



PSIHOLOGIE MEDICALĂ

Curs 2

„Normal și patologic. Sănătate și boală.”

II.1. Accepțiunile normalului

Cuvântul „normal” provine din termenul latinesc *norma*, care semnifică „unghi drept”. Una din interpretări ar fi „care nu se abate” nici în stânga, nici în dreapta și nici de la medie. În dicționarul de psihologie („Vocabularul Psihologiei” – Henri Piéron) normalitatea este definită ca un ansamblu de caracteristici ale aceleiași persoane, caracteristici care se situează în interiorul marjelor de variație ale populației din care face parte. Noțiunea de „normalitate”, din punct de vedere statistic, este reprezentată grafic de distribuția sub forma „curbei lui Gauss”.

Conceptul de normalitate, a cărei definiție s-a impus în condițiile încercării de identificare a criteriilor de clasificare a tulburărilor psihice, considerate ca abateri de la normalitate, se poate asocia cu starea de echilibru în plan intern, intrapsihic și în planul extern al individului. Normalul înglobează între limitele lui noțiunile „divers” și „diferit”, astfel apărând:

- a) normalul ca indicator standard al valorilor culturale;
- b) diferitul ca o altă formă posibilă a normalității și
- c) diversul ca și variantă de tip formal a normalității.

O asociere des întâlnită este aceea dintre normalitate și adaptare. Adaptarea este un simplu proces de acceptare oferit din exterior individului de societate și mediu. Dacă privim adaptarea ca fiind un consum de energie necesar pentru ca persoana să se poată integra sau să poată rezista în fața presiunii exercitate asupra sa de psihotraumele sociale sau de tensiunea legăturilor sociale, atunci putem considera că procesul de socializare reprezintă achiziția pentru a putea efectua eforturile de adaptare socială continuă, pentru a-și însuși sau menține rolurile sociale dobândite. (Mucchinelli, apud. C. Enăchescu, 2005)

Cu toate acestea, s-a constatat faptul că pentru un individ normal este imposibil să se poată adapta la toate grupele sociale. Din acest motiv, unii autori preferă să utilizeze drept criteriu al normalității "adaptabilitatea", argumentând prin aceea că individul normal nu este niciodată complet adaptat, în schimb un individ cu diverse patologii este o persoană inadaptabilă.

M. Sabshin distinge un evantai variat coexistent în sfera normalului:

1. normalitatea ca sănătate
2. normalitatea ca utopie
3. normalitatea ca medie
4. normalitatea ca proces

Normalitatea ca sănătate – este perspectiva tradițională prin prisma căreia se consideră normalitatea ca starea de sănătate cu caracter universal.



Normalitatea ca utopie – acest concept formulează un ideal, o normalitate ideală, individuală și comunitară. Descrie în formulări prescriptive, invocă și promovează tipuri ideale. Nu poate fi atinsă și variază în funcție de spațiul socio-cultural și geografic.

Normalitatea ca medie – se bazează pe descrierea statistică a fenomenelor (biologice, psihice, fizice, chimice) ca fiind repartizate conform curbei lui Gauss, în care zona mediană este cea mai importantă (și deci normală), iar extremele sunt considerate deviate.

Normalitatea ca proces – este perspectiva asupra normalității care accentuează faptul că un comportament normal nu este altceva decât fiabilitatea subsistemelor care interacționează între ele. Cu alte cuvinte, normalitatea ca proces, consideră mai importante schimbările și procesele decât o definire transversală a normalității.

Atât *normalitatea*, cât și *anormalitatea* depind de variațiile de mediu exterior în ceea ce privește capacitățile de adaptare ale individului, fapt care va declanșa suferința. Strâns legată de aceste două concepte este dimensiunea istorică a individului, a factorilor de viață care pot interveni fie în sens protector, fie cu semnificație de risc "morbigenetic".

Studiile au pus în evidență faptul că manifestări psihocomportamentale considerate patologice într-un anumit spațiu cultural, pot fi normale în altul, iar bolnavul își pierde capacitatea de adaptare flexibilă la condițiile oferite de mediu, în raport cu indivizii normali care dispun în mod liber de această aptitudine.

II.2. Aspecte, criterii și coordonate ale sănătății. Sănătate și boală.

Organizația Mondială a Sănătății definește sănătatea ca o stare de bine fizic, psihic și social. Boala este definită ca o serie de modificări biologice și/sau psiho-comportamentale care generează o stare de stres și/sau dizabilitate sau un risc crescut spre stres și/sau dizabilitate (după American Psychiatric Association - 1994). Strâns legate de conceptul de boală sunt cele de *incidență* (numărul de cazuri noi dintr-o boală anume, care apar într-o unitate de timp specificată) și *prevalență* (numărul de cazuri dintr-o boală anume, existente la un moment dat).

Termenii au avut o evoluție amplă, reușind să trezească interesul mai multor specialiști, poate în mai mare măsură decât oricare alții din psihologie. Pentru a putea lucra cu anumite concepte sau dimensiuni, trebuie mai întâi să le delimitezi, să le definești, să le cunoști, să le operaționalizezi etc.

Astfel, pe la mijlocul anilor '60, în Franța, sănătatea era împlinirea, realizarea de sine, satisfacția, un mijloc/instrument extrem de important pentru a putea face orice, inclusiv pentru a munci, pe când la englezi, ea era fie o absență a bolii, fie o capacitate optimă de muncă. Pentru cei mai în vârstă era puterea de a rezista, capacitatea de a funcționa, dublată și de o dimensiune morală.

Din punct de vedere *biologic*, sănătatea poate fi definită ca acea stare a unui organism neatins de boală, în care toate aparatele, organele și sistemele funcționează normal, stare în care funcțiile se îndeplinesc și se împletesc în mod armonios.

Din punct de vedere *psihic*, sănătatea poate fi descrisă ca fiind armonia dintre comportamentul cotidian și valorile fundamentale ale vieții asimilate de individ, îmbinarea elastică dintre gând, afect și comportament. Este acea stare a organismului în care capacitățile sunt optime, referindu-ne aici, pe lângă capacitatea de a munci, de a studia, de a efectua anumite activități, și la capacitatea de a înțelege emoțiile, de a ne stăpâni, de a rezolva/a face față problemelor cotidiene sau



celor stresante, fără a recurge la modalități distructive de adaptare la ele (cum sunt alcoolul, drogurile etc.). Presupune capacitatea de a munci productiv, de a iubi, de a ne preocupa de ceilalți, presupune o viață cu sens, trăită armonios.

C. Herzlich propune trei dimensiuni ale sănătății:

- absența bolii
- constituție genetică bună
- starea de echilibru a organismului, ca fiind capacitatea de adaptare a individului la mediul său de viață.

M. Lalonde atribuie sănătatea factorilor:

- biologia umană: moștenire genetică, procese de maturizare/îmbătrânire
- mediul: apa potabilă, medicamentele, poluarea, bolile transmisibile, schimbările sociale rapide
- stilul de viață: hrană, activități fizice, alcoolism, etc.
- organizarea asistenței medicale: cantitatea/calitatea resurselor medicale, accesul la ele, tipul de relație între persoane și resurse în asistența medicală.

A. Ellis enumeră 13 parametri ai sănătății mintale:

1. conștiința clară a interesului personal;
2. conștiința limpede a interesului social;
3. auto-orientarea – ca fiind capacitatea de a se conduce și orienta singur în viață;
4. nivel înalt de toleranță a frustrării;
5. acceptarea incertitudinii și capacitatea de ajustare la incertitudine;
6. angajarea în activități creatoare;
7. gândire științifică, realistă și obiectivă;
8. auto-acceptarea – ca fiind capacitatea individului de a se accepta așa cum este el, cu părți bune și rele; capacitatea de a se bucura de viață;
9. angajarea moderată și prudentă în activități riscante;
10. realism și gândire anti-utopică;
11. asumarea responsabilității pentru tulburările emoționale proprii;
12. flexibilitatea în gândire și acțiune;
13. îmbinarea plăcerilor imediate cu cele de perspectivă.

A. H. Maslow în 1976 teoretizează forma supremă a sănătății psihice introducând conceptul de *personalitate autorealizantă*, cu următoarele trăsături:

1. Orientare realistă în viață;
2. Se acceptă pe sine, pe alții și lumea înconjurătoare;
3. Are un înalt grad de spontaneitate;
4. Este centrat pe probleme și nu pe trăirile subiective;
5. Atitudine de detașare și nevoie de intimitate;
6. Autonomie și independență;
7. Aprecie elastică a lucrurilor și a oamenilor, lipsită de stereotipii;



8. Are experiențe spirituale sau mistice profunde, deși nu în mod necesar cu caractere religioase;
9. Se identifică cu omenirea, are interese sociale puternice;
10. Relațiile sale afective, intime sunt profunde și cu mare încărcătură emoțională, practicate cu puține persoane, și nu superficiale dar cu multe persoane;
11. Împărtășește atitudini și valori democratice;
12. Nu confundă mijloacele cu scopurile;
13. Simțul umorului este superior, detașat filosofic, nu ostil și vindicativ;
14. Are mare potențial creator;
15. Se opune conformismului cultural;
16. Transcede mediul lui de viață, nu se conformează acestuia.

Din punct de vedere *social*, este acea stare a organismului în care capacitățile individuale sunt optime, astfel încât persoana își îndeplinește adecvat, fără a produce rău celor din jur, rolurile sociale (de părinte, coleg, prieten, vecin, soț, iubit etc.).

Mai merită amintit aici și conceptul de *sănătate pozitivă* propus de Downie (1992), care presupune două componente:

1. Bunăstarea psihică, fizică și socială;
2. Fitness – forma fizică optimă, încuzând cei patru S (lb. engleză):
 - a. *Strenght* – forță fizică;
 - b. *Stamina* – vigoare (rezistență fizică);
 - c. *Suppleness* – suplețe fizică;
 - d. *Skills* – îndemânare (abilitate) fizică

Concluzia evidentă de aici, este aceea că resursele se află concentrate în cel de-al patrulea factor, iar cauzele bolii rezidă în primele trei. Sănătatea poate apărea ca unitate a trei puncte de vedere: sfera biologicului, sfera psihicului, sfera socialului.

Conceptele de „boală” și „sănătate” sunt concepte evaluative, ce pot fi analizate din mai multe puncte de vedere. Saxon G., în 1960, afirma că sunt circumscrise de dezvoltarea cunoașterii biomedicale, de orientările intelectuale ale culturii și de sistemul axiologic al societății. Deoarece reprezintă un mod de viață, cultura joacă cel mai important rol în condiționarea reacțiilor față de boală și a sănătății ca fenomen social. De aici rezultă ca există diferențe semnificative în ceea ce privește statutul bolnavului, starea *normală* sau *patologică* a acestuia, funcție de cultura și tipul de societate din care acesta face parte, sau de stadiul de dezvoltare al comunității de care aparține. De pildă, indienii din Amazonia de Nord, considerau spirochetoza – a cărei prevalență era extrem de ridicată – ca pe un semn de sănătate. Absența acesteia la un individ era considerată boală și determina interzicerea căsătoriei.

Medicii sunt cei care definesc boala riguros-științific în urma anamnezei, a rezultatelor de laborator, a investigațiilor clinice, etc. Există însă, în medicina actuală anumite „neîmpliniri” care se constituie în continue surse de echivoc în definirea sau circumscrierea exactă a bolilor. Dificultățile/divergența de diagnostic, prognostic sau profilaxie pentru unele boli contemporane (marile „necunoscute”: SIDA, cancer), fac ca noțiunii de boală să-i corespundă conținuturi diferite deoarece semnele, simptomele recunoscute în acest sens nefiind mereu univoce.

Prezentăm în continuare componentele bolii, pentru a putea înțelege mai bine felul în care aceasta este definită:



a) **manifestări** - reunite sub numele de tablou clinic sau simptomatologie, ce conține semne și simptome (de studiul lor ocupându-se semiologia). Semnele (lat. signum - semn, marcă) sunt forme de manifestare a bolii, care pot fi identificate de cadrul medical sau de altă persoană (inclusiv pacient), independent de ce declară pacientul (de exemplu, modificări ale culorii pielii sau modificări în comportament). Simptomele (lat. symptoma - ceea ce se produce, apare) sunt manifestările care apar în primul rând în sfera de percepție a bolnavului și, implicit, sunt simțite de acesta la nivel subiectiv, ele fiind cunoscute de cadrul medical numai prin declarațiile pacientului. Unele semne și simptome pot apărea împreună, alcătuind sindroamele (ce pot avea etiologie multiplă), cum ar fi de exemplu sindromul depresiv, care este constituit din convingerile negative legate de propria persoană, așa cum este ea considerată în trecut și în prezent.

b) **agenți/factori etiologici** - ce pot fi clasificați după *natura* lor în agenți exogeni (fizici, chimici, biologici și psiho-sociali) și agenți endogeni (cum ar fi cei genetici), iar după *funcția* lor în factori declanșatori (produc în mod direct simptomatologia), factori determinanți (și ei produc în mod direct simptomatologia, dar sunt strâns legați de un anumit tablou clinic), favorizanți (cu rol catalizator), de risc (aparțin pacientului, sunt prezenți dinaintea instalării tabloului clinic și, împreună cu cei menționați mai sus, duc la apariția tabloului clinic) și de menținere (susțin simptomatologia).

c) **reacțiile de răspuns al organismului la acțiunea factorilor etiologici** - ce pot fi specifice sau nespecifice, fiecare din ele, la rândul lor, putând fi locale sau cu caracter general și putându-se manifesta la nivel biologic sau psihologic.

Noțiunea de boală, la fel ca cea de sănătate, are sens numai în funcție de omul privit ca un tot: ființă bio-psiho-socială, iar conceptul de boală este rezultatul localizării suferinței în spațiul corporal (considerat spațiul fiziologic atât al proceselor normale, cât și al proceselor patologice) al persoanei.

Un alt fenomen care apare este cel al *modei* în tratarea unor boli: binecunoscuta psihanaliză (pentru tratarea nevrozelor), tratamente naturiste, tehnici yoga, medicație homeopatică, reflexoterapie etc. Chirurgia plastică – model de normalitate ca utopie (idealul frumuseții) –, atitudinea față de avorturi, controlul sarcinii cu ajutorul anticoncepționalelor sunt doar direcții prin care societatea și cultura trasează limitele normalului și ale patologicului.

Astfel rezultă că neputința fizică sau psihică de a corespunde acestor standarde este catalogată drept boală.

Însă pentru C. Bernard, sănătatea și boala nu sunt decât două moduri de a fi esențialmente diferite și nu trebuie considerate ca entități distincte ce își dispută între ele organismul viu. Între ele nu există decât diferențe de grad: exagerarea, disproporția, dizarmonia fenomenelor normale constituie starea de boală. Iar dacă privim problema normalității și a anormalității dintr-o perspectivă antropologică, sănătatea va avea un caracter relativ, iar tipul de "om normal" devine, în cazul acesta, o abstracție ideală.

II.3. Noțiunea de sănătate mentală.

II.3.1 Definiție

Deși ramurile Psihologiei Medicale studiază aspectele psihosociale ale bolilor fizice (somatice), importanța cunoașterii dimensiunilor psihologice ale sănătății (în plan mental și în plan comportamental) este la fel de mare, în cazul bolnavilor somatici. Un prim argument este furnizat de faptul că barajul - reprezentat de o sănătate mentală perfectă în fața solicitărilor mentale apărute sub



forma stressului psihic - nu este, cel mai adesea, perfect și, din acesta cauză, el poate fi străpuns *prin zonele de "slabă rezistență" psihologică*. Aceste zone sunt reprezentate de anumite trăsături de personalitate cu rol permisiv față de propagarea stresului indus de factori externi sau de factori interni, ca de exemplu, puternica rezonanță la disconfortul somatic generat de boală.

Un al doilea argument este acela că, în practica medicală, se pot întâlni destul de frecvent *pacienți la care coexistă boli somatice cu tulburări psihice* ce necesită diagnostic și tratament, cum este cazul unor mari nevrotici cu boli psihosomatice asociate (de ex., ulcer duodenal + astm bronșic + hipertensiune arterială, etc. la un același bolnav cu o stare depresivă) (Iamandescu 1980).

În definirea sănătății **mentale, criteriile de apreciere a normalității sunt mai puțin riguroase (au un grad mai mic de cuantificare)** dar pot, totuși, să ofere suficientă garanție pentru o apreciere, mai ales când observația clinică se coroborează cu *elemente ale distribuției statistice* (raportarea la majoritatea de cca 68% din zona medie +/- minoritatea de cca 27% - incluse în normalitate) (Minulescu) și, mai ales cu *utilizarea testelor psihologice* din domeniul psihodiagnozei.

Într-o tentativă globală de a defini sănătatea din punct de vedere psihologic, trebuie să pornim de la cele două laturi intercorelate ale psihismului: procesele mentale și actele comportamentale. În esență, vom avea în vedere, ca și în cazul sănătății somatice, o **latură externă (comportamentală)**, mai ușor de evaluat - deoarece comportamentul este, prin definiție, observabil din exterior - și o **latură internă (activitatea mentală)**, abordabilă numai de către subiect prin introspecție.

Întrucât sănătatea mentală reprezintă rădăcinile (interne) ale comportamentului (acesta este pus în mișcare prin decizia luată în plan mental, după o "largă dezbatere" a instanțelor psihismului), vom păstra acest termen (sănătate mentală) într-un sens echivalent cu cel de sănătate psihică.

Definiția 1

Vom porni totuși de la o definiție "comportamentală" a sănătății mentale, care poate fi considerată ca **un mod de a gândi, simți, și mai ales, a se comporta, al unei persoane, în conformitate cu normele (regulile) impuse de colectivitate**. Prin această definiție de lucru, vom accentua caracterul de afiliere la normele sociale, incluzând și particularitățile socio-cultural istorice ale acestor reguli, care, uneori, pot să creeze confuzii neesențiale. De exemplu, un individ care fluieră într-o biserică ortodoxă sau într-o moschee comite un lucru considerat anormal (dacă o face fără discernământ), iar o femeie având cu capul acoperit cu turban este considerată excentrică într-o țară creștină și perfect normală într-o țară musulmană.

Totuși normalitatea psihică (păstrăm și aici sinonimia cu sănătatea mentală) nu este total superpozabilă normelor socio-culturale, inclusiv juridice, existând multe cazuri în care micile abateri, ca de exemplu de la "codul manierelor elegante" sau de la regulile de circulație, pot să provină din ignoranță sau dintr-o rea intenție a individului și să nu aibă un caracter constant. Aceste exemple impun includerea **discernământului** între atributele normalității.

Definiția 2

Având în vedere că perspectiva psiho-medicală de apreciere a sănătății mentale este mai largă, mai explicită dar și mai adecvată decât cea socio-culturală, vom considera ca valabilă definiția dată de Mihaela Minulescu: "*O persoană sănătoasă mental prezintă o structură unitară a personalității, în care toate componentele complementare funcționează integrat, nu disruptiv, este conștientă de propriile limite și poate face față acestora; de asemenea, include și capacitatea de a învăța din experiența de viață*". Potrivit aceleiași autoare, sănătatea mentală poate fi definită prin următoarele caracteristici:



- capacitatea de conștientizare, acceptare și corectitudine în modul cum se concepe pe sine;
- stăpânirea mediului și adecvarea în modul de a face față cerințelor vieții;
- integrarea și unitatea personalității;
- autonomia și încrederea în sine;
- perceperea realistă și sensibilitatea socială;
- continuitatea dezvoltării personale spre auto-actualizare.

II.3.2. Parametrii bio-psiho-sociali ai sănătății mentale

Sănătatea mentală este, în primul rând condiționată de o bază biologică reprezentată de structurile sistemului nervos central, mai ales ale scoarței cerebrale. Această afirmație este susținută de existența unor tulburări psihice în cazul tumorilor cerebrale dar și în cazul unor intoxicații precum cea alcoolică sau din cursul unor insuficiențe de organ (uremie), encefalopatie portală, etc. Un celebru adagiul latin exprimă plastic această relație: „mens sana in corpore sano”.

Referitor la interacțiunea individului cu mediul psiho-social, „Onion model” elaborat de Dahlgren și Whitehead în 1991, oferă posibilitatea unei vederi de ansamblu asupra modului în care nucleul biologic al individului respectiv (vârstă, sex, ereditate) este învelit în straturi concentrice, de la interior spre exterior, de către *influența altor „determinanți ai sănătății”*, reprezentați de:

1. factori ai stilului de viață
2. influențe social-comunitare (la nivel de grup)
3. condiții de viață și muncă
4. condiții generale social-economice, culturale și de mediu macrosocial.

Sănătatea mentală trebuie apreciată în cadrul condițiilor de dezvoltare ale individului și mai ales, **în funcție de vârstă**. Astfel de exemplu, la copilul mic și la vârstnicii fără boli degenerative avansate, performanțele cognitive, aspectele afectivității, comportamentul, etc. sunt foarte diferite de nivelul maximal al sănătății mentale specifice adultului și care este denumită prin sintagma "maturitate psihică".

Potrivit stadializării concepute de Erickson (citat de Luminița Iacob), etapele de "dezvoltare psihosocială" sunt marcate de *adaptarea și asimilarea la factorii sociali determinanți* (ibidem): părinții (0- 6 ani), școala și familia (6-12 ani), grupele de aceeași vârstă (adolescenți 13-18 ani), prietenii și relația de cuplu (tinerețe), familia și societatea (adultul matur), pensionarea și apropierea de sfârșitul vieții (bătrânețe).

Adultul matur își formează *comportamente de asumare a responsabilității asupra deciziilor sale, pune în centrul valorilor sale familia și societatea și -facultativ- își exprimă valențele creatoare (sau stagnează)*.

Copilul de diferite vârste aspiră la (și dobândește) autonomie și competențe specifice vârștelor pe care le parcurge, **adolescentul** - identitatea, **tânărul** - intimitatea sau izolarea (în relația de cuplu, cu prietenii), **adultul** - puterea de a genera, iar **vârstnicul** - evaluarea reușitelor din cursul vieții și înțelepciunea (sau disperarea).

II.3.3 Sănătate mentală și adaptare

Un **individ sănătos** din punct de vedere mental (psihic) posedă o adaptare suplă și armonioasă la cerințele mediului predominant social.



Pe scala normalității psihice adaptarea la mediul natural și psiho-social constituie un criteriu de departajare a gradelor de adaptare, motiv pentru care distingem mai multe tipologii în raport cu normalitatea definită mai sus. Astfel, vom distinge:

Bolnavul nevrotic

Bolnavul nevrotic are o serie de tulburări mentale (în special în sfera afectivă), dar *reușește să se adapteze, este drept, cu mari eforturi*, la cerințele vieții cotidiene și normelor sociale (cf Hochapfel și Hoffmann). Datorită simptomelor sale psihice el cere, în mod repetat (uneori excesiv), ajutorul doctorilor deoarece este conștient de boala sa.

Bolnavul psihotic (prototip schizofrenicul)

Este *rupt de reeditate*, trăiește într-o lume a sa, frecvent delirează, și nu recunoaște faptul că este bolnav, în ciuda unor tulburări mentale severe.

Tulburări de personalitate

Dacă sindroamele nevrotice și psihozele întrunesc elementele de definiție ale bolii (cu un debut, o perioadă de "platou" și, în final, o ameliorare - cel mai adesea - sau chiar vindecare, mult mai rar), **tulburările de personalitate** (termenul mai vechi de "*psihopatii*") nu sunt considerate boli. Ele reprezintă o structurare timpurie, încremenită, a unor trăsături de personalitate într-un pattern comportamental specific fiecăreia dintre ele, dar având ca numitor comun *inadaptarea sau o defectuoasă adaptare la viața socială*. Acești indivizi se comportă de o așa manieră încât, *fie că își complică singuri existența (de exemplu, tipurile de personalitate anancastă sau emotivă), fie că "îi fac să sufere pe ceilalți"* (K. Schneider) de exemplu, tipul borderline, tipul de personalitate disociată, paranoidă, etc. (DSM IV). Această din urmă grupă de tulburări de personalitate recrutează indivizi cu un **comportament antisocial**, adeseori delicvenți care - deși au discernământ - nu reușesc să învețe din propria lor experiență, de oameni certați cu legea și pedepsiți de către aceasta.

Clasificările psihiatrice mai noi îi scot pe acești indivizi cu "personalități dizarmonice" din categoria bolnavilor deoarece tulburările lor comportamentale sunt constante, au o evoluție cvasi-permanentă, nefiind, în general, receptivi la psihoterapie sau la medicație psihotropă și nici la corecțiile aplicate de lege prin detenție (ibidem).

Personalități accentuate (Leonhard)

Se consideră de către psihologi și se adeverește de către marele public faptul că indivizii care se încadrează în normalitatea postulată de către testele psihologice, deși sunt foarte prețuiți de către cei din jurul lor pentru corectitudinea și eficiența lor în plan mental și comportamental - dau, în genere, impresia unor „mediocrități” puțin cam plicticoase, uniforme, mai ales „pe termen lung”, ceea ce poate să creeze un fenomen de saturație afectivă, mai puțin pentru colegii de serviciu, cât pentru membrii de familie și în special pentru partenerul conjugal.

Ca o opinie personală, nesuținută de probe științifice, avem impresia că acești oameni, „ca la carte”, (în special bărbații) ajung să producă - în cadrul conjugal, mai ales - o senzație de iritare ascunsă (în cazul în care ei reprezintă „modelul”), sau de monotonie exasperantă, motiv pentru care apar multe infidelități sau divorțuri declanșate de soțiile respectivilor „normali”. În cazul partenerelor „normale la teste”, soțul nu prezintă o astfel de tendință la separație fie din cauza atracției fizice - care compensează „monotonia” - fie din cauza existenței unei „supape” reprezentată de mici infidelități conjugale, acceptate mai ușor în spațiul balcanic (când autorii lor sunt bărbații).

Revenind la „normalitatea plicticoasă” postulată de testele psihologice de personalitate, este demnă de apreciat tentativa lui Karl Leonhard de a întreprinde un efort - sprijinit de clasificările anterioare ale tipurilor de psihopatii, în special a lui Kurt Schneider, - de a considera, pe baze



clinice, existența unei zone de tranziție între normalul personalității și patologicul reprezentat de tulburările de personalitate.

Criteriul care permite diferențierea față de **anormalitate** este, în opinia noastră, **menținerea evoluției persoanei respective în cadrul unei adaptări sociale, cel puțin acceptabile, fără situații conflictuale zgomotoase cu sine și cu lumea din jur**. În cadrul acestei zone de tranziție se situează o serie de trăsături accentuate de personalitate (ex. emotivitatea, impulsivitatea, tendințele obsesive, paranoide, etc.) a căror prezență la un individ (una sau chiar mai multe) conferă acestuia un grad de originalitate, adeseori apreciat de către cei din jur .

În ceea ce privește adaptabilitatea acestor personalități accentuate" - din rândul cărora se recrutează valorile științifice, artistice, etc - ale societății - există posibilitatea unei „derapări” spre personalități dezarmonice, în cazul unor împrejurări ale vieții nefavorabile (Minulescu).

Redăm mai jos tipologia de bază a personalităților accentuate creată de Leonhard, nu înainte de a recomanda lucrarea fundamentală (fascinantă!) în care ele au fost expuse: „**Personalități accentuate în viață și literatură**”, carte ce ilustrează încă o contribuție originală a autorului, aceea de a exemplifica diversele trăsături accentuate de personalitate prin celebre personaje ale literaturii mondiale (create de Shakespeare, Tolstoi, Balzac, etc).

Clasificarea sa cuprinde ca **trăsături accentuate ale firii**:

- tipul hiperperseverent (susceptibilitatea și ambiția);
- tipul hiperexact (conștiinciozitatea și seriozitatea sunt exagerate);
- tipul demonstrativ (teatral, se autolaudă și autocompătimește);
- tipul nestăpânit (irascibil, indispoziție cronică, devieri în direcția alcoolismului, sau sexuale).

Combi-națiile trăsăturilor de caracter accentuate conduc spre:

- tipul hipertimic (locvace, cu o constantă bună dispoziție);
- tipul distimic (posomorât, seriozitate exagerată);
- tipul labil (oscilații între veselie și tăcere, hiper- și distimie);
- tipul emotiv (trăiri afective puternice, determinate atât de evenimente triste cât și fericite);
- tipul exaltat (excesivă oscilație a afectelor între euforie și depresie);
- tipul anxios.

Combi-națiile trăsăturilor de caracter și temperament accentuate:

- tipul introvertit (trăiește preponderent în lumea imaginației);
- tipul extravertit (trăiește preponderent în lumea percepției);
- tipul introvertit - hipertimic.

N.B. Pentru detalii asupra datelor conținute în acest capitol, menționăm paragraful "Normalitate psihică" de M. Minulescu în B. Luban-Plozza și I. B. Iamandescu "Dimensiunea psihosocială a practicii medicale". Ed. Infomedica 2002

II.3.4. Sănătatea ca problemă a colectivității

"Sănătatea unei națiuni este o problemă de ordin social și nu una de ordin personal" (Bandura-2005).

Problematika sănătății a fost abordată, cu mai multă hotărâre și amploare, de la jumătatea secolului trecut, de către forurile decizionale ale fiecărui stat. „Comanda socială” a unei veritabile politici a sănătății a venit odată cu **progresele medicinei care au permis creșterea duratei de viață**



la vârste care "permit" dezvoltarea unor boli cronice de uzură până la un stadiu în care să atingă nivelul unor suferințe până atunci ignorate (câteva exemple: ateroscleroza coronariană și cerebrală, diabetul zaharat insulinodependent, reumatismul cronic degenerativ). Prin urmare, prevenirea unor astfel de boli ar trebui asigurată printr-un **comportament sănătos, adoptat de timpuriu** sub influența unei educații bazate pe considerarea și combaterea factorilor psihosociali implicați în geneza unor conduite nocive, de risc pentru îmbolnăvire. O astfel de orientare asigură **condițiile desfășurării vieții prelungite („extended life”) cu cât mai puțină durere, infirmitate și dependență.** (Fries și Crapo - 1981).

Printr-un *model general al sănătății conceput mai ales ca rezultat al unor obiceiuri de viață sănătoase* (dietă, mișcare, odihnă, etc. echilibrate) *decât al utilizării unor medicamente* ("pentru slăbit", "pentru calmare" etc) se poate frâna **procesul de "medicalizare a problemelor vieții**, realizată până acum printr-un marketing public agresiv al unor medicamente scumpe, prescrise pentru aceste probleme". În plan psihologic individual, apare ca necesară formarea unei *mentalități asupra propriei sănătăți*, „selfmanagement model" (Bandura, 2005), conform căreia **orice om trebuie să își autoadministreze sănătatea într-un mod conștient și responsabil**, ca parte integrantă a stilului său de viață, care să-i respecte particularitățile sale motivaționale adaptate la cele biografice. O astfel de individualizare a comportamentului salutogenetic implică plasarea interesului individului, mai ales a celui vârstnic, în sfera unor oferte, din partea societății, cu privire la posibilități de promovare a sănătății adecvate problemelor sale personale sau specifice grupului social de apartenență (de ex. excursii organizate în grup pentru septagenari și octogenari, ce dezvoltă autonomia plurivalentă a vârstnicilor).

Asistăm astfel la o **"redirecționare a eforturilor societății de la practicile de ofertă - supply-side", către "remediile cerute - demand-side"** (ibidem).

Același autor propune din această perspectivă **implementarea unor "programe de sănătate psihosocială"** pe internet capabile să ofere unei largi populații - la nivel mondial- *reper comportamentale generale pentru păstrarea sănătății*. În același timp, internetul poate oferi posibilitatea unor "modele efective de furnizare a unei *instruiri personalizate*", menită să schimbe sau să atenueze obiceiurile nesănătoase ale individului interesat de o astfel de schimbare și care poate găsi informațiile respective într-un mod facil, cu costuri reduse și având - pe această cale a internetului - senzația de anonim care îl protejează de jena frecvent întâlnită la cei cu vicii, când încearcă să obțină același gen de informații de la o altă persoană (Muniz și col. cit de Bandura)