Legea definește abuzul și neglijarea copilului astfel:

„ Art. 94 (1) Prin **abuz** asupra copilului se înțelege orice acțiune voluntară a unei persoane care se află într-o relație de răspundere, încredere sau de

autoritate față de acesta, prin care sunt periclitată viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului, și se clasifică drept abuz fizic, emoțional, psihologic, sexual și economic.

(2) Prin **neglijarea** copilului se înțelege omisiunea, voluntară sau involuntară, a unei persoane care are responsabilitatea creșterii, îngrijirii sau educării copilului de a lua orice măsură pe care o presupune îndeplinirea acestei responsabilități, care pune în pericol viața, dezvoltarea fizică, mentală, spirituală, morală sau socială, integritatea corporală, sănătatea fizică sau psihică a copilului și poate îmbrăca mai multe forme: alimentară, vestimentară, neglijarea igienei, neglijarea medicală, neglijarea educațională, neglijarea emoțională sau părăsirea copilului/abandonul de familie, care reprezintă cea mai gravă formă de neglijare.”

În 2006, Organizația Mondială a Sănătății (World Health Organization/WHO) în colaborare cu ISPCAN a lansat un ghid privind implementarea unor strategii preventive în domeniul abuzului și neglijării copilului, în orice țară a lumii. Acest document dă o definiție sintetică, de lucru, fenomenului de maltratare a copilului, astfel: „Maltratarea copilului se referă la rele tratamente fizice și emoționale, abuz sexual, neglijarea sau tratamentul neglijent al copiilor, precum și exploatarea comercială³ sau alte forme de exploatare.”

Același ghid identifică, într-un spectru foarte larg, posibili agresori ai copilului victimă în: părinți sau alți membri ai familiei; alți îngrijitori ai copilului; prieteni; cunoștințe; persoane străine copilului; alte persoane cu autoritate asupra copilului, cum ar fi: educatori, soldați, polițiști, preoți; funcționari; lucrători în domeniul sănătății; alți copii. Ghidul nuanțează înțelegerea fenomenului subliniind aspectul dinamic al acestuia determinat de vârsta copilului victimă, spațiul unde se petrece maltratarea și mai ales relația existentă între victimă și agresor. Cu cât există o apropiere emoțională mai mare între copilul victimă și agresor, cu atât confuzia și suferința copilului sunt mai intense.

Cifre și suferința din spatele lor: întrebări

Ghidul lansat în 2006 de către WHO și ISPCAN face referire la studii întreprinse peste tot în lume și care indică o prevalență de 25-50% a fenomenului de abuz fizic la copii, precum și 5-10% la băieți și aproximativ 20% în rândurile fetițelor, în cazul abuzului sexual.

Datele oficiale pentru incidența fenomenului în România, în iunie 2015 (preluate de pe site-ul ANPDC, www.copii.ro) arată o cotă ridicată de copii

³ Traficul cu copii

victime, de aproximativ 35%, la nivelul întregii populații de copii din țară. Calculul s-a făcut raportând cifrele oficiale referitoare la victimele abuzului și neglijării în perioada ianuarie – iunie 2015, la totalul populației de copii din România. Cu toate că este recomandabil să privim cifrele sub rezerva generată de caracteristica de fenomen iceberg, există numeroase aspect semnificative care se desprind din această statistică. Aflăm astfel că în mediul rural, în general, abuzul și neglijarea copilului sunt mai frecvente decât în mediul urban. Pe de altă parte, cifrele referitoare la abuzul fizic și cel sexual al copiilor în mediul rural depășesc cu mult cifrele referitoare la mediul urban. Surprinzător, nu și în cazul abuzului emoțional, unde mediul urban domină. Putem specula cu privire la diferențele între cele două medii, cu rol causal în producerea maltratării copilului. La prima vedere am putea vorbi despre nivelul mai scăzut de educație al populației în mediul rural, precum și despre prezența și varietatea diminuate ale serviciilor, dar și despre posibilitatea unei izolări mai mari a cazurilor, din punctul de vedere al accesului la comunicare, servicii, precum și din punct de vedere al rețelelor sociale care ar putea juca rol de tampon. Dacă cifrele privind abuzul și neglijarea sunt oarecum de așteptat, cele privind cele trei forme de exploatare, urmărite de statistica oficială sunt chestionabile. În general, cifrele necesită să fie comparate și înțelese în conexiunile lor.

Table 1: Incidența abuzului și a neglijării copilului în România, pe primele 6 luni ale anului 2015

Cazuri de abuz, neglijare, exploatare (cumulat de la 1 ianuarie 2015 – 30 iunie 2015)									
Cazuri de:	Total cazuri	Urban	Rural	Copii rămași în familie (cu servicii oferite)	Copii pentru care directorul DGASPC a dispus plasamentul în regim de urgență (servicii PIP)	Copii pentru care instanța a dispus plasamentul în regim de urgență, cu ordonanță președințială, iar DGASPC oferă servicii cf.PIP	Cazuri pentru care s-a inițiat urmărirea penală a agresorului	Cazuri în lucru	Cazuri închise
Abuz fizic	588	274	314	479	99	9	62	262	326
Abuz emoțional	806	430	376	730	76	0	5	437	369
Abuz sexual	270	85	185	238	28	0	123	139	131
Neglijare	4828	2053	2775	3195	1207	111	47	2363	2465
Exploatare prin muncă	127	82	45	107	20	0	6	45	82
Exploatare sexuală	19	14	5	18	1	0	14	14	5
Exploatare pentru comitere infracțiuni	98	44	54	94	4	0	4	41	57
Total	6736	2982	3754	4861	1435	120	261	3301	3435

Alte neclarități generate de statistica oficială ar fi: existând 289 de cazuri de abuz sexual al copilului, luând în considerare cifrele la totalul de cazuri de abuz sexual cumulate cu cazurile de exploatare sexuală, doar în 137 de cazuri (123+14) s-a inițiat urmărirea penală a agresorului, 153 de cazuri sunt în lucru, și 136 de cazuri (131+5) au fost închise. Privind cifrele din perspectiva profesionistului și a cercetătorului și înțelegând suferința copiilor cuprinși ca victime în aceste cifre, numeroase semne de întrebare se ridică privitor la strategia și eficiența sistemului de protecție a copilului de a preveni abuzul și neglijarea copilului.

În privința locului unde s-au produs situațiile de maltratare, aceeași sursă indică următoarele spații existențiale (vezi mai jos, Tabel 2) și în mod implicit, relațiile existente între victimă și agresor. Din nou, cifrele sunt tulburătoare. Apar 146 de victime ale abuzului sexual și exploatării sexuale în familie. Cu toate acestea, în Tabelul nr.1, vedem că 256 de victime (238+18) din totalul de 289 au rămas în familie. Ar mai fi de discutat cifrele referitoare la mediul rezidențial, precum și cele oglindind situația în mediul școlar. Doar 16 victime ale abuzului emoțional în școală pare o cifră prea puțin credibilă. Alte întrebări pot apărea comparând cazurile de „exploatare pentru comitere de infracțiuni” (98), dintre care 35 au avut loc în familie, iar sistemul oferă servicii, păstrând copilul în familie, în 94 de cazuri. Coroborarea datelor din Tabelul nr.1 cu cele din Tabelul nr.2, aduce în discuție numeroase întrebări privind capacitatea sistemului de a gestiona cu eficiență situația copiilor victime ale abuzului și neglijării, în România.

Tabel 2: Locul unde s-au produs situațiile de maltratare, în primele 6 luni ale anului 2015

Cazuri de:	Familie	AMP	Servicii rezidențiale	Unități învățământ	Alte instituții	Alte locații
Abuz fizic	497	8	41	17	4	21
Abuz emoțional	766	0	0	16	1	23
Abuz sexual	141	1	7	8	1	112
Neglijare	4720	0	19	4	14	71
Exploatare prin muncă	85	2	6	0	0	34
Exploatare sexuală	4	0	0	0	0	15
Exploatare pentru comitere infracțiuni	35	0	0	0	0	63
Total	6248	11	73	45	20	339

Cum să înțelegem consecințele și prevenirea abuzului și neglijării copiilor

Pentru a motiva și orienta corect strategia de prevenire a abuzului și neglijării copiilor avem nevoie de o bună înțelegere a consecințelor producerii acestui fenomen și deci, a victimizării copiilor. În figura de mai jos sunt sintetizate aspectele care necesită a fi luate în considerare. Pornind de la stresul toxic indus copilului de maltratare, mecanismele de adaptare fiziologică ale copilului vor fi intens solicitate și poate depășite de situație. Reglarea/controlul stresului este un mecanism vital care afectează: supraviețuirea, comportamentele de explorare, procesul de învățare, autonomie și eficiență în relaționarea cu ceilalți.

În situația de maltratare a copilului, sistemul de management al stresului, cu toate mecanismele lui neuro-endocrine, va fi puternic, prelungit și poate frecvent activat.

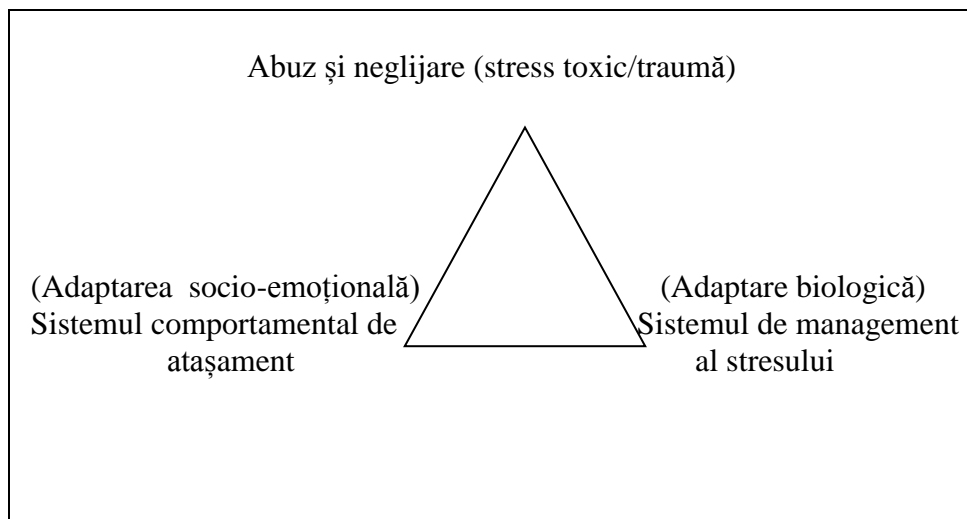


Figura 1. Efectele abuzului și ale neglijării copilului

Desigur, trăirile copilului sunt moderate de sprijinul de care beneficiază din partea celor aflați în jurul său. O persoană de încredere, prezentă în viața copilului, față de care a dezvoltat un atașament securizant (Bowlby, 1988) poate da copilului sentimentul că nu e singur și-l poate fortifica în confruntarea cu evenimentele cronice, incontroleabile, ale maltratării. În absența acestui sprijin socio-emoțional, studiile arată că stresul toxic generat de abuzul sever și cronic are un puternic impact neuro-endocrin, influențând arhitectura creierului și determinând „smaller brain⁴” (National Scientific Council on the Developing Child, 2008).

⁴ creier de dimensiuni mai reduse

Din punct de vedere al adaptării comportamentale, copilul expus maltratării va dezvolta tipare reactive la stres de: luptă, fugă sau înghețare⁵. Aceste tipare comportamentale intră în funcție în mod automat, de îndată ce copilul percepe un pericol, ceea ce, așa cum am spus deja, se poate întâmpla în situații total lipsite de pericolozitate. Experiențele de maltratare au creat pentru copil ochelarii prin care va vedea în permanență lumea ca pe un loc periculos și unde se va simți mereu în alertă. Dar acest mod de a trăi, din punct de vedere al adaptării biologice și socio-emoționale, va spori riscul de a dezvolta diverse boli fizice și mentale, inclusiv de a fi mai expus accidentelor de tot felul.

Sistemul de management al stresului la copil se dezvoltă, rămânând ca linie de bază în viață, direct determinat de capacitatea părinților de a recunoaște și răspunde la nevoile copilului. Relația cu părintele care devine figura de atașament are un rol determinant în producția hormonilor de stres, în primii ani de viață ai copilului. Eficiența răspunsului părinților contribuie la programarea sistemului hipotalamus-pituitar-adrenalinic (HPA) (producător de cortizon) și a sistemului autonom de reglare a stresului (bazat pe producția de adrenalina). Adrenalina și cortizonul sunt hormonii de stres generați ca răspuns la variate forme de stres. Rolul lor este de a ajuta organismul să facă față adversităților. Dezvoltarea sistemului autonom de reglare a stresului începe încă din perioada intrauterină și se modifică în raport cu experiențele copilului, mai ales cu cele din primii ani de viață. Dan Siegel (2003, p.9) afirmă: „Trauma during the early years may have lasting effects on developing brain structures responsible for such processes as the response to stress, the integration of information, and the encoding of memory.”⁶

Copiii abuzați și neglijați dezvoltă paternuri anormale de producere a hormonilor de stres, ceea ce poate rămâne pe viață, indiferent de intervențiile ulterioare. Este ușor de înțeles că activarea puternică, continuă a sistemului hormonal ca răspuns la stres, poate avea consecințe pe viață. Nivelul crescut de cortizon influențează/deteriorează hipocampusul și condiționează („on” sau „of”) manifestarea genelor. În plan comportamental vor apărea dificultăți de învățare, tulburări de memorie, răspunsuri inadecvate la stres. Diminuarea capacității de control/reglare a stresului se însoțește, așa cum arată studiile de specialitate, cu anxietate crescută și depresii, diverse tulburări comportamentale, agresivitate crescută asociată cu comportamente antisociale, ADHD, sindrom de stres post-traumatic (PTSD), dureri cronice precum și

⁵ Fight, Flight, Freeze

⁶ „Trauma din primii ani de viață poate avea efecte de lungă durată în dezvoltarea structurilor creierului responsabile pentru anumite procese cum ar fi răspunsul la stres, integrarea informației și încodarea ei, la nivelul memoriei.”

diverse boli psihosomatice. În interviul intitulat: „Today's Neurocience Tomorrow's History”, luat de Richard Thomas, în 2006, Michael Rutter spunea: „The risk factor for which there is the strongest evidence of a major effect, would be child abuse and neglect. I mean, that has a strong association with later anti-social behaviour plus associations with other forms of psychopathology_as well. It's not just anti-social behaviour.”⁷ În același interviu, Michael Rutter pleda pentru o atenție sporită a specialiștilor și a societății față de copiii victime ale maltratării: „This is a group that have a particularly high risk and this is one where you should place your main attention.”⁸

Importanța interacțiunilor și a relației cu părintele

Așa cum am mai spus, calitatea relației cu părintele, concretizată în interacțiunile cotidiene, este cea care influențează dezvoltarea sistemului de management al stresului, din punct de vedere fiziologic, și calitatea atașamentului, din punct de vedere comportamental. Abuzul și neglijarea severă pot genera răspunsuri exagerate la situații de stres, mergând chiar până la suprimarea acestor reacții. Apar comportamente de „curaj” exagerat adeseori pe un fundal de disociere. Din punct de vedere al dezvoltării socio-emoționale, suprimarea reacțiilor la stress se asociază frecvent cu atașamentul ambivalent și cel mai adesea cu cel dezorganizat/dezorientat. Dacă atașamentul securizant este dezvoltat de copil în interacțiunile cotidiene cu un părinte predictibil în reacții, cu o atitudine continuă, stabilă, de calm și iubire față de copil, poziționat într-un „dans” armonios, sincron cu copilul, atașamentul evitant (anxious) este rezultatul interacțiunilor cu un părinte incapabil să se sincronizeze cu copilul sau care are căderi de durată în sincronizare. Atașamentul ambivalent/rejetant al copilului dovedește că îngrijirea lui, și mai ales protecția au fost în mâinile unor părinți instabili în relația cu copilul, alternând comportamente de iubire și accepție a copilului cu comportamente de respingere brutală a acestuia. Fără nici o îndoială, în cazul copiilor cu atașament dezorientat/dezorganizat, aceștia au fost pe mâinile unor părinți abuzivi și care i-au neglijat, care nu și-au „văzut” copilul cu nevoile lui pentru o dezvoltare sănătoasă. Tiparele neuronale create în creierul copilului în interacțiunile cu părintele responsabil de îngrijirea și protecția lui, alcătuind modelul internalizat de funcționare a lumii, îi vor seta copilului așteptările în raporturile cu ceilalți, de-a lungul vieții, mai ales în raporturile cu persoanele

⁷ „Factorul de risc cu efect major, pentru care există cele mai puternice dovezi, este abuzul și neglijarea copilului. Vreau să spun că are o puternică asociere cu comportamentele antisociale de mai târziu, precum și cu alte forme de psihopatologie. Așadar nu vorbim doar de comportamente antisociale.”

⁸ Acesta este un grup expus unui risc deosebit de sporit și ar trebui să beneficieze de o atenție specială.

semnificative din viața sa. Deși există o plasticitate neuronală care va îngădui modificări ale acestor tipare, ca rezultat al experiențelor socio-emoționale ulterioare pozitive (o relație de cuplu sau un mariaj fericite), precum și a dezvoltării sistemului cognitiv care facilitează o înțelegere a experiențelor care au înspăimântat copilul, o desprindere a sensului celor trăite, modificările se petrec în jurul liniei de bază, create în relația cu părintele cu rol de figură de atașament. Mai mult încă, în situații extreme (catastrofe, accidente majore etc.) vechiul tipar de relaționare cu lumea, cel construit în raporturile cu figura de atașament, va reveni în funcție.

Un atașament insecurizant (evitant, rețentant sau dezorientat-dezorganizat) se asociază, așa cum am mai spus, cu probleme de sănătate mentală, abuz de substanțe, o parentalitate timpurie cu tot ce presupune aceasta, abandon școlar și necalificare profesională conducând la șomaj, viață pe stradă, fără adăpost, precum și comportamente criminale, acestea din urmă conturând fie un profil de victimă, fie unul de agresor al persoanei în cauză, care n-a avut în copilărie șansa de a beneficia de îngrijiri parentale de calitate. Consecințele acestei neșanse sunt uneori diagnosticate ca ADHD (Roskam și All, 2013) sau autism. În cazul diagnosticului de autism fals, generat de interacțiunile copilului cu părinți nesincronizați cu nevoile copilului sau cu părinți care-l sperie, simptomele sunt: un contact cu ochii deficitar; joc izolat și stereotip; sărăcire a abilităților de comunicare și relaționare socială; interpretare deficitară a limbajului; reglare/control emoțional deficitar; intoleranță la schimbare; dificultăți ale funcțiilor executive⁹.

Concluzii: Reziliență și Prevenire

Considerând că ne-am atins scopul inițial al prezentării, acela de a „reliefa impactul fenomenului social de abuz și neglijare a copilului asupra destinului individului și a bunăstării societății” vom concluziona subliniind nevoia de strategii naționale eficiente de prevenire a fenomenului. Este corect să menționăm, cel puțin în încheiere, un fenomen corectiv natural al consecințelor dramatice descrise mai sus, ale abuzului și neglijării copilului. Este vorba despre reziliența copilului, adeseori invocată fără o deplină înțelegere conceptuală. Reziliența reprezintă capacitatea de a face față evenimentelor dramatice purtătoare de stres toxic și de a-ți continua ulterior dezvoltarea sănătoasă (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000). Garmezy (1993), unul dintre primii cercetători ai fenomenului de reziliență la copii afirmă: „Există copii care în ciuda expunerii la multipli factori de risc, nu vor manifesta consecințele negative binecunoscute. Desigur, pe măsură ce factorii de risc se

⁹ Funcțiile executive sunt cele care fac integrarea și coordonarea mai multor funcții cognitive (memorie, atenție, inteligență), în confruntarea cu realitatea.

acumulează, probabilitatea unei ieșiri pozitive se reduce considerabil.” Michael Rutter (2007) în cercetările lui în domeniul rezilienței copiilor adoptați, găsește un procent de aproximativ 20-25% de copii, care în ciuda dificultăților trăite reușesc să profite de avantajele ivite și deci să se manifeste cu reziliență. Acest procent de copii rezilienți, variind între 18%-25% este găsit de numeroși alți cercetători. Așadar între 18-25% din copiii victime ale maltratării vor reuși să depășească cu bine experiența dureroasă. Întrebarea care se pune este de ordin moral și economic. Putem lăsa copiii expuși riscurilor induse de maltratare, gândindu-ne că 18-25% se vor descurca și vor avea o dezvoltare sănătoasă ulterior acestor experiențe? Întrebarea de ordin economic este: ce costuri acoperă individual, în destinul lui nefericit creionat de experiențele de maltratare, și ce costuri acoperă viitorul societății? Schițând un răspuns la aceste întrebări vom resimți presiunea puternică a nevoii de strategii congruente și eficiente de prevenire. Numeroase studii arată că o bună prevenire universală, prin educarea întregii populații, costă mai puțin decât serviciile de intervenție. Prevenirea riscurilor presupune identificarea riscurilor și a cazurilor de copii expuși riscurilor, semnalarea cazurilor către servicii de specialitate și abordarea integrată a acestor cazuri. Abordarea integrată se face din perspectiva profesioniștilor din serviciile de protecție socială, de sănătate, de educație, precum și din justiție. Toți acești profesioniști au nevoie de o înțelegere și un limbaj comun în abordarea riscurilor precum și în intervențiile cu cazurile de copii victime ale maltratării. Serviciile de sănătate din România, cu excepția unor medici de familie formați în domeniul prevenirii abuzului și a neglijării copilului, rămân încă prea puțin interesate de fenomenul maltratării copilului. Cunoștințele din domeniul teoriei atașamentului, a traumei și stresului chiar, le sunt adeseori străine deși, pe plan internațional, medicii pediatri¹⁰ au fost primii care au dezvăluit fenomenul maltratării copilului cu toate consecințele lui dramatice și au inițiat mișcarea de prevenire a abuzului și neglijării copilului. „Noticing the quality of parental attachment should be integral to pediatrics.”(Rees, 2011).

O întrebare ridicată la un curs de către un student ni se pare relevantă pentru concluziile acestei prezentări: cum poți lucra cu părinții abuzivi, violenți cu copilul, când ceea ce simți este dorința de a-i pedepsi, a-i face să simtă durerea pe care ei au provocat-o copiilor? Răspunsul meu a fost simplu; în părintele abuziv trebuie să vedem copilul victimă care a fost, la rândul său și pe care-l poartă în sine. Această întrebare este însă mult mai profundă și aduce în discuție calitatea serviciilor noastre. Desigur, eficiența intervențiilor

¹⁰ Medicul pediatru american Henry Kempe este cel care a adus pentru prima dată, în anii 1964, în atenția lumii medicale, abuzul și neglijarea copilului. Ulterior el a întemeiat International Society for Preventing of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) precum și revista de specialitate *Child Abuse and Neglect*

profesioniștilor se bazează în primul rând pe formarea lor adecvată, dar și pe o supervizare continuă, sensibilă, care să prevină epuizarea profesională a celor care lucrează în cel mai dificil câmp de intervenție: maltratarea copilului.

Prevenirea în cazurile de risc și mai ales intervențiile făcute cu scopul reabilitării victimei și implicit a prevenirii recăderii nu se pot face decât într-o viziune integrată, în care toate serviciile din domeniile menționate în paragraful anterior, la confluență cu întreaga comunitate, se simt implicate și responsabile pentru viitorul copiilor și a societății noastre. Prevenirea abuzului și a neglijării copiilor trebuie văzută ca o urgență națională.

Bibliografie

Aisworth, M.D.S. (1973). The development of infant-mother attachment. In B.M.Caldwell, H.N. Ricciuti (eds), *Review of Child Development Research*, University of Chicago Press, vol.3, pp.1-94.

Bok, D. (2010). *The Politics of Happiness. What Government Can learn from the New Research on Well-being*. Princeton University Press, Princeton, Oxford.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. Clinical application of attachment theory*. London Routledge,.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.

Cromheeke, S., Herpoel, L.-A., Mueller, S.C. (2014). Childhood Abuse Is Related to Working Memory Impairment for Positive Emotion in Female University Students. *Child Maltreatment*. Vol. 19(1) pp. 38-48.

Daro, D. (1999). Healthy Families America: Using research in going to scale. *Future of Children*. 9 (11), pp.152-176.

Eurostat (2013) Accesat în decembrie 2015 la <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/5162014/3-26022013-AP-EN.PDF/f3037078-2e64-47b6-ba81-514c699975c5>

Furniss, T.(2004). *Manual multiprofesional pentru abuzul sexual al copilului: Management integrat, terapie și intervenție legală*, Timișoara: Waldpress.

Garmezy, N. (1993). Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry*, vol.56, nr.1, pp.127-136

Killen, K. (1998). *Copilul maltratat*, Timișoara: Eurobit.

Luthar, S.S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*. Nr. 71(3), pp.543-562.

Markey, J. (1925). A Redefinition of Social Phenomena Giving a Basis for Comparative Sociology. *American Journal of Sociology*, vol.31, pp.733-743.

Masten, C.L., Guyer, A. E., Hodgdon, H.B., McClure, E.B., Charney, D.S., Ernst, M., Kaufman, J., Pine, D.S., Monk, C.S. (2008). Recognition of facial emotions among maltreated children with high rates of post-traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect* ; 32(1). pp. 139–153.

National Scientific Council on the Developing Child (2008). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the developing Brain*. www.developingchild.net

Rees, C. (2011). *Children's attachment*. Symposium Social Paediatrics.

Roskam, I., Stiévenart, M., Tessier, R., Muntean, A., Escobar, M.J., Santelices, M., Juffer, F., Van IJzendoorn, M., Pierrehumbert, B., (2013). Another way of thinking about ADHD: the predictive role of early attachment deprivation in adolescents' level of symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology : the international journal for research in social and genetic epidemiology and mental health services*. Vol. 49 no. 1 pp. 133-144.

Rutter, M. (2007). Commentary: Resilience, Competence and Coping. *Child Abuse and Neglect*, nr. 31., pp.205-209.

Siegel, D.(2003) *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain*, W.W. Norton.

Simon, A.V., Smith, E., Fava, N., Feiring, C. (2015). Positive and Negative Posttraumatic change Following Childhood Sexual Abuse Associated with Youths Adjustment. *Child maltreatment*, nr.20, pp.278-290

Sroufe, A., Coffino B., Carlson, E. (2010). Conceptualizing the role of early experience: Lessons from the Minnesota longitudinal study. *Developmental Review* 30, pp. 36–51

Today's Neuroscience, Tomorrow's History, Professor Sir Michael Rutter interviewed by Richard Thomas, Supported by the Wellcome Trust, Grant no: 080160/Z/06/Z to Dr Tilli Tansey, Wellcome Trust Centre, for the History of Medicine, UCL, and Professor Leslie Iversen, Department of Pharmacology, University of Oxford. Interview Transcript (2008).

WHO and ISPCAN (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*.

Winnicott, D. W. (1987) - *The Child, the Family and the outside World*, ed. Addison-Wesley.

Legea 18, din 28 septembrie 1990.

Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului.

https://ro.wikipedia.org/wiki/Sindromul_Stockholm (accesat in ianuarie 2016)

www.copii.ro (accesat in decembrie 2016)

http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_protectiei_copilului.php

OSTEONECROZE POSTTRAUMATICE – STUDIU CLINIC ȘI EXPERIMENTAL

Horațiu Petrescu
Gabriel Dinu
Ion Călin Răuția
Victor Silivestru
Venera Bucur
Marcel Berceanu-Văduva
Bogdan Nistor

Cuvinte cheie: *osteonecroză posttraumatică, fractură, femur, radiologie.*

Abstract: *Termenul de necroză îl acceptăm doar sub formă convențională de rutină, diagnosticul se stabilește pe baza unor radiografii standard pe care se evidențiază o opacifiere parțială sau totală a osului respectiv survenită în urma unui traumatism sau altei cauze.*

Deoarece radiografia nu permite decât diagnosticul de condensare sau artroză condensată și mai puțin acela de necroză considerăm că definiția reală a necrozei este: distrugerea unor țesuturi care nu mai au condiții de nutriție, oxigenare, indispensabile vieții, ceea ce în concepția strictă, nu poate fi depistat radiologic.

Clasificarea osteonecrozelor abundă în diverse variante, mai ales a celor de creștere, care după ultimele date din literatură sunt peste 47. Osteonecrozele pot fi clasificate în necroze spontane idiopatice, necroze profesionale, necroze traumatice, osteonecroze juvenile etc.

Din analiza leziunilor identificate în studiul clinic, am ajuns la concluzia că afectarea vasculară arterială și venoasă stau la baza osteonecrozei posttraumatice în majoritatea cazurilor.

Date generale privind osteonecrozele posttraumatice

Dificultățile de abordare a subiectului pe care ne-am propus să-l studiem pornesc de la înțelegerea însăși a termenului de necroză, care se complică dacă se încearcă să se pătrundă în mecanismele patogenice despre care se cunosc relativ puține date exacte și apare și mai pregnantă când ajungem a dezbate rezolvarea terapeutică a cazurilor.

De la început trebuie să reținem faptul că termenul de necroză îl acceptăm doar sub formă convențională de rutină, diagnosticul se stabilește pe baza unor radiografii standard pe care se evidențiază o opacifiere parțială sau totală a osului respectiv survenită în urma unui traumatism sau altei cauze.

Se pare că radiografia nu permite decât diagnosticul de condensare sau artroză condensată și mai puțin acela de necroză. Dacă este să ne referim la definiția leziunii din punct de vedere histopatologic, definiția reală a necrozei este: distrugerea unor țesuturi care nu mai au condiții de nutriție, oxigenare, indispensabile vieții, ceea ce în concepția strictă, nu poate fi depistat radiologic.

Ne găsim astfel în situația de a accepta ca posibilitate de încadrare în diagnosticul de necroză post-traumatică numai pe baza mijloacelor limitate curente clinice, radiologice, uzuale. Pornind de la aceste clarificări legate de nomenclatură, vom trece în revistă câteva definiții.

R. Trial arată că este cuprinsă de obicei sub denumirea de necroză osoasă necroza care interesează sistemul osteocitar și măduva osoasă. În necroza de origine vasculară cu interesarea brutală, sechestrul este format din os neremaniat, izolat între cartilajul articular pe de o parte și țesutul vasculo-conjunctiv pe de altă parte.

De Seze arată că semnătura histologică a osteonecrozei este o degenerescență a osteocitelor care dispar lăsând cavitățile osteocitare goale. Toate tipurile de fractură pot fi influențate de această complicație măbind durata incapacității la ani de zile sau ducând la invalidități permanente.

Este cert că începând de la König care descrie în 1888 prima oară patogenia osteocondritei disecante și până la De Seze, în serviciul căruia se abordează în ultimii 10 ani intense studii asupra acestor probleme, au apărut numeroase teorii etiopatogenice și clasificări, autorii trăgând concluzia că la baza osteonecrozelor post-traumatice stă interferența unor tulburări de circulație de diferite cauze: tromboza, boli ale tractului arterial, traumatisme vasculare, ateroscleroză. Clasificarea osteonecrozelor abundă în diverse variante, mai ales a celor de creștere, care după ultimele date din literatură sunt peste 47. Osteonecrozele pot fi clasificate în necroze spontane idiopatice, necroze profesionale, necroze traumatice, osteonecroze juvenile etc.

Anatomie patologică

În evoluția leziunilor anatomo-patologice se disting următoarele faze:

I. Faza fisurii histologice. Forma și structura epifizelor sunt normale. Porțiunea de os bolnav nu poate fi deosebită de porțiunea sănătoasă, nici anatomo-patologic, nici radiologic. Printr-o fisură a corticalei metafizare situată în apropierea epifizei pătrunde țesut conjunctiv subperiostal din afara osului în epifiză. Corticala osului poate fi ușor discontinuă la nivelul fisurii, iar cartilajul articular este distrus la acest nivel. Histologic se constată că în jurul fisurii spongioasa osului este atrofiată, necrozată. Trabeculele însă nu sunt decalcificate, este alterată numai măduva osoasă, osteocitele sunt distruse și dispar. Radiologic din această fază se constată integritatea conturului epifizar

și cel mult o leziune marginală pe locul unde a apărut fisurarea. Durata acestei faze este de câteva săptămâni.

II. Faza a II-a. Este caracterizată prin extinderea fisurii menționate și delimitarea unui fragment osos din calota condro-osoasă. Pe locul unde s-a delimitat fragmentul osos se produce o fisură urmată de fractură de compresiune. Acesta este primul sediu radiologic net. Epifiza articulară se deformează iar restul spongioasei devine neomogenă. Este mai densă acolo unde s-a produs întrepătrunderea și prezintă zonă de rarefiere.

III: Faza de resorbție. Este caracterizată prin înlocuirea spongioasei fragmentelor de corticală necrozată prin țesuturile conjunctive în sus și vasculare care au avut tot timpul să prolifereze de la spațiile medulare ale porțiunii vii a osului la nivelul fisurii și înspre spațiile cu măduvă necrotică și în teritoriul de fractură. Țesutul de granulație care se produce astfel modifică progresiv și osul sănătos și focarul necrotic. În osul sănătos trabeculele spongioase se modifică și se resorb, iar corticala se subțiază. Radiologic rezultă osteoporoză. Pe măsură ce țesutul de granulație pătrunde în epifiza necrotică, se constituie geode sau formațiuni chistice, unele complet transparente, altele prezentând sechestre încă neresorbite. În această etapă apar îngroșări periostale marginale. În etapele acestea calitățile mecanice ale osului sunt slăbite și dacă articulațiile sunt solicitate prin presiune se produc fracturi epifizare.

IV. Faza de refacere. Este caracterizată printr-un proces de reparație care se poate termina prin *restitutio ad integrum*. Încă de la sfârșitul fazei a III-a, paralel cu resorbția progresivă a țesutului osos necrozat de către țesutul de granulație care pleacă dinspre teritoriile vii ale osului spre zonele necrotice, din țesutul de granulație se diferențiază osteoblastele ce formează un țesut nou osos, care împreună cu porțiunea de os restantă și cu cartilajul nealterat, refac epifiza osoasă.

Osteoliza subcondrală și deformările cartilaginoase fac ca noul contur osos ce ia naștere să aibă un aspect deformat. În cazurile în care fragmentul osos necrotic este mare și nu poate fi invadat și refăcut de țesutul de granulație, se observă la marginea țesutului de granulație depuneri calcare care desemnează conturul focarului de necroză. Durata acestui stadiu poate fi lungă, de la câteva luni la câțiva ani.

V. Faza a V-a în care se constată semne de artroză cronică deformantă, care apare precoce (la vârstă tânără) dacă tratamentul nu a fost aplicat corect și la timp. Apariția artrozei deformante precoce este explicată nu numai prin deformări osoase epifizare, ci și prin suferința cartilajului articular.

Orice fractură poate fi complicată prin osteonecroză posttraumatică. În orice fractură mici fragmente de os sunt detașate și private de circulație. De fapt pe întreaga suprafață de fractură celulele osoase mor și spațiile osteocitice

rămân goale, rezultând un strat subțire de os necrozat, ischemiat. Acesta este înlocuit în mod obișnuit cu os viu printr-un proces normal de reparație.

În tratamentul pseudoartrozei unei fracturi, chiar grea înseamnă os necrozat ischemiat care este înlocuit progresiv prin os viabil. Uneori toată diafiza unui os lung poate să devină avasculară, necrozată și înlocuită treptat prin os de neoformație. Acest proces este mai spectaculos la copii. Pe scurt, pierderea completă a vascularizației unui fragment osos nu este un obstacol în calea consolidării, repararea poate fi întârziată sau nu va fi completă decât după ani de la traumatism, dar este posibilă. Dacă fragmentul lezat cuprinde și cartilajul articular, repararea va fi lentă și imperfectă. Înlocuirea cartilajului hialin prin țesut fibros este aproape întotdeauna ireversibilă. De obicei supuse la presiuni și la solicitări mecanice suprafețele articulare se retractă, se deformează, mișcările sunt limitate și treptat se instalează artroza deformantă. Ținând cont de toate aceste aspecte, este de dorit ca diagnosticul osteonecrozei posttraumatice să se facă cât mai precoce. Pe baza biopsiei din țesutul osos necrozat se poate estima gradul de extensie a acesteia și evoluția pacientului (Sen R.K., Tripathy S.K., Gill S.S., Verma N., Singh P., Radotra B.D., 2010).

Complicația devine din ce în ce mai rară, dar au fost raportate cazuri de osteonecroză posttraumatică cu diverse localizări (Nakanishi A., Yajima H., Kisanuki, O., 2014; Sonoda K., Yamamoto T., Motomura G., Nakashima Y., Yamaguchi R., Iwamoto Y., 2015; Blanke F., Loew S., Ferrat P., Valderrabano V., Ochsner P.E., Majewski M., 2014; Kapoor S., Pawar I., Kapoor S., 2013; Pugely A.J., Nemeth B.A., McCarthy J.J., Bennett D.L., Noonan K.J., 2012; Rajagopalan S., Lloyd J., Upadhyay V., Sangar A., Taylor H.P., 2011 , Fortina M., Carta S., Crainz E., Urgelli S., Del Vecchio E., Ferrata P., 2009).

Studiul clinic prezintă 40 de pacienți cu osteonecroze posttraumatice, majoritatea (17) la nivelul capului femural, 9 la nivelul osului semilunar, 5 la nivelul condilului femural intern, 3 afectând rotula, și câte 2 oasele scafid carpian, humerusul (cap humeral) și astragalul. Majoritatea osteonecrozelor posttraumatice au apărut la vârste între 18 și 70 de ani, mai frecvent la bărbați decât la femei, iar dintre cele mai frecvente, care au fost întâlnite la nivelul capului femural, majoritatea au fost asociate cu luxații traumatiche de șold asociate sau nu cu alte leziuni. Importantă în aceste leziuni și asociată cu scăderea frecvenței osteonecrozei posttraumatice este reducerea luxației traumatiche de șold în primele 6 ore de la traumatism. Concordanța dintre leziunile depistate radiologic și biopsie a fost de 100%. Din analiza leziunilor identificate, am ajuns la concluzia că afectarea vasculară arterială și venoasă stau la baza osteonecrozei posttraumatice în majoritatea cazurilor.

Bibliografie

- Sen R.K., Tripathy S.K., Gill S.S., Verma N., Singh P., Radotra B.D. (2010) Prediction of posttraumatic femoral head osteonecrosis by quantitative intraosseous aspirate and core biopsy analysis: a prospective study. *Acta Orthop Belg*, 76(4):486-92.
- Nakanishi A., Yajima H., Kisanuki, O. (2014) Post-traumatic osteonecrosis of the lunate after fracture of the distal radius. *J Plast Surg Hand Surg*, 48(6):434-6.
- Sonoda K., Yamamoto T., Motomura G., Nakashima Y., Yamaguchi R., Iwamoto Y. (2015) Outcome of transtrochanteric rotational osteotomy for posttraumatic osteonecrosis of the femoral head with a mean follow-up of 12.3 years. *Arch Orthop Trauma Surg*, 135(9):1257-63.
- Blanke F., Loew S., Ferrat P., Valderrabano V., Ochsner P.E., Majewski M. (2014) Osteonecrosis of distal tibia in open dislocation fractures of the ankle. *Injury* 45(10):1659-63.
- Kapoor S., Pawar I., Kapoor S. (2013) Posttraumatic osteonecrosis and nonunion of distal pole of scaphoid. *Indian J Orthop*, 47(4):425-8.
- Pugely A.J., Nemeth B.A., McCarthy J.J., Bennett D.L., Noonan K.J. (2012) Osteonecrosis of the distal tibia metaphysis after a Salter-Harris I injury: a case report. *J Orthop Trauma*, 26(2):e11-5.
- Rajagopalan S., Lloyd J., Upadhyay V., Sangar A., Taylor H.P. (2011) Osteonecrosis of the distal tibia after a pronation external rotation ankle fracture: literature review and management. *J Foot Ankle Surg*, 50(4):445-8.
- Fortina M., Carta S., Crainz E., Urgelli S., Del Vecchio E., Ferrata P. (2009) Management of displaced intracapsular femoral neck fracture in young adult: why complications are still so high? Case report of posttraumatic avascular necrosis in a 30-year-old man and a brief review. *J Trauma*, 67(5):E163-6.

QUALITY OF LIFE IN MILD COGNITIVE IMPAIRMENT

Delia Marina Podea

Raluca Ioana Palici

Introduction

The last century witnessed an unprecedented increase in the average human lifespan. The estimated total world population of older people was about 200 million in 1950 and is expected to rise to 1.9 billion by 2050 – nine-fold increase in 100 years (Sheehan, B., Karim, S., Burns, A., 2009). Currently, about 6% of the world's population comprises those aged 65 years or above (Sheehan, B., Karim, S., Burns, A., 2009).

The reasons for this explosion in the older population in the world in general, and in the developed world in particular are many, and are not just a result of increasing life expectancy. Other factors including the declining fertility rate, declining child mortality, education and economic development play a big part.

The ageing population of the world presents major challenges for society and for health services. Mental health issues are extremely important, as mental disorders, notably dementia and depression, are common in old age. Mental ill-health can profoundly affect the quality of life of elderly people and has a significant impact upon the use of health and social services.

Normal ageing

There is no satisfactory definition of the normal ageing process. It can be defined as a cumulative process of adverse changes in physiological, psychological and social functions that characterize average older people. Normal ageing as a social concept refers to an accepted range of variation in health, appearance, and performance of adults at different stages of their lives. However, it is always difficult to make a distinction between normal and pathological ageing.

According to *biological theories* (Sheehan, B., Karim, S., Burns, A., 2009), the ageing process can be divided into primary and secondary ageing.

Primary ageing refers to those declines in function that are genetically controlled and *secondary* ageing consists of random changes resulting from acquired disease and trauma. These theories suggest that if the hostile events related to secondary ageing could be prevented, life would be extended, but because of primary ageing decline and death are inevitable.

Psychological theories (Sheehan, B., Karim, S., Burns, A., 2009) of ageing can be divided into cognitive and personality theories.

The Cognitive theory is based on studies of cognitive changes associated with age. In general, adults with higher intelligence and education tend to show minimum decline in their performances with increasing age, while a significant decline is observed in adults with lower intelligence and education. Older adults in general tend to perform less well in new and novel situations.

The Personality theory: Most studies have reported relative stability of personality traits from adulthood into late life. When personality changes occur, they appear to be related to losses, particularly those involving health and social support systems. Some studies have reported sex differences in personality in older age, men tending to become more dependent and nurturing and women tending to become more individualistic and more aggressive as they become older (Sheehan, B., Karim, S., Burns, A., 2009).

The most frequent mental disorders in old age are: dementia, depression, anxiety disorder, drug abuse and psychosis.

Dementia

The prevalence of dementia increases with age. Most studies have shown a prevalence of 0.8% in the 65-70 year age group which increases exponentially to 28.5% in the 90+ age group. (Sheehan, B., Karim, S., Burns, A., 2009). Dementia has an enormous impact on persons with the disorder and on those around them. The quality of life of individuals with dementia is affected by their cognitive and functional impairments, as well as the behavioral and psychological symptoms that often occur.

Mild Cognitive Impairment (MCI)

MCI is an etiological heterogeneous condition characterized by cognitive decline greater than expected for an individual's age and education level, but that does not interfere notably with activities of daily life, subjects performing poorly on a variety of cognitive, functional and behavioral parameters, compared with normal person of the same age, but the cognitive decline is not enough severe to characterize dementia (Agronim E.M., 2004).

For diagnosis of mild cognitive impairment (International Psychogeriatrics, 2008) the Peterson criteria (2001) are used:

- memory complaint, preferably corroborated by informant,
- impairment is 1.5 standard deviations (SD) below peer norms,
- impaired memory function for age and education,
- preserved general cognitive function,
- intact activities of daily living,
- not demented.

Use of term MCI by clinicians is increasing, as they see more and more such patients in clinical settings as the populations ages and awareness of the treatability of some forms of dementia grows. According to an evidence-based medicine review, the American Academy of Neurology recommends that MCI is a useful clinical concept worthy of attention. This is because persons with MCI progress to dementia at a rate of 10% to 15% per year, which is in contrast to the normal elderly cohort that convert at 1% to 2% per year. (Agronim E.M., 2004) The transition is usually to Alzheimer's dementia, and less commonly to vascular dementia. In referral clinic populations, most patients with a diagnosis of mild cognitive impairment either persist with mild cognitive impairment or progress to dementia, and on autopsy such patients have characteristic neuropathological findings of Alzheimer's disease, including senile plaques (Belleville, S., Lepage, E., Bhre, L., Chertrkow, H. and Gauthier, S., 2002).

Etiology of MCI

The cognitive decline etiology includes (1) genetic factors and (2) environmental factors (viral infections, food, smoking, stress).

Fat diet increases the risk of disease. Depression is secondary to stress, and untreated depression is a major risk factor for cognitive impairment and for dementia (Agronim E.M., 2004). Another risk factors for mild cognitive impairment are: cardiovascular disease, abnormal blood pressure, too high or too low, metabolic disorders, low levels of physical, social and mental activity, fewer years of education. People who have higher levels of social, mental and physical activity seem to have less risk of MCI and dementia.

Symptomatology of MCI

The patient with MCI complains of difficulty with memory. Typically, the complaints include trouble remembering the names of people they met recently, trouble remembering the flow of a conversation, and an increased tendency to misplace things, or similar problems. In many cases, the individual will be quite aware of these difficulties and will compensate with increased reliance on notes and calendars. Most importantly, the diagnosis of MCI relies on the fact that the individual is able to perform all their usual activities successfully, without more assistance from others than they previously needed.

Prevention of MCI

The *primary* prevention of MCI involves the prevention of the appearance of the disease by measures applied to the individual and the environment. (Weiner, M.F., Lipton, A.M., 2009) The treatment of risk factors includes the treatment of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, hypothyroidism,

depression, sleep disorders and other psychiatric disorders that may adversely affect cognitive status.

Alcohol in moderation may slow the appearance of cognitive deterioration and dementia progression in people who already have cognitive impairment. In addition to the specific treatment of related diseases mentioned above, MCI's primary prevention includes physical activities and Mediterranean diet. Other non-pharmacological factors which may have detrimental effects on memory and should be taken into account are: stress factors, less sleep medication (anticholinergic and sedative).

Secondary prevention lies in identifying and treating asymptomatic or pre-symptomatic persons having a risk factor of developing the disease; if MCI is suspected, secondary prevention can be achieved by use of anti-aging treatment, such as: omega-3 acids, natural products or herbal remedies (vinpocetinum, Rhodiola Rosea, ginkgo-biloba), nootropics (piracetam), antioxidants (vitamin E,C, A, alpha-lipoic acid, Coenzyme Q10).

An alternative method consists in the administration of extracts of Rhodiola Rosea strain containing bioactive alkaloids, polyphenols and phenylpropanoids. The effects on the brain function are: cognitive stimulation, memory improvement, learning improvement and improvement of abstraction capacity (Tassman A., Kay J., Lieberman J.A.). The effects of Rhodiola Rosea are augmented in combination with Piracetam or Ginseng.

Cholinesterase inhibitors are typically used to treat early and mild stages of dementia. Treatment of Alzheimer's dementia could be extrapolated and used for the treatment of slight cognitive deficit. Cholinesterase inhibitors are donepezil (Aricept R), rivastigmine (Exelon R), galantamine (Reminyl R) and tacrine (Cognex).

Tertiary prophylaxis prevents association factors that lead to disease, preventing complications from occurring.

Treatment of MCI

Presently, there is no specific treatment for mild cognitive impairment, the treatment for Alzheimer's disease could be extrapolated and used for patients diagnosed with mild cognitive impairment. The adequate treatment for mild cognitive impairment includes non-pharmacological and pharmacological treatment.

Non-pharmacological treatment

Physical activity: Regular physical activity seems to improve the memory loss for persons over 50 years with cognitive impairment, according to a study done in Australia, publicized in Journal of the American Medical Association in 2008. Lautenschlager N.T., Cox K.L., Flicker L., Foster J.K., van Bockxmeer F.M., Xiao J., Greenop K.R., Almeida O.P., 2008)

Diet: Recent research has shown that diet plays a major role in preventing cognitive impairment and reducing the risk of MCI conversion to AD. Mediterranean diet is currently considered the most healthful diet because of high intake of fruits and vegetables (Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., Manly, J.J., Schupf, N., Luchsinger, J.A., 2009). Mediterranean diet contains large amounts of beta-carotene, vitamin C, tocopherols, tocotrienols (vitamin E), polyphenols and essential minerals such as selenium, magnesium, zinc, iron, calcium and iodine.

Cognitive intervention: The goal is to slow cognitive stimulation rate of cognitive decline using functional approaches in order to strengthen cognitive function. (*International Psychogeriatrics*, 2008) In art therapy it is possible to express ideas and feelings that cannot be converted in words and this is important for people with language impairment.

Art therapy: Art therapy has been used initially in Germany in the rehabilitation program of patients diagnosed with early dementia (Moniz-Cook E., Manthorpe J., 2009). Art therapy is a nonverbal form of therapy that uses visual imagination. In art therapy it is possible to express ideas and feelings that cannot be converted in words. This is important for people with language impairment.

Pharmacological treatment

Several classes of drugs have been studied for the prevention of progression to dementia, these includes: antioxidants, nootropics (piracetamum), anti-inflammatory agents (rofecoxib), hormones (estrogens), other drugs which modify brain chemical levels and cholinesterase inhibitors (donepezil, rivastigmine and galantamine).

Antioxidants: Antioxidants (vitamin E, C, A, alpha-lipoic acid, Coenzyme Q10) are substances which may protect brain cells from oxidative stress (Spar J.E., La Rue, 2006).

At least one randomized, placebo-controlled, double-blind, multi-center trial indicates that vitamin E may delay the progression of moderate-to-severe AD 9 (Erensto C., Thomas R.G. et al., 1997), but, the research is still underway to determine its efficacy in MCI. The combined supplementation of vitamin E (400UI/day or more) and vitamin C (at least 500mg/day of ascorbic acid) but not either vitamin alone reduces significantly the incidence and prevalence of dementia. The administration of vitamin E in combination with selegiline delays the institutionalization and the progression of dementia. There are clinical trials looking at vitamin E plus selegiline (a mono-amine-oxidase inhibitor) as a treatment for dementia and for preventing progression of cognitive impairment (Agronim E.M., 2004).

Coenzyme Q10, or ubiquinone, is an antioxidant that occurs naturally in the body and is needed for normal cell metabolism. One of the apparent

benefits that are thought to come from coenzyme Q10 is prevention of cellular damage caused by free radicals.

Selezin ACE represents a unique and balanced combination of minerals – selenium and zinc – enriched by vitamins A, C and E. All contained vitamins and minerals have antioxidant effects, which protect the human body against the negative influence of free radicals.

Ginkgo biloba: Ginkgo biloba has been used medicinally for thousands of years. Ginkgo has been used even as treatment and as dietary supplement in Europe and in Asia. Ginkgo is used for the treatment of numerous conditions, many of which are under scientific investigation (Birks J., Grimley Evans J. (2007).

Ginkgo biloba has antioxidant properties and inhibits the formation of β -amyloid protein with a role in forming amyloid plaques in patients with dementia. Administered in a dose of 40 mg three times a day, ginkgo improves the cerebral flow (Birks J., Grimley Evans J. (2007).

Rhodiola Rosea: Herbal alternative treatment for mild cognitive impairment, this plant grows in the mountains of Eastern Europe, Siberia and the Far East at 3000 meters altitude. Its beneficial effects on the body have been mentioned 1,200 years ago in the writings of Tibetans. Reports in the alternative medicine literature indicate that its extract (bioactive alkaloids, polyphenols and phenylpropanoids including tyrosol, rosavin, rosin and rosarin) have effects on brain function. The extracts of the roots of this plant have been found to favorably affect a number of physiological functions including neurotransmitter levels, central nervous system activity, and cardiovascular function. It is being used to decrease depression, enhance work performance, enhance learning and memory, increase accuracy in mental performance for prolonged periods of time, eliminate fatigue and prevent high-altitude sickness. (Moniz-Cook E., Manthorpe J., 2009)

Nootropics: Nootropics are drugs that boost brain activity and memory and enhance the brain function. *Piracetam* is the most used nootropic, increases performance in a variety of cognitive tasks, appears to be effective in dementia and mild cognitive impairment. The dose of piracetam used for cognitive decline is 1600mg/day and the side effects are few, transient and mild.

Anti-inflammatory agents: Anti-inflammatory agents have a role in reducing inflammation in the brain and in reducing the risk for cognitive deterioration. Researchers and clinicians have shown that individuals who consumed NSAIDs have a reduced risk of dementia. Taking non-steroidal anti-inflammatory drugs (*ibuprofen*) over two years decreased the risk of Alzheimer's dementia. Other studies have demonstrated the effectiveness of *aspirin* and *acetaminophen*. *Celebrex* and *rofecoxib* (cyclo-oxygenase 2

inhibitor) had comparable effects with ibuprofen administration (Spar J.E., La Rue, A., 2006).

Statins: Epidemiological and experimental *in vitro* and *in vivo* studies have indicated a link between cholesterol metabolism and the development of AD (Galbete J.L., Martin T.R., Peressini E. et al., 2000). It is assumed that there is an influence of cholesterol on the formation and accumulation of amyloid-beta. In a 26-week randomized, controlled, double-blind trial, 80 mg *simvastatin* was administered to 44 patients with normal cholesterol levels and 40 patients with AD. A significant reduction in CSF A β that correlated with a slower progression of clinical symptoms was observed (Simons M., Schwärzler F., Lütjohann D., Von Bergmann K. et al., 2002).

Platelet Aggregation Inhibitors (Triflusal): The effect of the platelet aggregation inhibitor *triflusal* on cognitive parameters and conversion to dementia has been studied in patients with amnesic mild cognitive impairment. The analysis of the data showed a significant reduction in the rate of conversion to dementia. In addition to the antiplatelet effect, triflusal has an anti-inflammatory effect, which may explain a potential secondary preventive effect. (Gómez-Isla T., Blesa R., Boada M., Clarimón J. et al., 2008)

Hormonal treatment in MCI: Replacing the *estrogen* lost at menopause can prevent many of the manifestations of aging including osteoporosis, cardiovascular disease and decline in cognitive functions. Hormone replacing therapy after menopause has benefits for menopausal symptoms, for cognitive function – neuro-protective inhibition of neuronal apoptosis and modulation of Apo-lipoprotein gene expression (Agronim E.M., 2004).

Drugs that alter brain chemical levels: Medications more commonly used to reduce the symptoms of Parkinson's disease may help normalize the effects of mild cognitive impairment

Control of cardiovascular risk factors: Arterial hypertension is a risk actor for mild cognitive impairment. Multiple mechanisms have been proposed to explain the correlation between arterial hypertension and MCI. Arterial hypertension is a risk factor for cerebrovascular diseases, and these are risk factors for MCI.

Cholinesterase inhibitors: Cholinesterase inhibitors are typically used to treat the early and middle stages of dementia. Alzheimer disease treatment can be extrapolated and used for mild cognitive impairment. This is because the deterioration in the production of acetylcholine accelerates over time, as more and more brain cells become damaged. These include donepezil (AriceptR), rivastigmine (ExelonR), galantamine (ReminylR), and tacrine (CognexR).

Cholinesterase inhibitors are used for long term treatment. Cholinesterase inhibitors improve or at least retard the rate of loss of cognition, the drugs can improve a person's quality of life.

Tacrine considered a first generation of cholinesterase inhibitor, used for cognitive decline in 1980 is no longer used due to hepatotoxic effects.

Currently there are three FDA-approved choline-mimetics: donepezil, rivastigmine and galantamine (Rogers S.L., Farlow M.R., Doody R.S., Mohs R., Friedhoff L.T., 1998; Rosler M., Anand R., Cicin-Sain A. *et al.*, 1999; Wilcock G.K., Lilienfeld S., Gaens E., 2000). These medications are not curative but they have been shown to minimize morbidity in AD by improving cognitive functions such as memory, language and praxis. Recent evidence also suggests that such medications are effective in managing neuropsychiatric and behavioral symptoms in AD patients (Agronim E.M., 2004).

Donepezil, the second cholinesterase inhibitor, is approved for treating mild dementia. The maximum daily dose of donepezil is normally 5–10 mg. This dose is taken just once a day, either in the morning or in the evening. It is well tolerated, the adverse events observed after administration includes nausea, vomiting, headache, insomnia and dizziness.

Rivastigmine is a reversible acetyl-cholinesterase and butyryl-cholinesterase inhibitor and was found to be superior to placebo in clinical trials. The maximum daily dose of Rivastigmine is 6–12 mg. The drug is taken twice a day with meals (typically breakfast and dinner).

Galantamine has a dual mechanism of action, a cholinesterase inhibitor and has additional properties at nicotinic receptors, increasing cholinergic activity by activating presynaptic nicotinic receptors. The maximum daily dose of galantamine is 16–24 mg, and it is also taken twice a day with meals. The side effects are usually gastrointestinal related, like nausea, vomiting, diarrhea.

Other substances: In addition to the above-mentioned drugs a number of other substances have been investigated in terms of their effectiveness and benefits for persons with MCI. These include intranasal *insulin*, *melatonin* and *nicotine patches*. However, only studies of small sample size and short duration exist. Based on these data, a recommendation for the use of these substances for the treatment of MCI cannot be given (Karakaya T., Fusser F., Schroder J. et al., 2013).

A few substances are currently in phase II trials: *ladostigil*, a dual acetylcholine-butyryl-cholinesterase and brain selective monoamine oxidase (MAO)-A and -B inhibitor Other drugs under investigation for MCI include *levetiracetam*, *atomoxetine*, *pioglitazone*, *insulin*, *human growth hormones* and *immunoglobulins* (Karakaya T., Fusser F., Schroder J. et al., 2013).

Conclusions

Taking into account the fact that the mild cognitive impairment is considered as a prodromal phase of dementia (Dubois B., Feldman H.H., Jacova C. et al., 2010), it is important to identify it early and to start the primary prevention.

The primary prevention refers to the specific treatment of cognitive features and to changes of the lifestyle. The clinicians should advise the patients to try to maintain a healthy lifestyle. The compliance and the lifestyle can stop the progression of the disease.

Early detection and the treatment of mild cognitive impairment can maintain the elderly at a maximum level of functionality as much as possible.

It is therefore important to improve quality of life of the elderly, so that they maintain health and functionality as long as possible, to prevent their admission to hospitals or homes-hospitals.

References

- Agronin E.M. (2004) *Alzheimer Disease and other dementias*, Second Edition. Lippincott Williams&Wilkins.
- Belleville, S., Lepage, E., Bhery, L., Chertkow, H. and Gauthier, S. (2002) *Measures of executive functions and working memory in older persons with mild cognitive impairment*. Paper presented at the ninth Cognitive Aging Conference, Atlanta, GA, USA.
- Birks J., Grimley Evans J. (2007) Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 18;(2):CD003120.
- Dubois B., Feldman H.H., Jacova C. et al. (2010) Revising the definition of Alzheimer disease: a new lexicon, *Lancet Neurol*. 9(11):1118-1127.
- Erensto C., Thomas R.G. et al. (1997) A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *N Engl J Med*. 336: 1216-1222.
- Galbete J.L., Martin T.R., Peressini E. et al. (2000) Cholesterol decreases secretion of the secreted form of amyloid precursor protein by interfering with glycosylation in the protein secretory pathway. *Biochem. J*. 348:307-313.
- Gómez-Isla T., Blesa R., Boada M., Clarimón J. et al. (2008) A randomized, double-blind, placebo controlled-trial of triflusal in mild cognitive impairment: the TRIMICI study. *Alzheimer Dis. Assoc. Disord*. 22:21-19.
- International Psychogeriatrics* (2008) Special Issue – focus on Mild Cognitive Impairment, Cambridge University Press. 20:1.
- Karakaya T., Fusser F., Schroder J. et al. (2013) Pharmacological treatment of mild cognitive impairment as a prodromal syndrome of Alzheimer disease, *Current Neuropharmacology*. 11(1): 102-108.
- Lautenschlager N.T., Cox K.L., Flicker L., Foster J.K., van Bockxmeer F.M., Xiao J., Greenop K.R., Almeida O.P. (2008) Effect of physical activity on

cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomised trial, *JAMA*, 3;300(9): 1027-1037.

Moniz-Cook E., Manthorpe J. (2009) *Early Psychosocial Intervention in Dementia, Evidence-Based Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Rogers S.L., Farlow M.R., Doody R.S., Mohs R., Friedhoff L.T. (1998) A 24-week, double blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Donepezil Study Group. *Neurology*. 50:136-145.

Rosler M., Anand R., Cicin-Sain A. *et al.* (1999) Efficacy and safety of rivastigmine in patients with Alzheimer's disease: international randomised controlled trial. *BMJ*. 318: 633-638.

Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., Manly, J.J., Schupf, N., Luchsinger, J.A. (2009) Mediterranean Diet and Mild Cognitive Impairment, *Arch Neurol*. 66(2):216-225.

Sheehan, B., Karim, S., Burns, A. (2009) *Old age psychiatry*. (Oxford Specialist Handbooks in Psychiatry) London: Oxford University Press.

Simons M., Schwärzler F., Lütjohann D., Von Bergmann K. *et al.* (2002) Treatment with simvastatin in normocholesterolemic patients with Alzheimer's disease: A 26-week randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *Ann. Neurol*.52:346–350.

Spar J.E., La Rue A. (2006) *Clinical Manual of Geriatric Psychiatry*, American Psychiatric Publishing Inc..

Tassman A., Kay J., Lieberman J.A. *Psychiatry*, Second Edition, Cambridge treatments, Wiley.

Weiner, M.F., Lipton, A.M. (2009) *Textbook of Alzheimer Disease and Other Dementias*. The American Psychiatric Publishing.

Wilcock G.K., Lilienfeld S., Gaens E. (2000) Efficacy and safety of galantamine in patients with mild to moderate Alzheimer's disease: multicenter randomised controlled trial. Galantamine International-1 Study Group. *BMJ*. 321:1445-1449.

EVOLUȚIA NEOPLASMELOR MALIGNNE, ÎN JUD. TIMIȘ, PE SEXE ȘI MEDII DE PROVENIENȚĂ, ÎN PERIOADA 2011-2014

Ioan Sas

Kalliope Silberberg

Cuvinte cheie: neoplasme maligne, evoluție, morbiditate.

Abstract: Cu valori ale prevalenței de peste 2 500 la 100 000 locuitori, neoplasmelor ocupă locul 4 după: bolile cardiovasculare, diabetul zaharat și afecțiunile psihice, în județul Timiș, în anul 2014. Primele 6 localizări, ale neoplasmelor rămase în evidență sunt, în ordine descrescătoare: cancerul de sân, colorectal, col uterin, piele, bronhopulmonar și prostată (la ambele sexe) în 2014. În perioada 2011 – 2014, pe primul loc la femei se situează cancerul de sân, urmat de cancerul de col uterin. La bărbați, în 2011, pe primul loc s-a situat de departe cancerul bronhopulmonar, urmat de cel colorectal. Începând cu anul 2012 această localizare a început să scadă, astfel încât, în anul 2013, avem pe primul loc, la bărbați cancerul colorectal și doar pe locul 2 cel bronhopulmonar. Cu toate acestea cancerul bronhopulmonar are cea mai mare incidență în 2014 (cazuri noi depistate la total populație). Din nefericire, cazurile rămase în evidență sunt aproximativ egale cu cele depistate, ceea ce ne arată că avem o durată de supraviețuire scăzută, sau depistare în stadiu avansat de boală. Pe medii și sexe, cancerul are valori mai crescute în mediul urban și la sexul masculin.

Introducere:

„Cancerul este un termen generic folosit pentru un grup larg de afecțiuni ce pot afecta oricare parte a corpului. Alți termeni folosiți sunt: tumori maligne și neoplasme” (O.M.S).

„Cancerul poate fi definit ca o masă anormală de țesut a cărei creștere se produce în exces față de normal, este necontrolată și neconcordantă cu cea a țesuturilor normale și continuă în același mod progresiv după încetarea stimulului care a determinat-o.” (Willis, 1951)

Toate formele de cancer au o caracteristică comună – tulburarea controlului normal asupra diviziunii, creșterii și diferențierii celulare. Manifestările clinice inițiale sunt extrem de heterogene, totuși, sunt recunoscute peste 70 de tipuri de cancer, ce apar practic în orice organ sau țesut al organismului. Ele pot fi total asimptomatice până târziu în evoluția bolii. În general, simptomele legate de creșterea celulară neoplazică fac parte din una din următoarele trei categorii: (1) local – durere sau o formațiune tumorală ce poate fi dureroasă sau nedureroasă, într-o zonă de expansiune celulară, (2) regional – disfuncția organului de origine sau a organelor adiacente ori situate la distanță, legată de creșterea locală sau metastazarea

tumorii și (3) sistemic – efecte la distanță determinate de producția de hormoni sau citokine de către tumora sau de reacția gazdei la tumoră (Harrison, 18).

Rezultate: Am realizat un studiu descriptiv privind evoluția neoplasmelor maligne, în județul Timiș, în perioada 2011 – 2014. Datele au fost furnizate de către Serviciul de Statistică al Direcției de Sănătate Publică Timiș și de către Direcția Regională de Statistică Timiș.

Tumorile maligne, în județul Timiș, în anul 2014, au ocupat locul 4, cu o valoare de 292,34 ‰ loc., în dispensarizarea prin cabinetul medicului de familie, după bolile cardiovasculare, diabetul zaharat și bolile psihice și tulburările mental comportamentale, majoritatea cazurilor depistate fiind dispensarizate prin serviciile de specialitate. Bolile cardiovasculare au depășit 10000 la 100000 locuitori (13393,5) iar diabetul zaharat a depășit valoarea de 5000 la 100000 locuitori. Tulburările mentale și bolile psihice au crescut îngrijorător de mult în ultimii ani, ocupând cu o valoare de 3796,99‰ loc., locul 3, în anul 2014.

În ceea ce îi privește pe bolnavii spitalizați, neoplasmelor ocupă locul 3 în 2014, după afecțiunile cardiovasculare și cele respiratorii, având valoarea de 1727,64 ‰ loc.

Bolnavii cu neoplasm, rămași în evidență, din mediul urban, în 2014, ocupă primul loc, cu o valoare de 2737,65‰ loc.. Acest lucru ne arată, că per ansamblu, rata de supraviețuire a crescut și în cazul neoplasmelor și că populația din mediul urban este mai expusă la dezvoltarea neoplasmelor, spre deosebire de populația din mediul rural (vezi tab. 1).

Dacă analizăm evoluția incidenței neoplasmelor, în județul Timiș, în perioada 2011 – 2014, observăm că valorile cele mai crescute s-au înregistrat în anul 2012, la toate categoriile (pe total, pe sexe și pe medii) și valorile cele mai mici în 2013 și 2014 (vezi tab. 2).

Tabel 1. Morbiditatea bolnavilor prin neoplasme, pe medii, în 2014 - 2013, în jud. Timiș, raportată la 100000 loc.

	2013		2014	
	cazuri noi	în evidență	cazuri noi	în evidență
Total	308,24	2459,70	312,49	2378,46
Urban	320,50	2660,40	318,47	2737,65
Rural	288,39	2134,42	302,92	1803,48

Tabel 2. Evoluția incidenței neoplasmelor în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

	2011	2012	2013	2014
Total	665,36	795,27	308,24	312,49
Urban	692,79	838,67	320,50	318,47
Rural	621,00	725,01	288,39	302,92
Femei	640,87	767,00	261,61	283,04
Masc.	691,73	825,69	358,41	344,16

Analizând evoluția cancerului de col uterin, în perioada 2011 – 2014, cele mai ridicate valori au fost în anii 2011 (82,97‰ femei) și 2012 (72,84‰ femei), și cele mai scăzute au fost în 2014 (30,81‰ femei). Per ansamblu,

cele mai mici valori au fost la populația din mediul rural în anul 2014 (15,13‰ loc.) (vezi tab. 3).

Dacă analizăm cum a evoluat incidența neoplasmului malign de piele, în perioada 2011 – 2014, în județul Timiș, cele mai mari valori au fost în anul 2011, la populația masculină (48,00‰ bărbați) și valoarea cea mai scăzută în anul 2013, la populația din mediul rural (9,61‰ loc.). În anii 2013 și 2014, valorile cancerului de piele au fost considerabil mai mici decât în anii 2011 și 2012 (vezi tab. 4).

Tabel 3 Evoluția incidenței neoplasmului de col uterin în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

Mediul	2011	2012	2013	2014
Total	43,01	37,76	18,75	15,96
Urban	44,51	32,59	18,23	16,48
Rural	40,58	46,12	19,58	15,13
Femei	82,97	72,84	36,17	30,81
Masc.	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabel 4. Evoluția incidenței neoplasmului de piele în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

Mediul	2011	2012	2013	2014
Total	45,21	39,73	13,72	15,29
Urban	46,64	40,57	16,26	15,60
Rural	42,88	38,37	9,61	14,78
Femei	42,61	41,31	11,80	15,67
Masc.	48,00	38,02	15,79	14,88

Cu valori ale incidenței de 188,90‰ femei, în anul 2012, cancerul de sân ocupă primul loc, în localizarea cancerelor la femei și în acest caz cele mai crescute incidențe au fost în 2011 și 2012, în 2014 valorile au scăzut considerabil (57,97‰ femei)(vezi tab. 5).

Dacă ne uităm la valorile incidenței cancerului bronhopulmonar, acesta ocupă prima localizare la bărbați, cele mai mari valori înregistrându-se tot în anul 2012 (188,65‰ bărbați), în 2013 și 2014 valorile au scăzut mult. Valorile incidenței acestui tip de cancer, la femei, sunt substanțial mai mici față de același tip de cancer la bărbați (vezi tab. 6).

Tabel 5. Evoluția incidenței neoplasmului de sân în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

Mediu	2011	2012	2013	2014
Total	93,05	104,67	29,62	30,57
Urban	105,36	121,70	36,90	34,51
Rural	73,13	77,11	17,80	24,28
Femei	163,11	188,90	56,36	57,97
Masc.	17,62	14,04	0,85	1,12

Tabel 6. Evoluția incidenței neoplasmului bronhopulmonar în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

Mediu	2011	2012	2013	2014
Total	85,14	114,54	25,81	51,81
Urban	80,74	109,62	7,25	47,47
Rural	92,27	122,49	55,90	58,76
Femei	32,73	45,66	17,04	22,72
Masc.	141,57	188,65	35,25	83,09

Dacă analizăm evoluția incidenței neoplasmului malign colorectal, vedem că cele mai crescute valori s-au înregistrat la femei, în 2011 și 2012, peste 60‰ femei, iar în 2013 și 2014, la bărbați, peste 40‰ bărbați, la femei scăzând considerabil, 33,69‰ femei, în 2014 (vezi tab. 7).

Și valorile incidenței cancerului de prostată au scăzut în perioada 2013 și 2014, dar scăderea nu a depășit 10%. Valoarea cea mai crescută a fost în 2012 (42,12‰ bărbați)(vezi tab. 8).

Tabel 7. Evoluția incidenței neoplasmului colorectal în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

Mediul	2011	2012	2013	2014
Total	61,15	52,13	42,39	42,07
Urban	65,82	40,34	43,71	47,25
Rural	53,60	71,21	40,23	33,78
Femei	63,49	66,69	40,89	33,69
Masc.	58,98	38,59	43,78	49,87

Tabel 8. Evoluția incidenței neoplasmului de prostată în jud. Timiș, în perioada 2011 - 2014, la 100000 loc.

Mediul	2011	2012	2013	2014
Total	18,43	20,29	15,62	15,83
Urban	18,47	19,83	18,01	16,48
Rural	18,38	21,03	11,75	14,78
Femei	0,00	0,00	0,00	0,00
Masc.	38,28	42,12	32,43	32,84

În ceea ce privește ierarhizarea localizărilor, în anul 2014, primele 3 locuri au fost ocupate de: cancerul de sân, colorectal și de col uterin, atât la total cât și pe medii de proveniență: urban sau rural (vezi tab. 9).

Dacă urmărim evoluția neoplasmelor la femeii primele 2 locuri le ocupă, de departe cancerul de sân și cancerul de col uterin, urmat la distanță de cancerul colorectal (vezi tab10).

Tab. 9. Morbiditatea bolnavilor de cancer, primele 6 localizări, pe medii, în 2014, în jud. Timiș, raportată la 100000 loc.

	T	U	R
sân	166,12	151,65	189,28
colorectal	121,07	106,38	144,60
col uterin	119,04	110,77	132,29
piele	87,80	89,67	84,79
bronhopulm.	53,30	51,87	55,59
prostată	53,16	55,61	49,26

Tab. 10 Morbiditatea prin cancere, la femeii, în 2014 - 2013, în jud. Timiș, primele 6 cauze, raportată la 100000 loc.

	2014	2013
sân	320,64	299,09
col uterin	229,77	217,57
colo rectal	97,13	88,08
piele	82,51	72,35
vezica urinară	30,29	28,05
bronhopulmonar	24,54	23,59

Discuții:

La nivel național, numărul bolnavilor cu neoplasm ieșiți din spital a fost: în 2011 – 415000, în 2012 – 405000 și în 2013 – 420000. La nivelul medicului de familie au fost declarați cu această boală: în 2011 – 68000 pacienți, în 2012 – 75000 pacienți și în 2013 – 84000 pacienți (*Anuarul Statistic al României 2014*).

La nivelul țării, în anul 2014 s-au înregistrat 65793 cazuri noi de cancer (incidența fiind de 329,8 ‰ locuitori comparativ cu 61048 cazuri noi de cancer (incidența fiind de 305,5‰ locuitori) în anul 2013.

Numărul bolnavilor rămași în evidență în anulă 2014 a fost de 445646 față de 433567 bolnavi rămași în evidență în anul 2013.

La nivelul județului nostru, în 2014 s-au înregistrat 2310 cazuri noi de cancer comparativ cu 2269 în 2013. Numărul bolnavilor rămași în evidență a fost, în 2014, 17582 comparativ cu 18106 în 2013. Cu o valoare a morbidității de 2,5 la 100 de locuitori, județul nostru se situează puțin peste media pe țară care este de 2,2 la 100 de locuitori, în anul 2014 (*Buletin informativ nr.12 din 2014; M.S.*).

La nivel global, au fost aproximativ 14 milioane de cazuri noi de îmbolnăviri, în 2012, și 8,2 milioane de decese. Numărul cazurilor noi de îmbolnăviri se așteaptă să crească cu 70% în următoarele 2 decenii. Printre bărbați, primele 5 localizări au fost, în același an: cancer bronhopulmonar, cancer de prostată, cancer colorectal, cancer de stomac și cancer de ficat. La femei, în 2012, am avut, pe plan mondial, următoarele localizări: cancerul de sân, colorectal, de plămân, de col uterin și de stomac. O treime din decesele prin cancer sunt cauzate de 5 factori de risc majori: supraponderabilitatea, dietă săracă în fructe și vegetale, activitate fizică redusă, consumul de tutun, consumul de alcool (World Health Organization, 2015).

În 2012, în țări precum: Austria, Belgia, Franța, Germania, Grecia, Italia, Polonia, Marea Britanie, Spania, Suedia, primele 3 localizări ale cancerului, la bărbați, au fost: bronhopulmonar, colorectal și de prostată. La femei, în același an, au fost: la sân, colorectal și bronhopulmonar. La noi, în 2012, primele 3 localizări au fost, la bărbați: cancerul bronhopulmonar, colorectal și de stomac, iar la femei: cancerul la sân, colorectal și bronhopulmonar, cancerul de col uterin ocupând locul 4 (World Health Organization, 2014).

Pentru a reduce riscul de apariție a acestor neoplasme, mai ales a cancerului bronhopulmonar, Uniunea Europeană a adoptat o directivă prin care obligă țările membre să adopte o legislație antifumat.

Concluzii:

- Cu valori ale prevalenței de peste 2500 la 100000 locuitori, neoplazmele ocupă locul 4 după: bolile cardiovasculare; diabetul zaharat și afecțiunile psihice, în județul Timiș, în anul 2014.
- Morbiditatea prin aceste afecțiuni a scăzut în perioada 2013-2014 comparativ cu anii 2011-2012, atât în mediul urban, cât și în cel rural, la sexul masculin cât și la sexul feminin.
- Primele 6 localizări, ale neoplasmelor rămase în evidență sunt, în ordine descrescătoare: cancerul de sân, colorectal, col uterin, piele, bronhopulmonar și prostată (la ambele sexe) în 2014.
- În perioada 2011 – 2014, pe primul loc la femei se situează cancerul de sân, urmat de cancerul de col uterin.
- La bărbați, în 2011 pe primul loc, s-a situat de departe, cancerul bronhopulmonar, urmat de cel colorectal. Începând cu anul 2012 această localizare a început să scadă, astfel încât, în anul 2013, avem pe primul loc, la bărbați, cancerul colorectal și doar pe locul 2 cel bronhopulmonar.
- Cancerul bronhopulmonar are cea mai mare incidență în 2014 (cazuri noi depistate la total populație). Din nefericire, cazurile rămase în evidență sunt aproximativ egale cu cele depistate, ceea ce ne arată că avem o durată de supraviețuire scăzută, sau depistare în stadiu avansat de boală.
- Incidența cancerului de sân a scăzut la 1/3 în perioada 2013-2014, comparativ cu 2011-2012.
- Pe medii și sexe, cancerul are valori mai crescute în mediul urban și la sexul masculin.

Bibliografie

- Ihde, D.C., Longo, D.L. () *Harrison's Principles of Internal Medicine e19*, vol.1 secțiunea11 p.394.
- Andrei, T. (coord.) (2014) *Anuarul Statistic al României 2014*, Institutul Național de Statistică, pp.279-283.
- Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătatea Publică (2014) *Buletin informativ*, 12, pp.1-13.
- World Health Organization, *Cancer, Fact sheet N°297*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> (accesat la 15.12.2015).
- World Health Organization, *Cancer, Cancer country profiles 2014*, <http://www.who.int/cancer/country-profiles/en/#U> (accesat la 15.12.2015).

ASPECTE ETICE ÎN CONSILIEREA PERSOANELOR DEPENDENTE DE MUNCĂ ȘI A FAMILIILOR ACESTORA

Loredana-Marcela Trancă

Cuvinte cheie: dependență de muncă, workaholic, familie, loc de muncă, consiliere

Abstract: Premisele social politice, economice și culturale indică faptul că ne aflăm într-un moment optim pentru abordarea unei astfel de teme, respectiv a dependenței de muncă, deoarece se conturează un tablou al unui context care acaparează din ce în ce mai multe persoane către a-și dedica timpul mai mult muncii, în comparație cu timpul alocat familiei sau relațiilor personale. Având la bază o incursiune în literatura de specialitate națională, dar mai ales internațională, lucrarea de față își propune o trecere în revistă a direcțiilor de abordare în consilierea persoanelor dependente de muncă (consilierea individuală, consilierea de grup, consilierea familială, focusarea pe gândurile și sentimentele workaholicilor, autoajutorarea, intervenția psihiatrică și psihologică, consilierea spirituală), urmând ca în partea a doua să abordeze în mod sintetic anumite considerații etice privind procesul de consiliere a persoanelor dependente de muncă, precum și a familiilor acestora.

Introducere

Persoanele dependente de muncă, dar mai ales familiile acestora reprezintă o categorie vulnerabilă aparte, care prezintă nevoi specifice și solicită o atenție particulară exprimată prin programe de consiliere. Această categorie a căpătat în ultimii ani o oarecare recunoaștere internațională ce contribuie la conștientizarea riscului pe care dependența de muncă o are pentru familie.

Procedând în continuare la abordarea frontală a problematicii consilierii persoanelor dependente de muncă și a membrilor familiei acestuia, vom identifica anumite dificultăți etice pe care aceasta este posibil a le comporta.

Consilierea se adresează acelor persoane dependente de muncă care au nevoie de susținere și doresc schimbări în viața lor profesională și familială. Consilierea persoanelor dependente de muncă este unul dintre cele mai utile instrumente pentru depășirea unor probleme stresante. În contextul acestei vieți trepidante, consilierea persoanelor dependente de muncă este o sarcină extrem de dificilă, și aceasta pentru că, în primul rând, este greu de recunoscut și acceptat de către indivizi.

O privire retrospectivă a literaturii de specialitate privind consilierea persoanelor dependente de muncă

Optica cu privire la dependența de muncă nu are o foarte îndelungată gestație istorică, studiile privind acest fenomen luând amploare în ultimele patru decenii. Suportul științific în ceea ce privește consilierea persoanelor dependente de muncă identifică o diversitate de direcții, rezultate din adoptarea unor puncte de vedere ale cercetătorilor interesați de acest aspect. Spre localizarea ideii, vom contabiliza câteva exemple.

Una dintre direcțiile identificate face referire la focusarea pe gândurile și sentimentele workaholicilor. Unii autori au sugerat că dependenții de muncă care încearcă să se schimbe, trebuie să examineze cu atenție și patternul de gândire pentru a rezista acelor impulsuri care întăresc dependența de muncă și pentru a restabili priorități sănătoase (Minirth, F., Meier, P., Wichem, F., Brewer, B. și Skipper, S., 1981; Kluft, R.P. și Kleiner, B.H., 1988). Chiar și așa, Machlowitz, M. (1980, p.5) a considerat că dependenții de muncă pot trăi cu succes cu patternurile lor de comportament. De exemplu, în lucrarea sa *Workaholics: Living with them, working with them*, ea a încurajat workaholicii să își ia timp pentru a descoperi locul de muncă, angajatorul, și un ritm de lucru care să se potrivească nevoilor lor și, în plus, să găsească provocări în munca lor, făcând fiecare zi diferită față de precedentă.

Un alt mijloc de a ajuta dependenții de muncă, propus de Minirth, F., Meier, P., Wichem, F., Brewer, B. și Skipper, S. (1981, p.77), este de a-i încuraja să își examineze sentimentele. Acești autori au motivat că, din cauza problemelor emoționale asociate cu sentimente, gânduri și comportamente ale dependenților de muncă, consilierii și-ar putea ajuta clienții prin promovarea unui accent terapeutic pe „sentimente care stau la baza însecurității, respingerii, inutilității și mâniei”.

O altă direcție sugerează un program de autoajutare. Deși relativ puțini scriitori s-au adresat subiectului privind modalități de ajutorare a dependenților de muncă, mai mulți au prezentat procedee de autoajutorare pentru workaholici. Morse, N.C. și Weiss, R.S (1955, *apud* Seybold, K.C. și Salomone, P.R., 1994, p.7) au sugerat că dependenții de muncă ar trebui să analizeze anumite alternative pentru locul de muncă, să dezvolte activități substitut, care pot oferi sentimente de plăcere, similare cu senzațiile care de obicei se simt prin muncă. Mai precis, Kiechel, W. (1989, p.57) i-a îndemnat pe dependenții de muncă să caute alte căi decât locul de muncă pentru a-și satisface nevoia de stimă de sine. În mod similar, Oates, W. (1971) și Kluft, R.P. și Kleiner, B.H. (1988, p.39) considerau că explorarea de noi hobby-uri și de interese ar putea ajuta cel mai mult indivizii pentru a evita tendințele workaholismului. În plus, în conformitate cu Franzmeier, A. (1988 *apud* Seybold, K.C. și Salomone, P.R., 1994, p.5), dependenții de muncă ar trebui să încerce să găsească activități de natură activă (dacă activitatea muncii lor este

sedentară) ceea ce le va permite să exceleze în afara cadrului de lucru. Totodată, el a încurajat dependenții de muncă să învețe să se bucure de a nu face nimic, fără să se simtă vinovați.

Încurajarea intervenției profesionale este o altă direcție identificată în literatura de resort. Seybold, K.C. și Salomone, P.R., (1994, p.7) sugerează o posibilă schimbare pentru dependenții de muncă în cazul în care primesc ajutor profesional și în cazul în care aspiră să dezvolte noi modele de comportament. Pentru cei dependenți de muncă care demonstrează semnificative trăsături de personalitate de tip A sau obsesiv-compulsiv, tratamentul psihologic oferit de către un consilier profesionist de sănătate mintală poate fi necesar. Pentru alții, care nu prezintă evidente caracteristici ale personalității de tip A sau obsesiv-compulsive (care pot necesita terapie individuală pe termen mai lung) și care se prezintă în calitate de clienți în mod voluntar, consilierea de grup poate fi o completare de succes la consilierea individuală. Într-un cadru de grup, încurajat de alte persoane dependente de muncă care se confruntă cu provocări similare în eforturile lor de a se schimba, pot fi stabilite obiective cu caracter personal atât pe termen scurt, precum și pe termen lung. Anca Munteanu (1999, p.231) menționa: „Psihoterapia de grup a demonstrat nescăzute virtuți curative și formative ale grupului. Moda lor a devenit atât de contaminantă, încât și psihoterapiile consacrate prin tradiție ca individuale fac tentative de a se ajusta la situația de grup. [...] În esență, efectele tămăduitoare ale grupului vizează atât colectivul privit ca un rezultat sintetic al interacțiunilor aferente, cât și fiecare individ luat separat. Exploatând calitățile cuvântului, ale gestului și ale mimicii prin intermediul grupului, individul poate evada din robinsonada singurătății și a singularizării sale pentru a experimenta ipostaza alterității (a celui alt), ceea ce îl stimulează să-și recapete imaginea de sine”.

În abordarea spirituală a consilierii persoanelor dependente de muncă un model utilizat de grupul *Workaholicilor Anonimi* din Statele Unite ale Americii este reprezentat de cei 12 pași adaptați după modelul *Alcoolicilor Anonimi*. Succesul acestei abordări spirituale în consilierea în grup a workaholicilor este accentul valorilor spirituale și a recunoașterii intervenției divine pentru ameliorarea stării de dependență. Cei care fac parte din acest grup sunt învățați să își recunoască neputința, să se lase conduși de Dumnezeu, să își identifice defectele de caracter care îi determină să devină dependenți de muncă. În general grupurile de suport au ca scop susținerea celor care le frecventează pentru a face față evenimentelor și perioadelor stresante ori dificile pe care le traversează. De asemenea, prin intermediul grupurilor de suport participanții pot fi ajutați să-și îmbunătățească capacitățile adaptative. Grupurile de suport se bazează pe conceptul că persoanele care împărtășesc experiențe comune își pot oferi reciproc suport emoțional, prietenie și informații.

Literatura de resort decantează și direcția în care este recomandată abordarea de grup sau de mediu. Grupul poate fi important pentru workaholici în a-i ajuta pe fiecare să își stabilească micro-obiective realiste, care, cu fiecare întâlnire, să poată oferi satisfacții considerabile și un sentiment de împlinire. Fără sprijinul și orientarea altora, dependentul de muncă tipic și-ar stabili, probabil, obiective foarte mărețe, nerealiste pentru schimbare. Atunci când nu sunt atinse, aceste obiective nesatisfăcute ar părea ca o greșeală gravă. Realizarea cu succes a microobiectivelor, ar putea motiva dependenții de muncă să-și continue angajamentul lor de a se schimba. La locul de muncă, managerii își pot sfătui angajații să nu se dedice în mod deosebit la locul de muncă (Bartolome, F. și Evans, L., 1980 *apud* Seybold, K.C. și Salomone, P.R., 1994, p.7). Pentru dependenții de muncă, care sunt ei înșiși manageri, dezvoltarea unei vieți mai echilibrate le poate îmbunătăți de fapt, capacitatea de management, făcându-i mai creativi și mai puțin tensionați și rigizi. În plus, managerii au nevoie de încurajare pentru a delega sarcini și responsabilități altor persoane.

Nu în cele din urmă, o direcție peremptorie o constituie implicarea în asistarea și consilierea familială. În ceea ce privește rolul familiei în remedierea unor comportamente dependente de muncă, Bartolome, F. (1983, p.68) consideră că, dacă dependenții de muncă ar putea concepe modalități atrăgătoare de a-și petrece timp cu familiile lor, dedicând timp vieții de familie, nu ar fi priviți ca neplăcuți, ci, mai degrabă plăcuți. Așteptările familiei au, de asemenea adesea nevoie de a fi schimbate. Atunci când familiile încep să își recompenseze membrii workaholici pentru activități care nu sunt legate de muncă, dependenții de muncă este mult mai probabil să își schimbe tiparele de comportament adictiv față de muncă (Minirth, F., Meier, P., Wichem, F., Brewer, B. și Skipper, S., 1981; Oates, W., 1971).

Deoarece un mediu familial disfuncțional poate fi uneori o sursă esențială pentru dorința dependentului de muncă de a fi captivat el însuși sau ea însăși de muncă (și aproape întotdeauna alți membri ai familiei suferă de neglijare din partea workaholicului), consilierea familiei este o altă alternativă de tratament. Cel mai probabil, familia va avea nevoie de asistență pentru a descoperi și înțelege motivele dependentului de muncă pentru munca sa excesivă. Va fi dificil, dacă nu imposibil pentru familie, să sprijine și să asiste în mod activ dependentul de muncă să se schimbe. (Seybold, K.C. și Salomone, P.R., 1994, p.8) Consilierul poate ajuta membrii familiei să își îmbunătățească competențele de comunicare.

În sprijinul afirmațiilor de mai sus aduc și experiența personală. Am fost direct interesată să aflu din practica consilierii, cine sunt actorii care participă la ședințele de consiliere. Am constatat că cei care solicită consiliere nu sunt persoanele dependente de muncă, ci de cele mai multe ori, partenerii acestora, cărora le este din ce în ce mai dificil să accepte efectele care survin de pe urma

muncii excesive. Este un proces destul de anevoios și totodată îndelungat, de a convinge persoana dependentă că are nevoie de consiliere, datorită reticenței sale în adresabilitate de suport și sprijin. În opinia lui Alexiu, M. (1997, p.35) „un consilier competent știe că el poate să lucreze și să ajute anumiți oameni, dar nu pe toți și că este în interesul consilierului și al clientului să transfere altuia acele cazuri unde el nu poate ajuta”.

În procesul de consiliere a persoanelor dependente de muncă este imperios a ține seama de diferențele existente între valorile societății, valorile organizaționale, valorile clientului și valorile personale ale consilierului. Acestea se pot afla în diverse raporturi, fie de complementaritate, de reciprocitate sau fie de conflict. Consilierea poate ajuta clienții dependenți de muncă să obțină o perspectivă asupra convingerilor de viață și modului în care sunt reflectate valorile în comportament.

Consilierea poate fi realizată în modalități diverse, fie că e vorba de consiliere individuală, consiliere de grup sau consiliere familială. Consilierea individuală presupune o relație de colaborare între persoana dependentă de muncă și consilier, în care consilierul mediază atingerea scopurilor stabilite de comun acord, făcând apel la expertiza sa și oferind sprijin pe parcursul întregului proces. Consilierea de grup constă în stabilirea unei relații între mai multe persoane dependente de muncă și un consilier, care au posibilitatea să se perceapă, să comunice, să interacționeze, ori să se influențeze reciproc. Consilierea familială presupune o relație între persoana dependentă de muncă, membrii familiei acestuia și consilier cu scopul de a susține și favoriza dezvoltarea resurselor interne pentru creșterea calității relațiilor familiale și a funcționării familiei. În opinia lui Neagoe, A. (2007, p.41), „cadrul primordial în care specialistul va căuta să exploreze nevoia de schimbare a unei familii, cât și posibilitățile de implementare a schimbărilor necesare, este cel al consilierii familiale”.

Particularități ale dificultăților etice în consilierea workaholicilor

Și în consilierea persoanelor dependente de muncă, la fel ca și în alte cazuri de consiliere apar anumite probleme etice. În practică, consilierul trebuie să își asume responsabilitatea pentru ceea ce întreprinde. În general problemele etice implică decizii dificile și apar când există anumite conflicte referitoare la competiția dintre valori. O dilemă etică poate să apară atunci când consilierul se află în situația de a alege, într-un caz particular, între două valori aflate în competiție, precum valorile materiale sau cele spirituale. „Nu orice conflict dintre valori va produce în mod necesar o problemă etică, întrucât două valori pot fi derivate din aceeași sursă sau pot fi sugerate de doi actori diferiți ai unui sistem de acțiune” (Tompea, D., 2003, p.445).

O serie de probleme etice ce pot apărea în procesul consilierii persoanelor dependente de muncă le vom descrie în rândurile următoare.

- Competența consilierilor, care este necesar să aibă o formare, o certificare; să aibă ca preocupare principală bunăstarea clientului; să dea dovadă de profesionalism și bună-credință; să obțină supervizare din partea unui specialist. „Contactul cu acest tip de familii nu este o provocare doar din punct de vedere emoțional și situațional, ci solicită de asemenea competențele profesionale și sensibilitatea celor care intervin” (Killen, K. și Olofsson, M., 2008, p. 16). A neglija nevoia de competență în rândul specialiștilor, este egal cu a neglija familiile cu probleme de dependență.

- Consimțământul informat, care vizează explicarea în amănunt a tuturor aspectelor; explicarea limitelor confidențialității; explicarea consecințelor și explorarea unor opțiuni; autodeterminarea, respectiv permiterea clientului de a face singur alegerile și totodată de a-și asuma consecințele propriilor acțiuni; verificarea înțelegerii clientului.

- Egalitatea șanselor, prin care este de dorit a li se oferi tuturor clienților șanse egale, acces la serviciile de consiliere; să existe imparțialitate.

- Confidențialitatea constituie adesea o problemă etică, dar aceasta trebuie să vizeze întotdeauna preocuparea principală pentru bunăstarea clientului în condițiile limitelor și excepțiilor menționate în standardele etice.

- Relațiile potențial dăunătoare consilier-client se pot datora lipsei de respect reciproc, relațiilor contraproductive, barierelor de comunicare, relațiilor intime, stării de burnout sau epuizare profesională a consilierului ș.a.

- Responsabilitatea pentru clienți presupune o preocupare principală pentru bunăstarea clientului; un nivel calitativ ridicat și în acord cu standardele de calitate adiacente.

- Valorile sunt adesea surse ale problemelor etice ivite, în special când valorile clientului sunt în conflict cu cele ale consilierului ori cu valorile sociale, sau ale familiei căreia îi aparține. În opinia lui Prelici, V. (2005, p. 8), „înainte de a începe procesul de ajutorare, asistentul social (n.a. consilierul) trebuie să își cunoască propriul sistem de valori. În al doilea rând este necesar a fi cunoscut sistemul de valori ale clientului. Asistentul social trebuie să încerce să evite impunerea propriului sistem de valori. Și mai ales, trebuie să se ghideze după valorile profesiei, respectiv ale codului etic”.

- Probleme ce țin de multiculturalitate, în contextul în care România este un spațiu eterogen valoric, conturându-se categorii cu profiluri distincte. Problemele pot apărea în cazul unor diferențe de valori ce țin de etnie, rasă, statut economic, educație, diferențe religioase, de cultură organizațională, ș.a. În fiecare societate și cultură există un sistem de norme despre dezirabil, care reglează conduita membrilor săi, dă o oarecare coerență produselor materiale și spirituale și determină un anumit profil al personalității, de aceea este necesar a fi cunoscute aceste aspecte de către consilier.

Pentru a furniza servicii în acord cu etica profesională, practicienii ar trebui să înceapă prin a-și explora propriile valori, precum și pe cele ale

clientului, ale instituției, ale profesiei pe care și-au ales-o. Ținând seama de faptul că specialistul trebuie să evite impunerea valorilor personale asupra persoanelor dependente de muncă și să facă judecăți de valoare despre valorile acestora, trebuie să-și cunoască și să-și înțeleagă foarte bine valorile personale.

Dimensiunile etice ale consilierii trebuie să devină de o importanță capitală pentru toți practicanții. Pentru ca aceștia „să se pregătească pentru sarcina dificilă a rezolvării dilemelor morale prin luarea unor decizii responsabile, ei trebuie să știe să recunoască acele aspecte ale practicii care pun în balanță diferite valori morale, să își clarifice propriile valori personale, pe care să le raporteze la valorile profesiei” (Roth-Szamoskozi, M., 2003).

În opinia lui Barry Gurnoyer (*apud* Goian, C., 2004, pp. 86-88), luarea deciziilor etice parcurge nouă etape, și anume: conversația și ascultarea (abilități interpersonale de bază; folosirea vocii și a vorbirii; folosirea limbajului corpului; ascultarea; ascultarea activă); pregătirea (reanalizarea pregătitoare; explorarea pregătitoare; consultarea pregătitoare; empatizarea pregătitoare; autoexplorarea pregătitoare); începutul (prezentarea personală; căutarea introducerii; descrierea scopului inițial; evidențierea rolului clientului; discutarea planului de acțiune și a considerațiilor etice; căutarea feedback-ului); explorarea (probarea; căutarea clarificărilor; reflectarea asupra conținutului; reflectarea asupra sentimentelor; reflectarea asupra celor comunicate; trecerea dincolo de cele spuse); analizarea (organizarea informațiilor descriptive; formularea unei încercări de analizare); înțelegerea/contractarea (reflectarea asupra problemei; împărtășirea părerii asistentului social cu privire la problemă; specificarea problemelor în legătură cu activitatea; stabilirea obiectivelor; demararea unui program de schimbare; identificarea etapelor acțiunii; planificarea evaluării; sintetizarea contractului); acționarea (stabilirea etapelor acțiunii; revizuirea etapelor acțiunii; evaluarea; concentrarea; educarea; sfătuirea; reorientarea; confruntarea; indicarea finalului; înregistrarea în timpul fazei de acțiune); sfârșitul (reevaluarea procesului).

Concluzii

Consilierea poate ajuta persoanele dependente de muncă să obțină o perspectivă asupra convingerilor și valorilor ce se reflectă în comportamentul lor, putând astfel descoperi că este necesar să reexamineze aceste valori, astfel încât ele să devină echilibrate și să se poată dezvolta în mod armonios. Rezolvarea unor probleme cu ajutorul consilierii, poate crea noi probleme, de natură similară sau diferite, antrenând manifestarea unor contradicții și perturbări noi, care se cer a fi rezolvate.

Granița dintre munca excesivă și dependența de muncă este aproape invizibilă, astfel că este de așteptat ca specialiștii ce oferă consiliere să se implice activ pentru a oferi suportul necesar celor absorbiți de muncă. Cu

aceste cunoștințe, asistenții sociali, consilierii sau alți specialiști pot fi mai bine pregătiți să intervină în mediul de lucru, în familii și în orientarea indivizilor asupra muncii.

Bibliografie

- Alexiu, T.M. (1997) *Curs de metode utilizate în Asistența Socială*. Timișoara: Universitatea de Vest.
- Bartolome, F. (1983). The work alibi: When it's harder to go home, *Harvard Business Review*, 61, pp. 66-74.
- Goian, C. (2004) *Deprinderi în asistența socială*. Iași: Institutul European.
- Kiechel, W. (1989). The workaholic generation. *Fortune*, 119, pp. 50–62.
- Killen, K. și Olofsson, M. (2008) *Copilul vulnerabil. Copii și părinți cu probleme de dependență*. (trad. Goran, D. și Muntean, A.) Timișoara: Waldpress.
- Klaft, R.P. și Kleiner, B.H. (1988). Understanding workaholics. *Business*. Vol. 33, pp. 37-40.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Minirth, F., Meier, P., Wichem, F., Brewer, B. și Skipper, S. (1981). *The workaholic and his family: An inside look*. Grand Rapids, MI: Baker Book House.
- Munteanu, A. (1999). *Incursiuni în creatologie*. Timișoara: Editura Augusta
- Neagoe, A. (2007) *Asistența socială a familiei. O abordare sistemică*. Timișoara: Editura Universității de Vest.
- Oates, W.E. (1971). *Confessions of a Workaholic. The facts about work addiction*. (Online Edition). www.oates.org/bookstore/library_collection.html .
- Prelici, V. (2005) Teorii, metode și tehnici de intervenție în asistența socială. În Prelici, V., Alexiu, M.T., Popa, R., Bucur, V., Bucur, E., Tomiță, M. și Goian, C. *Program de reconversie profesională în asistența socială. Cursurile susținute în semestrul II*. Timișoara: Editura Waldpress. pp. 2-13.
- Roth-Szamoskozi, M. (2003). *Perspective teoretice și practice ale asistenței sociale*, Cluj-Napoca: Editura Presa Universitară Clujeană.
- Seybold, K.C. și Salomone, P.R. (1994), Understanding workaholism: A review of causes and counseling approaches, *Journal of Counseling and Development*, Vol. 73, pp. 4-9.
- Tompea, D. (2003) Deontologia asistenței sociale și construcția paradigmei profesionale. În Neamțu, G. (coord.) *Tratat de asistență socială*. Iași: Polirom, pp. 401-465.
- <http://www.workaholics-anonymous.org/page.php?page=home>.

INTERVENȚIA MULTIDISCIPLINARĂ ÎN CAZUL DEMENTEI ALZHEIMER

Loredana-Marcela Trancă
Oana-Alexandra Morcan

Cuvinte cheie: demență Alzheimer, echipă multidisciplinară, abordare sistemică

Abstract: *Lucrarea de față își propune să identifice și să descrie situația actuală privind metodele de îngrijire din centrele destinate persoanelor cu demență Alzheimer, activitățile specifice oferite (tipul și frecvența de desfășurare), existența personalului specializat, pe de-o parte, iar pe de altă parte, își propune identificarea nevoilor de asistență specifică, percepute ca fiind necesare de către familiile și specialiștii implicați în acest domeniu.*

Fiind o problematică socială de actualitate, vom realiza o trecere în revistă a achizițiilor internaționale de cunoaștere și intervenție medicală, psihosocială, juridică, organizațională, aducând consecvent în prim-plan rolul interdisciplinarității, în abordarea problematicii complexe a persoanelor vârstnice cu demență Alzheimer.

Studiul efectuat în Vestul României, în județele Arad, Timiș și Hunedoara, a utilizat metoda anchetei pe bază de chestionar, pe un eșantion de 67 de participanți (40 de aparținători și 27 de specialiști) din cele nouă servicii de zi și rezidențiale destinate persoanelor cu acest tip de demență.

Rezultatele studiului evidențiază nevoia unei intervenții multidisciplinare din care fac parte asistentul social, medicul, psihologul, psihoterapeutul, terapeutul ocupațional, pedagogul social, asistentul medical, precum și alte profesii conexe din domeniul medical și social, însă un rol esențial îl are colaborarea cu familia.

Introducere

Demența Alzheimer este o temă de actualitate, care se înscrie în problematica mai largă legată de grupurile constituite din persoanele vârstnice, iar lucrarea de față vizează o invitație la sondarea intervenției multidisciplinare în acest domeniu, în care se impune tot mai clar rolul asistentului social și al familiei sau aparținătorilor bolnavului cu demență. Având în vedere complexitatea demenței Alzheimer și a manifestărilor ei, îngrijirea persoanei cu demență necesită deosebită atenție începând cu familia, îngrijitorii și continuând cu membrii echipei multidisciplinare, cele două părți conlucrând pentru binele acestuia. Astfel că drumul parcurs de la primele simptome și până la stabilirea diagnosticului în demența Alzheimer, continuă cu îngrijirea persoanei cu demență, „echipa multidisciplinară oferind o îngrijire mai eficace și eficientă, eliminând serviciile suprapuse sau ineficiente, pentru a menține o stare de

sănătate optimă a pacientului și a familiei” (Beck, C.K., Cody, M., Zhang, M., 2012:33). Studiile întreprinse în alte state arată că o strategie complexă, pe termen lung, privind organizarea îngrijirilor în cazul persoanelor cu demență Alzheimer, care se face cu ajutorul echipei de specialiști, va permite păstrarea unei calități satisfăcătoare a vieții persoanei bolnave, precum și a familiei acestuia. În România, familiile persoanelor cu demență Alzheimer sunt principalele resurse de îngrijire. (Morcan, O.A., Trancă, L.M., 2012:145) În timp ce, în alte state, asistenței sociale îi revine sarcina, de a se asigura de existența unor servicii de specialitate, a unei legislații favorabile, atât pentru bolnav cât și pentru familia acestuia, în România acum punem bazele primelor centre. Absența unor instituții suficiente numeric, pregătite din punctul de vedere al dotărilor, personalului specializat, lipsa de informare corectă și suficientă, determină adesea aparținătorii să ofere servicii la domiciliu, și atunci când evoluția bolii nu mai permite acest lucru (Morcan, O.A., 2013:85).

Conform prevederilor *Ordonanței Guvernului nr.86/2004*, serviciile de asistență socială specializate și cele de îngrijire socio-medicale sunt realizate în cadrul echipelor multidisciplinare. Din aceasta fac parte asistentul social, psiholog, psihoterapeut, terapeut ocupațional, pedagog social, asistent medical, medic precum și alte profesii conexe din domeniul medical și social „ care își împărtășesc cunoștințele și competența cu privire la un client determinat cu obiectivul de a identifica servicii și de a le folosi pe acelea care servesc în modul cel mai eficient nevoilor estimate” (Coulshed, V.,1993:30). Conform art.35 din OG 86/2004, răspunderea privind implementarea și monitorizarea planului individualizat de asistență și îngrijire revine asistentului social.

Echipele multidisciplinare pot varia în compoziția lor și pot fi structurate în mod formal sau informal (Grand, J.HG., Caspar, S., MacDonald, S.WS., 2011). Construcția echipei este, de obicei dictată de resursele disponibile (inclusiv financiare, de timp sau localizare geografică). Indiferent de structură, o echipă de succes se caracterizează printr-un angajament comun pentru asistență și îngrijire de calitate și o apreciere pentru contribuțiile fiecărui membru de echipă.

Metodologie:

Obiectivele studiului efectuat în județele din Vestul României, Arad, Timiș și Hunedoara, sunt de a identifica și a descrie situația actuală privind metodele de îngrijire din centrele destinate persoanelor cu demență Alzheimer, activitățile specifice oferite (tipul și frecvența de desfășurare), existența personalului specializat, pe de-o parte, iar pe de altă parte, își propune identificarea nevoilor de asistență specifică, percepute ca fiind necesare de către familiile și specialiștii implicați în acest domeniu.

S-a utilizat metoda anchetei pe bază de chestionar, pe un eșantion de 67 de participanți (40 de aparținători și 27 de specialiști) din cele nouă servicii de zi și rezidențiale destinate persoanelor cu acest tip de demență. Chestionarul este format din 20 de întrebări cu răspuns închis și deschis și se referă la activitatea pe care personalul angajat o desfășoară în cadrul centrelor de îngrijire pentru persoanele cu demență Alzheimer. Este important de reținut că eșantionul ales acoperă toate serviciile care vizează domeniul demenței Alzheimer la nivelul celor trei județe cuprinse în studiu, în speță Arad, Timiș și Hunedoara, înțelegând prin acestea centre de zi și rezidențiale (Centrul de îngrijire pentru persoane vârstnice Arad; Centrul de cercetare și tratament în cazul demenței Alzheimer, Socodor, județul Arad; Centrul rezidențial și de îngrijiri paleative în cazul demenței Alzheimer, Arad; Centrul de zi Alzheimer din Timișoara; Centrul Memoriei Timișoara; Centrul de Îngrijire și Asistență Ciacova; Centrul pentru Persoane cu Handicap Suferinde de Maladia Alzheimer, Ciacova; Centrul de îngrijire și asistență Nr. 1, Păclișa; Unitatea medico-socială, Hunedoara).

Rezultatele cercetării:

Pentru a descrie situația actuală a centrelor de îngrijire în cazul demenței de tip Alzheimer în zona studiată (respectiv județele Arad, Timiș și Hunedoara) au fost efectuate prelucrările statistice pentru chestionarele dedicate specialiștilor care își desfășoară activitatea în centrele de îngrijire a persoanelor cu demență Alzheimer și cele dedicate aparținătorilor/familiei, cei care au în familie sau în grija proprie persoane cu demență de tip Alzheimer.

Metodele de îngrijire oferite în centrele participante la studiu constau în metode specializate de îngrijire a bolnavilor de Alzheimer, metode specializate pe grade de evoluție a bolii, servicii de asistență medicală, servicii de asistență socială, servicii de consiliere psihologică, servicii de consiliere spirituală, terapii fizice, ocupaționale și de vorbire, masă, transport și altele.

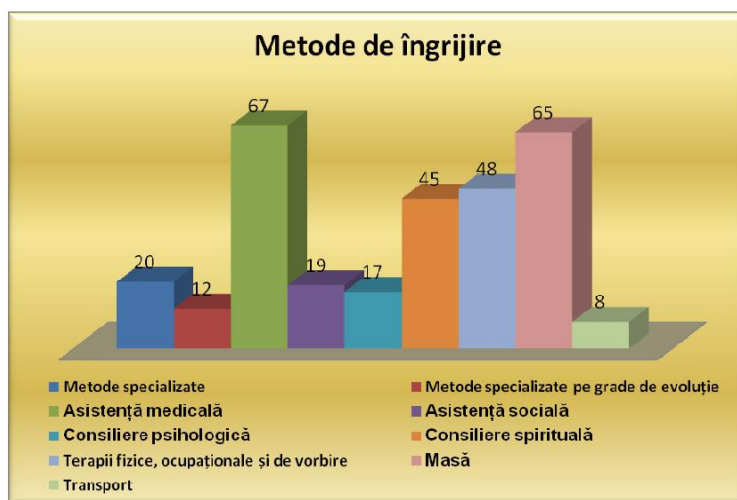


Fig.1. Ierarhizarea metodelor de îngrijire a bolnavilor de Alzheimer

În urma prelucrărilor statistice s-a constatat că cea mai bună reprezentare o au serviciile de îngrijire medicală urmate de servicii rezidențiale de hrană, cu un total de peste 60 de răspunsuri, fiecare. Al doilea segment ca mărime îl reprezintă consilierea spirituală și terapiile fizice, ocupaționale și de vorbire, cu un punctaj de peste 40, fiecare. Metodele specializate de îngrijire, ca și cele specializate pe gradele de evoluție a bolii, serviciile de asistență socială și asistare psihologică sunt foarte slab reprezentate, situându-se sub punctajul de 20, în timp ce serviciile de transport sunt aproape inexistente, cu un scor de 8 puncte.

În Figura 1 sunt reprezentate grafic valorile pe care le au serviciile oferite de centrele de îngrijire în cazul persoanelor cu demență Alzheimer. După o succintă examinare se poate spune că centrele de îngrijire Alzheimer oferă doar un minim de servicii destinate persoanelor cu demență Alzheimer: serviciile de asistență medicală, precum consultațiile și investigațiile medicale, tratamentul medicamentos, servicii de recuperare (masaj, ergoterapie, fizioterapie), servicii rezidențiale (hrană, cazare, cazarmament). Se observă însă discrepanța dintre aceste servicii situate pe primele locuri, și celelalte. Astfel, serviciile sociale, constând în drepturi conforme cu legislația în vigoare, menținerea legăturii cu familia, socializarea, consilierea psihologică și mai ales serviciile specializate de îngrijire a persoanelor cu Alzheimer (organizarea, formarea și menținerea abilităților de autonomie personală), toate aceste segmente importante ale îngrijirii corecte sunt vag reprezentate. O situație mai bună se reflectă în ceea ce privește consilierea spirituală și activitățile de terapie ocupațională, de asemenea de importanță majoră într-o corectă abordare a îngrijirii persoanelor cu demență Alzheimer.

Dintre activitățile centrelor de îngrijire, cea mai bună reprezentare o au activitățile spirituale (54), de asemenea ieșirile în comunitate și activitățile specifice bărbaților sau femeilor au peste 30. La un nivel mediu se situează activitățile sportive și activitățile de divertisment. Cu toate acestea, activitățile artistice și jocurile adaptative, ca și excursiile sau drumețiile au o foarte mică pondere în totalul de activități. Un scor de 5 pentru varianta de răspuns „nici o activitate” semnifică faptul că există centre care nu oferă nici un fel de activități dedicate bolnavului de Alzheimer.

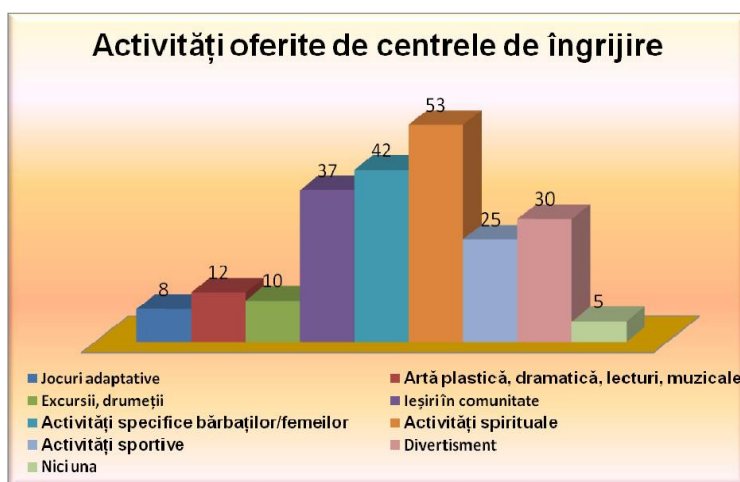


Fig. 2. Activități oferite de centrele de îngrijire în cazul persoanelor cu demență Alzheimer

În acest sens trebuie avut în vedere că doar o mică parte dintre centrele de îngrijire din zona studiată sunt centre specializate în îngrijirea bolnavilor cu demență și în special demența Alzheimer, celelalte fiind doar centre de vârstnici sau centre de zi care s-au adaptat la nevoile persoanelor cu demență Alzheimer.

În urma cercetării am constatat că serviciile de zi, alternativă la instituționalizare, care vin în întâmpinarea persoanelor cu demență Alzheimer își încheie activitatea în jurul orei 13.00. Pentru îmbunătățirea serviciilor oferite s-ar impune o readaptare a acestui program, prin prelungirea alternativă a activităților centrelor de zi, pentru minim trei zile pe săptămână, până la orele 18.00. Acest fapt ar îmbunătăți funcționarea persoanelor cu demență Alzheimer cu o asistare de specialitate de 180 de ore suplimentar, în timp ce pentru îngrijitor ar însemna degrevarea de sarcini cu până la 720 de ore lunar. Totodată, ar fi de dorit ca managementul să-l dețină un director de program, de profesie asistent social, care are abilități în lucrul cu indivizii, grupurile și comunitățile.

Este dovedit faptul că activitățile intelectuale și sportive, socializarea duc la îmbunătățirea stării psihice și emoționale la bolnavul de Alzheimer. Cu toate acestea, bolnavul de Alzheimer în ultimul stadiu de evoluție al bolii devine tot mai dependent de ajutor extern și de aceea el are nevoie de un program permanent de stimulare prin activități specifice.

În ceea ce privește frecvența cu care activitățile oferite de centrele de îngrijire se desfășoară, variantele de răspuns au fost de la nici o activitate desfășurată până la peste 8 activități desfășurate de-a lungul unei zile.

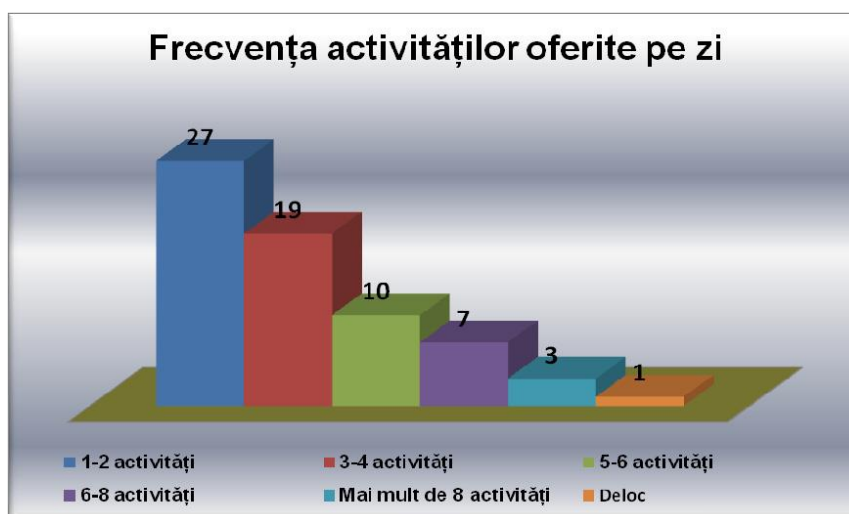


Fig. 3. Frecvența activităților oferite de centrele de îngrijire a persoanelor cu demență Alzheimer

Demența Alzheimer necesită o îngrijire permanentă și concentrată pe mai multe dimensiuni. Astfel, pe lângă asistența medicală necesară oricărei persoane vârstnice, persoanele cu demență Alzheimer au nevoie de o monitorizare continuă și o stimulare cognitivă importantă. În acest sens centrele specializate în acest tip de demență oferă servicii specializate: servicii de terapie ocupațională, terapie cu animale, jocuri adaptative de menținere a autonomiei personale etc.

În ceea ce privește pregătirea de specialitate și tipul de personal angajat în centrele participante la studiu, aceștia sunt: personal specializat medical, personal auxiliar medical, asistenți sociali, psihologi, personal administrativ, voluntari și altele. Se observă că personalul medical, atât cel specializat cât și cel auxiliar, are cea mai bună reprezentare în cadrul eșantionului studiat. Reprezentarea medie este cea a asistenților sociali și a psihologilor, urmate de voluntari care își desfășoară activitatea în centrele luate în studiu.

Din analiza statistică descriptivă a nevoilor individuale ale persoanei cu demență de tip Alzheimer se constată o bună reprezentare pentru influențarea

pozitivă a competențelor rămase, menținerea autonomiei pe o perioadă cât mai îndelungată și prevenirea situației de dependență a beneficiarului. La un nivel mediu se situează menținerea stimei de sine și a orientării în realitate, iar adaptarea mediului înconjurător la nevoile persoanei cu demență de tip Alzheimer se situează pe ultimul loc.

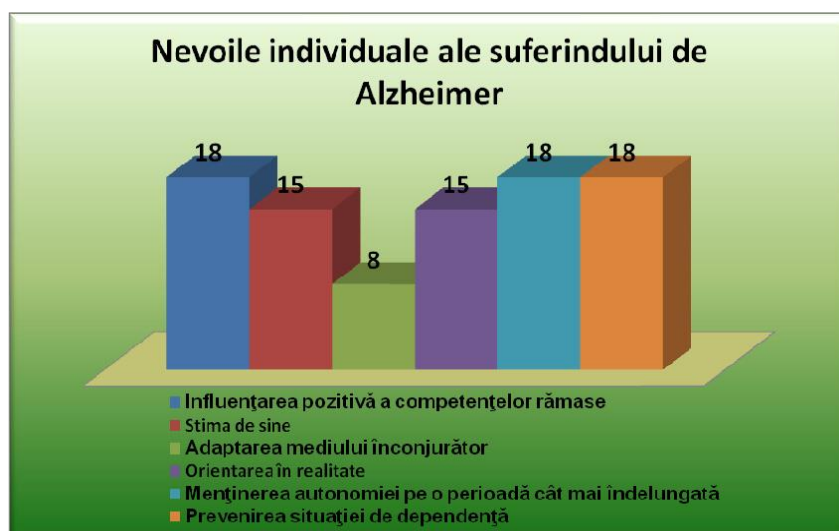


Fig. 4. Distribuția răspunsurilor privind nevoile individuale ale persoanei cu demență de tip Alzheimer

Nevoile persoanelor cu demență Alzheimer diferă de la caz la caz, stabilirea nivelului de dependență fiind cel de la care se pornește în managementul de caz al bolii. Evaluarea acestor nevoi permite echipei multidisciplinare să aducă la maximum autonomia unei persoane, stabilind rezultatul interacțiunii între nevoile și dorințele persoanei dependente. În acest cadru, asistentului social îi sunt necesare o serie de calități etice și morale, deprinderi, aptitudini, care îl califică să intervină în întâmpinarea nevoilor acestei categorii de beneficiari, reprezentându-le drepturile, interesele, însă fără a uita că este o individualitate diferită față de celelalte categorii de persoane, dar care are ceva de spus, și trebuie susținută în acest sens.

Există mai multe avantaje în îngrijirea oferită de personalul calificat. Pe lângă îngrijirea fizică, cum ar fi toaletarea, hrănirea, administrarea medicației, în asemenea centre prin programele de terapie ocupațională, dar și de stimulare cognitivă, în concordanță cu cele mai noi metode de terapie specifică demenței, se asigură pacienților cele mai bune condiții pentru o viață demnă, indiferent de stadiul bolii.

Din practica serviciilor care lucrează cu persoanele cu demență Alzheimer și aparținătorilor acestora, se pot desprinde în momentul de față, la

nivelul județelor luate în studiu, următoarele atribuții minime ale echipei multidisciplinare:

- Asistentul social – se implică ca element de legătură între beneficiar și aparținător, respectiv serviciile sau instituțiile de specialitate existente;
- Kinetoterapeutul – stimulează beneficiarul în realizarea exercițiilor de mobilitate și menținere fizică;
- Medicul de familie – îndrumă familia și bolnavul spre CSM-uri în vederea stabilirii diagnosticului;
- Medicul psihiatru – stabilește diagnosticul și prescrie tratamentul;
- Psihologul – implică și stimulează beneficiarul – aparținătorul în diverse terapii (ergoterapii, meloterapii, artterapii etc.), face evaluări;
- Asistentul medical – aplică tratamentele medicale și colaborează cu aparținătorii pe latura intervenției medicale;
- Referentul – supraveghează și se implică în stabilirea nevoilor lor în funcție de nivelul de autonomie sau dependență al fiecărui beneficiar;

Alături de evaluarea medicală este necesară și evaluarea psihologică pentru determinarea profilului psihologic și evaluarea socio-economică a pacientului și familiei acestuia. Astfel se trece de la echipa interdisciplinară la echipa multidisciplinară, din care face parte psihologul și asistentul social, aceștia contribuind la întregirea tabloului complex al persoanei cu demență Alzheimer, respectiv al aparținătorilor acestuia.

În evaluarea biopsihosocială asistentul social gerontolog inițiază o largă paletă de activități, care începe cu evaluarea preliminară, ce reprezintă trambulina pentru evoluția ulterioară a cazului. În cadrul evaluării asistentul social care este în relație directă cu persoana vârstnică „formulează ipoteze preliminare asupra celor mai potrivite metode de intervenție și determină scopuri, bazându-se pe modul în care funcționează persoana vârstnică în contextul biologic și psihosocial al procesului de îmbătrânire (Stanciu,C., 2008, p.47).

Vorbind despre echipa multidisciplinară, am putut sesiza în studiul prezent o nevoie a supervizării specialiștilor din cadrul echipei multidisciplinare în intervenția cu persoanele cu demență Alzheimer. În acest sens, considerăm că s-ar impune realizarea unui studiu calitativ, cu scopul de a descoperi condițiile și circumstanțele care influențează motivația specialiștilor care fac parte din echipa multidisciplinară, în vederea stabilirii nevoii de supervizare în munca cu persoanele cu demență Alzheimer și aparținătorii/famiiliile acestora.

Concluzii:

Cu toate că vorbim despre o boală a ultimului secol, ne-am familiarizat în acest segment, cu o intervenție de tip medical, psihiatric și psihologic, de aceea se impune conturarea unui rol foarte clar al asistentului social în munca

cu bolnavul cu demență Alzheimer, dar mai ales cu aparținătorii acestora. Rezultatele studiului evidențiază nevoia unei intervenții multidisciplinare din care fac parte asistentul social, medicul, psihologul, psihoterapeutul, terapeutul ocupațional, pedagogul social, asistentul medical, precum și alte profesii conexe din domeniul medical și social, însă un rol esențial îl are colaborarea cu familia. Gestionarea demenței Alzheimer prezintă provocări unice ce necesită o abordare multidisciplinară, fiecare specialist focusându-se pe aspectele relevante din domeniul lui de expertiză.

Deoarece în demența Alzheimer îngrijirea se efectuează pe termen lung, asistentul social ar trebui să furnizeze diferite servicii începând cu managementul îngrijirii, serviciu în care evaluează trebuințele beneficiarului și ale familiei, pentru satisfacerea nevoilor complexe ale beneficiarului. Asistenții sociali își bazează practica lor pe filosofia că beneficiarul este parte a unui sistem mai mare și pentru a veni în întâmpinarea problemelor bolnavului cu Alzheimer, vor asista pacienții și familiile lor pentru a identifica și a achiziționa resursele necesare gestionării problemelor (de exemplu, acces la servicii sociale, îngrijire temporară, sprijin financiar, grupuri de sprijin/de consiliere), de aceea intervenția asistentului social este necesară încă de la deschiderea cazului. După Coulsched, V. (1993), dacă ne concentrăm asupra rolului asistentului social în aceste echipe, atunci lista abilităților pe care acesta ar trebui să le aibă include:

- *Parteneriatul*, abilitatea de a lucra cu colegii, de a aloca sarcini și de a transmite răspunsuri;
- *Negocierea*, a face clar ce rezultate sunt dorite pentru sine și pentru ceilalți; compromis și confruntare;
- *Capacitatea de a crea o rețea*, adunând și transmițând informații, asociind oamenii și înființând grupuri de sprijin reciproc;
- *Comunicarea*, redactarea efectivă de rapoarte, exprimarea și scrierea cu evitarea jargonului profesional;
- *Recontextualizarea*, oferirea de perspective diferite prin plasarea problemei într-un cadru de referință mai larg și discutarea modurilor alternative de a lua în considerare o problemă;
- *Confruntarea*, combaterea hotărâtă a părerii dominante;
- *Flexibilitatea*, învățarea din abilitățile celorlalți;
- *Supravegherea și evaluarea*;
- *Măsurarea* rezultatelor, modificarea metodelor și scopurilor în funcție de acestea.

Tematica abordată este necesară pentru fundamentarea teoretică și metodologică a politicilor și serviciilor sociale destinate unei categorii sociale vulnerabile, în creștere. Când vorbim despre politici de sănătate publică în România, acestea ar trebui să sublinieze importanța unei abordări

multidisciplinare a modalităților în care cooperarea și coordonarea în domeniul cercetării la nivel european pot îmbunătăți cunoștințele, diagnosticarea, tratamentul, prevenirea și cercetarea socială privind calitatea vieții pacienților și a familiilor și asistenților acestora, considerând esențiale testele de diagnosticare precoce, cercetarea factorilor de risc și criteriile diagnosticării precoce. Politicile sociale în domeniul demenței Alzheimer ar trebui să ofere un rol la fel de important familiilor persoanelor cu demență. Familia trebuie să ocupe un rol central în strategiile terapeutice (consiliere suportivă de tip asistențial și psihologic, precum și consiliere juridică care să vizeze îndrumarea spre drepturi și facilități). Toate aceste demersuri vor viza astfel concomitent atât persoana suferindă cât și persoanele implicate în îngrijirea ei. Pentru o reușită în planul dezvoltării unor strategii de sănătate publică la nivel național, se impune realizarea unei agende strategice de lucru, cu obiective clare pe termen scurt, mediu și lung, cu termene și acțiuni specifice, precum și cu o listă de instrumente și resurse necesare în vederea implementării acesteia. O strategie complexă care s-ar impune pe termen lung, a se dezvolta și în România, privind organizarea îngrijirii pentru persoanele cu demență Alzheimer ar trebui să fie elaborată împreună de următoarea echipă de profesioniști, și anume: psiholog, asistent social, psihiatru, medic de familie, neurolog, geriatru și familia acestuia. Mai pot face parte și terapeuți ocupaționali, kinetoterapeuți sau nutriționiști, în funcție de nevoile pacienților. În acest sens, am putea vorbi despre un efort real în vederea păstrării unei calități satisfăcătoare a vieții atât a persoanelor cu demență Alzheimer cât și a familiilor acestora.

Bibliografie

- Beck, C.K., Cody, M., Zhang, M. (2012) A Multidisciplinary Team Approach to Managing Alzheimer's Disease. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. Vol.18. 33-42.
- Coulshed, V. (1993) *Practica asistenței sociale*, București: Editura Alternative.
- Grand, J.H.G., Caspar, S., MacDonald, S.W.S. (2011) Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104685/>
- Morcan, O.A. (2013) *Alzheimer: bolnav, familie, societate - intervenție asistențială*. București: Prouniversitaria.
- Morcan, O.A., Trancă, L.M. (2012) Model de bună practică în intervenția în demența Alzheimer. Centru respiro pentru aparținători. În Gal, D. (coord.) *Îngrijirea vârstnicului: studii și modele de bune practici*. Cluj Napoca: Casa Cărții de Știință. pp.145-162.
- Ordonanța Guvernului nr.86/2004*

THE NEED OF SOCIAL SUPPORT IN THE PROCESS OF MIGRATION

Mona Vintilă

***Key-words:** migration, social support, social network, psychological changes.*

***Abstract:** Due to the large emigration process of young adults from Romania, mainly after 2002 a new problem has arisen concerning the family systems. If one family member emigrates this will lead to changes in the whole family, new roles will be adopted by the family members who were left home. The changes in the couple and family relationship will mainly affect the children who will react through psychological changes in the levels of anxiety, depression, and self-esteem. We conclude that a better social support and social network is needed in order to prevent and to be able to deal with these imminent changes.*

In the context of EU accession, which has meant among other things the opening of borders and more free movement of the labour force, Romania is facing a massive migration of increasing number of people to countries with more developed economies where working conditions are better and the incomes are higher. This phenomenon is more noticeable in the country's poorest areas, where whole communities have migrated, leaving behind their families.

Since 1989, approximately 2.5 million Romanian households (33%) have had at least one member abroad. About 12% of the population went to work. The phenomenon has grown, especially since 2002, when the Schengen area was opened to Romanians. Currently this phenomenon of temporary departure to work abroad is approximately three times greater than before 2002.

In accordance to the National Authority of Child Protection, in Romania there are about 82.464 children left home without one or both parents after the parents' emigration. Thus, in recent years, temporarily disintegrated families, where one or both parents go abroad for a period exceeding six months, has become an alternative form of family. This reality conducted to massive changes in the family system of all those involved. Behind each case of migration there lies a unique personal drama.

If we would draw a portrait of the family it would look like this: most often the mother is the one who leaves in order to work abroad. The age of emigrating parents is between 25 and 45; it is mostly the case of parents with two or more children who want to emigrate, and if both parents leave, the tendency is that they will leave for a longer period.

The main reason for migration is to earn more money, child care often being transferred to relatives or others, because “the typical Romanian attitude is to seek information and help from family members, this reality lies in the fact that most households contain members of two or three generations (...). The extended family is therefore naturally the main network of support and information. Wider social networks are underdeveloped ... “ (Goian et al, 2010).

The changes will affect the family roles, namely the roles can be reversed and a family member may become overloaded, for instance if the role of the parent is taken by the elder brother, he may begin to neglect schoolwork and become parentified, there are a number of over 3500 such cases. The phenomenon called the "over-loaded child" has become quite common. In this way the parent neglects the child's needs and the child becomes loaded with negative feelings they have and they can't control or unload properly. This entails the child, who in addition to have to endure his own pain, also has to endure his parents' distress and despair.

Migration always involves losses. For people loss represents the disappearance of an object or a characteristic which had a physical, psychological or emotional significance. The perception is subjective, different for each person. The degree of subjective loss is influenced by timing, identity, and other circumstances. It is a well-known fact that divorce is the second most traumatic loss after the death of a first grade relative. Separation through migration is very similar to this type of loss and it even, very often, finally leads to it. The mother or the father can find another partner in the new country and divorce, in order to create a new family. They can have other children and abandon, at least emotionally, the children left home. In this situation, the children are very much in pain, living with an old photo of “the happy family” and being sometimes quite unable to remember the faces of their parents.

While being abroad the relationships between the migrants and the home remaining family members are kept in different ways: through letters, internet, gifts, telephone calls. Some migrants keep permanent and close contact with the family, while others are hardly in touch. There are even cases of family abandonment.

Teenagers left home by their parents will miss them, then they will get depressed, frustrated, angry and aggressive; they feel a lack of protection, they may feel confused and develop sleeping problems; they might have problems related to social integration, internal tensions, negative self-esteem; they can develop feelings of helplessness and rejection. The lack of parental models during childhood and adolescence is the major cause of those behaviors.

They will try to compensate by playing on computer or having fun with friends, going to bars etc. The parents are trying to cope with migration

demands and this can overwhelm their ability to attend to their children. Research findings indicate that greater levels of family distress are associated with depression, aggression, anxiety, low self-esteem and even delinquency (Aroian, K.J., 2006). As Voracek (2007) suggested that an interplay of genetic susceptibility factors, such as aggression, depression, and impulsivity (behavioral and personality traits that have a genetic basis) with specific environmental factors leads to high susceptibility for mental disorders and, in turn, also to suicidal behavior.

In a complex analysis (Goian, C., Vintila, M., 2010) we could find that the results are more alarming than expected. More specifically, among teenagers whose parents have emigrated and adolescents who have their parents at home, are significant statistical differences in terms of the following psychological traits: anxiety as a state of time, the personality trait anxiety, self-esteem, depression, communication and behavioral disorders. Adolescents who have emigrant parents have a higher depression level as the teenagers who have their parents at home.

The mental health of the adolescent is related with the mental health of their parent. Many studies have shown that there is a significant link between the psychological state of the emigrated parent and that of their child who remained at home. The teenagers whose parents adapted well to the new situation had a better psychological state than those whose parents couldn't adapt properly. When a parent is overwhelmed by pain and sorrow he enters into a depression that resonates with the adolescent psychological state, who himself is searching support from his parent. Another cause of the teenager's depression might be the fact that some parents overwhelm the child with their own feelings of sadness which they can't manage (Wallerstein phenomenon).

Only 10% of adolescents receive support from their parents during the emigration time (Eleoff, S., 2003). The teenager needs explanations about the loss and all this process. If not, he might feel guilty for his parent's emigration, leading to deep feelings of depression. The child's feelings are similar to what Freud called "labor mourning", which occurs after a loss and is accompanied by feelings of regrets, pain and depressive reactions. Children tend to blame themselves for the parents' divorce or even for their leaving for work. They think that they are the reason, or their behavior led to this result. They are often angry with their parents for the fact that they left and abandoned them at home with a relative, but on the other hand they are afraid of showing this anger in order not to lose the contact they still have, and because parents most often hide behind the excuse that they have left in order to ensure the child's wellbeing. So, they induce guilt in the child. His pain and depression is widened when, in some cases, the parents try to find him a new place to live, being moved from a place to another. In that way he gets lot of contradictory messages in addition to his stress of being left at home alone.

If the separation is longer than two years teenagers might find themselves already past over the shock phase of disorganization. They are now in the phase of reorganization when they already accept the situation in a sense of helplessness and deep sadness.

Another significant difference occurs in the level of self-esteem (Goian, C., Vintila, M., 2010). Adolescents who have emigrant parents have lower self-esteem than teenagers who have their parents at home

Self-esteem is formed in the family, where the adolescent gets his emotional and moral support. The emigration of a parent, or of both parents, decreases the quality of affection and moral support that they can give to their child and this leads to a lower self-esteem of the adolescent who, as such, becomes confused about himself and others.

Studies have shown that the love and affection of the parents helps children to develop a healthy and strong self-esteem. Migration splits the relationship between the parents and the adolescent and can give a hidden message as: “you are not important for me”. Parents have sometimes the illusion that if they send money and gifts to their child, he is happy and everything is fine. But the reality is that for an adolescent, the time spent together with the parents, the quality of their relationship, their parents’ attention and care are more important. Those aspects will help the child to restructure his negative perception of himself, and if not, he will feel left behind, “just nobody”, unless someone cares for him.

The adolescent’s self-esteem and well being is much related to the couple relationship of his parents. If a parent is still at home with the child, he should avoid putting the other parent in a negative position because he left. The adolescent needs a positive view of both his parents, so that he can take his parents as healthy models to identify with. It is the same case as in parental divorce; one parent should not blame or criticize the other in front of the child. This will put the child in a very difficult position, as he loves both his parents and he needs to be let to have a positive relationship with both of them in order to develop as a competent adult. Studies have shown that one of the most important causes of divorce is the emigration of one partner. Before and after the divorce, the adolescent may be faced with his parent’s conflicts and blames. Sometimes they also might feel guilty about what is happening between his parents, unless the parent “has emigrated to give him a better life”.

The adolescents whose parents have emigrated have a higher level of anxiety than teenagers who have their parents at home (Goian, C., Vintila, M., 2010). The emigration process involves more stages, the preparatory stage is characterized by anxiety for the family left home. The adolescents are facing a lot of questions about “Who is going to take care of me? Where am I going to stay? Is my parent coming back? etc.”. Those thoughts and feelings of anxiety

can increase in time and become a part of his personality. Before the emigration, the adolescent had a secure environment and all the problems were faced together with the parents. After the emigration, the adolescent is forced to face all the difficulties alone, being and/or feeling responsible for his next day and his future.

The increase in the level of anxiety, caused by various stressful situations, such as parental leave, induce an increase in the frequency of anxiety states, often accompanied by intra-psychic tension, agitation, irritability, somatic symptoms, which can transform these simple momentarily states in an anxious personality trait.

The adolescent's anxiety is much related to the feeling of loss of the parent who is emigrated and also with the fear of losing the other parent, too. This anxiety can leave a mark on the normal functioning of the adolescent living in this environment and if it persists for a long time, it may be associated with depression and low self-esteem.

The active presence of both parents in the adolescent's life after the emigration is very important for his normal development and implementation of a healthy concept of the self and the others. Many children aged 10 or over need to sleep with the remaining parent, as an insurance that they will not be abandoned by this one too, so their fear is high of being abandoned and left alone. But the parent who remains home is very engaged in solving alone all the problems and duties. That's why they sometimes have little time to spend with their child – which the child would very much need. Instead they talk to them about their problems, which they should not do. When a parent complains about the daily worries, problems and responsibilities the child becomes parentified, more like a substitute of the missing partner, than the child he needs to be. Consequently, the adolescent is searching for other persons who can understand him and is taking negative models to identify with.

The high depression and anxiety level, and low self-esteem of adolescents that have emigrant parents will all together lead to much more frequent behavioral disorders and problems in communicating with others: parents, adults, or even peers.

The main deviations of behavior that have been highlighted in adolescents who have parents abroad are: suicide, asocial and antisocial acts, negativity, lying, stealing, robbery, beating, threat, rape, escape from home or vagrancy, alcoholism and drug addiction.

At these adolescents often a "denigration of humanitarian feelings" as: understanding, love, compassion and respect for dignity, accompanied by cancellation of any sense of positive social value may be present.

The peculiarities of personality and behavior of adolescents with parents abroad, outlined also some communication problems that occur with

parents, teachers and peers. The language is sometimes aggressive and there are moments when they prefer to avoid contact and communication with the loved ones, becoming isolated.

Conclusion:

In accordance we feel that what is needed is a much better social support, a network which should be organized to help families through the process of migration, to help them to adjust to the new situation they experience. Children from families with emigrated parents should be in the focus of psychologists such as to prevent the psychological changes in the levels of anxiety, depression, self-esteem. At the same time social workers should be much more present to intervene when they observe changes in the behavior of these children and they feel the risk of developing behavioral problems. All these could make the process of migration to be much smoother for all those involved without leading to long lasting and unwished consequences.

References:

- Aroian, Karen (2006) Children of Foreign-Born Parents. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, Vol. 44.
- Eleoff, Sara (2003) An Exploration of the Ramification of Divorce on Children and Adolescents. *The Child Advocate Divorce Effects*.
- Goian, Cosmin et al. (2010) Communication resources to improve eating patterns in rural areas. In *Economic Science for rural development*, no 21, 201, pp. 68-74.
- Goian, C., Vintila, M. (2010) Migration as a cause of communication problems in adolescents. In *12th Biennial Conference of the European-Association for Research on Adolescence*, pp.161-166.
- Vintila, Mona (2004) Jealousy related particularities of a Romanian sample of young adults. In *Psychology and Health*, vol. 19, supp., p. 186.
- Voracek, Martin, Vintila, Mona, Fisher, M., Yip, P. (2002) Evidence for lack of change in seasonality from Timis county, Romania. In *Perceptual and motor skills*, vol. 94, pp. 1071-1078.
- Voracek, Martin et al. (2008) The belief in the Inheritance of Risk factors for Suicide Scale (BIRFSS): Cross-cultural validation in Estonia, Malaysia, Romania, the United Kingdom, and the United States. In *Suicide and Life threatening behaviour*, no. 38.
- Voracek, Martin et al. (2007) A further test of the Finno-Ugrian suicide hypothesis: correspondence of county suicide rates in Romania and population proportion of ethnic Hungarians. In *Perceptual and motor skills*, No. 105, pp.1209-1222.