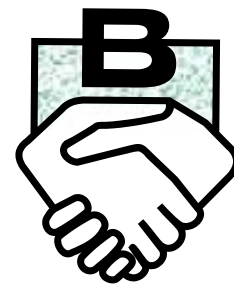


Buletinul Asociației **Balint**



Periodic trimestrial. Volumul XXII. Nr. tematic 87-88

Iulie - Decembrie 2020

ELEMENTELE BIOETICE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI RESPECTAREA POLITICII SANITARE SUNT NECESARE UNUI BUN DIALOG CU PACIENTUL	4
METODE DE EDUCAȚIE PRIVIND FUMATUL LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	12
CE AȘTEAPTĂ PACIENȚII ? DESPRE ROLUL COMUNICĂRII ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT	16
IMPORTANȚA ȘI ROLUL GHIDURILOR DE COMUNICARE ÎN RELAȚIA MEDIC – PACIENT	19
OPINIILE SOCIETĂȚII PRIVIND ACORDAREA AJUTORULUI BOLNAVILOR MINTALI	22
CRITERIUL CAUZALITĂȚII ÎN EVALUAREA PACIENTULUI DE CĂTRE PERSONALUL MEDICAL*	26
PEDOFILIA - CAUZE, EFECTE ȘI TRATAMENT	31
PROCES VERBAL DE LA ALEGEREA CU VOT PRIN CORESPONDENȚĂ A NOULUI BIROU A ASOCIAȚIEI ȘI ADUNAREA GENERALĂ ON-LINE DIN 25 SEPTEMBRIE 2020	37
REKVIEMURI	39

2020/2021-es éveink vízváltóján kívánunk egy boldog, békés,
örömteli, sikerekben és egészségben bővelkedő Újesztendőt!

*A szerkesztőbizottság nevében,
Veress Albert (Bercsi)*

La cumpăna anilor 2020/2021, vă doresc un "La mulți ani"
cu sănătate, fericire, bucurii și împliniri!

*În numele comitetului de redacție,
Veress Albert (Bercsi)*

In the festive time of year I wish each and every one of you and your
beloved families a very Happy New Year. May God bless all of you and
the good work you are all doing all over the world!

*On behalf of the editorial board,
Veress Albert (Bertzy)*

Anlässlich des Neuen Jahres wünschen wir euch eine Glückliches
Neues Jahr! Gesundheit und viel Erfolg!

*Im Namen des Redaktionsausschusses,
dr. Veress Albert (Bertzy)*



**ASOCIAȚIA BALINT
DIN ROMÂNIA**



**WEEKEND DE IARNĂ
cu Post-Revelion
online**



BALINT ÎN PANDEMIE

9 ianuarie 2021

orele 9 – 20

**Informații/ înscrieri:
abr.secretariat@gmail.com**



CUPRINS

PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA	2
ELEMENTELE BIOETICE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI RESPECTAREA POLITICII SANITARE SUNT NECESARE UNUI BUN DIALOG CU PACIENTUL	4
■ Dr. Trif Bela Almoș M.D., Ph.D., J.D.,	
METODE DE EDUCAȚIE PRIVIND FUMATUL LA COPII ȘI ADOLESCENȚI	12
■ Prof. dr. Ábrám Zoltán	
CE AȘTEAPTĂ PACIENȚII ? DESPRE ROLUL COMUNICĂRII ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT	16
■ Dan L. Dumitrașcu	
IMPORTANȚA ȘI ROLUL GHIDURILOR DE COMUNICARE ÎN RELAȚIA MEDIC – PACIENT	19
■ Ph. Mihaela Gabor Naidin	
OPINIILE SOCIETĂȚII PRIVIND ACORDAREA AJUTORULUI BOLNAVILOR MINTALI	22
■ Iachim Lilia , Stog Irina	
CRITERIUL CAUZALITĂȚII ÎN EVALUAREA PACIENTULUI DE CĂTRE PERSONALUL MEDICAL	26
■ Almoș Bela Trif	
PEDOFILIA - CAUZE, EFECTE ȘI TRATAMENT	31
■ Valeria PASCARU-GONCEAR	
PROCES VERBAL DE LA ALEGEREA CU VOT PRIN CORESPONDENȚĂ A NOULUI BIROU A ASOCIAȚIEI ȘI ADUNAREA GENERALĂ ON-LINE DIN 25 SEPTEMBRIE 2020	37
REKVIEMURI	39
ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI	43
■ Albert Veress	

MOTTO:

„Vedeți, problema e că Dumnezeu i-a dat bărbatului un creier și un penis, dar nu i-a dat
suficient sânge pentru a le folosi pe amândouă deodată.” – *Robin Williams*

„Clinton a mințit. Un bărbat poate să uită unde a parcat sau chiar unde locuiește, dar nu
uită niciodată o partidă de sex, indiferent cât de nereușită a fost.” – *Barbara Bush*

Iulie-Decembrie 2020, Volumul XXII, Nr. tematic 87-88 ■ Periodic trimestrial, apare în ultima decadă a lunii a treia din trimestru. ■ **Fondat:** 1999 ■ **Redactor șef:** Albert VERESS M.D. Sc.D. ■ **Lector:** Almoș Bela TRIF M.D., Sc.D., J.D., M.A ■ **Tehnoredactor:** Botond Miklós FORRÓ (fbotond@yahoo.com) ■ **Editat de:** Asociația Balint din România ■ **Tipărit la:** Pro-Print, Miercurea-Ciuc ■ **Adresa redacției:** 530 111 - MIERCUREA CIUC, str. Gábor Áron nr. 10, tel. 0266 371 136; 0744 812 900
E-mail: veressalbert02@gmail.com

COMITETUL DE REDACȚIE:

Tünde BAKA • Doina COZMAN • Dan Lucian DUMITRAȘCU • Evelyn FARKAS • Liana FODOREANU • Mircea LĂZĂRESCU • Aurel NIREȘTEAN • Ovidiu POPA-VELEA • Almos Bela TRIF (USA) • Simona TRIFU



PREZENTAREA ASOCIAȚIEI BALINT DIN ROMÂNIA



Michael Balint: Psihanalist englez de origine maghiară

DATA ÎNFIINȚĂRII: 25 iulie 1993

GRUPUL BALINT:

Grup specific alcătuit din cei care se ocupă de bolnavi și care se reunesc sub conducerea a unui sau doi lideri, având ca obiect de studiu relația medic-bolnav prin analiza transferului și contra-transferului între subiecți.

SPECIFICUL ASOCIAȚIEI:

Apolitică, nereligioasă, inter-universitară, multi-disciplinară, de formație polivalentă.

OBIECTIVE:

Formarea continuă a participanților. Încercarea de a îmbunătăți prin cuvânt calitatea relației terapeutice medic-pacient și a comunicării dintre membrii diferitelor categorii profesionale. Rol de “punte” între etnii, confesiuni, categorii sociale, regiuni, țări.

ACTIVITATEA ASOCIAȚIEI:

- grupuri Balint,
- editarea Buletinului,
- formarea și supervizarea liderilor,
- colaborare la scară internațională.

REGULI PRIVIND PLATA COTIZAȚIEI:

Cotizația se achită până la data de **31 martie** a anului în curs. Cuantumul ei se hotărăște anual de către Biroul Asociației. Cei care nu achită cotizația până la data de 31 martie a anului în curs nu vor mai primi Buletinul din luna iunie, iar cei care nu vor plăti cotizația nici până la data de **31 martie** a anului următor vor fi considerați restanțieri pe doi ani și vor fi excluși disciplinar din Asociație. **Cotizația pentru anul 2021 rămâne 25 EURO** (la cursul oficial BNR din ziua în care se face plata), în care se include și abonamentul la Buletin.

În cazul în care două persoane dintr-o familie sunt membri ale Asociației, una dintre ele poate cere scutirea de la plata abonamentului la Buletinul Informativ, împreună revenindu-le doar o sumă de **42 euro**. Studenții și pensionarii sunt scutiți de la plata cotizației, fiind necesară doar abonarea la Buletinul Asociației.

Taxa de înscriere în Asociație este de **20 EURO** (nu se face reducere nici unei categorii socio-profesionale). Abonamentul costă **8 EURO**.

Prețul unui număr la vânzare liberă este de **2 EURO** (evaluate în lei la cursul BNR din ziua respectivă). Abonamentele pentru țările occidentale costă **50 EURO/an**, incluzând taxele poștale și comisionul de ridicare a sumei din bancă.

Plata abonamentului și a cotizației se face în cont CEC Bank Miercurea Ciuc, nr. RO26CECEHR0143RON0029733, titular: Asociația Balint, cod fiscal: 5023579 (**virament**) sau 25.11.01.03.19.19 (**depunere în numerar**)



BIROUL ASOCIAȚIEI



PREȘEDINTE:

Ilona GÖRÖG

ilon.gorog@gmail.com



VICEPREȘEDINTE:

Tünde BAKA

tundeb13@freemail.hu



SECRETAR:

Maria-Mihaela PAP

abr.secretariat@gmail.com



TREZORIER:

Albert VERESS

veressalbert02@gmail.com



MEMBRU:

István VÁRADI

istvanvaradi@inbox.com

CĂTRE AUTORI

Se primesc articole cu tematică legată de activitatea grupurilor Balint din România și din străinătate, de orice fel de terapie de grup, de psihoterapie, de psihologie aplicată și de alte abordări ale relației medic - pacient (medicină socială, responsabilitate medicală, bioetică, psihosomatică, tanatologie etc.).

Redactorul șef și / sau lectorul au dreptul de a face cuvenitele corecturi de formă și conținut ale lucrării și rezumatului, iar, în cazul neconcordanțelor de fond, vor retrimite articolele autorilor cu sugestiile pentru corectare. Deoarece revista se difuzează și colegilor din străinătate, articolele care nu se limitează doar la descrierea evenimentelor Balintiene, trebuie să aibă un rezumat în limba română și engleză, de maximum 10 rânduri dactilografiate, cu 3-5 cuvinte cheie.

Pentru rigoarea științifică, apreciem menționarea bibliografiei cât mai complet și mai corect, conform normelor **Vancouver**, atât pentru articolele din periodice cât și pentru monografii (citarea în text se notează cu cifre arabe în paranteză rotundă, iar în bibliografie se înșiră autorii în ordinea citării, nu în cea alfabetică și doar acei autori care au fost citați în lucrare).

Recenziile cărților trebuie să cuprindă datele de identificare a cărții în cauză - autorii, titlul, toate subtitlurile, anul apariției, editura, orașul, numărul de pagini și ISBN-ul.

Se trimite în fișier separat imaginea scanată a copertei.

Se primesc doar materiale trimise pe memory-stick sau

prin e-mail ca fișier atașat. Se vor folosi numai caractere românești din fontul Times New Roman, culese la mărimea 12, în WORD 6.0 sau 7.0 din WINDOWS.

Imaginile - fotografii, desene, caricaturi, grafice - vor fi trimise ca fișiere separate, cu specificarea locului unde trebuie inserate în text pentru lecturarea lor corectă. Pentru grafice este important să se specifice programul în care au fost realizate.

Articolele trimise vor fi însoțite de numele autorului, cu precizarea gradului științific, a funcției și a adresei de contact, pentru a li se putea solicita extrase. Autorii vor trimite o fotografie digitală - tip pașaport sau eseu - pe care o vor trimite ca fișier (.jpg) atașat la adresa redacției.

Autorii sunt rugați să se conformeze regulilor de redactare a articolelor.

Conținutul articolelor nu reprezintă neapărat și părerea redacției, autorii asumându-și responsabilitatea pentru corectitudinea datelor, afirmațiilor și pentru tonul folosit în text.

Manuscrisele sunt lecturate de un comitet de referenți, care propune eventualele modificări, fiind apoi transmise autorului prin intermediul redacției. Decizia lor este incontestabilă.

Toate drepturile de multiplicare sau reeditare, chiar și numai a unor părți din materiale, aparțin Asociației Balint.



ELEMENTELE BIOETICE ALE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI RESPECTAREA POLITICII SANITARE SUNT NECESARE UNUI BUN DIALOG CU PACIENTUL

■ Dr. Trif Bela Almoș M.D., Ph.D., J.D., Medic primar Boli-interne, Profesor de Patologie, Membru al Asociației Bălint din România

Rezumat: Relația dintre clinician și pacient include probleme de confidențialitate, consimțământ informat și respect pentru autonomia pacientului. Problemele includ, de asemenea, relații profesionale, cum ar fi publicitatea, împărțirea prețurilor consultației, raportarea practicienilor incompetenți sau afectați și etica referirii unui pacient de la un medic la altul. Bioetica politicii în domeniul sănătății și alocarea resurselor pentru sănătate este un domeniu nou, major. Problemele etice tipice cu care se confruntă planificatorii de sănătate includ dacă oamenii au dreptul la asistență medicală și dacă societatea are dreptul de a forța oamenii să aibă un comportament sănătos atunci când trebuie să plătească pentru îngrijirea lor dacă se îmbolnăvesc. Cea mai elementară problemă etică de planificare a sănătății este echilibrarea utilizării eficiente a resurselor de îngrijire a sănătății cu o distribuție mai echitabilă chiar și atunci când nu se pot obține cele mai bune rezultate, pe total. Dacă eficiența este obiectivul dominant, unii care suferă de boli rare, care trăiesc în locuri de unde nu se pot deplasa sau care sunt membri ai grupurilor minoritare, vor rămâne probabil netratați.

Cuvinte cheie: autonomie, paternalism, negociere, confidențialitate, reclamă medicală, politica de spital, trimiterea pacientului la alt medic

Abstract: Building capacity for tobacco research in Romania

The bioethics of the doctor - patient relationship and following the health policy are necessary for a correct dialogue with the patient

The relationship between the clinician and the patient includes problems of confidentiality, informed consent, and respect for patient autonomy. The issues also include professional relations such as advertising, fee splitting, the reporting of incompetent or affected practitioners, and the ethics of referring a patient from one physician to another. The bioethics of health policy and health-resource allocation is a major new area. Typical ethical problems faced by health planners include whether people have a right to health care and whether society has a right to force people into healthful behaviour when it must pay for their care if they become ill. The most basic health-planning ethical problem is balancing the efficient use of health-care resources against a more equitable distribution even when less good is done in total. If efficiency is the dominant goal, some that have rare diseases, which live in out-of-the-way places, or who are members of minority groups will probably go untreated.

Key words: autonomy, paternalism, negotiation, confidentiality, medical advertising, hospital policy, patient referral.

CONSIMȚĂMÂNTUL OBȚINUT PE BAZĂ DE INFORMARE PREALABILĂ

În raport cu relația medic-pacient există **diferite modalități de abordare a consimțământului**, în diverse sisteme juridice:

- **principiul autonomiei pacientului**
- **principiul paternalismului binevoitor**

- **principiul negocierii**

I. **În SUA** modelul relației medic-pacient este acela al unei **relații de egalitate pe principiul autonomiei pacientului**.

Importanța obținerii unui **consimțământ informat și clar** de la pacient este considerabilă. Pentru a respecta caracterul voluntarist și individualizat al relației medic-pacient, medicul trebuie să informeze pacientul asupra **tuturor**



riscurilor probabile, asupra tuturor tratamentelor alternative posibile, asupra tuturor consecințelor serioase pe care tratamentul le poate avea asupra vieții și sănătății sale viitoare.

Medicul este ca un prestator de servicii. Pacientul care plătește cheltuielile medicale, apare ca un veritabil consumator de

servicii. La fel ca și în cazul unui contract de consumație, **inexactitatea în informație sau absența informațiilor sunt considerate greșeli.**

Deși **medicul este cel care alege tratamentul, decizia aparține pacientului.** Valoarea libertății individuale domină orice altă valoare. **Pacientul alege strategia** pe care o consideră cea mai bună dintre cele propuse. Noțiunea de autonomie este strâns legată de noțiunea de **libertate individuală.** Dreptul la autodeterminare face parte din drepturile individuale ale oricărui membru al unei societăți democratice.

Autonomia nu reprezintă numai o realizare a personalității umane ca **ființă rațională** (*Cogito ergo sum*), ea nefiind o entitate izolată, ci fiind profund **dependentă de relațiile sociale** din cadrul familiei și al comunității în care trăiește individul. **Aplicarea izolată** a principiului autonomiei sau aplicarea la nivelul unui grup, fără a ține seama de idiosincraziile individuale, creează un **fals model.** Apare astfel o distanțare de realitatea reprezentată de boală, de suferințele bolnavului, de necesitatea lui de a fi îngrijit și de dependența sa.

Jurisprudența americană este confruntată cu o **revoluție a consimțământului**, deoarece juriști tineri și prezumțioși abordează **dreptul de a hotărî asupra vieții**, ignorând orice reglementare a codurilor profesionale medicale, **punând pe primul plan legile ordinare.**

Unii au scos în evidență **memoria slabă a pacientului și înțelegerea sa parțială a explicațiilor date de medic**, ce utilizează sau nu un formular scris. Alte lucrări subliniază importanța **puterii de sugestie a medicului** în relația sa cu pacientul, ignorarea ei neînsemnând doar abaterea de la tradiționalism, ci o eroare care micșorează șansele de vindecare ale pacientului, de frica urmării juridice.

II. De aceea în **Franța** relația medic-pacient rămâne mai tradițională și mai autoritară, bazându-se pe **principiul paternalismului binevoitor** - atitudinea de restrângere a libertății individuale, fără consimțământul persoanei respective. Din această privință ea este modelată după cea

existentă între părinte și copil. Părintele se simte justificat să interzică unele acțiuni ale copilului, ceea ce îi va limita libertatea, deoarece copilul este privit ca și cum ar fi lipsit de capacitatea de judecată rațională și alegere inteligentă. Această abordare nu este caracteristică doar medicilor formați în lumea **“civilizată - tehnologizată”**, ci și vindecătorilor tradiționali, șamanilor sau practicantilor medicinelor alternative. De asemenea, psihiatrii sau psihologii și psihoterapeuții ne-medici pleacă de la premisa că judecata lor este superioară aceluia care se adresează lor, deoarece posedă o instruire de specialitate, o experiență, dispunând de un limbaj esoteric și de unele cunoștințe și metode - chiar dacă nu întotdeauna validate de timp.

Această prezumție este cu atât mai pregnantă atunci când ei au de a face cu persoane declarate ca bolnavi mintali. Diagnosticul de boală mintală sugerează că persoana respectivă are **autonomia afectată, o capacitate de judecată rațională diminuată și că nu este pe de-a întregul responsabilă** pentru opiniile și acțiunile sale.

Când o asemenea persoană intră într-o relație sistematică cu un clinician ce se ocupă de sănătatea mintală sau cu o instituție de acest gen, adică cu alte cuvinte **“devine pacient”**, atribuirea directă a **“deficitului”** este accentuată și mai tare. Pacientul va fi perceput ca și cum și-ar fi abandonat clinicianului unele prerogative de decizie.

Asemenea situații apar și în legătură cu alte persoane care nu sunt definite ca bolnavi mintali, ci ca handicapați - dintr-o întreagă serie de motive: encefalopatii cronice infantile cu retardare mintală, sechele post traumatisme cerebrale cu afectarea raționamentului și a abilității de a rezolva probleme, sau boli degenerative cerebrale însoțite de demență.

Dacă pacientul formulează un **refuz nejustificat**, după o informare adecvată din partea medicului, el **poate fi considerat incompetent**, deci fără putere de decizie. Cu toate acestea nu trebuie omisă și posibilitatea ca refuzul pacientului să fie rezultatul unei informări inadecvate și incomplete sau a unui anumit grad de ignoranță.

Relația medic-pacient se bazează pe un **postulat de încredere. Medicul alege tratamentul în numele pacientului**, comunicându-i **numai informațiile pe care le consideră utile. Pacientul are libertatea de a accepta sau de a refuza prescripția.**

Acest **autoritarism** este acceptat, în general, de către pacient, care îl consideră pe doctor un om de știință și un veritabil profesionist. **Evoluția rapidă de la „medicină-artă” la „medicină-tehnică”** a făcut ca pacienții să fie din ce în ce mai puțin pregătiți să pretindă omului de știință expli-



cații în ceea ce privește interpretarea testelor de laborator sau alegerea tehnicilor terapeutice.

III. Negocierea între medic și pacient se bazează pe un schimb de informații și luarea unei decizii de către fiecare dintre cei doi parteneri. Principiul director al acestei relații este **egalitatea partenerilor, deși ei au competențe diferite**. Din evaluarea tratamentului propus, ținând seama de specificul său individual, pacientul concluzionează ceea ce poate fi considerat acceptabil. Această **evaluare** este fondată pe:

- puterea de înțelegere a informațiilor medicale furnizate,
- nivelul de încredere acordat medicului,
- percepția individuală a bolii,
- impactul asupra modului său de viață, pe valorile sale personale.

Boala, suferința psihică și depresia psihologică nu-l obligă să ia o decizie.

CONFIDENȚIALITATEA ACTULUI MEDICAL

Confidențialitatea medicală are raporturi deontologice – juridice variabile în funcție de *stat*, de *sistemul educațional* și de *tradiții*.

La baza respectării secretului medical stă dreptul fundamental al individului la intimitate și confidență. Secretul medical este o condiție de bază a relației medic-pacient, un echilibru între conștiința profesională, pe de o parte, și încrederea bolnavului, pe de cealaltă parte.

În „Codul Internațional de Etică Medicală” din 1949 al Asociației Medicale Mondiale se prevede: „Un medic trebuie să păstreze **confidențialitate absolută** asupra tuturor lucrurilor cunoscute despre pacientul său, chiar și după ce pacientul a murit”.

Această reglementare luată *ad literam* sugerează, fără excepție, confidențialitatea absolută. Totuși, există situații când în interesul pacientului sau al societății excepțiile sunt necesare. Lipsa absolutizării în această privință se regăsește cu începere din 1981 în „Principiile eticii medicale ale Asociației Medicale Americane” - „**Un medic trebuie să protejeze confidențialitatea pacientului în cadrul conștrângerilor legii**”.

Nerespectarea secretului medical este considerată o **culpă împotriva umanismului medical** în literatura juridică. Nu se poate extrapola pe tot domeniul practicii medicale acest principiu, deoarece societatea modernă reclamă dreptul la informare. În contemporaneitate apar discuții litigioase în legătură cu păstrarea confidențialității în procesele intentate pentru defăimare.

Deși există o tendință unificatoare pe plan general, în

ceea ce privește *destăinuirea diagnosticului de boală incurabilă* există diferențe notabile. Legiuitorul trebuie să dea dovadă de foarte mult tact, iar cel ce pune în practică **legea are nevoie de o manieră iscusită de interpretare**, deoarece există tipologii personale cu tipuri de reacție foarte diferite față de dezvăluirea diagnosticului (rejectare, justificare paralogică, culpabilizare cu subiectivizarea bolii).

ANUNȚURI ȘI PUBLICITATE MEDICALĂ

Nu există restricții în anunțurile făcute de medici, cu excepția acelor care pot fi în mod particular justificate să protejeze publicul de practici ce decepționează. Un medic își poate face singur publicitate ca medic prin orice publicație comercială sau altă formă de comunicare publică (cuprinzând orice ziar, reviste, cartea de telefon, radio, televiziune sau altceva care transmite anunțuri) cu condiția ca acea comunicare să nu fie înșelătoare prin omisiunea unui material informativ general, să nu conțină afirmații false sau înșelătoare, sau să nu se producă decepții în alt mod.

Forma de comunicare trebuie să comunice informația inclusă în ea către public într-o manieră directă, demnă și ușor de înțeles. Anunțurile agresive și imperative și publicitatea pot crea speranțe medicale nejustificate. Indiferent de formă și conținut, orice anunț sau publicitate trebuie să fie adevărate și nu înșelătoare.

Comunicarea poate cuprinde:

- trecerea în revistă a pregătirii medicului;
- baza pe care se stabilesc tarifele de consultație (incluzând prețuri pentru servicii concrete);
- metodele de plată - credit disponibil sau altele;
- alte informații despre medic pe care o persoană rezonabilă le-ar putea considera relevante în determinarea alegerii medicului.

Nu trebuie publicate, totuși, mărturiile ale pacienților despre îndemânarea medicului sau despre calitatea serviciilor sale profesionale. Afirmațiile cu privire la calitatea serviciilor medicale sunt extrem de dificil, dacă nu imposibil, de verificat sau măsurat prin standarde obiective. Pretenții în ceea ce privește experiența, competența și calitatea serviciilor medicului pot fi făcute dacă sunt susținute faptic și dacă acestea nu implică faptul că medicul are o îndemânare sau un remediu exclusive sau unice. Afirmația că medicul a vindecat sau a tratat cu succes un număr mare de cazuri ale unei boli deosebit de grave poate implica ideea de certitudine a rezultatului și crea speranțe nejustificate și înșelătoare la viitorii pacienți.

În conformitate cu **Standardele de Reglementare Federale ale S.U.A.** ce se aplică la publicitatea comercială, medicul care își include un anunț sau publicitate în tipărituri,



radio sau televiziune, trebuie să fie convins dinainte că acea comunicare sau mesaj este implicit și explicit adevărat și nu înșelător. Aceste standarde cer celui care face anunțul să aibă o bază rezonabilă a pretențiilor înainte de a fi folosite în anunțuri. Baza rezonabilă trebuie stabilită de acele fapte aflate în cunoștința celui ce face publicitatea și de acelea pe care un publicist prudent și rezonabil trebuia să le afle.

Fiind folosite în formularea publicității, **referințele la un medic** se aplică de asemenea informațiilor referitoare la grupul medicului, partenerii sau asociații lui.

Orice comunicare sau mesaj în susținerea acestei păreri trebuie **să includă numele a cel puțin un medic** care va fi responsabil pentru conținutul ei.

POLITICA DE SPITAL

Opinii asupra relațiilor de spital ale Comitetului de Etică a Asociației Medicale Americane (A.M.A.)

Plata internării. Stabilirea unei plăți separate și distincte pentru serviciul incidental, administrativ, non-medical pe care îl face medicul pentru obținerea internării unui pacient în spital, nu ține de tradițiile A.M.A. și este non-etic.

Stabiliri de taxe forțat. Este impropriu de a condiționa membrii corpului medical sau cei ce dispun de privilegiul stabilirii de taxe forțate în orice scop.

Notele de plată pentru personalul de îngrijire. Când un medic își asumă responsabilitatea pentru serviciile prestate pacientului de către un medic secundar (rezident), medicul poate în mod etic să ceară plata pentru serviciile care au fost executate sub observația, îndrumarea directă și supravegherea personală a medicului.

Așezăminte de sănătate proprietatea medicilor. Un medic poate fi proprietarul, sau poate avea un interes financiar într-un spital cu plată, casă de îngrijire sau alt așezământ de sănătate, cum ar fi centrele chirurgicale independente de stat sau clinicile de urgență. Oricum, medicul are o obligație etică expresă de a dezvălui caracterul de proprietar al centrului medical, înainte de internarea sau folosirea de către pacient. În nici o circumstanță medicul nu-și poate plasa interesele financiare deasupra bunăstării pacientului. Primul obiectiv al profesiei medicale este cel de a face servicii umanității; recompensa sau câștigul financiar sunt considerate subordonate. Ar fi non-etic pentru un medic să spitalizeze inutil un pacient sau să prelungească șederea unui pacient într-un așezământ de sănătate în folosul financiar al medicului. Dacă apare un conflict între interesul financiar al medicului și responsabilitățile medicului către pacient, conflictul trebuie rezolvat în interesul pacientului.

Consiliul de administrație medical. Este parte integrantă din structura spitalului. Cu autoritatea delegată de departamentul guvernamental, el îndeplinește funcții esențiale pentru spital. Consiliul de administrație medical conduce activitățile profesionale desemnate să amelioreze profesionalismul și să crească nivelul îngrijirii medicale în spital. Îndeplinește funcții esențiale în spital deși poate fi constituit în primul rând din medici practicieni independenți care nu fac parte din angajații spitalului. Din punct de vedere practic se poate bucura de un statut dublu. Pe lângă funcționarea într-o secție a spitalului, membrii consiliului medical pot alege să activeze ca un grup cu scopul de a comunica și de a trata cu departamentul guvernamental și cu alții în problemele de interes ale consiliului de administrație medical și ale membrilor săi. Aceasta este etic în măsura în care nu există interferențe adverse cu îngrijirea pacienților sau violarea legilor.

Relațiile contractuale medic-spital. Există diverse aranjamente contractuale sau financiare în care pot intra medicii și spitalele pe care ambele părți să le considere satisfăcătoare. Un medic poate fi de exemplu, angajatul unui spital, specialist medical asociat unui spital sau practician independent cu privilegiul de consiliu de conducere. Forma aranjamentelor între medici și spitale, contractuală sau financiară, depinde de faptele și circumstanțele fiecărei situații. Medicul poate fi angajatul unui spital pentru o sumă anuală fixă, la plata cu ora, sau după aranjamente similare ce țin seama de serviciile profesionale, îndemânarea, instrucția, expertiza sau timpul care au fost folosite.

Orice atitudine care determină prestarea de servicii inutile sau supra-utilizarea de servicii și așezăminte este non-etică și trebuie descurajată, desigur. Dacă o asemenea situație survine, totuși, aceste probleme trebuie abordate direct și studiate în lumina faptelor și a circumstanțelor din situațiile particulare.

Privilegiul consiliului de administrație. Obiectivul mutual al departamentului guvernamental și al consiliului de administrație medical este de a îmbunătăți calitatea și eficiența îngrijirii pacienților în spital. Deciziile cu privire la privilegiile de spital se bazează pe calificarea personală a medicului, pe experiența și competența sa demonstrată. Medicii implicați în garantarea, negarea sau încetarea privilegiilor de spital ale altor medici au responsabilitatea etică de a fi conduși în primul rând de grija pentru bunăstarea și interesul pacienților. Prietenii sau antagonismele personale nu trebuie luate în considerație în îndeplinirea acestei responsabilități.



ATITUDINEA FAȚĂ DE MEDICII IGNORANȚI

În mod general se admite că **ignoranța, nepriceperea, (impariția)** este o **greșeală fundamentală** a medicului, fiind **la fel de gravă ca necinstea**. În situația de urgență, ea poate deveni fatală pentru bolnav și este deci și **criminală**.

Lipsa de asumare a riscului util datorată incompetenței ia forma judiciară a culpei prin **pierderea unei șanse de vindecare sau supraviețuire** a bolnavului. Această superpozare de **omisiune și comisiune** este o manifestare particulară a responsabilității medicale.

În ultimii ani, datorită avalanșei informaționale, competența medicului se obține cu greutate, **fiind necesară o dorință permanentă de punere la punct** prin documentare, pe lângă cunoștințele elementare acumulate conform unei programe analitice în timpul cursurilor din facultate, a examenelor de calificare și perfecționare și a concursurilor profesionale.

Atitudinile binevoitoare ale medicului, dorința de a face bine, dorința de a ieși în întâmpinarea pretențiilor bolnavului (frica de spital, teama de injecții ș.a.) nu numai că **nu au nici o valoare**, dar nici nu pot exonera de răspundere alte atitudini care dovedesc nepriceperea.

Pentru a veni în **întâmpinarea nevoilor bolnavului**, dar și ca să se protejeze ca responsabilitate, medicul **poate apela la consultul unui coleg** de aceeași specialitate, sau la un alt specialist din altă specialitate.

Este **“dureros”** de dificil de a raporta unui for metodologic incompetența unui coleg, dar există **situații limită** în care acest lucru se dovedește salvator pentru viețile sau sănătatea unor pacienți.

ATITUDINEA FAȚĂ DE MEDICII BOLNAVI PSIHIC

Responsabilitatea pentru medicul afectat mintal (bolnav psihic) este o problemă deosebită, legiferată doar parțial, în România. Până în prezent s-a acceptat **responsabilitatea statului** pentru actele producătoare de prejudiciu, săvârșite de un medic bolnav mintal. Cazurile la care apare responsabilitatea Direcțiilor de Sănătate Publică se referă la medicii alcoolici, toxicomani, bolnavi mintali sau prea bolnavi fizic pentru a funcționa cu competență.

În S.U.A. există trei atitudini generale referitoare la această problemă:

a) Medicii afectați sunt un **pericol public**, iar publicul are dreptul de a-i vedea puși la punct pentru a se opri prejudiciile și pentru a descuraja pe alții.

b) Medicii afectați sunt niște **bolnavi**, iar profesioniștii medicinei trebuie să urmărească tratarea lor într-o manieră non-punitivă și non-coercitivă.

c) Medicii afectați sunt deopotrivă **bolnavi și pericol public**.

Trebuie să li se întrerupă practica medicală, trebuiesc tratați, iar permisiunea revenirii la practică va fi făcută într-o manieră controlată cu grijă, până la refacerea completă.

Se dorește încurajarea medicului de a căuta **ajutor voluntar**, pe de o parte și **echilibrarea restricțiilor cu gradul de afectare** al medicului, de cealaltă parte.

Trimiterea bolnavului de la un medic la altul

Trimiterea la un eșalon superior nu trebuie să reprezinte o dovadă de **competență limitată**, ci o atitudine care recunoaște doar **limita tehnicității** locului inițial de diagnostic și tratament.

Trimiterea abuzivă a cazurilor constituie o parte a **medicinii defensive**, care implică cheltuieli nejustificate de gravitatea cazului, ele reprezentând o **“umbrelă”** împotriva responsabilității.

SĂNĂTATE ȘI ÎNGRIJIRE A SĂNĂTĂȚII DE ÎNALTĂ TEHNOLOGIE CA DREPTURI ALE OMULUI

În democrațiile occidentale au apărut centre academice de cercetare în domeniul sănătății care produc **tehnologii adresate medicilor, dar mai puțin pacienților**. În vreme ce beneficiul științific este imens, necesarul de bani acordat nu poate face față cererii. În plus este clar că, în măsura în care **inovația medicală continuă**, tehnologiile vor determina noi cerințe. Se pune problema deci: **La câți dintre persoanele care au nevoie de servicii de sănătate li se vor putea adresa aceste noi descoperiri?**

Într-o anumită societate, posibilitățile de acordare a sănătății nu țin neapărat de disponibilitatea tehnologiei medicale. Ele depind în mod esențial de modul cum societatea își organizează serviciile de sănătate pentru a-și proteja membrii de boli, accidente și lipsuri. **Promovarea sănătății și profilaxia bolilor**, care permite fructificarea capacităților latente ale tuturor, fără a ține seama de familia de origine, situația socio-economică, nivel cultural, începe cu tehnici simple de planificare familială și îngrijire perinatală, vaccinare și antibiotice. O idee este limpede: Mult-doritul scop - **“Sănătatea pentru toți”** nu implică disponibilitatea generală pentru tehnologia avansată, ci se concentrează pe un **scop mai puțin costisitor**, realizabil prin **buna folosință a resurselor umane** și unele **tehnologii mai modeste** ale biologiei și medicinei.

Societățile industriale ale lumii **exportă idei, tehnologii** și ceea ce este mai grav, **speranțe** în lumea mai puțin dezvoltată. Pe de o parte utilizarea fondurilor modeste pe centre medicale de înaltă tehnologie și formarea de medici specialiști pentru înalta tehnologie în Lumea a Treia, **sustrage fonduri de la investiții mai importante**, cum ar fi



cele din profilaxie și îngrijirea primară. Pe de altă parte este exportată din lumea civilizată și **mișcarea consumatorilor de servicii de sănătate**. Unii dintre aceștia provin din **asociațiile de sănătate mintală** recent constituite. Conștientizarea situației de *“consumator”*, pe lângă însușirea noțiunii de **consimțământ obținut pe bază de informare** contribuie la formarea unei calități de *“cetățean al lumii civilizate”*, absolut necesară să se poată realiza scopul O.M.S. de *“sănătate pentru toți”*.

PERSOANELE CU ACCES INADECVAT LA ÎNGRIJIRE MEDICALĂ

Accesul individului la îngrijiri medicale este, totuși, legat de **statutul fiecăruia în cadrul comunității**, deși indirect. În multe națiuni industrializate s-a observat **discriminarea sau neglijarea selectivă** în procesul de **alocare a resurselor medicale** a persoanelor din **straturile socio-economice cele mai de jos**.

Probabilitatea cea mai mare de **suferință și privațiune** este la copii, femei, bătrâni, refugiați și emigranți, membri ai altor minorități (etnice, politice, religioase); lor li se blochează sau li se diminuează accesul la serviciile de sănătate, deoarece de cele mai multe ori ei nu beneficiază de asigurări medicale de sănătate.

În același timp se descriu **consecințe ciudate** pe plan biotic legate de **lipsa de informare** în rândul acestora. Un studiu făcut în 1991 de Callender în S.U.A. a tentat să afle **obstacolele față de transplantul de organe la populația afro-americană**. Nu era ușor de înțeles de ce mai puțin de 10 % din donatorii de rinichi erau negri, deși mai mult de jumătate din bolnavii cu insuficiență renală cronică în stadii terminale erau negri. Studiul a arătat că populația de culoare are rezerve față de îngăduirea folosirii corpului lor ca sursă de organe din câteva motive:

- lipsa de cunoaștere a mării și urgentei nevoi de organe pentru negri;
- unele credințe religioase și unele false interpretări;
- neîncrederea în instituțiile medicale;
- teama de declarare prematură a morții, dacă i se eliberează *“carnetul de donator”*;
- preferința donatorilor de culoare de a fi asigurați că organele lor vor fi acordate tot unor bolnavi de culoare.

În ultimii ani din categoria celor cu acces limitat la servicii de sănătate publică s-a conturat **minoritatea adolescenților** (minorilor). Unii dintre ei sunt supuși la o **dublă discriminare** dacă fac parte dintr-o minoritate etnică. Drepturile minorilor față de părinți și tutori, inclusiv cel la intimitate și cel la acces la beneficiul științei și tehnologiei sunt dezbătu-

te în multe din țările lumii. Pe lângă problemele **“consimțământului limitat”** al minorului, se discută **medicația pentru prezumtivele “tulburări de comportament”, disponibilitatea și intimitatea contracepției, întreruperea de sarcină** la minore, **tratamentul bolilor transmisibile sexual, obligativitatea de a depune mărturie** în instanță împotriva adulților și, nu mai puțin important, **definiția statutului de minor**.

AUTORITATEA MEDICALĂ ÎN CONTEMPORANEITATE

Puterea medicului se bazează pe tradiția și cultura societății.

Profesiunea medicală, beneficiind adesea de charismă, se auto-proclamă:

- liberală,
- independentă,
- beneficiară a unei politici autonome;
- auto - perpetuabilă.

Pretențiile ei sunt înrădăcinate în **autoritatea statului** care **suportă cheltuielile** pentru **studii**, pentru **specializări**, pentru **perfecționări** și care permite practicienilor să invadeze mințile și trupurile cetățenilor săi.

Accepțiunea publică aproape universală a **monopolului medicinei contemporane** asupra definirii, diagnosticului și tratamentului bolilor provine din reminescențele sacrosanctelor religii de stat. Astăzi apare inclusiv controlul funcțional și implicarea statului ca antreprenor a în tehnologia bio-medicală.

Manifestări comune, banale ale puterii mandatate medicale sunt:

- motivarea absențelor la școală, muncă sau serviciu militar;
- scutirea pentru muncă, pentru anumite munci, sau pentru serviciu militar.

Manifestările subtile sunt deciziile zilnice ale clinicienilor, făcute în absența unei discuții adecvate, reflexive cu pacientul sau familia lui, care să ducă la o deplină informare.

Noile tehnologii augmentează puterea socială a medicilor și cresc probabilitatea de decizii paternaliste, în măsura în care ele necesită stăpânirea unor cunoștințe esoterice și a unor îndemânări departe de a fi disponibile pentru majoritate (imagistica modernă, chirurgia laparoscopică, chirurgia protezelor electronice ș.a.).

Loialitatea medicului față de pacienți opusă cu aceea față de societate

Percepția cea mai actuală a **clinicianului modern** este aceea a unui **vindecător cu puteri semi - vrăjitorești**, de-



ghizat într-un **bioinginer**. De aceea în zonele urbane industrializate apare o **supraîncărcare cu tehnologie medicală scumpă**, generată de **competiția între spitale pentru dobândirea prestigiului** de a deține cele mai complete și mai moderne servicii, dar și de **rațiuni economice dubioase**.

Marketingul organizațiilor de îngrijire a sănătății, în măsura în care ele controlează tot mai mult aparatele și utilitățile scumpe, duce la **confuzia** dintre loialitatea față de pacient cu loialitatea față de instituția sau organizația cuiva.

Atunci când **medicii** sunt implicați în **prescrierea sau utilizarea** procedurilor și produselor în care au un **interes personal** de ordin **financiar** sau **antreprenorial** - fiind **proprietarii** produsului sau tehnologiei (rezonanță magnetică nucleară sau laser terapeutic de exemplu) - se tinde să se pună accent pe **taxe mai mari** și pe **obținerea de profit**.

Interesul pacientului ar fi pentru **reducerea cheltuielilor** de diagnostic și tratament, dar și pentru **recunoașterea lui ca o persoană auto-reflexivă cu nevoi subiective**.

Consumatorismul (mișcarea pentru protecția consumatorului) în medicină

Cel care își caută de sănătate, sau cere ajutor, este pe cale de a deveni **pacient** sau **client**, deci un **consumator**, un **cumpărător**.

El vrea să beneficieze de cunoștințele medicale, dar **vrea să contribuie**, în măsura în care se poate, **la deciziile care îi afectează viitorul său**. El își proclamă **dreptul la justiție, la autonomie și la beneficiu** și așteaptă ca **medicul să îi onoreze aceste drepturi**. Din păcate idealul său este mai greu realizabil pe măsură ce puterea paternalismului este întărită de acumularea de tehnologii. Chiar și fără tehnologia avansată, **pacientul** anxios, handicapat, dependent, ignorant **nu va putea fi niciodată la nivel de egalitate pe plan psihologic cu vindecătorul** care deține secretul de aur care îi va aduce alinarea sau măcar speranța.

Nu este obligatoriu, însă, ca toți **pacienții să perceapă folosirea procedurilor** invazive în aceeași manieră ca doctorul. De aceea, în era tehnologiilor medicale de vârf, în cursul unei consultații, este imperios necesar de a se purta **un dialog cu pacientul**, care **să amelioreze comunicarea medic-pacient, prevenind o întreagă serie de greșeli** nedorite nici de una din părți.

Premise pentru mai bine în profilaxia responsabilității medicale

Când medicul își utilizează **prudența, diligența și abnegația** raportate la pregătirea lui profesională și în anumite condiții de lucru, făcând tot ce este posibil ca profesionist, **nu va putea fi subiectul unei răspunderi juridice**, neexistând o greșală, ci doar o alegere a riscului dat de boală, pe baza unui raționament.

Îndepărtarea de umanismul profesiei medicale, deformarea opticii medicului în relațiile cu bolnavii, punând pe prim plan satisfacerea curiozității științifice, consolidarea prestigiului profesional, sporirea profiturilor personale ori alte obiective proprii, desconsiderarea nevoilor organice și a dorințelor spirituale ale bolnavilor, generând atitudinea cunoscută sub numele de **iatro-centrism** (medicul se află în centrul atenției), constituie o abdicare de la principiile eticii și poate antrena inclusiv **răspunderea juridică a medicului**, în situațiile în care se constată culpa.

Dar chiar exonerarea de răspundere juridică, în anumite situații stabilite de lege, nu poate îndepărta **remușcărilor morale datorate eșecului**.

Îndeplinirea corectă a actului medical implică o bună cooperare (conlucrare) a medicilor în interesul bolnavului și o permanentă educare a simțului răspunderii și prudenței în decizia profesională. Medicii trebuie să execute actele profesiei medicale **cu conștiință și demnitate**. Ei nu pot folosi drepturile și atribuțiile care le sunt conferite pentru a îndeplini acte străine de activitatea lor profesională.

Exercitarea medicinei, acțiunile medicale angajează atât pe medicul care le exercită, în mod personal, cât și întregul corp profesional din care face parte. Greșelile comise de unii medici pot avea **urmări asupra prestigiului întregii tagme medicale**.

Consecințele potențiale ale alegerii unui drum în viață

Diverși medici au avut ca punct de plecare **diferite rațiuni** pentru a începe studiul medicinei, iar ulterior specializarea pentru o anumită disciplină medicală, dar nimeni nu le poate nega dorința legitimă de **“a face bani din munca pe care o prestează”**. Se pare însă că tot mai mulți medici, din grupe de vîrstă între 35 și 45 de ani, nu numai în România ci și din democrațiile occidentale, găsesc că **lipsa satisfacțiilor depășește obținerea de satisfacții** în profesie.

Pentru mulți medici a ajuns **dificilă găsirea menirii și înțelegerea rostului personal în exercitarea acestei profesii**. Totodată dobândirea unei **vieți personale satisfăcătoare, echilibrată cu cea profesională** pare un deziderat greu de realizat. Climatul de concurență, pe criterii legale, obiective, dar și **“invidia medicorum”** nu aduc nimic bun în această privință.

Vom putea găsi astfel tot mai mulți colegi care se confruntă cu refulările, cu izolarea, cu problemele de familie, cu depresia sau adicția (onirofilia), dar în primul rând cu **secătuirea profesională - sindromul burn-out**. Se poate vedea cu ușurință că neglijarea reflexiilor pe teme bioetice favorizează apariția diversele simptoame care **afectează major în primă și în ultimă instanță relația medic-pacient**.



BIBLIOGRAFIE

1. Brody, E. (1989), "New horizons for liaison psychiatry: biomedical technologies and human rights", *Am. J. Psychiat.*, 146:293-5.
2. Brody, E. (1993), "Biomedical Science and the Rights of Persons Defined as Mentally Ill" și "Biomedical Technology: Towards Health for All?" în *Biomedical Technologies and Human Rights, UNESCO and Dartmouth Publishing Co. Ltd.*, 157-186 și 212-222.
3. Callender C., Hall L., Yeager C., Barber J., Dunston G., Pinn-Wiggins, V. (1991), *Organ donation and blacks: a critical frontier*, *New Engl. J. Med.*, 325: 442-4.
4. Trif Almoș Bela (1995), *Responsabilitatea profesională în medicina contemporană - corelații de drept pozitiv și comparat, Teză de Doctorat, Univ. de Med. și Farm. "Gr. T. Popa" Iași.*
5. Trif Almoș Bela (1995), *Aspecte bioetice și juridice privind confidențialitatea actului medical*, în vol. *Psihiatria și condiția umană part. III*, Ed. Psihomnia, Iași, p. 197 - 205.
6. Trif Almoș Bela (1995), *Aspecte bioetice și juridice privind consimțământul bolnavului*, în vol. *Psihiatria și condiția umană part. III*, Ed. Psihomnia, Iași, p. 211- 225.
7. Trif Almoș Bela (1997), *Opinii și controverse privind rolul bioeticii în adoptarea legislației. Rolul conferințelor de consens*, *Clinica*, vol.II, nr.5: 43-44.
8. Trif Almoș Bela, Csilla Moldovan, Robert Zielinski (1997), *Îndrumător metodologic pentru grupul Bálint*, Editura Quadrat, Botoșani.
9. Trif Almoș Bela (1997), *Rolul grupului Bálint în activitatea medicului generalist*, Al III-lea Congres Național de Medicină Generală, 1-4 oct. 1997, p. 12.
10. Trif Almoș Bela (1998), *Reflectarea bioeticii în opinia publică și în opinia corpului medical - Clinica*, vol.III, nr.1, p.49-50.
11. Trif Almoș Bela (1998), "Drepturile bolnavilor psihici", în Boișteanu P., Pirozynski T. "Coordonate alternative în asistența psihiatrică", Ed.PsihOmnia, 164-192.
12. Trif Almoș Bela (1998), *Manual pentru activitatea membrilor comitetelor de etică - Internet, traducere, Clinica*, vol.III, nr.4, editorial, p. 3-6.
13. Trif Almoș Bela (1999), *Arrogare – anti-Bálint est, perseverare – maladivum, sau cum ne descurcăm în fața disprețului suveran*, A șasea Conferință națională Bálint, 24-26 sept.1999, Tușnad-Băi, *Buletinul informativ al Asociației Bálint din România*, sept.1999, p.8-11.
14. Trif Almoș Bela (1999), *Armonizarea relației medic-pacient prin practica grupului Bálint*, Al patrulea Congres internațional de somatoterapie din România – *Relațiile interumane și comunicarea*, 6 - 9 oct. Câmpulung Moldovenesc.
15. Trif Almoș Bela (1999), *Probleme bioetice la sfârșit de mileniu: Alocarea resurselor limitate pentru sănătatea întregii populații*, Conferința Națională de Istoria Medicinii "Medicina 2000" – Ipotești 15-17 oct.1999.
16. * * * (2012), *Current Opinions of the Judicial Council of The American Medical Association*





METODE DE EDUCAȚIE PRIVIND FUMATUL LA COPII ȘI ADOLESCENȚI

■ Prof. dr. Ábrám Zoltán - Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade” din Târgu Mureș, Disciplina Igienă

Rezumat: Obiectivul lucrării de față este de a trece în revistă tipurile de intervenții pentru prevenirea și stoparea fumatului la adolescenți, începând cu metodele clasice și terminând cu cele actuale, asistate de calculator. În cadrul metodelor de educație privind fumatul la copii și adolescenți se efectuează diferite intervenții și se urmăresc implementarea și evaluarea eficienței unor programe de prevenire și stopare a fumatului. Considerăm că prevenirea inițierii fumatului și promovarea renunțării precoce la fumat, împreună cu respectarea legislației, sunt priorități pentru sănătatea publică, astfel că ele chiar justifică extinderea și urgentarea activităților de prevenire, de combatere, de cooperare privind tabagismul.

Cuvinte-cheie: fumatul, metode de educație, prevenire, copii și adolescenți.

Abstract: Tobacco control educational methods among children and adolescents

The aim of our study is to enumerate different types of interventions in order to prevent and to stop smoking among adolescents, starting with classical methods and finishing with computer-based methods. It is important to promote various preventive strategies among children and adolescents, to apply primary and secondary smoking prevention and cessation programs. Tobacco control and education initiatives expect to implement well-developed interventions in order to reduce tobacco use and to inform tobacco control legislation, which are public health priorities.

Keywords: smoking, educational methods, prevention, children and adolescents.



Fumatul este un sistem de acțiuni de obișnuință, se manifestă prin pasiunea omului pentru substanța narcotică, nicotină, conținută în tutun. Această pasiune, din cauza că este foarte greu să se abandoneze fumatul, devine o necesitate acută, subordonând modul de viață, interesele omului, gândirea lui. Fumatul cauzează

daună sănătății, stării anumitor organe și a unor sisteme ale organismului (Fumatul și sănătatea 2011).

Deși se cunosc bine efectele nocive ale fumatului, în Europa se fumează anual în jur de două mii de țigări pe persoană, în timp ce datele statistice sunt nefavorabile la tineri (Institutul Național de Statistică 2016). Astfel, instituțiile de învățământ oferă un foarte promițător cadru de introducere a măsurilor de prevenire și stopare a fumatului la grupele de vârstă tinere (United Nations: Global Health Observatory 2018; Romania - Global Youth Tobacco Survey 2014).

Pentru o educație eficientă este nevoie de cunoașterea motivației care-l face pe om să fumeze. Astfel, tinerii și co-

pii se apucă de fumat din următoarele motive: dorința de a se simți maturi și independenți, tendința de a-și masca prin fumat complexe de inferioritate, răzbunarea față de un părinte sau educator prea autoritar, curiozitate, se lasă corupți de un prieten, iar ei nu vor să se lase mai prejos decât acesta, văd că părintele fumează, chiar dacă acesta îl educă împotriva fumatului (Demjén T 2006, 2: 7-10; Szabó B 2014, 785-790).

Trebuie să se explice că nu țigara îl face matur pe om. Dacă un tânăr are preocupări serioase, el va fi mai puțin tentat să fumeze. Este falsă încrederea în forțele proprii dată de țigară. Dacă un om are complexe de inferioritate, este mai indicat să practice sport sau să fie cât mai competent profesional în loc să încerce să se debaraseze de complexe prin diferite substanțe ca țigări, băuturi etc.

Relațiile cu anturajul sunt hotărâtoare, părinții permisivi scapă controlul asupra tânărului care astfel va fi influențat negativ de către anturaj. Prietenii îndoielnice pot fi la fel deosebit de nocive pentru tânăr, care ajuns într-un anturaj dubios, poate să fie angrenat în anumite activități, deloc benefice sănătății fizice și psihice. Tânărul, în ciuda interdicțiilor, totuși caută să se întâlnească pe ascuns cu ei.



În educația împotriva fumatului mare accent trebuie pus pe evidențierea aspectului nociv. Pericolul de a primi cancer bronhopulmonar este mare (World Health Organization 2015). Fumatul este factor de risc și în alte boli: bronșita cronică, angina pectorală, hipertensiunea arterială. Dacă copiii se abțin, atunci va fi mult mai mică probabilitatea ca ei să fumeze când vor fi adulți (Mihălțan F. 2004, 18: 363s).

Obiectivul acestei publicații este de a trece în revistă tipurile de intervenții pentru prevenirea și stoparea fumatului la adolescenți, începând cu metodele clasice și terminând cu cele actuale, asistate de calculator. Tipurile de intervenții de prevenire a fumatului la copii și adolescenți sunt grupate și prezentate pe scurt.

1. PROGRAME ȘCOLARE

Lecciónia de educație pentru sănătate, prezentată de profesori sau specialiști, reprezintă intervenția cea mai larg acceptată și practică în educația antitabagică. În funcție de modelul teoretic pe care se bazează, lecțiile se încadrează în următoarele abordări: modelul rațional (transmiterea de cunoștințe/informații), modelul dezvoltării afectiv-emotională și ameliorării competențelor sociale (influențarea atitudinilor, credințelor, intențiilor), teoria învățării sau influenței sociale (vizează factorii de inițiere a fumatului: atitudinea colegilor și familiei, influența mass-media și altor factori culturali și sociali) precum și diverse abordări combinate (Bucur-Popescu 2009).

Intervențiile care vizează regulamentele și cultura școlară sunt considerate esențiale și cresc eficiența lecțiilor de prevenire a fumatului. O componentă importantă a acestui tip de intervenții o reprezintă stabilirea de sancțiuni concrete pentru încălcarea regulilor (avertisment, anunțarea părinților, exmatriculare etc.) precum și identificarea responsabililor care asigură punerea în aplicare a măsurilor de sancționare.

Intervențiile școlare colegiale (peer-based) acordă un rol primordial elevilor mai mari care reprezintă un model pentru elevii mai mici. Programele din această categorie includ activități conduse de elevi desfășurate în mediul școlar (Kovács Gábor 2010).

2. PROGRAME CARE VIZEAZĂ PĂRINȚII ȘI FAMILIA

Aceste programe se bazează pe influența pe care o exercită mediul familial asupra tinerilor școlari. Riscul de a fuma al copiilor este influențat de mai mulți factori care țin de familie: statutul de fumători al părinților, aprobarea/dez-aprobarea fumatului de către părinți și percepția copiilor asupra poziției părinților privitor la fumat, stilul parental, structura familiei, regulile privind fumatul în casă, starea

socio-economică a părinților, nivelul de școlarizare etc.

Programele de prevenire a fumatului desfășurate la nivelul familiei constau în consilierea părinților, oferirea de informații și resurse sub diverse forme (materiale tipărite, întâlniri de instruire, ateliere etc.) și au ca scop formarea abilităților parentale, asistarea părinților fumători care doresc să renunțe la fumat, creșterea nivelului de informare privind fumatul, modificarea atitudinii față de fumat (Ferencz-Ábrám-Schmidt-Balázs-Foley 2016).

3. PROGRAME COMUNITARE

Aceste programe se adresează comunității în sens larg, în care sunt incluse familiile tinerilor, grupurile de prieteni ai tinerilor, mass-media, instituțiile guvernamentale, sistemul de sănătate, organizațiile non-guvernamentale civice sau religioase etc. Toți acești factori influențează mediul social în care tinerii iau decizii privind fumatul. În sens larg, programele la nivel familial, campaniile mass-media, programele vizând legislația antifumat, pot fi încadrate în categoria programelor comunitare.

Scopul acestor programe este de a influența atât comportamentul individual cât și normele sociale, formarea unui mediu social favorabil stilului de viață nefumător. Unele intervenții comunitare vizează anumite segmente de populație, și anume, acelea prin intermediul cărora se dorește influențarea obiceiului fumatului la tineri cum ar fi de exemplu, personalul medical. Se consideră că medicii și asistentele ar putea să se implice mai mult în prevenirea fumatului la tineri. Alte programe comunitare pot lua forma unor activități de mentorat. Aceste programe se bazează pe influența pozitivă pe care o pot avea adulții care sunt priviți de diversele categorii de tineri ca modele de urmat. Un alt subtip al programelor comunitare sunt programele recreative de tineret. Acestea constau în transmiterea de mesaje antifumat destinate tinerilor prin intermediul grupurilor sportive, centrelor de tineret, săli de gimnastică, cluburi de tineret etc. (Ábrám-Nădășan 2018).

4. PROGRAME DE MARKETING SOCIAL ȘI CAMPANII MEDIA

Marketingul social include publicitatea, relațiile publice, campaniile media prin intermediul televiziunii, radioului, internetului, panourilor stradale și presei tipărite. Toate aceste canale au fost folosite pe scară largă în scopul contrarării publicității în favoarea tutunului. Mesajele transmise prin mijloacele de comunicare în masă au avantajul că ajung la o proporție mare a tinerilor dar studiile arată că impactul nu este foarte mare. Eficiența campaniilor media crește dacă sunt integrate într-o strategie complexă, alături



de alte tipuri de programe (Bucur-Popescu 2009; Pénez-Balázs-Foley 2015).

5. INTERVENȚII LEGISLATIVE ȘI PROGRAME CARE VIZEAZĂ REGULAMENTELE PRIVITOARE LA FUMAT

Legislația prin care se interzice comercializarea către minori a produselor din tutun este eficientă mai ales atunci când acționează simultan cu alte intervenții/programe. Măsurile legislative au contribuit la scăderea vânzării de țigări la minori dacă au fost intens mediatizate și s-au luat măsuri complementare pentru impunerea aplicării lor la nivel local.

În această categorie de programe se includ: activitățile de informare și instruire a personalului din unitățile comerciale; campaniile media pentru conștientizarea legislației; instituirea unor programe de verificare a respectării legislației prin controale inopinate, de aplicare a unor sancțiuni în cazul nerespectării interdicției respectiv de acordare a unor stimulente pentru cei care se conformează legislației; elaborarea politicilor privind prețurile și taxele aplicate produselor din tutun (există studii care arată că tinerii sunt influențați de prețurile țigărilor), legislația privind interzicerea publicității directe și indirecte în favoarea tutunului, inscripționarea de avertismente pe pachetele de țigări, sub formă de texte sau imagini, interzicerea fumatului în spații publice (Kovács G 2012; Monitorul Oficial 2016).

6. INTERVENȚII DE PREVENIRE ȘI STOPARE A FUMATULUI ASISTATE/MEDIATE DE CALCULATOARE ȘI INTERNET

Conform unui raport publicat de Departamentul de Sănătate al Guvernului Australian, intervențiile mediate de calculatoare și Internet au capacitatea de a ajunge la o mare parte a copiilor și adolescenților care au acces la echipament IT conectat la Internet. Un alt avantaj al acestor metode constă în faptul că asigură o anonimitate relativ mare precum și faptul că oferă posibilitatea de adaptare a informațiilor și intervenției la nivelul individual al fiecărui utilizator. În plus, informația poate fi accesată independent iar programul poate fi parcurs în ritmul convenabil fiecărui utilizator. Sub aspectul costurilor, specialiștii consideră că acest tip de intervenții prezintă un raport cost-eficiență avantajos (Australian Government Department of Health and Ageing 2015; Norman-Skinner 2017).

Nu este lipsit de importanță nici faptul că acest tip de programe oferă posibilitatea formării unor rețele de sprijin pentru adolescenții care doresc să stopeze fumatul prin forumurile de discuții sau comunicare bidirecțională

instantanee. Într-o altă recenzie autorii concluzionează că folosirea internetului și a mesajelor text este promițătoare dacă programele sunt dezvoltate pe termen lung (Cremers-Merckens-Oenema-de Vries 2012).

Deoarece folosirea internetului a devenit și devine din ce în ce mai răspândită, aplicarea unor programe de prevenție privind fumatul a primit o importanță deosebită. În continuare prezentăm pe scurt două programe preventive online, la al doilea program fiind implicat grupul nostru de cercetare. Totodată pandemia de coronavirus sugerează că marea majoritate a elevilor are acces la programele bazate pe Internet, și învățământul online este implementat din ce în ce mai mult la o scară mare.

Click City Tobacco este un program de prevenire a fumatului desfășurat la nivelul școlilor prin intermediul unui intranet. Programul este conceput pentru copii din clasa a 5-a cu o reintervenție în clasa a 6-a. Componentele programului vizează mecanismele etiologice predictive ale dispoziției și intenției viitoare de a fuma, mecanisme care au fost documentate teoretic și empiric. Rezultatele pe termen scurt observate în 47 de școli elementare au arătat o schimbare a intenției și dispoziției de a fuma pe toată durata studiului. Rezultatele demonstrează eficiența pe termen scurt a programului. Incluziunea în program a unor componente testate experimental înainte de introducerea lor în program, a contribuit la eficiența programului. Pe de altă parte, programul nu a fost eficient la elevii cu cel mai înalt risc de a fuma (Andrews-Gordon-Hampson et al 2011).

ASPIRE - A Smoking Prevention Interactive Experience este un program interactiv de prevenire și stopare a fumatului bazat pe calculator și Internet destinat elevilor de liceu (Ábrám-Nădășan-Balint-Ferencz 2015). Are la bază modelul transteoretic al schimbării și include cinci ședințe principale și două ședințe de consolidare. Conținutul programului ASPIRE-România este reprezentat de materiale interactive, multimedia cum ar fi: interviuri video, animații, activități și jocuri interactive. Elevii accesează conținutul în mod individual în cadrul unei ore desfășurate în laboratorul de informatică. Programul ASPIRE pare deosebit de promițător în sensul reducerii fumatului în rândul adolescenților. ASPIRE-Romania este primul proiect care încearcă să implementeze o intervenție online asistată de calculator adresată adolescenților din România, fiind o componentă a unui amplu efort de cercetare cu caracter internațional (Ábrám-Nădășan 2018).

Programele de prevenire și stopare a fumatului asistate de calculator au avantaje sub aspectul recrutării,



compliancei, angajamentului, relativei anonimități, a posibilității de adaptare a conținutului la nivel individual și a raportului cost-eficiență. Adaptarea programului ASPIRE la limba și la contextul socio-cultural din România reprezintă o investiție importantă cu impact potențial major asupra sănătății populației tinere, în special în perspectiva unei extinderi ulterioare la nivel național (Ábrám 2020).

CONCLUZII

Numărul ridicat de fumători în rândul copiilor confirmă importanța programelor de prevenire, în special cele concepute pentru populația tânără și vulnerabilă.

Reducerea prevalenței fumatului în rândul tinerilor se realizează prin scăderea inițierii fumatului și creșterea gradului de renunțare. Metodele de educație privind fumatul la copii și adolescenți sunt variate și din ce în ce mai răspândite.

În ultima perioadă programele de prevenire online au devenit tot mai populare. În scopul de a extinde utilizarea unor programe computerizate, aplicațiile existente pot fi adaptate și la noi.

Avem nevoie în continuare de eforturi pentru a promova renunțarea la fumat, eforturi care să includă sprijin bazat pe dovezi, precum și respectarea politicilor care interzic fumatul în spații închise.

Bibliografie

1. ANDREWS JA, GORDON JS, HAMPSON SE, CHRISTIANSEN SM, GUNN B, SLOVIC P, SEVERSON HH.: 2011 Short-term efficacy of Click City®: Tobacco: changing etiological mechanisms related to the onset of tobacco use. *Prev Sci*;12(1):89-102
2. ÁBRÁM Zoltán – NĂDĂȘAN Valentin – BÁLINT József – FERENCZ Loránd: 2015 Translation and adaptation of computer assisted smoking prevention program in Romania (ASPIRA). *Acta Medica Transilvanica*, 20(3): 14-16
3. ÁBRÁM Zoltán – NĂDĂȘAN Valentin, 2018: Dezvoltarea capacității de cercetare în domeniul fumatului în România, University Press, Tîrgu Mureș
4. ÁBRÁM Zoltán, 2020: Dezvoltarea capacității de cercetare în domeniul fumatului în România, *Buletinul Asociației Balint*, 22 (85-86): 4-8
5. BUCUR George – POPESCU Ovidiu, 2009: Educația pentru sănătate. Editura Fiat Lux, București
6. CREMERS HP, MERCKEN L, OENEMA A, DE VRIES H., 2012: A web-based computer-tailored smoking prevention programme for primary school children: intervention design and study protocol. *BMC Public Health*;12:277
7. DEMJÉN TIBOR, 2006: Dohányzásmegelőzési programok, *Egészségfejlesztés*, 2: 7-10.
8. EUREKA STRATEGIC RESEARCH, 2015: Youth tobacco prevention literature review, Australian Government Department of Health and Ageing
9. FERENCZ Loránd – ÁBRÁM Zoltán – SCHMIDT Loránd – BALÁZS Péter – FOLEY Kristie, 2016: Tobacco use among children in Romanian foster care homes, *European Journal of Public Health*, 26(5): 822-826
10. FUMATUL ȘI SĂNĂTATEA, 2011: Comportamente și atitudini, Institutul Român pentru Evaluare și Strategie
11. INSTITUTUL NAȚIONAL DE STATISTICĂ, 2016 Anuar Statistic 2014, București
12. KOVÁCS Gábor, 2010: Dohányzás és leszokás. *Medicina Könyvkiadó, Budapest*
13. KOVÁCS Gábor, 2012: Hogyan szokjunk le a dohányzásról? *Medicina Kiadó, Budapest*
14. MIHĂLȚAN Florin et al., 2004: The habit of smoking to the pupils from the small classes in Romania, *Eur. Respir. J., suppl.18*: 363s
15. MONITORUL OFICIAL, 2016: [Legea antifumat nr. 15/2016 privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun](#), 72
16. NORMAN CD, SKINNER HA., 2017: Engaging youth in e-health promotion: lessons learned from a decade of TeenNet research. *Adolesc Med State Art Rev*;18(2):357-69
17. PÉNZES Melinda – BALÁZS Péter – FOLEY Kristie, 2015: Changes in smoking-related health knowledge and smoking status of Hungarian adolescents. *New Medicine*; 19(4): 137-141
18. ROMANIA - GLOBAL YOUTH TOBACCO SURVEY, 2004: Fact Sheet. Disponibil online: http://www.ms.ro/documente/284_580_GYTS_2004.pdf
19. SZABÓ B, ALBERT-LÓRINCZ ENIKŐ, ALBERT-LÓRINCZ M, BARNA G, BERNÁTH K, ÁBRÁM Z., 2014: Smoking behavior and possible intervention method among Romanian adolescents, In *Conference Proceedings, vol. II, International Multidisciplinary Scientific on Social Sciences and Arts*, 785-790
20. UNITED NATIONS: GLOBAL HEALTH OBSERVATORY, 2018: Country Statistics, World Health Organization
21. WORD HEALTH ORGANIZATION, 2015: Report on the global tobacco epidemic. Country Profile Romania, Geneva



CE AȘTEAPTĂ PACIENȚII ? DESPRE ROLUL COMUNICĂRII ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT

■ Dan L. Dumitrașcu - Clinica Medicală 2, UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Rezumat: Relația dintre profesioniștii sănătății și pacienți este fundamentală pentru buna cooperare în cadrul parteneriatului terapeutic. Pentru buna desfășurare a acestei interacțiuni, personalul medical are nevoie să cunoască așteptările pacienților. Acest articol analizează aspectele interrelației personalului medical cu pacienții și aparținătorii lor, punând accent pe nevoia de empatie.

Cuvinte cheie: comunicare, empatie, relație terapeutică.

Abstract: The relation between healthcare providers and patients has a tremendous importance for the good cooperation in the frame of therapeutic partnership. For a smooth progress of this interaction, medical staff has to know the expectancies of the patients. This paper reviews the aspects of the interrelation between medical staff with patients and their relatives. Emphasis is put on the need of empathy.

Keywords: communication, empathy, therapeutic relation



INTRODUCERE

Termenul pacient implică răbdare, așteptare. Etimologic, pacient vine de la latinul *patiens*, *patientis*. Definiția pacientului conform dicționarului românesc este: „*persoană bolnavă care se găsește în tratamentul unui medic, considerat în raport cu acesta*” Nu întâmplător, un înțelept ar-

haic al cuvântului pacient era cel de martir, persoană supusă unui chin.

Vom prezenta în acest referat aspecte din relația profesionist al sănătății - pacient, pentru a devoala ce se așteaptă de la noi în activitatea cu bolnavii.

PREMISE

Atunci când interacționăm cu un pacient, este important ca să cunoaștem, pe lângă simptome și antecedente, factorii psihosociali ai pacientului. Cunoașterea lor este însă adesea dificilă în practica medicală, deoarece presupune să alocăm timp suficient pentru discuții cu pacientul.

Alte motive pentru care nu operăm cu elemente de cunoaștere a factorilor psihosociali sunt supraîncărcarea profesioniștilor medicinei și supraspecializarea lor. Timpul fizic alocat discuției cu pacientul devine tot mai redus. Dacă la examenul de specialitate este nevoie de 20 minute spre a lua anamneza, a face examenul obiectiv și a cere analizele,

în practica de zi cu zi, timpul alocat este mult mai redus. Cineva a calculat chiar că ar fi vorba de doar 4 minute în medie acordate zilnic pacienților. În plus, medicii își întreprind din cauza grabei pacienții în cursul anamnezei în medie după primele 17 secunde de conversație. Este firesc că nu se poate crea o bună comunicare și nici nu se pot obține informații despre factorii de risc ai fiecărui pacient în parte.

Medicina care acordă atenție factorilor psihosociali în producerea și evoluția bolii se numește medicină psihosomatică; ea este o medicină care acordă maximă importanță interrelației dintre pacient și mediu, și a pacientului cu ceilalți membri ai societății. De aceea, medicina psihosomatică poate fi numită sau considerată medicină interpersonală (Tress 1994 citat de 1).

Medicina interpersonală pune mare accent pe o comunicare optimă cu pacientul și în special pe o relație medic-pacient foarte apropiată. Desigur, există situații care nu se pretează la o comunicare intensă: este vorba de urgențe, unde actul medical este prioritar. Dar în cazurile cronice, este foarte importantă dezvoltarea relației medic-pacient.

CARACTERISTICI ALE COMUNICĂRII CU PACIENTUL

Comunicarea este neîntreruptă, indiferent dacă dorim sau nu. Fiecare comunicare implică un conținut și un aspect relațional. Conținutul comunicării cuprinde faptele transmise verbal. Aspectul relațional este cuprins conștient sau inconștient în comunicarea nonverbală: tonul vocii, dispoziția sufletească, gestică. Aspectul relațional al



comunicării influențează impactul mesajului transmis de conținutul comunicării. Comunicarea trebuie să țină cont de analiza comportamentului social și de ciclul maladativ comportamental.

INTERACȚIUNE ȘI COMPORTAMENT SOCIAL

Comportamentul interpersonal se desfășoară pe un ax bipolar: aversitate - afecțiune (ax orizontal, al afilierii) și control - eliberare (ax vertical, al interdependenței). Cu ajutorul acestor axe poate fi descrisă calitativ comunicarea.

Comportamentul interpersonal are trei planuri diferite.

Primul plan, *tranzitiv*, descrie modul cum vorbitorul influențează pe interlocutor sau adresant.

Al doilea plan, *intransitiv*, arată cum reacționează comunicatorul la ceea ce îi spune interlocutorul.

Al treilea plan, *introspectiv*, cuprinde imaginea vorbitorului despre el însuși.

CERCUL CICLIC-MALADATIV AL RELAȚIEI

Comportamentul individual în cursul unei relații depinde de *ego*-ul persoanei: personalitate, antecedente, așteptări. Interacțiunile se împlinesc în mod circular. Cauza și efectul decurg unul din altul. Nu numai comportamentul, ci și lumea interioară, sentimentele, concepțiile și sentimentul de autoapreciere sunt formate prin interacțiuni.

BAZELE RELAȚIEI MEDIC-PACIENT

Pentru ca relația să fie eficientă, este nevoie de un „*contract*” care trebuie să se „*încheie*” între cei doi factori ai binomului medic (sau cadru medical) și pacient. Desigur, acest contract nu trebuie să fie mercantil. Deși medicina este considerată o profesie liberală, sistemul social de asistență medicală, cu toate dezavantajele sale, a estompat caracterul mercantil care îi este uneori inerent. Ne referim la contract sub aspect moral, sub forma unui „*contract de încredere*”, deoarece este necesar ca între medicul care folosește paradigma psihosomatică, și bolnav, să se stabilească o excelentă colaborare (1, 2).

RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Medicul

Prin medic înțelegem personalul medical în general.

Relația medic-pacient depinde și de medic, nu doar de pacient, iar aici intervin cele 4 filtre ale lui Duck. Medicul este frecventat de pacienți din mediul său socio-cultural, cu idei și cogniții similare, care au nevoie de specialitatea sa. Relația medicului cu pacientul se stabilește și evoluează datorită comunicării. O astfel de relație este dinamică și poate evolua imprevizibil. Relația medic-pacient nu poate

fi extrasă din contextul social. Relațiile sociale au evoluat foarte mult în decursul istoriei, așa încât caracteristicile relațiilor sociale ale bunicilor fac să zâmbească pe tinerii de azi. În mod similar, relația medic - pacient are numeroase caracteristici istorice și culturale. Există zone din lume unde femeile nu acceptă să fie consultate de medici bărbați, sau să nască cu personal medical masculin. Există pacienți care refuză să discute despre aspecte intime ale vieții personale, factori de risc etc. Personalul medical trebuie să se adapteze condițiilor în care își desfășoară activitatea.

Există trăsături specifice ale relației medic-pacient față de relațiile sociale în general.

În primul rând este faptul că pacientul depinde de medic, deci nu există o egalitate între cei doi parteneri ai relației. Din această cauză medicul are rolul activ, conduce relația, are inițiativa, pune întrebări, stabilește ritmul, durata și intensitatea interacțiunii. Transferul de informații este dinspre pacient spre medic, în prima parte a comunicării, corespunzând anamnezei, apoi în partea a doua este ponderent în sens invers dinspre medic spre pacient, odată cu formularea diagnosticului și a indicațiilor.

Față de relațiile sociale în general, unde se face de obicei un transfer echilibrat, biunivoc, de informații (exemplul a două mame care povestesc așteptând copiii să iasă de la școală, doi prieteni la o cafea etc.); relația medic-pacient are această evoluție în două etape de flux dominant al informației.

Pentru ca relația medic-pacient să decurgă în condiții optime, adică pentru ca să se ajungă la împlinirea scopului acestei comunicări, prestarea serviciului medical, comunicarea este focalizată pe problema pacientului, nu are caracter general, iar discuția nu este liberă, ci focalizată prin acțiunea personalului medical.

Chiar dacă pacientul depinde de medic, nu trebuie să abuzăm de poziția de superioritate, ci să arătăm respect prin punctualitate, atitudinea față de pacient, utilizarea întregului interval de timp alocat comunicării (3).

FACTORI CARE DEPIND DE MEDIC

Pentru o bună interrelație, este nevoie de cooperarea ambilor factori binomiali: medic și pacient.

Factorii care depind de medic sunt prezentați în tabelul 1:

Tabelul 1:

Factorii comunicării care depind de personalul medical:

- Timpul alocat comunicării
- Empatie și simpatie

Răbdare (atunci când nu este vorba de urgență)

- Pregătire psihosomatică
- Lipsa de prejudecăți (față de boală, factori rasiali, de comportament)



Discuția cu pacientul se desfășoară într-un anumit spațiu. Acest spațiu trebuie să respecte distanțele acceptate ca necesare a delimita spațiul fiecărei persoane. Teritoriul individual are mai multe limite denumite distanțe interpersonale. Distanța interpersonală este: *intimă*, apreciată la 45 cm; *propriu-zisă*: 1,2 m; *socială*, estimată la: 3,7 m; *publică*, de peste 3,7 m (Marsh 1988, citat de 1). Aceste distanțe trebuie respectate spre a nu intra în spațiul intim al pacientului, de aceea trebuie să așezăm mobilierul în așa fel încât să fie respectată distanța personală și mai ales cea intimă, în cursul comunicării. Desigur, aceasta se păstrează în cursul dialogului și nu în timpul examenului clinic sau instrumental.

Premisele unei bune comunicări implică respectul reciproc și încrederea.

Manipularea opiniei publice prin mass-media distorsionează aceste caracteristici. Potențialii sau adevărații pacienți sunt informați că medicii se comportă nedeontologic, sunt neglijenți, cupizi, fac greșeli: Totodată despre spitalele de stat se spune că sunt murdare, prost organizate, cu conducere coruptă. În contrast, unitățile private sunt competente, eficiente, opulente. Este greu pentru personalul medical să se impună pe fondul acestui „bruiaj”.

Medicii pot să perceapă pe pacienți ca dificili, revendicativi, nereverențioși, reclamagii.

În ciuda privațiunilor materiale, a lipsurilor produse de

subfinanțarea cronică a sistemului de sănătate, a existenței unor abateri deontologice, este important să cultivăm relații cât mai corecte și amiabile cu pacientul.

Avem posibilitatea să ne impunem prin competență profesională și prin comportament deontologic, încât să câștigăm încrederea și cooperarea pacienților. În acest mod, capacitatea noastră de convingere sau de influențare vor crește, în paralel cu eficiența deciziilor noastre (1, 4).

Concluzie: Relația cu pacienții a profesioniștilor sănătății trebuie să includă capacitatea de a prevedea ce așteaptă pacienții de la noi.

Bibliografie

1. Dumitrascu DL: *Comunicare medicală, curs Ed Med Univ Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca 2014*
2. Oliveira S, Santiago LM, Dourado M *Knowledge of Palliative Care Among Medical Students of the University of Coimbra, Acta Med Port. 2020. doi: 10.20344/amp.12590.*
3. Rinn M, Sherlaw W. *Santé publique et communication. Ed. Harmottan 2018*
4. Schiavo R. *Health Communication: From Theory to Practice, 2nd Edition, Jossey-Bass 2013*

Adresa autorului:

Prof. Dan L. Dumitrașcu: ddumitrascu@umfcluj.ro





IMPORTANȚA ȘI ROLUL GHIDURILOR DE COMUNICARE ÎN RELAȚIA MEDIC – PACIENT

■ Ph. Mihaela Gabor Naidin, Brașov

Rezumat: DEducația în comunicare. Pregătirea persoanelor (care lucrează în sănătate) în comunicare nu se capătă în școală sau în facultate. Aceasta este clasificată pe ultimul loc ca importanță în achiziția abilităților de comunicare. Marea majoritate a cursurilor dedicate comunicării medic – pacient sunt înregistrate la categoria OPȚIONALE, chiar dacă tot ce învățăm, folosim atât în profesia noastră cât și în viața de zi cu zi ... o viață întreagă.

În ultimii ani, bazându-se pe abordarea centrată pe pacient, comunitățile medicale au formulat recomandări pentru a îmbunătăți abilitățile de comunicare ale profesioniștilor din domeniul medical, care au ca impact creșterea auto-eficacității percepute a acestora în privința capacității de a comunica cu pacienții. Astfel, au apărut protocoale precum: SPIKES, ABCDE, BROKE, AJUTOR, ASCO. Rolul ghidurilor este de a asista furnizorii de sănătate în procesul de decizie, fără a impune însă un anumit tip de îngrijire medicală. Recomandările nu sunt destinate să înlocuiască judecata profesională independentă a celor care tratează, deoarece informațiile nu reflectă variațiile individuale în rândul pacienților. În toate cazurile, alegerea căii de acțiune de către furnizorul de servicii de sănătate trebuie făcută în contextul unui tratament individualizat pentru fiecare pacient în parte.

Cuvinte cheie: educație în comunicare medicală, ghiduri de comunicare cu pacienții, pacienți oncologici, comunicarea diagnosticului.

Abstract: TEducation in medical communication. The training of people (who work in health) in communication is not achieved in school or college. It is ranked last as important in the acquisition of communication skills. The vast majority of courses dedicated to doctor-patient communication are registered in the OPTIONAL category, even if we use everything we learn both in our profession and in everyday life... a whole life. In recent years, based on the patient-centered approach, medical communities have made recommendations to improve the communication skills of medical professionals, which have an impact on increasing their perceived self-efficacy in their ability to communicate with patients. Thus, protocols such as: SPIKES, ABCDE, BROKE, AJUTOR, ASCO. The role of the guidelines is to assist health care providers in the decision-making process, without imposing a specific type of medical care. The recommendations are not intended to replace the independent professional judgment of those treating, as the information does not reflect individual variations among patients. In all cases, the choice of course of action by the healthcare provider must be made in the context of individualized treatment for each patient.

Keywords: education in medical communication, patient communication guides, cancer patients, communication of the diagnosis.

EDUCAȚIA ÎN COMUNICARE

Pregătirea persoanelor (care lucrează în sănătate) în comunicare nu se capătă în școală sau în facultate. Aceasta este clasificată pe ultimul loc ca importanță în achiziția abilităților de comunicare. 32% din respondenți consideră pregătirea de specialitate ca fiind cea mai importantă în învățarea modului de comunicare cu pacienții. 50% au căpătat aceste abilități pe parcursul carierei învățând din experiență. 96% din respondenți consideră necesare, urgente sau folositoare sesiuni de educație în comunicare și

ghiduri de comunicare. (1)

Marea majoritatea a cursurilor dedicate comunicării medic – pacient sunt înregistrate la categoria OPȚIONALE, chiar dacă tot ce învățăm folosim, atât în profesia noastră cât și în viața de zi cu zi ...o viață întreagă. “*Observați, înregistrați, comunicați. Utilizați cele cinci simțuri. Învățați să vedeți, învățați să auziți, învățați să simțiți, învățați să mirosiți și să știți că numai prin practică puteți deveni experți*” William Osler (5), (12 iulie 1849 - 29 decembrie



1919, medic canadian și unul dintre cei patru profesori fondatori ai Spitalului Johns Hopkins). Altfel spus, este responsabilitatea noastră să învățăm să dezvoltăm relațiile cu pacienții într-un mod cât mai eficient. O relație mai bună cadru medical - pacient poate fi ratată, dacă abilitățile de bază, care sunt esențiale, lipsesc.

Comunicarea este strâns legată de succesul terapeutic al pacienților. Dificultățile apărute în comunicare pot duce la:

- insatisfacție profesională și
- creșterea nivelului de stres ce apar concomitent cu
- plângerile venite din partea pacienților.

Comunicarea centrată pe pacient

► aptitudinile de comunicare ale personalului care lucrează în sănătate influențează satisfacția pacienților în proporție de 49%, iar

► aptitudinile tehnice în proporție de 24%

Care este starea, emoția, trăirea cea mai frecventă pe care pacienții o simt când vin la medic?

FRICA: *Iatrofobia* sau frica de medici apare mai frecvent decât am crede, iar uneori starea de anxietate se instalează fără să ne dăm seama și fără vreun motiv real. (IATROFOBIE – de la cuvântul grec iatros – medic).

În alte cazuri, frica de halatele albe se naște din anticiparea durerii unei proceduri - injecție, mici proceduri chirurgicale, intervenții stomatologice - anticiparea unui anumit diagnostic sau o traumă din trecut, legată de vizita la medic.

Teama de ace este una dintre cele mai comune, fie că vorbim despre un vaccin sau recoltarea sângelui.

Hematofobia: frica de sânge. Atunci când unii oameni văd sânge (în special al lor), experimentează o stare de panică, anxietate sau dezgust. Astfel, aceștia pot simți o stare de greață, tremurături și în cazurile mai grave, pot chiar leșina. Dacă știi că urmează să faci o procedură care implică recoltarea sângelui, e bine să întrebi pacientul înainte dacă știe că are frică de sânge. Îi poți sugera să se uite în altă parte sau să facă un exercițiu de imaginație și să se gândească la alte lucruri.

Algofobia: frica de durere. Pacienții care suferă de algofobie pot avea următoarele simptome: respirație accelerată, bătăi neregulate ale inimii și greață. E posibil ca persoana care suferă de această fobie să reacționeze în timpul procedurilor și chiar să împiedice recoltarea analizelor din cauza fricii. Atunci când întâlnești pacienți cu algofobie, este important să le explici în detaliu toți pașii procedurii

și care sunt etapele acestora în care este posibil să simți durere și mai exact, intensitatea acestora. În acest mod, pacientul va ști pentru ce să se pregătească mental.

Tripanofobia: frica de ace, este frica extremă de ace și injecții care poate fi observată mai des la copii, dar este întâlnită și la adulți. Printre simptome se regăsesc tahicardie, respirație accelerată, tremur și reacții incontrolabile ca răspuns la frică. În timpul injecțiilor sau recoltărilor, cel mai bine ar fi ca pacienții care suferă de această fobie să evite contactul vizual cu seringă și acele. Le poți sugera pacienților să se uite la un filmuleț pe telefon ca să își distragă atenția. (7)

Asociația Medicală Americană a stabilit în anul 1847 primul său cod de etică medicală, care prevedea următoarele: „*Viața unei persoane bolnave poate fi scurtată nu doar prin fapte, ci și prin vorbele sau comportamentul medicilor. Este, de aceea, o datorie sacră să îl protejeze pe acesta cu respect și să se evite toate actele care au tendința de a descuraja sau deprima pacientul și starea sa de spirit.*”

În ultimii ani, bazându-se pe abordarea centrată pe pacient, comunitățile medicale au formulat recomandări pentru a îmbunătăți abilitățile de comunicare ale profesioniștilor din domeniul medical, care au ca impact creșterea auto-eficacității percepute a acestora în privința capacității de a comunica cu pacienții.

Astfel, au apărut protocoale precum: SPIKES, ABCDE, BROKE, AJUTOR, ASCO, ș.a.

• **PROTOCOLUL SPIKES** (Robert Buckman) cu aplicațiile sale, publicat în revista *The Oncologist*

martie/aprilie 2005, s-a dovedit a fi un instrument util și practic, întrucât furnizează o strategie simplă, ușor de învățat, de comunicare a veștilor proaste și sugerează căi de apreciere rapidă a situației, pe măsură ce ea evoluează, pentru a le răspunde pacienților rapid și constructiv.

Deși comunicarea veștilor proaste nu va fi niciodată ușoară, având un plan de acțiune și înțelegând că îți poți susține emoțional pacientul să treacă printr-o perioadă dificilă, ajută în mod considerabil. Oferă indicii folositoare care sunt frecvent folosite în educarea viitoarelor cadre medicale pentru a găsi cea mai bună cale de a da veștile proaste. (3)

• **Modelul ABCDE** - Modelul a fost dezvoltat de Rabow și McPhee, este foarte practic și cuprinde o serie de recomandări pentru fiecare dintre cele 5 etape.

A = Advance Preparation / Faceți pregătirile necesare

B = Build a therapeutic environment & relationship / Construți o relație și un cadru terapeutic

C = Communicate Well / Comunicați eficient



D = Deal with patient and family reactions / Răspundeți reacțiilor pacientului și familiei lui

E = Encourage and validate emotions / Încurajați și validați emoțiile (2)

• **PROTOCOLUL B.R.E.A.K.S** - Reprezintă o strategie simplă și sistematică de a transmite veștile proaste pacienților.

B = Background / Istoric medical

R = Rapport / Consolidarea relației

E = Exploring / Explorare

A = Announce / Comunicarea veștilor proaste

K = Kindling / Stârnirea reacțiilor pacientului

S = Strategize and Summarize/ Strategie și Sumarizare (2)

• **Modelul AJUTOR**

A atenție și salut

J jalonarea problemelor

U un spectru larg de informații

T tratarea metodei alese

O o concretizare, o totalizare

R revenire și control (2)

• **Ghidul ASCO** - privind comunicarea medic-pacient în oncologie, publicat în Journal of Clinical Oncology. Scopul acestui ghid a fost, potrivit inițiatorilor, de a răspunde la întrebarea: „La ce competențe și responsabilități pot să facă apel clinicienii în sfera comunicării pentru a îmbunătăți relația medic-pacient, starea de bine a pacientului și a medicului, cât și starea de bine a familiei?”. (4)

În acest scop a fost convocat un grup eterogen de specialiști din domeniile oncologiei medicale, psihiatriei, îngrijirii medicale sau comunicării, cât și experți în avocatură. Aceștia au realizat o revizuire sistematică a literaturii specifice, publicate în perioada 1 ianuarie 2006 – 1 octombrie 2016.

Rolul ghidurilor este de a asista furnizorii de sănătate în procesul de decizie, fără a impune însă un anumit tip de îngrijire medicală.

„Recomandările nu sunt destinate să înlocuiască judecata profesională independentă a celor care tratează, deoarece informațiile nu reflectă variațiile individuale în rândul pacienților. (...) În toate cazurile, alegerea căii de acțiune de către furnizorul de servicii de sănătate trebuie făcută în contextul unui tratament individualizat pentru fiecare pacient în parte. Utilizarea informațiilor este voluntară”...

Modalități de dobândire a abilităților de comunicare

Recomandările privind căile prin care medicii își pot îmbunătăți tehnicile de comunicare

evidențiază faptul că urmarea unor cursuri teoretice re-

prezintă o metodă ineficientă, în lipsa unor exerciții practice de însușire a aptitudinilor: „Trainingul pentru abilitățile de comunicare trebuie să se bazeze pe principii educaționale solide și să pună accent pe dobândirea competențelor prin practică și învățare experimentală, apelând la metode, ghiduri, etc.

Datele cu privire la durata optimă a cursurilor de comunicare destinate clinicienilor sau la efectele acestora pe termen lung sunt deocamdată neclare. Totuși, s-au constatat câteva avantaje ale acestor forme de instruire.

Conform unei metaanalize din 2013, trainingurile de comunicare ar fi îmbunătățit anumite abilități de comunicare ale clinicienilor, cum ar fi empatia (șase studii) și utilizarea întrebărilor deschise (cinci studii).

Deși nu sunt disponibile dovezi certe că dezvoltarea competențelor de comunicare ale medicilor are efecte pozitive asupra evoluției bolii pacientului, se consideră că ar exista unele beneficii.

Astfel, îmbunătățirea comunicării în domeniul sănătății a fost asociată cu un mai bun control al tensiunii arteriale sau al hemoglobinei glicate (A1C) în diabet, dar și cu creșterea răspunsului la tratament și a gradului de satisfacție al pacienților. (6)

Abordarea multidisciplinară

- rezultatele cele mai bune, atunci când vorbim de pacient, se obțin în echipă
- abordarea multidisciplinară pune laolaltă întreg setul de acțiuni și proceduri diagnostice și terapeutice al cărui principal scop este îmbunătățirea și salvarea vieții pacientului
- contribuția întregii echipe medicale compusă din mai multe discipline răspunde într-un mod țintit și sigur nevoilor pacienților și este esențială în atingerea obiectivelor

Abordarea multidisciplinară înseamnă parteneriate medicale strategice care au în centrul acțiunilor binele, sănătatea și viața pacienților

CONCLUZII

Fiecare bolnav are o structură psihică unică, astfel încât o soluție de comunicare găsită de medic nu poate fi aplicată tuturor pacienților.

Pacientul trebuie să simtă atât responsabilitatea deciziei sale, cât și sprijinul oferit de cadrele medicale. Așa se va ajunge la o colaborare pozitivă dintre cadrele medicale și pacient.

Este importantă dezvoltarea unor abilități de comunicare care să faciliteze procesul de furnizare a veștilor proaste,



tratament, diagnostic, etc.

O serie de protocoale sunt menite să ofere îndrumare în acest scop, constituind adevărate strategii de acțiune care pot fi implementate de personalul medical.

De asemenea, este utilă familiarizarea cu tehnici și protocoale a studenților / rezidenților / asistentilor medicali și a numeroase categorii de clinicieni, care se confruntă cu aceleași tipuri de probleme privind comunicarea unor informații nefavorabile.

Bibliografie:

1. Universitatea de medicină și farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj – Napoca, Moșoiu Daniela Viorica, *Comunicarea diagnosticului și a prognosticului în cancer. Pregătirea, percepții și practici ale medicilor oncologi, hematologi și de îngrijiri paliative, așteptări ale populației și cadrul normativ*, 2009
2. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, GHID privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților, Chișinău 2018
3. Prof. dr. Doina Cosman, *catedra de psihologie clinica, UMF CLUJ - Comunicarea în medicina*
4. World Health Organisation (WHO) – „Guide to cancer early diagnosis”, February 2017.
5. <https://ovidius.md.net/comunicarea-eficienta-medic-pacient-optionala/>
6. <https://www.revistagalenus.ro/practica-medicala/noile-principii-ale-comunicarii-medic-pacient-oncologie/>
7. <https://medijobs.ro/blog/pacienți-cu-fobii-la-ce-să-te-aștepți-ca-asistent-medical>

OPINIILE SOCIETĂȚII PRIVIND ACORDAREA AJUTORULUI BOLNAVILOR MINTALI

- Iachim Lilia - *psiholog clinician* - IMSP Spitalul Clinic Psihiatrie, doctorand ULM, Chișinău ■ Stog Irina - *nutritionist* - Academia Wellness consulting

Rezumat: Când observăm oamenii bolnavi mintal, avem anumite idei despre ei și tratamentul lor pentru a preveni recidivele, despre intervențiile educaționale și psihosociale pentru a ajuta pacienții și familiile să facă față bolii, complicațiilor și recidivelor acesteia, despre reabilitare, care ajută pacienții să se integreze în societate și să revină la activitățile lor educaționale sau profesionale. La momentul de astăzi în multe țări funcțiile legate de tratamentul ambulatoriu cu următoarea monitorizare a pacienților, adaptarea lor socială, îngrijirea persoanelor bolnave mintal aflate în proces de remisie, precum și procesul de integrare a bolnavilor mintali în societate nu sunt atribuite spitalelor de psihiatrie, dar vin asupra societății sub forma lansării unei rețele mari de centre comunitare specializate cu echipe multi-disciplinare.

Cuvinte cheie: schizofrenie, ajutor profesional, percepție socială, reabilitare, nutriție.

Abstract: SOCIETY'S OPINIONS TOWARD HELPING MENTAL PATIENTS. When we observe mentally ill people, we have some ideas about them and their treatment to prevent relapses, about educational and psychosocial interventions to help patients and families cope with the disease, its complications and relapses, about rehabilitation, which helps patients integrate into society and return to their educational or professional activities. At present in many countries the functions related to outpatient treatment with the next monitoring of patients, their social adaptation, the care of mentally ill people in the process of remission, and the process of integrating the mentally ill in society are not assigned to psychiatric hospitals, but they come upon society in the form of the launch of a large network of specialized community centers with multidisciplinary teams.

Keywords: schizophrenia, professional help, social perception, rehabilitation, nutrition



Studierea problemelor legate de boli mintale și persoanele bolnave mintal, desigur, este o prioritate a psihiatriei și psihologiei clinice. Cu toate acestea, psihologia socială a adus și ea o contribuție semnificativă la dezvoltarea acestui domeniu în ultimele decenii printr-o abordare socio-psihologică a problemelor de sănătate mintală și a bolilor ca atare. Există numeroase lucrări dedicate, de exemplu, analizei proceselor de comparație socială la pacienții bolnavi mintal, studiului stigmatizării în raport cu aceștia, explicației legăturii dintre stigmat și discriminarea acestora, analiza ideilor de zi cu zi despre boala mentală și pacienții înșiși etc. [9, 16, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 21, 23, 25, apud 3, p.103]

Astăzi, studiarea ideilor cotidiene despre bolile mintale și pacienții mintali a atras atenția multor cercetători din diferite culturi, ceea ce se explică prin schimbări radicale într-o serie de țări occidentale: funcțiile asociate cu adaptarea, îngrijirea bolnavilor mintali care au fost stigmatizați și izolați de societate de secole, nu sunt atribuite instituțiilor medicale, ci societății în sine, ceea ce a necesitat integrarea bolnavilor mintali în societate [9, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 25, apud 1., p.15].

Când observăm oamenii, avem idei despre gândurile lor, unul despre celălalt; influență reciprocă unul asupra celuilalt; interacțiuni între ele; relații între ele, într-un cuvânt despre modul în care oamenii se percep și se cunosc reciproc. Astfel de idei avem și atunci când observăm oamenii bolnavi de schizofrenie [10].

Tratamentul schizofreniei, conform abordării OMS, are trei componente principale. În primul rând, tratamentul medicamentos pentru a reduce simptomele și a preveni recidivele. În al doilea rând, intervențiile educaționale și psihosociale pentru a ajuta pacienții și familiile să facă față bolii, complicațiilor și recidivelor acesteia. În al treilea rând, reabilitarea ajută pacienții să se integreze în societate și să revină la activitățile lor educaționale sau profesionale [2., p. 13].

Deoarece oamenii reacționează parțial diferit din cauza diferitelor lor reprezentări / cunoașteri, care influențează mult modul lor de a gândi, reacția unuia la insulta provocată de celălalt, depinde de modul în care noi ne-o explicăm. Psihologii profesioniști fac același lucru, doar mai metodic (creează teorii) și greu (adesea realizează experimente în care reproduc drame sociale în miniatură care dezvăluie cauza și efectul) creează o bază metodologică pentru cercetarea lor. [10].

Scopul acestui articol este analiza rezultatelor obținute în cadrul studiului efectuat cu privire la percepția socială a bolnavilor mintali și tratamentului lor, și anume: analiza

itemului **№ 8 «Care ar trebui să fie ajutorul acordat bolnavilor mintali?»**, din ancheta cu 28 de itemi.

Material pentru această publicație: sunt datele sondajului a 108 respondenți printr-o anchetă creată de autor cu acest scop. În cadrul cercetării eșantionul a fost împărțit în 4 grupuri:

1. un grup de rude de primă linie care au în familie un pacient schizofrenic;
2. un grup de „preoți” ortodocși;
3. un grup de „specialiști” (medici generaliști și psihologi) care întâlnesc astfel de oameni datorită profesiei lor și
4. grupul „alții” (respondenți din diferite categorii care nu au tangență cu pacienți schizofrenici și schizofrenia ca atare).

Respondenții din primele trei grupuri sunt mai mult sau mai puțin competenți în această problemă (au educație generală / specializată și experiență directă (de zi cu zi) în interacțiunea cu persoanele bolnave). Yadov V.A. scrie că, cunoștințele despre opiniile și aprecierile publicului, oricare ar fi aceste opinii și evaluări, sunt informații obiective și fiabile dacă sunt intervievați oameni care sunt familiarizați cu ceea ce li se cere, dacă se confruntă cu aceste evenimente sau fapte în cotidianul lor viața [6].

Metoda de cercetare: a fost elaborată ancheta „**Reprezentarea / cunoașterea socială a bolnavului mintal și a bolii mintale**”, pentru a studia percepția socială la nivel de reprezentări / cunoștințe (idei) sociale față de o persoană bolnavă mintal, alegând una dintre maladiile psihice, precum este schizofrenia. Chestionarul constă din 28 de itemi cu un număr diferit de puncte pentru alegerea răspunsurilor, în timp ce fiecare item al chestionarului este limitat în alegerea elementelor pe care subiecții au posibilitatea de a alege (de la 1 punct la 14 puncte, există itemi cu o singură alegere, răspuns).

Itemii diferă în esență și se pot împărți în 3 categorii:

1. categorie - care reflectă reprezentările / cunoștințele sociale despre cauzele, factorii și simptomele bolii;
2. categorie – reflectă reprezentările / cunoștințele sociale cu privire la tratamentul necesar pentru această boală și ajutorul suplimentar pentru pacienți și rudele lor;
3. categorie - reflectă reprezentările / cunoștințele sociale despre impactul bolii asupra societății și al măsurilor de siguranță publică.

În continuare, în diagrame, am reflectat analiza întrebării nr.8, cu o alegere de cel mult 5 puncte de răspuns. După analizarea și rezumarea datelor, rezultatele obținute sunt



prezentate în *figura №1* (unitatea de măsură – media % per total eșanțion – 4 grupuri).

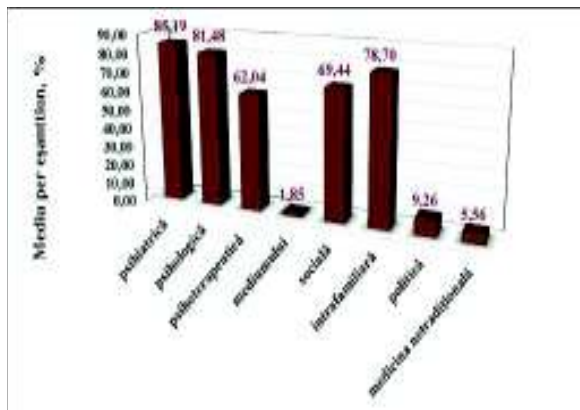


Figura № 1. Întrebarea № 8. Care ar trebui să fie ajutorul acordat bolnavilor mintali?

În urma analizei și sintezei variantelor de răspuns, per eșanțion obținem date concludente care reflectă perceperea societății pe baza nivelului de informare, referitor la acordarea ajutorului necesar pentru bolnavii mintali.

În histograma din fig.1 se reflectă media procentuală pe eșanționul din 108 de respondenți. Fiecare respondent are posibilitatea de a alege 5 puncte din 8 variante de răspuns, și anume: ajutorul psihiatric; ajutorul psihologic; ajutorul psihoterapeutic; ajutorul mediumului; ajutorul social; ajutorul intra-familial; ajutor politic și ajutorul medicinei ne-tradiționale.

Variantele care au o pondere mai mare de 50 de procente sunt: ajutorul psihiatric - 85.19%; ajutorul psihologic - 81.48%; ajutorul intra-familial - 78.70%; ajutor social - 69.44%; ajutorul psihoterapeutic - 62.04 %; ceea ce de fapt reprezintă un nivel corect de informare a societății în privința ajutorului necesar bolnavilor mintali (schizofrenici).

Media procentuală de informare pozitivă a populației pe variantele de răspuns reprezintă 95%, ceea ce numeric se descifrează ca din 108 respondenți, 102 vor fi orientați corect în acordarea ajutorului, iar 6 respondenți vor avea opinii eronate, care vor contribui la decizii greșite referitor la tratamentul și ajutorul suplimentar în reabilitarea persoanelor bolnave de schizofrenie, afectându-le și mai mult cât stilul de viață, atât și calitatea vieții.

În anul 1928, Alfred Adler, a introdus noțiunea de stil de viață, având o importanță deosebită nu numai în viața socială, ci și în patologia umană, deoarece stilul de viață poate

duce la apariția multora dintre bolile și problemele cu care suntem confrunțați[8., c. 65].

La rândul ei, calitatea vieții este un complex multidimensional centrat pe persoană și acoperă dimensiunea fizică (percepția individului față de sănătatea lui fizică), psihologică (percepția individului față de starea lor cognitivă și afectivă) și socială (percepția individului asupra relațiilor sale interpersonale și a rolurilor sociale pe care le au).

Schizofrenia este una dintre cele mai invalidante boli mintale, deoarece pacienții nu pot funcționa din cauza simptomelor lor [4., p. 46], la care se alătură și obezitatea, experiențele personale asociate cu ea, demoralizarea datorată sentimentului de imposibilitate de a controla situația și sentimentele de înstrăinare în societate din cauza stigmatizării obezității.

La pacienții cu schizofrenie și obezitate, situația se poate agrava și mai mult, pentru că majoritatea medicamentele cresc riscul de obezitate[4., p. 54]. Cercetarea recentă făcută de P.J. Weiden și colab., a arătat că pacienți care s-au îngrășat în urma administrării medicamentelor antipsihotice, au avut scorurile la nivelul de trai mai mici. Pericolul creșterii în greutate la pacienții cu schizofrenie este și în stigmatul supraponderalității care duce la agravarea simptomelor în baza refuzului la tratament din cauza creșterii în greutate, ceea ce este un factor semnificativ, care favorizează neaderarea la tratament și este principala cauză a recăderii și spitalizări repetate, riscul căreia crește de 5 ori [24., apud 4., p.47, 20., apud 4., p.46].

În multe studii de cercetare efectuate recent au arătat conexiunile care există între obiceiurile alimentare și sănătatea mintală. „În mod normal nu am fost instruiți să ne interesăm de alimentația pacienților, însă dieta are un potențial enorm asupra sănătății mintale, iar o dietă potrivită poate ajuta la scăderea riscurilor apariției bolilor psihiatrice”, spune Drew Ramsey, psihiatru în cadrul Universității Columbia[26].

Un element, nou, dar foarte important în reabilitarea și menținerea persoanelor bolnave mintal este nutriția, care este împletită în toată viața oamenilor de zi cu zi. Astfel sănătatea psiho-mintală se conturează a fi încă o zonă pe care o poate influența major alimentația[18].

Concluzii

Deoarece schizofrenia este o afecțiune complexă ea poate avea un impact profund atât asupra persoanelor afectate, cât și asupra aparținătorilor acestora. Este important ca toate părțile implicate să conștientizeze opțiunile disponibile.

Pe de-o parte, îngrijirea unei persoane cu schizofrenie



are un impact semnificativ asupra vieții aparținătorului și este esențial ca aparținătorii să fie educați și în privința opțiunilor terapeutice disponibile, astfel încât aceștia să poată ajuta la susținerea unei decizii informate privind planul de tratament personalizat.

Pe de altă parte, pacienții întâmpină probleme în ceea ce privește adaptarea la stilul de viață impus de boala psihică și de aceea, mai mulți necesită sprijin și consiliere, astfel încât să înțeleagă situația și modalitățile prin care planul lor de tratament și reabilitare îi ajută să aibă o viață mai calitativă [27].

Astfel, pentru a modifica părerile eronate de tip: ajutorul mediuului-1.85%; ajutorul politic-9.26%; medicina ne-traditională-5.56%, evidențiate în urma analizei efectuate, ar fi util și foarte important de a oferi societății un volum de informație obiectivă bazată pe studii științifice, ceea ce va contribui, la sporirea nivelului de cunoștințe pe subiectul dat și le va da posibilitatea de a lua decizii corecte și funcționale referitor la ajutorul acordat bolnavilor mintali (fie membrilor familie, fie din mediul înconjurător), oferindu-le astfel șansa de a primi un ajutor adecvat și efectiv fără a tergiversa.

Tot odată, deoarece nutriția este un element important în reabilitarea și menținerea persoanelor bolnave mintal, pentru diminuarea obezității lor ar fi de dorit îndrumarea persoanelor bolnave mintal către un dietetician și motivarea lor să crească activitatea fizică [4., p. 55], la fel ar fi de dorit, pe lângă intervențiile comportamentale în ceea ce privește măsurarea greutateii, deținerea unui jurnal de nutriție și activitate fizică, pentru a putea face o alegere mai favorabilă a alimentelor.

Aparținătorii, de asemenea au necesitatea de a fi informați și instruiți, pentru a deveni conștienți de posibilele creșteri în greutate la persoanele bolnave de schizofrenie în urma tratamentului antipsihotic [4], cât și de posibilitățile efective de a gestiona această problemă în vederea sporirii atât a calității de viață al membrului de familie împovărat de schizofrenie, cât și calitatea propriei vieți alături de el.

Bibliografia:

1. Андреева Г.М. Психология социального познания. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — Издание второе, перераб. и доп. — М.: Аспект-пресс, 2000. — 288 с. ISBN 5-7567-0248-2
2. Бабин С. М. Психотерапия психозов: практическое руководство. — СПб.: СпецЛит, 2011. — 335 с. ISBN 978-5-299-00480-9
3. Бовина И.Б., Панов М.С., Обыденные представления о психически больных в студенческой среде // Социологический журнал. 2005. № 3, С. 103-118.
4. Виршинг Д. А., Шизофрения и ожирение: влияние антипсихотических препаратов. Расширенный реферат статьи, опубликованной в J. Clin. Psychiatry. США – 2004. – Vol. 65, Suppl. 18. – P. 13–26., УДК 616.895.8–085:615.214
5. Донцов А., Емельянова Т. Концепция социальных представлений в современной французской психологии. М.: МГУ, 1987.
6. Ядов В.А. Социологическое исследование: методология, программа, методы - М.: Наука, 1972.
7. Abric J.-C. Central system, peripheral system: Their functions and roles in the dynamic of social representations // Papers on Social Representations. 1993. No. 2. P. 75-78.
8. Adrian Restian Dr. Prof. As., Stilul de viață ca factor patogen., Practica Medicală – Vol. V, NR. 2(18), an. 2010.
9. Augoustinos M., Walker I. Social cognition. London: Sage, 1995.
10. David G. Myers „Psihologie socială”, ediția a 7-a, 2002), 603 P.
11. Farr R. Representations of health, illness and handicap in the mass media of communication: A theoretical overview // Representations of health, illness and handicap / Ed. by I. Markova, R. Farr. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1995. P. 3-29.
12. Finlay W.M.L., Dinos S., Lyons E. Stigma and multiple social comparisons in people with schizophrenia // European Journal of Social Psychology. 2001. Vol. 31. No. 5. P. 579-592.
13. Foster J. Beyond otherness: Controllability and location in mental health service clients' representations of mental health problems // Journal of Health Psychology. 2003. Vol. 8. No. 5. P. 632-644
14. Foster J. Unification and differentiation: A study in social representation of mental illness // Papers on Social Representations. 2001. Vol. 10. P. 1-18.
15. Jodelet D. Madness and social representations. Berkley: University of California Press, 1991.
16. Crocker, J., Major B., Steele C. Social stigma // The handbook of social psychology: Vol. 2 / Ed. by D. Gilbert, S.T. Fiske, G. Lindzey. New York: McGraw-Hill, 1998. P. 504-553.
17. Morant N. What is mental illness? Social representations of mental illness // Papers on social representations. 1995. Vol. 4. No. 1. P. 41-52.
18. Psihiatria nutrițională – rolul alimentației în dezvoltarea tulburărilor psihice in [Articol, Lumea medicală](https://www.easistent.ro/?p=4427), Dec, 22 2017., <https://www.easistent.ro/?p=4427>., 08.09.2020
19. Petrillo G. Changes in social representations of mental illness: The last twenty-five years on the Italian press // Papers on Social Representations. 1996. Vol. 5. P. 99-112.



20. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M. et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. – Vol. 56. – P. 241–247.
21. Rosa A.M. de Sur l'usage des associations libres dans l'attitude des representations sociales de la maladie mentale // Connexions. 1988. Vol. 51. No. 1. P. 25-50.
22. Quinn D., Kahn S., Crocker J. Discreditable: Stigma effects of revealing mental illness history on test performance // Personality and Social Psychology Bulletin. 2004. Vol. 30. No. 7. P. 803-815.
23. Wagner W., Duveen G., Verma J., et al. "I have some faith and at the same time I don't believe in it" – Cognitive polyphasia and culture change // Journal of Community and Applied Social Psychology. 2000. No. 10. P. 102-114.
24. Weiden P.J., Allison D.B., Mackell J.A. et al. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. Arlington, Va: American Psychiatric Association, 2000.
25. Zani B. The mentally ill person and the others: Social representations and interactive strategies / Ed. by I. Markova, R. Farr // Representations of health, illness and handicap. Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers, 1995. P. 145-162.
26. <https://www.medlife.ro/articole-medicale/ce-este-psihiatria-nutritionala-si-ce-impact-au-obiceiurile-alimentare-asupra-sanatatii-mintale.html>, 08.09.20
27. <https://www.scoalapacientilor.ro/apartinatorii-au-un-rol-esential-cazul-adultilor-cu-schizofrenie/>, 08.09.20

CRITERIUL CAUZALITĂȚII ÎN EVALUAREA PACIENTULUI DE CĂTRE PERSONALUL MEDICAL*

■ Almoș Bela Trif, S.U.A.

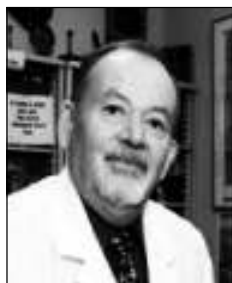
Rezumat: Datorită recentelor situații controversate din desfășurarea pandemiei cu Covid-19, unde morții în accidente de mașină au fost găsiți pozitivi pentru virus, iar în certificatele de deces cauza morții a fost declarată ca rezultat al infecției cu Covid-19, autorul a decis să aducă în actualitate criteriul cauzalității. Mai întâi, sunt prezentate definițiile cauzelor bolii și criteriile folosite de-a lungul istoriei medicinei pentru stabilirea cauzalității. Apoi se prezintă un model unificat al relației cauzale, bazat pe două componente – cel suficient și cel necesar, cu combinațiile lor. În final se fac câteva considerații practice referitoare la COVID-19.

Cuvinte cheie: Postulatele lui Koch, definiția cauzei, deducția cauzală, criteriile lui Bradford Hill pentru evaluarea cauzalității, cauza suficientă și necesară, aplicarea conceptului de cauzalitate în bolile infecțioase.

Abstract: *The causation criterion in assessing the patient condition by the health-care-taker.*

Due to the controversial cases during the COVID - 19 pandemic, when people who died in car crashes were found positive for the virus, and their death-certificates mentioned COVID-19 infection as cause of death, the author decided to make a presentation about the criterion of causation. First, there are listed the historical criteria for defining the diseases and their causes. Then, a unified model of causal relationship based on the necessary and sufficient components and their combinations is presented. Finally, some practical considerations on COVID-19

Key words: *The Koch postulates, the definition of a cause, the causal deduction, the Bradford Hill criteria for assessing causation, the sufficient and necessary cause, application of causation concept in infectious disease.*



E important să decidem asupra cauzei bolilor deoarece interpretarea cauzalității bolii determină atitudinea terapeutică a medicului. Vom trece cu vederea câteva concepte mai vechi de cauzalitate.

Conceptul magic-religios al bolii presupunea că boala a fost trimisă *ca o pedeapsă sau ca un blestem*.

În Mesopotamia boala a fost interpretată ca mâna Zeului Suprem: boala era rezultatul fie a invaziei spiritelor, a vrăjitoriei, a răutății sau ruperii tabuurilor. Ca urmare, boala era înțeleasă atât ca o decizie a divinității, cât și ca o pedeapsă pe măsură, iar a lupta cu boala presupunea desfacerea vrăjii sau un descântec într-o stare de extaz mistic.

Egiptenii credeau că omul s-a născut sănătos, iar bolile provin din intervenția capricioasă a zeilor sau din cauza putrefacției intestinale. Acest concept ducea inerent la tratamente care se bazau în mare măsură pe exorcizări, rugăciune și ispășire.

Doctrina umorală a bolilor a fost inițiată de Hipocrate și urmașii lui. Hipocraticii credeau că boala provine dintr-un „*dezechilibru*” în umorile corporale - bilă neagră, bilă galbenă, sânge și flegmă. În consecință, tratamentele ce se foloseau aveau ca scop în mare măsură restabilirea echilibrului umorilor: prin sângerare pentru a elimina excesul de sânge, folosirea lipitorilor, prin exercitarea de manevre fizice asupra corpului pacientului și prin provocare de vomă și purgație.

Galen a adoptat conceptul umoral al bolii, iar ideile sale au dominat medicina inclusiv după el. De aceea, secole de-a rândul, până la Paracelsus care a lărgit sfera terapeutică cu extracte de plante aduse din America, acestea au fost cele mai folosite terapii.

Teoria otrăvirii cadaverice a fost emisă de un medic din Viena, Ignatius Semmelweis în 1847. După moartea unui coleg, care fusese împins accidental cu bisturiul unui student în timp ce efectua un examen post-mortem, autopsia acestuia a prezentat o patologie similară cu cea a femeilor care mureau din cauza febrei puerperale.

Semmelweis a propus imediat o legătură între contaminarea cadaverică și febra puerperală - termenul modern e de septicemie streptococică. El a sugerat că medicii și studenții la medicină transportau „*particule cadaverice*” pe mâini din sala de autopsie la pacienții pe care i-au examinat la Clinica de Obstetrică.

Acest lucru explica de ce moașele care nu erau angajate în autopsii și nu aveau nici un contact cu cadavrele, aveau

o rată de mortalitate mult mai mică la parturiție. Astfel, Semmelweis a concluzionat că un anumit material necunoscut ce provenea de la cadavru cauza febra puerperală. De aceea, el a instituit o politică de utilizare a unei soluții de var clorurat (hipoclorit de calciu) pentru spălarea mâinilor între activitatea de autopsie și examinarea pacienților. El observase că această soluție clorurată era eficientă pentru eliminarea mirosului putred al țesutului de autopsie infectat, și, probabil, ea era capabilă să distrugă agentul ipotetic - „*contaminantul cadaveric*”.

Teoria germinilordescoperită de Louis Pasteur și admisă de Joseph Lister. Chiar și înainte de 1860 au existat mulți oameni care au crezut că fermentația și putrefacția au fost cauzate de organisme vii, dar nimeni nu putuse să dovedească acest lucru, iar dezbaterile pe această temă nu aduseseră o concluzie semnificativă.

Între 1860 și 1870 Pasteur a demonstrat că fermentația era cauzată de microorganisme și că există diferite organisme care ar provoca diferite tipuri de fermentație, iar că aceste organisme sunt OMNIPREZENTE.

În 1865 Joseph Lister a auzit de descoperirea lui Pasteur și s-a gândit că, dacă fermentația era cauzată de aceste *animaliculi*, putrefacțiile rănilor ar putea fi, de asemenea cauzate de ele. Acest lucru l-a determinat să instituie utilizarea acidului carbolic ca dezinfectant al pielii și a plăgilor cu rezultate uimitor de reușite - o scădere de 50% a mortalității. În ciuda rezultatelor lui Lister, mulți oameni au rămas neconvinși. (1)

Robert Koch și modernizarea explorării în laborator. După 1870 microscopia s-a dezvoltat considerabil, făcând posibilă vizualizarea microorganismelor lui Pasteur, deși nu și a structurilor lor intracelulare. În plus, industria germană a vopselelor a produs o serie de compuși care au reușit să coloreze atât țesuturile, cât și microorganismele cu afinitate diferențială. Aceste inovații au facilitat munca marelui doctor chirurg și microbiolog Robert Koch, unul din fondatorii bacteriologiei moderne, care a identificat agenții cauzali specifici ai tuberculozei, holerei și antraxului. Koch a creat și îmbunătățit tehnologiile și tehnicile de laborator în domeniul microbiologiei și a făcut descoperiri-cheie în domeniul sănătății publice. El a adus sprijin experimental conceptului de boală infecțioasă, prin experimente pe oameni și animale. Koch (1884) a oferit un cadru teoretic pentru identificarea legăturii cauză - efect = cauzalitatea bolilor infecțioase

Postulatele lui Koch:

1. *Organismul trebuie să fie prezent în fiecare caz al bolii.*



■ Referate

2. Organismul trebuie să fie izolat de la pacientul bolnav (gazdă) și cultivat în cultură pură.
3. Proba de organism prelevată din cultura pură trebuie să provoace aceeași boală atunci când este inoculată într-un animal de laborator susceptibil.
4. Organismul trebuie să poată fi izolat de la animalul inoculat și identificat ca organismul ce a fost izolat de la pacientul bolnav (gazdă).

Punctele slabe ale postulatelor lui Koch:

- Infecțiile asimptomatice (purtații) au fost cunoscute chiar și în timpul lui Koch.
- Multe boli virale nu îndeplinesc aceste postulate, de exemplu Virusul Epstein-Barr produce mononucleoză infecțioasă, limfomul Burkitt, boala Hodgkin și carcinom nazofaringian.
- Multe infecții virale duc la aceeași boală respiratorie - Rinovirus, adenovirus, virusul respirator sincițial, coronavirus.
- Bolile produse de prioni nu sunt „cultivabile”, deoarece acestea nu sunt în viață (boala vacii nebune, Kuru, scrapia ovină).
- Unele boli infecțioase sunt asimptomatice pentru mulți ani = tripanosomiatoza americană
- Mai mulți factori pot contribui la dezvoltarea bolii: malnutriție, diabet, terenul genetic, statusul imunitar afectat, existența de boli virale concomitente etc.
- Postulatele nu funcționează pentru unele boli infecțioase cronice. (2)

CAUZALITATEA ÎN EPOCA MODERNĂ

Astăzi, în țările dezvoltate, bolile majore care omoară sunt cele cronice, iar diagnosticele lor apar pe certificatele de deces. Cele mai multe boli cronice au mai multe „cauze”, iar aceasta a cerut regândirea a ceea ce înseamnă **legătura de cauzalitate**.

Definiția noțiunii de cauză: Cauza este un eveniment, o afecțiune sau o caracteristică care precedă boala și fără de care boala nu ar apărea.

Este necesar să se facă deosebirea între factorii de risc, asocierea și legătura de cauzalitate. În bolile cronice e important să deosebim ceea ce diferențiază un factor de risc de o cauză, iar o asociere este un concept statistic care poate fi sau nu causal.

Post hoc, ergo propter hoc – după aceasta, deci din cauza aceasta este un concept complet fals și dăunător în practica medicală.

„Quod gratis asseritur, gratis negatur” – Ceea ce se afir-

mă gratuit poate fi negat în mod gratuit este modul în care se poate refuza simplu orice teorie nesusținută de o bază științifică în medicina de azi, legată sau nu de cauzalitate.

STABILIREA CAUZEI BOLII

Deducția causală este termenul utilizat pentru procesul de a stabili dacă *asocierile observate* pot fi considerate și de a fi cauzale. Ea reprezintă un proces sistematic, absolut necesar pentru elaborarea fenomenului de cauzalitate din spatele asocierilor observate, pe lângă judecățile clinice-epidemiologice, cele de bun-simț și logică.

În anul 1964, Autoritatea Medicală Supremă din SUA - US Surgeon General a utilizat această abordare pentru a stabili că fumatul a cauzat cancer pulmonar fumătorilor.

Această abordare a fost elaborată în continuare de englezul **Sir Austin Bradford Hill** (1965) într-un set de „*orientări pentru legătura de cauzalitate*”.

CRITERIILE LUI HILL PENTRU STABILIREA CAUZALITĂȚII

1. **Puterea (dimensiunea efectului):** o asociere mică nu înseamnă că nu există un efect causal, deși cu cât asocierea este mai mare, cu atât este mai probabil ca aceasta să fie cauzală.
2. **Consistență (reproductibilitatea):** constatările consecvente observate de diferite persoane în locuri diferite, cu eșantioane diferite, consolidează probabilitatea unui efect.
3. **Specificitatea:** legătura de cauzalitate este probabilă dacă există o populație foarte specifică la un anumit loc și boală, fără altă explicație probabilă. Cu cât o asociere mai specifică între un factor și un efect este mai mare, cu atât este mai mare probabilitatea unei relații cauzale.
4. **Temporalitatea:** efectul trebuie să apară după cauză (și dacă există o întârziere așteptată între cauză și efectul așteptat, atunci efectul trebuie să apară după această întârziere).
5. **Gradientul biologic (relație doză-răspuns):** o expunere mai mare ar trebui să conducă, în general, la o incidență mai mare a efectului. Cu toate acestea, în unele cazuri, simpla prezență a factorului poate declanșa efectul. În alte cazuri, se observă o proporție inversă: o expunere mai mare duce la o incidență mai mică.
6. **Plauzibilitatea:** un mecanism plauzibil între cauză și efect este util (dar Hill a remarcat că, cunoașterea mecanismului este limitată de cunoștințele actuale).
7. **Coerența:** coerența dintre constatările epidemiolo-



gice și cele de laborator crește probabilitatea unui efect. Cu toate acestea, Hill a remarcat că „... lipsa unor astfel de dovezi [de laborator] nu poate anula efectul epidemiologic asupra asociațiilor”.

8. **Experimentul:** „ocasional, este posibil să se apeleze la dovezi experimentale”.
9. **Analogia:** utilizarea analogiilor sau similitudinilor dintre asocierea observată și orice alte asocieri.
10. **Reversibilitatea** – considerate doar de unii: În cazul în care cauza dispare, efectul ar trebui să dispară și el.

PUNCTELE SLABE ALE CRITERIILOR LUI HILL

- Plauzibilitate biologică - Asocierea se potrivește cu ceea ce știm despre biologia de bază. Coerența cu alte cunoștințe/date științifice. Dacă avem la cunoștință un alt factor de risc, atunci și acesta trebuie considerat.
- Uneori știm puțin sau nimic despre biologia de bază a bolii (epidemiologie „Black Box”) Exemplu – Azbestoza și Cancerul bronhic-pulmonar - există doar o teorie a mecanismului nu și o patogenie clar dovedită
- Luarea în considerare a explicațiilor alternative - Expunerea la câmpuri electromagnetice poate fi un posibil factor de risc pentru leucemie. Această constatare este nouă – se cunoaște doar din studii în modificări în celule in vitro.
- Dacă există cunoștințe, excludeți sau asigurați-vă că studiile le-au luat în considerare.
- Încetarea expunerii - Dacă expunerea este redusă sau eliminată, riscul va scădea. Exemplu ex-fumători
- Specificitatea Asociației - Un agent specific este asociat cu doar o boală. E acceptabilă pentru agenții infecțioși, dar nu se potrivește pentru bolile cronice cu mai mulți factori de risc. Exemplu: Fumatul de țigări asociat cu mai multe boli cronice

TĂRIA ASOCIERII ÎN CRITERIILE LUI HILL

Acordând un anumit punctaj pentru fiecare criteriu se pot obține următoarele tipuri de asociere: 1.1 – 1.3 Slabă; 1.4 – 1.7 Modestă; 1.8 – 3.0 Moderată; 3 – 8 Puternică; 8 – 16 Foarte puternică; 16 – 40 Dramatică; Peste 40 Copleșitoare.

Cercetătorii au aplicat criteriile lui Hill pentru cauzalitate în examinarea dovezilor în mai multe domenii de epidemiologie:

- conexiunile dintre radiațiile ultraviolete B, vitamina D și cancer
- vitamina D și succesul sarcinii și neonatale

- rezultatele alcoolului și bolilor cardiovasculare
- infecții și riscul de accident vascular cerebral,
- nutriție și bio-markeri legate de apariția unor boli
- consumul de băuturi îndulcite cu zahăr și prevalența obezității și a bolilor legate de obezitate

Alte critici la utilizarea criteriilor lui Bradford Hill

Unii subliniază că mecanismul de bază de a dovedi cauzalitatea nu constă în aplicarea criteriilor, ci în deducția științifică utilizând bun simț. Alții susțin că studiul specific din care au fost produse datele este important și, deși criteriile Bradford Hill pot fi aplicate pentru a testa cauzalitatea în cazul acestor scenarii, tipul studiului poate exclude deducția sau inducerea prezumției de cauzalitate, iar criteriile au valoare doar pentru a deduce cea mai bună explicație a acestor date. Există o dezbateră privind domeniul de aplicare a criteriilor, deoarece se susține chiar posibilitatea ca acestea să fie aplicate științelor sociale. Din nefericire, aplicarea lor poate fi făcută cu prejudecăți, scopuri partinice și consecințe nefaste. Argumentul sugerează că există motive diferite în spatele definirii legăturii de cauzalitate; criteriile Bradford Hill aplicate sistemelor complexe, cum ar fi științele legate de menținerea sănătății, pot fi utilizate în modelele de predicție în care - în mod teleologic - se urmărește o anumită consecință.

Modelul unificat de relație cauzală are 2 componente

Cauza suficientă: Precedă boala&Când această cauză este prezentă, boala se manifestă totdeauna

Cauza necesară: Precedă boala&Când aceasta este absentă, boala nu apare

Considerând factorii de risc și cauzele posibile, se pot crea 4 modele de relație cauzală:

1. Necesari și Suficient

Doar Factorul A → Boala de exemplu Factor genetic → Anemia falciformă

Dacă factorul este prezent, boala va apărea întotdeauna.

Fără factor, boala nu se dezvoltă niciodată.

E clar însă că cele mai multe boli infecțioase nu vor contagia pe oricine, iar nu toți fumătorii înrâiți dezvoltă cancer bronhic-pulmonar.

2. Necesari dar Nu și Suficient

Factor A + Factor B + Factor C → Boala

Fiecare factor este necesar, dar nu suficient în sine pentru a provoca boala.

Toți factorii sunt necesari pentru a provoca boala, dar în mod individual, nici unul din ei nu este suficient pentru a provoca boala. Astfel, mai mulți factori sunt necesari, adesea într-o anumită secvență.



3. Suficient dar Nu Necesar

Factor A singur ori Factor B singur ori Factor C singur
→ Boala

În acest model, fiecare factor de risc poate produce boala fără ca ceilalți factori să fie prezenți (Ex.: Dacă factorul C este absent, boala poate de asemenea apărea).

Spre deosebire de conceptul de model necesar și suficient, boala se poate dezvolta fără o cauză necesară specifică.

Cu toate acestea, nu este cu adevărat suficient, deoarece alți co-factori cunoscuți sau necunoscuți intervin în procesul causal.

4. Nici Suficient Nici Necesar

[Factor A + Factor B] Și / Sau [Factor C + Factor D] Și / Sau [Factor E + Factor F]

Modelul e ilustrativ pentru majoritatea bolilor cronice de astăzi. Factorii de risc se combină în moduri insuficient cunoscute spre a produce boala.

Prin urmare, nici un singur factor nu va provoca boala de la sine (Nici una nu sunt cauze suficiente), iar nu toți factorii sunt necesari pentru ca boala să apară (doar câțiva pot provoca boala)

Câteva deducții logice:

Conceptul de cauze necesare vs. cauze suficiente oferă un cadru teoretic pentru a înțelege legătura de cauzalitate a majorității bolilor.

Este dificil să deosebim factorii de risc de cauze.

Asemenea discuții se întâlnesc frecvent în profilaxie și în educația publicului laic:

- Dacă cineva are colesterolul ridicat îl vom pune imediat să ia medicamente?
- E oare posibil să prevenim astfel infarctele de miocard și accidentele vasculare cerebrale?
- E bine să speriem masele de oameni care așteaptă sfaturile noastre?
- Care este cu adevărat nivelul nostru de cunoștințe în ceea ce privește legătura de cauzalitate a celor mai multe boli cronice, sau în cazul bolilor infecțioase noi apărute? (3)

ASPECTUL MEREU SCHIMBĂTOR AL EPIDEMIOLOGIEI BOLILOR INFECȚIOASE

Dealungul ultimilor 40 de ani au fost identificați o serie întreagă noi patogeni: *Bartonella henselae*, *Borrelia burgdorferi*, *Campylobacter*, *Cryptosporidium*, *Cyclospora*, *Ebola virus*, *Escherichia coli* O157:H7, *Ehrlichia*, *Hantaan virus*, *Helicobacter*, *Hendra virus*, *Hepatitis C & E*, *HIV*, *HTLV-I & II*, *Human herpesvirus 6 & 8*, *Legionella*, *new variant Creutzfeldt-Jakob disease agent*, *Nipah virus*, *Parvovirus B19*, *Rotavirus*, *COVID - 2 (SARS)*, *Chikungunya virus*, *Zika virus*,

Powassan virus, *culminând cu COVID – 19.*

Efortul comun și munca în echipe formate de Oameni de laborator = microbiologi, virologi, geneticieni, anatomopatologi, fiziopatologi, farmacologi; Clinicieni = infecționiști, interniști cu toate subspecialitățile, ATI-iști, dar și Epidemiologi și statisticieni a dus la lămurirea cauzalității și stăvilirea unora dintre epidemii. (4)



- Glume de pe web:** 1. Lab-Made? SARS-CoV-2 Genealogy Through Research – Echipa Cercetătorilor chinezi de la Wuhan.
 2. Doctorul Antony Faucicel care a început cercetările cu coronavirusul – poză din tinerețe.
 3. Where did Covid-19 come from – Pangolini confiscată de Poliție & COVID -19

* *Lucrare prezentată la Conferința Națională a Asociației Balint din România, pe 25 septembrie 2020*

Bibliografie:

1. Robert A Hahn, ed. *Anthropology in public health. Bridging differences in culture and society*; Oxford University Press, 1999.
2. Evans AS (May 1976). „*Causation and disease: the Henle-Koch postulates revisited*”. *Yale J Biol Med.* **49** (2): 175–95.
3. Hill, Austin Bradford (1965). „*The Environment and Disease: Association or Causation?*”. *Proceedings of the Royal Society of Medicine.* **58** (5): 295–300.
4. Wolfgang Ahrens, Iris Pigeot - *Handbook of Epidemiology*; Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005
5. <https://medium.com/@yurideigin/lab-made-cov2-genealogy-through-the-lens-of-gain-of-function-research-f96dd7413748>
6. <https://joshmitteldorf.scienceblog.com/2020/04/21/where-did-covid-19-come-from-part-2>



PEDOFILIA - CAUZE, EFECTE ȘI TRATAMENT

■ Valeria PASCARU-GONCEAR - Chișinău, Universitatea de Stat din Moldova

Rezumat: Termenul „pedofilie” este adesea aplicat în diverse contexte sociale oricărui interes sexual față de copii sau actului de abuz sexual asupra copiilor. Pedofilia apare la vârsta pubertății și este o afecțiune care durează toată viața. Un factor de risc este comportamentul antisocial, dar și abuzul sexual din copilărie, declarat de mulți pedofili. Unii cercetători consideră că stigmatizarea dată pedofililor în societate îi împiedică să apeleze la un specialist pentru tratament. Scopul acestui articol este de a explica pedofilia și de a oferi informații referitor la caracteristicile celor care sunt atrași sexual de minori. Deși articolul se referă și la anumite probleme emoționale cu care se pot confrunta pedofilii, nu există însă absolut deloc intenția de a le îndreptăți comportamentul sau atracțiile. Dimpotrivă, mesajul este pentru a-i îndemna și încuraja pe pedofili să recurgă la ajutorul specialiștilor fiind responsabili pentru propriile comportamente sexuale.

Cuvinte-cheie: pedofilie, pedofil, abuz, copil, infantil, tulburare, anomalie psihică, tratament.

Abstract: The term “pedophilia” is often applied in various social contexts as any sexual interest to children or as the act of child sexual abuse. Pedophilia occurs at the age of puberty and is a lifelong affection. A risk factor is the antisocial behavior, as well as sexual abuse in childhood, like many pedophiles said. Some researchers believe that the stigma of pedophiles in society prevents them from resorting to a specialist for treatment. The purpose of this article is to explain pedophilia and to provide information on the characteristics of those who are sexually attracted to minors. Although the article also covers some emotional issues that pedophiles can face, there is absolutely no intention of justifying their behavior or attractions. On the contrary, the message is to urge and encourage pedophiles to use the help of specialists because they are responsible for their own sexual behaviors.

Keywords: pedophilia, pedophil, abuse, child, infant, disorder, mental abnormality, treatment.

INTRODUCERE

Pedofilia – precizări conceptuale și abordări actuale

Pedofilia este o tulburare mintală legată de abaterile sexuale care se caracterizează prin acțiuni reale și/sau imaginare de natură sexuală ale persoanelor adulte față de copii prepuberi. În rândul psihiatrilor, opiniile privind pedofilia sunt diverse.

R. Kraft-Ebing (1912) (1), a fost unul dintre primii cercetători care au oferit o descriere clinică detaliată a pedofiliei. El a menționat că pedofiliile se caracterizează prin apariția poftelor sexuale pentru minori și prin imposibilitatea declanșării excitației sexuale pentru adulți. Din motive care nu sunt încă bine conturate, afectează mai mult bărbații. Astfel că, 94% din infracțiunile sexuale împotriva copiilor sunt săvârșite de bărbați. Contactul sexual cu copiii prepuberi este caracteristic doar pentru o persoană cu tulburări de dezvoltare. Dacă acest lucru se întâmplă unei persoane normale din cauza confluentei unor circumstanțe, cum ar fi intoxicația atipică, aceasta va fi prima și ultima dată, fiindcă nu va repeta mai mult niciodată această practică. Cu cât mai mică este vârsta copilului, cu atât mai nefiresc este să faci sex cu el. Există însă cazuri în care victima unei crime

are vârsta cuprinsă între câteva luni și 2-3 ani, dar aceasta este mai mult decât pedofilie.

Cercetătorii medicali nu cunosc câți indivizi din populație sunt pedofili, fiindcă este imposibil a studia sentimentele și dorințele oamenilor dacă aceștia nu le exteriorizează. De aceea, în mare parte studiile s-au realizat asupra pedofililor care au fost condamnați pentru infracțiunea comisă. Nu poate fi etichetată ca fiind un pedofil persoana care a abuzat de un minor fără ca să se cunoască circumstanțele cazului. Conform studiilor realizate, pedofilii nu caută să obțină doar satisfacție sexuală, ci procesul în sine este o sursă de satisfacție, deoarece mulți dintre ei se identifică cu victimele lor. Experții diagnostichează pedofilia doar dacă persoana este atrasă sexual în principal sau exclusiv de copii și prepuberi.

Clasificări ale pedofiliei

Literatura de specialitate ne oferă mai multe criterii de diagnosticare și clasificare a pedofiliei.

I. În psihiatrie, pentru a se putea pune diagnosticul de pedofilie trebuie să fie îndeplinite cumulativ următoarele criterii:



1. În cursul unei perioade de cel puțin 6 luni să existe fantezii excitante sexual, intense, recurente, pulsivitate sexuală sau comportamente implicând activitatea sexuală cu un copil sau cu copii prepubertari.
2. Persoana a acționat conform acestor pulsivități sexuale sau pulsivitățile ori fanteziile cauzează o detresă sau dificultate interpersonală marcantă.
3. Persoana este în etate de cel puțin 16 ani și cu cel puțin 5 ani mai mare decât copilul sau copiii de la criteriul 1. (Conform Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, ediția a patra revizuită, DSM-IV-TR 2000) (2).

Asociația Americană de Psihiatrie (APA), în cea de-a cincea ediție a Manualului de Diagnosticare și Statistică a Bolilor Mintale face următoarea clasificare a pedofiliei:

- Pedofilia este orientare sexuală, dacă este o preferință sexuală care nu e consumată.
- Pedofilia ca boală este definită ca fiind o compulsiune care atrage automat consumarea „relației”.

Mai târziu, APA a renunțat la această clasificare, explicând într-o declarație de presă că termenul „orientare sexuală” nu este folosit ca un criteriu de diagnosticare a tulburării pedofilice și că folosirea acestuia în DSM-V este o eroare (3). Acesta este înlocuit cu termenul „interes sexual”, pentru a se înțelege clar că APA vorbește în termeni medicali și că nu intenționează să aducă în discuție statusul legal al pedofililor, sugerând introducerea lor între minoritățile sexuale protejate de lege, așa cum a fost interpretată de critici folosirea termenului „orientare sexuală”.

II. După criteriul preferinței pentru sexul copiilor, pedofilia se clasifică în:

- pedofilie bisexuală,
- pedofilie heterosexuală,
- pedofilie homosexuală.

III. De asemenea, se propune o clasificare în funcție de gradul de pubertate. Vârsta victimelor este luată în considerare de DSM pentru a identifica tipul pedofil. Astfel, există:

- tip pedofil – atracție sexuală pentru copiii sub 11 ani;
- tip hebefilic – atracție sexuală pentru copiii de 11-14 ani;
- tip pedoperberfil – atracție sexuală pentru ambele grupe de vârstă.

Această clasificare este însă supusă criticilor de numeroși psihiatri cu renume.

IV. Plecând de la aceiași criteriu, cercetătorii H. Giese și D. Howitt (apud 4) propun următoarea clasificare, identificând tipurile de pedofili după gradul lor de pericolozitate:

- pedofili cu un profil extrem de periculos și complex

- sunt cei atrași de copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 7 ani;

- pedofili medii - sunt atrași de copiii cu vârsta cuprinsă între 8 și 10 ani;
- pedofili mai puțin periculoși - sunt atrași de copiii cu vârsta cuprinsă între 10 și 11 ani. Se pleacă de la probabilitatea considerării caracteristicilor copiilor apropiate de cele ale unui adult.

V. De asemenea, se face distincție între tipul exclusiv - care e atras doar de minori și tipul non-exclusiv sau preferențial - atras și de adulți.

Specialiștii în expertiza judiciară (5), disting două categorii de infractori pedofili. Prima categorie se referă la pedofili care au un model. Ei caută copii de o anumită vârstă, cu un anumit aspect fizic, îmbrăcați într-un fel anume. Victimă a acestor infractori poate deveni orice copil care corespunde prototipului existent. A doua categorie de pedofili sunt cei care nu au preferințe, important pentru ei este ca copilul să fie accesibil. Ei își caută victimele în locuri mai puțin populate, aleg momente când copilul este singur și nu sunt martori.

CAUZELE PEDOFILIEI

Problema pedofiliei este foarte controversată, provocatoare și generează mai multe întrebări. Vorbim despre prezența unor tulburări biologice sau a unor anomalii în dezvoltarea psihică? Ce cauzează atracția sexuală pentru copii? Ce se întâmplă în creierul unui pedofil? Experții caută răspunsuri la aceste întrebări utilizând mai multe metode de cercetare, inclusiv imagistica prin rezonanță magnetică (RMN). Germania, Franța, Canada și țările scandinave alocă fonduri considerabile pentru cercetări în acest domeniu.

Astfel, câteva centre de cercetare din Germania s-au angajat să studieze fenomenul pedofiliei. Printre acestea se numără și Departamentul de Medicină Sexuală de la Spitalul Universitar din Kiel. Aici, imagistica prin rezonanță magnetică este utilizată pentru a examina creierul pedofililor. Psihologul și psihoterapeutul Jorge Ponseti (6) explică funcționalitatea acestei metode care, având un grad ridicat de precizie și fără dureri, permite determinarea exactă a zonelor active la un moment dat ale creierului pacientului. Cu ajutorul RMN oamenii de știință au descoperit câteva semne tipice de patologie sexuală. J.Ponseti a constatat prezența anumitor trăsături psihosomatice la pedofili.

Este necesar de menționat că influența mediului și în special a educației, precum și fanteziile sexuale timpurii afectează dezvoltarea sexuală a individului și poate să-i formeze tendințe pedofile. Unii autori susțin că adesea în familiile în care copilul are rol de partener emoțional pen-



tru unul din părinții săi sau în familiile unde părinții sunt reci și dominanți și nu există apropiere fizică și emoțională între ei și copii, la cei din urmă se instalează un dezechilibru emoțional, traumele urmărindu-i mai târziu în viața de adult. Deseori acești adulți sunt copleșiți de idealurile de masculinitate autentice. Din acest motiv își caută victime mai slabe, inclusiv copii, pentru a-și întări imaginea de sine masculină. Cercetătoarea Gabriela Culda (7), cadru universitar la UBB Cluj, susține că pedofilia apare la vârsta pubertății și este o afecțiune care durează toată viața. Un factor de risc este comportamentul antisocial, dar și abuzul sexual din copilărie, declarat de mulți pedofili.

Studiile arată că persoanele pedofile raportează o rată mai mare de abuz sexual în copilărie față de infractorii non-sexuali. Astfel, se susține că există o corelație între cei abuzați sexual și pedofilie și că cei care au suferit abuzuri sexuale au fost mai predispuși să dezvolte această tulburare sexuală.

O categorie de pedofili sunt cei diagnosticați cu retard mintal și atracția lor pentru copii se explică prin faptul că aceștia sunt interesați de un partener cu un nivel de maturitate emoțională aproape ca al lor, deoarece așa se simt confortabil și încrezuți în sine. O astfel de atracție este activată în mod semnificativ după intoxicația cu alcool și/sau droguri.

Instinctul sexual este instinctul fundamental al omului. Există lucrări științifice care arată că aproximativ 40-47% din bărbați au mai mult sau mai puțin atracție sexuală față de copii. Chiar dacă unii au un debut pedofil, în procesul dezvoltării sale acesta este respins, însă atunci când omul este bolnav sau are anumite tulburări de dezvoltare această respingere nu are loc.

Printre pedofili se întâlnesc și persoane cu tulburări psihice, cum ar fi schizofrenia sau tulburarea bipolară. În aceste cazuri, un tratament adecvat al bolii face posibilă vindecarea de această tulburare sexuală. Există și situații mai rar întâlnite, când ceea ce declanșează pedofilia ține de o tulburare neurologică, cum ar fi demența precoce sau anumite leziuni cerebrale.

În lumea academică se aud tot mai multe voci care susțin că a fi atras sexual de un copil reprezintă o *orientare sexuală* înnăscută și nu un comportament sexual învățat. Lobby-ul LGBT propune să se legitimizeze un nou termen politic: *minor attracted persons* (persoane atrase de minori) care să fie folosit în locul cuvântului *pedofil*, afirmând că orientarea sexuală a oamenilor, fiind înnăscută, nu trebuie stigmatizată, ci acceptată ca normă. Însă, trebuie să ținem cont de faptul că orientarea sexuală a unei persoane se prefigurează în copilărie, devenind cel mai adesea clar

conturată la pubertate și adolescență. Oamenii de știință nu cunosc cu exactitate cauzele orientării sexuale, însă consideră că aceasta este rezultatul efectului combinat al influențelor genetice, hormonale și de mediu.

Printre cercetătorii care încearcă să legitimizeze pedofilia prin teoriile lor este și James Cantor, doctor în psihologie, cadru universitar și clinician în cadrul programului de sănătate mintală (*Law and Mental Health Programme*) de la Centrul pentru Adicții și Sănătate Mintală din Toronto (Canada). Este unul dintre pușinii cercetători din lume care studiază pedofilia din perspectivă biologică, analizând creierul și trăsăturile fizice care pot să facă diferențe între pedofili și non-pedofili.

Ani de cercetare și scanări RMN l-au condus pe James Cantor (8) la ipoteza sa inovatoare și controversată precum că pedofilia este cauzată de o tulburare de dezvoltare. Astfel, după ce a petrecut zeci de ani în cercetarea sexualității atipice, a descoperit o anomalie a creierului care apare la bărbații cercetați cu tendințe de pedofilie. Această anomalie se referă la o cantitate redusă de materie albă în lobii frontali și parietali. După cum explică autorul, fibrele de materie albă fac conexiunea între zonele creierului care răspund de comportamentul sexual. Acestea sunt zonele în care se formează imaginile vizuale și cele care sunt responsabile de autocontrol. Dacă există un deficit de conexiune între ele, riscul de a dezvolta un comportament disfuncțional crește.

De asemenea, Cantor susține că pedofiliile au o anumită „*setare a creierului*” (*brain wiring*) și că 5% din bărbați sunt predispuși să fie atrași de copii.

Ipoteza conform căreia pedofilia este asociată cu tulburări în cortexul prefrontal și în alte regiuni care sunt responsabile de controlul impulsurilor sexuale este foarte populară. Există cazuri când o tumoră pe creier în cortexul prefrontal a declanșat un comportament pedofil la un adult care nu a mai avut astfel de experiențe. Oamenii de știință de la Universitatea din Magdeburg (Germania) au descoperit că, pedofiliile au amigdala (care este responsabilă de motivația sexuală) mai mică de dimensiune decât ar fi normal. Cercetătorii sugerează că această malformație ar putea să apară devreme, în procesul de dezvoltare a creierului (în uter sau imediat după naștere) și conduce la tulburări ale metabolismului hormonal și ale comportamentului.

CARACTERISTICILE PEDOFILILOR

Principala caracteristică a pedofiliei este atracția sexuală pentru copii. În opinia profesorului G. Vvedenschii (9) doctor în medicină, sexolog, expert în psihiatrie judiciară, există o trăsătură psihologică care îi deosebește pe pedo-



fili de alte persoane, și anume - subdezvoltarea identității sexuale. Deseori ei se simt atrași de copii pentru că „se află pe aceeași lungime de undă”, iar în preajma copiilor se simt confortabil și mai siguri pe sine. Adesea, pedofilii au interese comune cu copiii și se angajează cu plăcere în jocul lor. Lumea adulților pentru pedofili este înfricoșătoare și incomprehensibilă, considerând că e dificil să stabilești contact cu o persoană adultă. Fiind infanțili de felul lor, le atribuie copiilor trăsături adulte, iar explicând motivul infracțiunii comise se va justifica precum că copilul a flirtat cu el sau că copilului i-a produs plăcere. În loc de un copil nevinovat, ei văd adultul pervers atribuindu-i dorința pentru contacte sexuale și chiar încercarea de a seduce.

Cercetătorul J.Cantor (10) a constatat că pedofilii au un IQ cu 10 puncte mai mic decât media populației, sunt mai scunzi cu 2,5 centimetri și de obicei sunt stângaci.

Judith Becker, psihiatru și profesor la Universitatea din Arizona (11), a studiat, de asemenea, modul în care pedofili abordează victima. Ei vor petrece adesea chiar și luni în care se însinuează într-o viață a copiilor, jucându-se cu ei, luându-le cadouri, astfel devenind o parte din universul copilului până în momentul când copilul nu mai poate să-și dea seama că a avut loc o infracțiune. Iar dacă copilul nu se simte confortabil, el poate să suporte în continuare ceea ce i se întâmplă fie din frica de a pierde relația, fie dintr-un sentiment de rușine sau de vină. De asemenea, Becker subliniază că mulți pedofili își justifică acțiunile fără a se simți responsabili sau să aibă sentimentul de vină pentru cele întâmplate. De exemplu, ar putea spune: „Copilul nu a spus nu când am început” sau „Cineva mi-a făcut-o când eram copil și m-am gândit că este bine să fac și eu. Îl iubesc foarte mult pe acest copil”.

Mulți abuzatori sunt atrași de copii care au caracteristicile pe care abuzatorul dorește să le aibă el însuși. Abuzatorul care, în mod inconștient, crede că inocența și veselia copilăriei i-au fost furate de către cel care l-a abuzat poate fi atras de copii care au un comportament copilăros, lipsit de grijă. Abuzatorul trebuie să pună în echilibru caracteristicile dorite și vulnerabilitatea, care îi va permite să aibă grijă de victimă. Este posibil să fie nevoit să înlocuiască copilul ideal cu un copil vulnerabil, cu care să se poate conecta.

F. Putnam(12) citează mai mulți factori care accentuează vulnerabilitatea unui copil față de abuzul sexual.

Riscul abuzului pentru fete începe la o vârstă mai mică și durează mai mult decât riscul pentru băieți, cu excepția băieților cu dizabilități.

- Riscul abuzului sexual crește, e asemenea, substanțial pentru copiii care locuiesc cu un singur părinte sau în familii în care ambii părinți sunt absenți.

- Copiii izolați din punct de vedere social și ai căror părinți sunt oameni decăzuți prezintă, de asemenea, un risc crescut.

Deseori pedofili manifestă imaturitate în comportament, în comunicare, stilul vestimentar ș.a. Este important a menționa că există un raport direct între vârsta victimei și nivelul intelectual al pedofilului. „Cu cât pedofilul este mai infantil, cu atât este mai tânără victima acestuia”, afirmă J.Ponseti (13).

Cercetătoarea Gabriela Cuda (elucidează următoarele caracteristici ale pedofililor conform studiilor neurologice:

- percepție vizuală mai slabă,
- integrare vizual-motorie mai slabă,
- performanță la job mai puțin acurată sau precisă,
- anormalități la nivelul lobului temporal-parietal,
- volum mai scăzut al materiei cenușii,
- anormalități structurale și funcționale ale creierului,
- un volum scăzut al materiei albe,
- amigdală mai mică și circulație a sângelui redusă în lobul temporal drept,
- în sarcini academice s-a arătat că au un IQ per total mai mic,
- funcționare academică, învățarea limbajului, atenția și funcționarea executivă sunt scăzute.
- Performanța mai slabă a persoanelor pedofile este condiționată de o slăbiciune neurocognitivă fundamentală, pedofilii fiind caracterizați de o neurodezvoltare anormală, afirmă cercetătoarea din Cluj.

TRATAMENTUL PEDOFILIEI

Până în anul 2008, majoritatea medicilor credeau că pedofilia nu poate fi vindecată. Trebuie să recunoaștem că tratamentul pedofiliei este unul dificil și complex. Foarte des pedofilii nu-și pot stăpâni pornirile sexuale și comit acțiuni violente. Această categorie de pedofili este considerată deosebit de periculoasă. Prin urmare, doar pedeapsa cu închisoarea nu poate fi eficientă pentru reabilitarea unui violator pedofil. În perioada de detenție, pedofilul trebuie să treacă cursuri de psihoterapie și să i se aplice un tratament medicamentos care chiar dacă nu influențează asupra interesului sexual al pacientului, scade nivelul de testosteron, diminuând dorința sexuală în general. Terapia hormonală astăzi este considerată cel mai promițător tratament pentru pedofilie. În timpul apropiat, medicii de la Institutul Karolinska (Suedia) urmează să finalizeze testarea unui medicament care suprimă producerea *testosteronului*, hormonului sexual legat deseori de masculinitate și virilitate. Potrivit cercetărilor, un nivel mare al testosteronului predispune bărbații să se implice în activități riscante. Deși prin blocarea testosteronului per-



soana își pierde dorința sexuală, are totuși șansa de a trăi o viață liniștită fără a suferi din cauza poftelor sale.

- De asemenea, clinicienii prescriu și antidepresive pentru a înlătura problemele psihiatrice coexistente și efectul secundar provocat de pierderea capacității sexuale. Prin folosirea acestui tratament se crede că este posibil de a preveni recidiva, iar delincvenții sexuali să nu comită alte delict.

- Cât de straniu ar părea, dar legea a împiedicat mulți potențiali pedofili să caute în mod voluntar ajutor psihiatric de frica de a avea drept rezultat o acțiune în justiție. Acest lucru a creat probleme în timp, deoarece este mai ușor să previi tulburarea decât să o tratezi.

- Fred Berlin (8), medic, doctor în medicină, fondator al Institutului Național pentru Studierea, Prevenirea și Tratarea Traumelor Sociale (nu și a traumei copiilor din contactul lor cu pedofili) și fondator al Clinicii pentru Tulburări Sexuale de la Universitatea „Johns Hopkins”, vorbește despre diversitatea pedofililor cu care a lucrat: *„Există oameni cu pedofilie care sunt adesea în negare asemenea alcoolizilor care neagă că au o problemă cu băutura. Sunt unii care cred că societatea ar trebui să se schimbe și că nu trebuie să insistăm să le schimbăm felul de a fi. Din experiența mea, aceștia sunt în minoritate. Există și alții care caută cu disperare ajutor pentru a învăța să se controleze și mulți dintre ei sunt încântați să afle că există un medicament care i-ar putea ajuta”*.

- În Germania, în 2005 a demarat Proiectul de prevenire a pedofiliei, fondatorul căruia este dr. Klaus Michael Beier. Astfel, există centre specializate în care se oferă tratament gratuit persoanelor care au preferință sexuală pentru copii și/sau adolescenți și care caută ajutor terapeutic. De remarcat este faptul că funcționează politica de confidențialitate. În procesul terapiei, persoanele primesc suportul necesar pentru a preveni infracțiunile sexuale. Acesta se realizează atât prin contact direct, cât și indirect prin internet.

- Psihiatrul Judith Becker, care a evaluat mai mult de o mie de pedofili, realizează acest tip de terapie. Una dintre tehnicile sale este de a le cere pacienților să-și aducă aminte de ce vârstă s-au simțit atunci când se angajau în acte sexuale cu copii. Pentru unii, spune ea, această întrebare a fost un moment de descoperire, fiindcă și-au dat seama că în acele momente s-au văzut de fapt ca fiind de aceeași vârstă cu victimele lor. Este ca și cum s-ar fi întors într-o fază anterioară a vieții lor și există probabilitatea că se afle blocați în ea. În timpul terapiei, Becker îi ajută să obțină competențele sociale care le lipsesc și care îi fac să se izoleze și să nu comunice eficient cu adulții.

CONCLUZII

Pedofilia se explică printr-un interes sexual intens și recurent față de copii aflați la pubertate. În cazul în care se recurge la abuz și produce unei persoane „*suferință sau dificultăți interpersonale*” este o tulburare. Pedofilia este o infracțiune sexuală care se pedepsește prin lege. Cercetările recente și investigațiile de rezonanță magnetică susțin că tulburarea poate avea origini neurologice, iar pedofilia ar putea fi rezultatul unei defecțiuni în creier. Nu există încă dovezi științifice clare că pedofilia ar fi reversibilă sau că poate fi tratată. Nu există nici garanția că un pedofil care nu a săvârșit un abuz nu îl va comite în viitor. Toate studiile realizate până acum nu au trecut testul timpului, fiindcă sunt relativ recente.

Totuși, specialiștii vorbesc despre faptul că se poate trăi cu pedofilia, fără a se recurge la acțiuni perverse. Orice persoană cu această tulburare este responsabilă de convingerile sale intime pentru a reuși să găsească activități potrivite cu care să-și consume energia. De exemplu, o persoană poate avea tendințe pedofilice, pe care să nu le manifeste vreodată și să nu comită nicio infracțiune. Așadar, pedofilii au datoria de a învăța să-și controleze propriile porniri sexuale. În cazul în care persoana înțelege că atracția sa sexuală față de copii este una patologică și își dorește să depășească această problemă, are șanse să-i reușească. Pentru aceasta este necesară intervenția specialistului și determinarea tratamentului adecvat. Există centre care oferă sprijin pedofililor care nu molestează copii și conștientizează că dorințele lor sexuale nu sunt normale. Abordarea curentă în tratarea pedofililor încearcă să le schimbe comportamentul. Tratamentul medicamentos al tulburării se produce concomitent cu aplicarea programelor de recuperare psihoterapeutică. Pedofilia, din punct de vedere psihomedical este considerată a fi o parafilie și are o rată ridicată de comorbiditate cu anxietatea, tulburările de dispoziție, depresia majoră, abuzul de substanțe. Astfel, educația corectă care presupune formarea și dezvoltarea personalității în spiritul valorilor spirituale, moral-civice, general-umane, precum și oferirea de modele de viață sănătoase care pornesc înainte de toate din familie este remediu preventiv și eficient al pedofiliei.

În ultima vreme ia amploare sexualizarea precoce a copiilor. Acest fenomen însă este ignorat de mulți părinți; mai mult chiar, ei înșiși fiind cei care incurajează inconștient maturizarea sexuală a copiilor lor. Atunci când un copil se comportă ca un adult, are loc o alterare a personalității acestuia. Copiii care nu au atins vârsta de 15 ani nu ar trebui încurajați să participe la show-uri unde se promovează sexualitatea. Acest lucru dăunează copilului și incită spiritele persoanelor cu tulburare sexuală.



De asemenea, o măsură importantă ar fi blocarea accesului utilizatorilor de internet la pagini ilegale ce vizează abuzul sexual al copiilor.

Bibliografie:

1. KRAFFT-EBING, R. 1912. (1997). *Psychopathia Sexualis (vierzehnte vermehrte Auflage)*. München: Matthes & Seitz Verlag
2. DSM-IV-TR (1994), *Diagnostic and Statisticaql Manual of Mental Disorders, Four Edition*, American Psychiatric Association Washington
3. <https://semneletimpului.ro/social/sex/pedofilie/apa-renunta-la-clasificarea-pedofiliei-ca-orientare-sexuala.html>
4. Cunzio, M , (2010) *Le condotte pedofile e la loro evoluzione storico-sociale. Monografia o trattato scientifico*. Editoriale Scientifica
5. <https://www.kp.by/daily/26840/3882519/>
6. <https://inosmi.ru/europe/20121020/201176577.html>
7. https://adevarul.ro/locale/cluj-napoca/analiza-parintii-a-si-proteja-copiii-pedofili-cercetatoare-trebuie-Invatati-faca-diferenta-atingerile-normale-cele-nefiresti-1_5ae2e2d5df52022f754aae61/index.html
8. <https://www.thedailybeast.com/what-science-reveals->

[about-pedophilia](#)

9. <http://cripo.com.ua/opinion/?p=152833/>
10. <http://www.jamescantor.org>
11. Stinson, J.D., & Becker, J.V. (2013). *Treating sex offenders: An evidence based manual..* New York: Guilford Press.
12. Putnam, F.W. (2003) *Ten-year research update review: Child sexual abuse*. In: *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, no.42(3), p.269-278.
13. Ponseti, J., Granert, O., Jansen, O. et al. (2012). *Assessment of pedophilia using hemodynamic brain response to sexual stimuli*. *Arch Gen Psychiatry*.
14. https://adevarul.ro/locale/cluj-napoca/cum-raportea-romanii-pedofili-336-conationali-cer-castrarea-chimic-doar-56-cred-indicata-pedeapsa-moartea-1_5acf57b9df52022f75bf7ab3/index.html

Date despre autor:

Valeria PASCARU-GONCEAR, doctor în științe pedagogice, lector universitar, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Universitatea de Stat din Moldova.

E-mail: valeriagoncear@mail.ru





PROCES VERBAL DE LA ALEGEREA CU VOT PRIN CORESPONDENȚĂ A NOULUI BIROU A ASOCIAȚIEI ȘI ADUNAREA GENERALĂ ON-LINE DIN 25 SEPTEMBRIE 2020

Cuvântul de deschidere al președintelui în exercitiu al ABR, Görög Ilona.

Se verifică prezența: sunt logați online 17 participanți. Deoarece nu este întrunit quorumul, după 30 de minute se declară AG extraordinară.

Președintele anunță și supune la vot Ordinea de zi a Adunării Generale:

1. Raportul de activitate pentru ultimul an - Darea de seamă a Președintelui
2. Raport financiar
3. Raportul comisiei de cenzori
4. Propuneri de modificare a unor articole din Statutul ABR
5. Rezultatele votului secret prin corespondență și repartizarea pe funcții din birou
6. Diverse

1. DAREA DE SEAMĂ A PREȘEDINTELUI

În Raportul activității în ultimul an, președintele în exercițiu, Ilona Görög prezintă modalitățile în care am fost nevoiți să ne adaptăm la noua situație de pandemie Covid 19.

Astfel că, eforturile Biroului au fost direcționate spre menținerea întâlnirilor online, pe platforma Zoom. În acest sens, încă din luna martie, Ilona a participat la programul de inițiere în folosirea tehnicii online ținut de IBF și a transmis mai departe liderilor de grup interesați de acest mod.

Au avut întâlniri cu regularitate la 3 grupuri online (Sf. Gheorghe, Harghita, grupul liderilor).

În urma experienței câștigate, biroul a făcut un abonament de câteva luni, mai apoi de un an la platforma Zoom pentru extinderea începând cu toamna aceasta a programelor de grup-Balint online.

A fost prezentată colaborarea cu IBF, în cadrul meetingurilor online, dar și continuarea colaborării cu partenerii din Moldova și Ungaria (participarea la Conferința Asociației Balint din Moldova și Conferința Societății de Psihosomatică Mihaly Balint din Ungaria).

S-a menționat, deasemenea, și nereușita reacreditării ABR ca furnizor de EMC, în acest an demarându-se grupuri de lucru care să discute modificarea unor articole din Statutul ABR, în acord cu cerințele Colegiului Medicilor.

S-au prezentat și preocupările privind organizarea Cursului de formare a liderilor de grup, precum și a unor grupuri demonstrative în țară.

Ilona prezintă și situația membrilor ABR: 112 membri cu cotizația plătită la zi.

Se votează excluderea unui membru al ABR, György Péter, pentru neplata cotizației pe ultimii doi ani și lipsa de activitate în cadrul Asociației, după atenționări și notificări anterioare, conform art. 12 al. 1 și art. 13 al. 3 din Statutul Asociației. Conform statutului, acesta va primi o notificare, în urma căreia, dacă în termen de 10 zile achită restanțele, excluderea se revocă.

Alte doua colege, Axinciuc Gabriela și Jonas Magdolna își suspendă activitatea în ABR, din motive financiare, iar Albină Andreea Olga se retrage.

Se propune ca Darea de seamă a președintelui, raportul trezorerului și al comisiei de cenzori să fie supusă la vot împreună.

2. RAPORTUL FINANCIAR

Trezorerul ABR Veress Albert, prezintă Raportul financiar - veniturile și cheltuielile pe primele opt luni ale anului.

3. RAPORTUL COMISEI DE CENZORI

Se citește Raportul comisiei de cenzori, editat în format electronic și transmis de Erzsébet Szócs-Kölcze și Enikő-Éva Butyka, care se încheie cu recomandarea aprobării exercițiului financiar executat corect.

Membrii ABR votează în unanimitate Darea de seamă, Raportul financiar și Raportul comisiei de cenzori.



Deasemenea este votată în unanimitate descărcarea de sarcini a vechiului Birou.

3. PROPUNERI DE MODIFICARE A UNOR ARTICOLE DIN STATUT

Președintele prezintă participanților la AG articolele din Statutul ABR care necesită modificări în formulare:

- Cap.IV. Organele asociației:

1. Cap.IV. Art. 14, 2) Biroul ABR este format din 5 membri: președinte, vicepreședinte, trezorer, secretar, 1 membru.
2. Cap. IV. Art. 14, 3) Cenzor (în loc de "comisia de cenzori")
3. Cap. IV. Art. 24. Biroul: Adunarea generală alege un Birou format din 5 membri pe o perioadă de 3 ani. Deasemenea va alege și un cenzor.
4. votul poate fi deschis.....
5. Art. 26: Cenzorul veghează asupra transparenței activității Biroului.
6. Vot prin corespondență secretizată pentru alegerea membrilor biroului
7. Votarea online la A.G., în cazuri excepționale
8. Biroul este abilitat să declare situație excepțională, de la caz la caz.
9. Modificări necesare pentru obținerea modificărilor
- Vot pentru delegarea dr. VERESS ADALBERT să reprezinte asociația în procedura notarială de modificare a Statutului Asociației conf. hotărârii AG, în înregistrarea modificărilor în Registrul Asociațiilor și Fundațiilor la Tribunalul Miercurea-Ciuc, și de notificare a Ministerului Justiției cu privire la modificări.

Várad István propune adaugarea la modificările din statut a enunțului: Biroul este abilitat să declare, de la caz la caz, situație excepțională.

Propunerea este acceptată și este supusă la vot la punctul 8.

Toate cele 9 modificări în statut sunt votate punctual, în unanimitate, fiind posibil votul deschis, datorită numărului redus de participanți.

4. REZULTATELE VOTULUI SECRET PRIN

CORESPONDENȚĂ ȘI REPARTIZAREA PE FUNCȚII A BIROULUI.

Berci Veress prezintă procedura de vot prin corespondență:

- Buletinele de vot au fost trimise fiecărui membru ABR, împreună cu un plic simplu și un plic cu adresa ABR. Buletinele de vot au fost retrimise prin poștă la adresa Asociației, în plicuri închise introduse într-un alt plic cu adresa destinatarului, și neobligatoriu, cu cea a expeditorului.
- Plicurile nesemnate cu biletul de vot au fost introduse într-o urnă, apoi deschise și numărate voturile de pe taloane.
- Unii membri au optat pentru votul deschis, trimis prin e-mail, solicitând ca să fie luate în considerare.
- Biroul a desemnat membrii comisiei de numărare a voturilor în persoana Hompoth Erika Zsuzsa și Platon Alina.

NUMĂRUL VOTURILOR NUMĂRATE:

Voturi nule	2
Număr total voturi:	80
Voturi valide	78

BAKA TÜNDE	: 64
GÖRÖG ILONA	: 67
LUX HOLGER-ORTWIN	: 48
PAP MARIA MIHAELA	: 53
VÁRADI ISTVÁN	: 64
VERESS ALBERT	: 76

A FOST VOTATĂ COMPONENTA BIROULUI, PENTRU MANDATUL 2020-2023, DUPĂ CUM URMEAZĂ:

Președinte: Görög Ileana
Vicepreședinte: Baka Tünde
Secretar: Pap Maria Mihaela
Trezorer: Veress Albert
Membru: Várad István
Cenzor: Lux Holger-Ortwin

Data: 19.10.2020

Intocmit,
Pap Maria Mihaela,
Secretar ABR



REKVIEMURI

IN MEMORIAM ROȘCA BONCZOS ZSUZSA - O VIAȚĂ TRĂITĂ CU PASIUNE ȘI SENS

Ziua de 14 octombrie ne-a adus o veste foarte tristă: colega și prietena cu inimă mare, Roșca Bonczos Zsuzsa a încetat din viață la vârsta de 77 de ani.

Zsuzsa s-a născut în 1943 în Szalonta, a studiat psihologia la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca și a lucrat ca psiholog școlar până la închiderea facultăților de psihologie și desființarea posturilor de psiholog de către regimul Ceaușescu. Interdicția exercitării profesiei de psiholog (până în 1990) nu a putut s-o împiedice să-și îndeplinească visul: a transmis cunoștințele psihologice elevilor cărora le-a predat filosofie, a continuat să ajute cu empatie și pricepere pe cei care au apelat la ea și a publicat în jur de 100 de articole din consemnările în jurnalul ei de psiholog în diferite publicații ca „*Dolgozó Nő*” (Femeia lucrătoare), „*Tett*” (Act), „*Családi Tükör*” (Oglindă familială) și „*Hét*” (Săptămâna).

Imediat după schimbarea de regim a început formarea în psihoterapie psi-

hodramă, metodă pe care a practicat-o cu pasiune până la moarte. De la numirea ei în anul 2000 ca formatoare a Societății de Psihodramă „*J.L. Moreno*”, Zsuzsa a condus numeroase grupuri de formare în Cluj-Napoca și București transmițând cu pricepere și căldură zecilor de cursanți dragostea ei pentru psihodramă.

Din 1990 casa ei din Cluj a fost un loc în care formatori și colegi de breaslă din țară și din străinătate au fost întâmpinați întotdeauna cu brațele deschise. Zsuzsa a organizat și primele grupuri demonstrative Balint la Cluj-Napoca, iar de liderul acestora, dr. Harmathy Éva, a legat-o o prietenie profundă.

Zsuzsa trăiește în inimile celor care au cunoscut-o prin vitalitatea ei exuberantă, generozitatea faptelor sale, pasiunea cu care a îndeplinit vocația ei de psiholog și dragostea ei pentru oameni și viață.

Psiholog dr. Görög Ilona



REKVIEM (elkészt telefonnal)

Az egyetemi pedagógiai gyakorlaton ismertem meg. Ő volt a szaktanár az iskolában, ahol órákat tartottunk. Kedves, mosolygós, odafigyelő, tréfás és odamondó. Ő állt ki mellettem, döbbenet, az egyetemi szakmai irányító rosszindulatú (féltekeny?) kötekedéseivel szemben, és aztán egy idő után hozzá jártam minden örömmel, és búmmal-bajommal. Asszisztáltam a vasalásánál, de a mosógép berakásánál, a ruhák kisedésénél, a teregetésnél, leszedésnél, főzésnél és mosogatásnál, ültem álltam mellette és beszélgettünk. Aztán együtt kávéztunk, sétáltunk, ebédeltem és vacsoráztam velük, sőt néha még aludtam is, különösen később, mikor az egyetem elvégzése után egy darabig még dolgok rendezéséért, néha tanulni, vagy csak nosztalgiaiából visszajártam. Azt mondtá, az egyetlen vagyok, akit a férje elfogad, hogy szinte családtagként forduljak meg náluk. Jobban, mint a saját rokonait. És úgy tűnt, a gyerekei is szeretnek.

Meséltünk egymásnak minderről: szülőkről, testvérről, első szerelemről, amit én akkor szenvedtem, de legtöbbit könyvekről, színházról, kiállításokról, művekről és művészekről, miközben a világ (az apámé mellett) legfinomabb fekete ri-

bizli borát iszogattuk, amit a férje készített.

Valamikor szerelmes volt belé egy férfi, aki nekem is nagyon tetszett, és akiről annyi minden más kiderült, majd eltűnt.

Talán az egyetlen ember volt, akinek munkába állásom után egy darabig rendszeresen írogattam. Furcsa okot hozott fel, miért nem válaszol, így abbamaradt, de néha találkoztunk. Legtöbbit talán akkor, mikor a házassága összeomlott. Többet tudtam meg akkor róla, mint addig bármikor. Nagyon szerettem volna segíteni, mellette állni, valamiféle fogódzót jelenteni, de annyira másképp láttuk a világnak ezt a szeletét, a nők és a férfiak világát, hogy nem igazán sikerült. És annyi minden derült ki, amit addig másképp tudtam. Vagy hittem róla, rólu.

Együtt kezdtünk el egy pszichoterápiás képzést, melyet ő



utána sok évig remekül tanított, meg művelt.

Az egyik legempathikusabb ember volt, akivel találkoztam.

És olyan anya, aki mindig úgy szerette, nevelte, rendezte segítette szívvel-lélekkel a gyermekeit, hogy közben nem állandóan róluk mesélt.

Az élő kapcsolatokat kedvelte. Mi távol éltünk egymástól. A netes világban sem találkozhattunk, mert keveset használta. Én sem igyekeztem őt keresni.

A kolozsvári könyvbemutatómon találkoztunk, pár évvel ezelőtt, utoljára. Az volt az érzésem, nem szívesen beszél magáról. És sietett. A hangulata sem volt már a kirobbanó régi.

De ezzel kissé így vagyunk mindannyian ahogy az időnk telik. Vagy valami bajunk van. Vagy talán mégsem? Nem tudom.

Nem beszélgettünk eleget, nem csörögtünk utána sem egymásra. Így most visszakeresve látom, hogy idén júniusban jutott eszembe annyira élesben, hogy ellenőriztem a telefonszámát. Fel szándékoztam hívni.

És aztán mégis elmaradt.

De a napokban újra mindegyre eszembe jutott. Este túl későn, reggel túl korán, munka közben, amikor nem telefonálunk, de rövidesen, az utcán, mikor nem kapom csak úgy elő a telefonomat....

Pedig olyan jól tudom, hogy fel kell kapni a telefont, és hívni azokat, akik valamiért fontosak és elmondani ezt nekik. Vagy akármit. Mégsem teszem. Mégsem tesszük.

Ma aztán email-em érkezett. Feladója ismeretlen. Barátnőm öreg barátnőjétől (így nevezte az igazi régi

barátait, én, mi többiek, az újak, a fiatalok voltunk és sosem hozott össze bennünket), aki postafiókjának is a kezelője.

Közös barátnőnk hamvait holnap, kívánsága szerint, a Szamosba szórják.

Okos gondolat, mert így nincs dilemma a szétszóródott hátramaradottaknak. (Amire engem az unokahúgom döbbsentett rá nem is olyan régen. Már nem emlékszem milyen összefüggésben mondta váratlanul, hogy „úgy csináld, hogy téged Szászrégenbe temessenek, mert nem tudok állandóan Csíkba járni majd hozzád.)

Annyira sajnálom.

És úgy fáj, olyan nagyon fáj.

És közben mondom, magamnak, mindenkinek, használjuk azt a nyavalyás telefont, ha már kitalálták és állandóan a közelünkben, velünk van.

Nem elég, hogy tudjuk, valahol van a másik és az jó.

Az időnk véges, bármennyire is igyekszünk nem tudomásul venni.

Nem várnak meg a szeretteink.

Vagy mi őket.

Hiába van a lelkem a halhatatlanságra berendezkedve.

Ég veled, Zsuzsa!

Hiányozni fogsz.

Psiholog clinician principal Albert Ildikó

„TOTUL TRECE ...”

A trecut alături de iluștrii săi înaintași plecați la Domnul, unul din psihiatrii de elită români, **dr. Eduard George Carp**, ce a respectat generațiile anterioare sieși, formând la rândul-i numeroase generații de profesioniști. Director Medical al Spitalului de Psihiatrie Săpunari pentru o lungă perioadă de timp, a știut să apere profesia în vremuri grele, cu înțelepciune și fermitate. Redutabil psihiatru pentru mii de pacienți, iscusit dascăl și foarte bun coleg, lasă în urmă regretele sincere ale tuturor celor care l-au cunoscut.

Dr. Eduard George Carp a fost un OM de o sclipitoare inteligență și intuiție, înclinat întotdeauna spre conversații din atmosfera cărora cu greu te puteai retrage, cei ce l-au cunoscut și i-au ascultat explicațiile profesionale, neputând să nu sesizeze filonul dominant al gândirii sale: demnitatea și distincția de a fi un intelectual, pasiunea și clarita-

tea în actul gândirii medicale și psihiatrice. Așa cum însuși a declarat în multiple rânduri, faptul de a fi avut o copilărie și o viața punctată de curiozitate asupra funcționării mecanismului intuiției l-a făcut să aibă o percepție aparte asupra granițelor normalității. S-a definit exemplar în psi-





hiatrie, ridicând prin modalitatea de abordare a suferinței psihice, compasiunea pentru pacient la rang de valoare.

Vorbim despre amintirea unui OM ce a protejat intelectualitatea, pasiunea pentru cultură, viață, familie, spiritualitate și rigoare științifică. Alinarea suferinței psihice și utilizarea conectivității interrelaționale au fost o convingere manifest a întregii sale atitudini terapeutice în psihiatrie, care a avut la bază o viziune amplă, a omului complet și complex.

Psihiatria înseamnă onoare. Înseamnă respectarea suferinței celui alt și asigurarea demnității pacientului. Înseamnă rezonanța de la inconștient la inconștient, empatie, abilitatea de a resimți dincolo de mintea încărcată de suferință, autenticitatea a fi lângă pacient.

L-am cunoscut pe doctorul Carp în februarie 2014, în Spitalul de Psihiatrie Săpunari, unde era de mai mulți ani director medical. Un spital de o autenticitate profesională de invidiat, unde se practica „o psihiatrie cu ușile deschise”, o psihiatrie care pune în centrul profesiei valorile și calitățile morale ale pacientului văzut ca OM, dincolo de tulburarea sa, cu accent pe resursele nebănuite ale minților suferinde.

A absolvit Facultatea de Medicină în 1975, a făcut stagiatura la Bălești pentru trei ani, unde a dobândit *știința* și *putința* de a fi medic, de a fi în permanență disponibil, *de gardă* și *în gardă* pentru nevoile pacienților. Odată cu finalizarea rezidențiatului în psihiatrie în cadrul Spitalului „Alex. Obregia”, a profesat și și-a desăvârșit meseria, patruzeci și doi de ani, în același loc de muncă, Spitalul de Psihiatrie Săpunari. Un spital care a deservit mai multe județe limitrofe, un om care a jalonat psihiatria românească din acea zonă a țării, indiferent de timpuri, indiferent de orânduiri politice. În ultimul an al vieții sale, în semn de respect pentru personalitatea sa, managerul Spitalului de Psihiatrie „Alex. Obregia” i-a permis să își încheie în glorie cariera profesională, în spitalul în care vremurile nu i-au permis să activeze.

Un psihiatru de excepție, „*mușcat de geniu*”, care a pus în centrul profesiei sale OMUL, dincolo de boală, mintea și sufletul fiecărui pacient dezorganizat reprezentând pentru sine o provocare.

Fiecare nou coleg mai tânăr, fie el medic, psiholog, asistent sau infirmieră în psihiatrie, primea rapid contur în imaginația sa, remarcând potențialul uman, „*sclipirea*” din fiecare, în care urma să sculpeze, pentru a forma un nou specialist „*psi*”.



Am regăsit la Săpunari un personal medical dedicat, un manager de excepție, cu o redutabilă viziune psihiatrică și psihologică, un spital în care fiecare membru al echipei terapeutice reprezenta o verigă într-o funcționare ireproșabilă. Un colectiv unit și dedicat unui scop comun: *a lua simbolic pacientul psihiatric de mână și a-l reda societății*.

Alături de doctorul Carp și de doamna manager a spitalului, economist și psiholog Daniela Brăileanu, am construit o echipă, în care timp de șase ani am format generații de psihologi clinicieni și psihoterapeuți, prin întrunirile profesionale și workshopurile dedicate tinerilor specialiști.

Fiecare astfel de întrunire, îl pune în ipostaza de a-și dezvălui caracterul profesional și de a „*întinde*” către tinerii itele nevăzute ale acestei profesii. A construit în mintea multora germenii dorinței de a te dăruii psihiatriei. A format caractere din mințile celor tineri, a dăruit din gândirea sa. Fiecare discurs al doctorului Carp era un rezultat al unei

adânci cugetări, o expunere de supoziții existențiale, rezultante ale experienței personale. Pornea de la o abordare profund medicală, din miezul somatic al suferinței pacientului, mărginindu-și discursul în spiritualitatea.

Reunea abordări moderne ale celor mai recente viziuni, avea preocupări *avangardiste*, fără a uita nici o clipă filonul semiologiei clasice a lui Predescu. Folosea combinații terapeutice considerate „*eroice*”, abordări fundamentale conținătoare, avea răbdare, înțelegere și puțința de a însoți pacientul în cele mai ascunse colțuri ale minții acestuia.

O intuiție de excepție, un raționament al minții de tip ipotetico-deductiv, întrevedea cauzalități înlănțuite, emitea predicții de anvergura, care mai apoi se confirmau.

Actualmente, medicina modernă este una de tip probabilistic, bazată pe diagnostice diferențiale și scheme de tip arbore diagnostic. Doctorul Carp m-a convins ca în medicină **posibil înseamnă mai mult decât probabil**.

Simțea pacientul în mintea sa, prelua în adâncurile ființei sale trăirile și inconștientul destructurat al acestuia, după care, odată cu alegerea unui tratament farmacologic particularizat, putea să redea celui aflat în suferință imaginea sa redresată. Remodela personalității destructurate de boală, avea puțința de a vedea în fiecare om ceea ce este bun, potențialul funcțional restant, resursele sale compensatorii.

Viața oricărui pacient al său era la fel de importantă,



cheltuind până la ultima resursă de energie personală sau materială pentru cazuri ce păreau irecuperabile, practicând o medicină de urgență, un management al multor situații de criză. I-am admirat grija specială pentru oamenii străzii, pentru sufletele rătăcite, lupta pentru cauze aparent pierdute. Mi-aș dori și sper într-o medicină a tinerei generații, în care să existe cât mai mulți specialiști care să înțeleagă că medicina înseamnă în primul rând urgență, a te lăsa pe tine pentru a veni în ajutorul celuilalt, a face gărzi, a inventa soluții atunci când problematica pacientului transcede protocoalele, a avea „*sclipire*” în cazuri terapeutice grele.

Inovativ și permanent preocupat de echivalențele între **vechi** și **nou** a asigurat jaloane pentru medicii tineri ai spitalelor. În ultimii șase ani ai vieții sale, a consolidat echipe de specialiști, rezultatele sale clinice fiind expuse în articole de specialitate sau în serii de studii de caz, organizate didactic și prezentate în simpozioane sau conferințe naționale și internaționale. Acestea au reprezentat garanția unui act medical de excepție desfășurat în cadrul Spitalului de Psihiatrie Săpunari.

În ultimii săi ani de carieră avut ocazia să conferențieze în fața studenților Facultății Psihologie a Universității București, unde știa să punteze **viziuni psihiatrice**, **viziuni de psihologie clinică** și **viziuni profund umane**. Am făcut o echipă, în care pentru fiecare discurs pregătit avea contracarări sau completări spontane cu soluții surprinzătoare, remarcă excepției, situații atipice, expunea interpretări psihodinamice. Întâlnirile științifice desfășurate împreună reprezentau o provocare pentru mintea fiecărui participant, o poartă deschisă spre cunoaștere, o invitație către un periplu al interpretărilor psihologice multiple.

Poseda o capacitate analitică de excepție, o putință anticipativă a filonului cognitiv, o capacitate de a transcede situația prezentă și de a intui posibilități de evoluție. După circa patruzeci de mii de pacienți tratați de-a lungul anilor, *simțea* diagnostice și practica o medicină „*caz cu caz*”. Vorbim de mii de gărzi efectuate, de clipe trăite „*în câmp*”, cu grija a sute de pacienți și aureola coplesitoarei responsabilități profesionale. Nu sunt de neglijat durerea decepțiilor, plenitudinea satisfacției profesionale.

Din perspectiva colegialității, doctorul Carp s-a poziționat în afara gândirilor critice, având putința interioară de a vedea abilități ascunse în fiecare tânăr care îi ieșea în cale, susținându-l de fiecare dată când resimțea dorința de a deveni un bun profesionist.

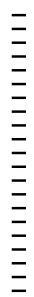
Avea o vastă cultură, citise întreaga literatură rusă, gândirea sa fiind dublată totodată de determinismul științelor exacte. Era preocupat de promovarea *binelui* și practicarea unei psihiatrii *cu sufletul*.

L-am cunoscut într-un moment al vieții mele profesionale în care mă consideram pe deplin maturizată și când nu credeam că cineva își mai poate pune amprenta asupra mea. Cu toate acestea, m-a făcut să îmi depășesc limitele, mi-a lărgit potențialul minții și al sufletului, m-a făcut să accept necondiționat realități ale lumii. M-a amprentat profund și activ, mi-a șlefuit curiozitatea profesională, mi-a dăruit necondiționat tot ceea ce a știut și a avut.

A reprezentat pentru noi toți, specialiștii care i-am fost alături, **o redută, o matcă de siguranță, un coechipier de cursă lungă**.

Îi vom păstra în minte o vie tinerete a sufletului său, aducător de curaj, entuziasm, ingenuitate, dar, mai ales, viziune. Dumnezeu să-l ierte și să-i primească sufletul în ceata dreptilor!

Șef lucrări Dr. Simona Trifu, Sc. D.





ȘTIRI DIN VIAȚA ASOCIAȚIEI

■ Albert Veress - Miercurea Ciuc



24-26 septembrie 2020: A XXVII-a Conferință Națională Balint desfășurată on-line, în cadrul căreia a avut loc și Adunarea Generală și alegerea noului Birou pentru mandatul 2020-2023. Ședințe de grup Balint în mai multe zone, desfășurate tot on-line, conduse de lideri invitați.

PLANURI DE VIITOR:

2021. Ianuarie 9: Weekend Național Balint de Iarnă cu Postrevelion, on-line.

WEEKEND BALINT DE IARNĂ CU POSTREVELION "BALINT ÎN PANDEMIE" - ONLINE

09.01. 2021 Sâmbătă

08,45 - 09,00 Înregistrare, conectare prin link **Zoom**

09,00 - 10,00 Sesiune de lucrări I.

10,15 - 11,45 Grup mare

12,00 - 13,30 Grupuri Balint mici paralele I.

13,30 - 15,00 Pauză de masă

15,00 - 16,00 Sesiune de lucrări II.

16,15 - 17,45 Grupuri Balint mici paralele II.

18,00 - 19,00 Impresii și prospecții

20,00 - 22,00 Seară amicală Post Revelion (concursuri, stupize-stupize!)

Înscrieri la adresa secretariatului ABR abr.secretariat@gmail.com

Termen de anunțare a temei lucrării pentru sesiune 27.XII.2020

Termen de înscriere: 07.I.2021 cu dovada plății (condiție pentru a primi linkul de acces)

Taxă de participare: 60 de lei pentru membrii ABR însoțiți – sa nu de partener - cu plata la zi a cotizației - respectiv 80 de lei pentru alte categorii. **AUTORII LUCRĂRILOR SUNT SCUȚIȚI DE TAXA DE PARTICIPARE!**

Date bancare:

CONT CEC BANK M.CIUC RO26CECEHR0143RON0029733

CUI: **5023579**

TITULAR: ASOC. BALINT

Vă așteptăm cu drag!

Albert Veress.



ABR



Görög Ileana
Președinte



Baka Tünde
vicepreședinte

Biroul ABR Sept.2020 - Sept.2023



Pap M. Mihaela
secretar



Veress Albert
trezorier



Váradi István
membru

INDEX: ISSN - 1454-6051

