



Revista SmartPsi

<http://revista.smartpsi.ro>

ISSN 2248 – 1966
ISSN – L = 2248 – 1966

11/23/2011

Autori

- Adriana BORZA
- Cristina ZDREHUȘ
- Elena Iulia MARDARE
- Virginia Claudia NEACSU
- Andreea-Corina ROPOTEANU

Cuprins:

1. Stresul ocupational în mediul antreprenorial din România

Adriana BORZA

Cristina ZDREHUȘ

2. Modalități intervenționale utilizate în evaluarea și terapia pacienților cardiaci cu risc psihosocial înalt

Elena Iulia MARDARE

3. Schemele dezadaptative și teoria schimbării în intervenția terapeutică

Virginia Claudia NEACSU

4. Trăsături de personalitate cu rol predispozant pentru pacienții cu astm bronșic

Andreea-Corina ROPOTEANU

Lucrarea nr. 1

Stresul ocupațional în mediul antreprenorial din România

Adriana BORZA

Doctorand, Universitatea din Oradea –

e-mail: aborza@uoradea.ro

Cristina ZDREHUȘ

Conf.univ.dr, Universitatea din Oradea

e-mail: mczdrehus@uoradea.ro

Abstract: *Financial performance and productivity can be affected by the syndrome of exhaustion (burnout). Specific research focused on thematic concerns has recently been marked throughout the European community. The incidence of burnout phenomenon in Romania increased the interest of interdisciplinary teams of specialists and training. Article discusses the particularities of the business environment and differential gender issues involved in expression of professional exhaustion*

Key words: burnout, management, performanță, stres ocupațional, mediu antreprenorial

1. Criză, performanță managerială și stres ocupațional

În contextul de criză și pe fondul globalizării accentuate din economia europeană managerii și angajații companiilor sunt confrunțați cu exigența de performanță și presiunea termenelor. Există, desigur, un raport direct între nivelul activității antreprenoriale (frecvența înființării de noi afaceri) și creșterea economică. Diverse cercetări relevă faptul că la nivel mondial se înregistrează o creștere a numărului femeilor care deschid și manageriază afaceri personale. Un studiu CEBR¹ arată că femeile antreprenor dispun de mai puține modele, tind să se implice în afaceri de dimensiuni mai mici, dar afacerile lor cresc, în general, mai rapid decât afacerile conduse de bărbați.

Antreprenorii trăiesc în permanență sub presiune, inițial pentru că firma trebuie să supraviețuiască dificultăților inerente oricărui început, mai apoi pentru că dezvoltarea firmei presupune angajament și determinare. Factorii motivaționali puternici (care se regăsesc în aria nevoilor de pe primele trepte ale piramidei lui Maslow) precum nevoia de securitate personală și nevoia de stimă și statut conduc la o implicare puternică cu un consum de energie crescut.

În ceea ce privește diferențele de gen, femeile antreprenor își doresc să ajungă la aceleași performanțe antreprenoriale cu bărbații și această dorință de a proba „egalitatea” presupune un efort personal pe măsură. Conform studiului CEBR, dincolo de dorința de a face bani, femeile antreprenor sunt mult mai preocupate de dorința de a-și îmbunătăți calitatea vieții.

S-a mai constatat, de asemenea, ca dacă un bărbat are nevoie în medie de 11 luni pentru a trece de la o idee la culegerea de informații necesare deschiderii unei afaceri, o femeie are nevoie, în medie, de 14 luni. Precauțiile și pregătirea suplimentară a implicării antreprenoriale la femei sunt determinate foarte probabil, și de lipsa unor modele. Cele mai multe femei antreprenor au avut modele în familie dar, în rândul modelelor predomină antreprenorii bărbați. De asemenea, având în vedere penuria modelelor, e de presupus că teama de eșec e mai mare în cazul femeilor.

La acestea se adaugă și rolul matern care interferează cu rolul profesional și crește încărcătura factorilor de stres pe care o experiențiază o femeie cu angajament antreprenorial sau de cariera (Dingle, 2002).

¹ Driga, Otilia, Esteban M. Lafuente Gonzáles (2009), CEBR, Antreprenoriatul feminin în România, Caracteristici personale și efectul exemplurilor antreprenoriale, <http://www.kfacts.com/uploads/File/WP200902.pdf>

Toate aceste condiții dezvoltă suprasolicitarea resurselor personale, organizaționale dar și sociale, deoarece activitatea profesională interferează cu viața personală iar echilibrul între acestea devine tot mai fragil. Chiar productivitatea și performanța financiară pot fi afectate de stresul ocupațional manifestat în sindromul de epuizare (**burnout**)².

Conform cu statisticile *Agenției Europene pentru Siguranța și Sănătate în Munca*, în UE, mai mult de unul din patru angajați este afectat de stresul legat de muncă.

Studiul condițiilor de muncă în Europa, în ultima decadă, relevă o incidență crescută a bolilor profesionale în relație cu stresul³.

2. Burnout ca fenomen complex și sănătatea

Conceptul de **burnout** (starea de epuizare) a fost introdus în literatura de specialitate de Bradley (1969), fiind apoi preluat de Freudenberger (1974) și rafinat prin lucrările Christinei Maslach (1976) care îl încadrează teoretic.

Definit ca o *stare de epuizare fizică, emoțională și mentală cauzată de implicarea îndelungată în situații care afectează emoțional individul* (Pines, Aronson, 1988), fenomenul burnout este încă slab identificat în DSM IV și ICD 10. În ICD 10, burnout, *ca stare de epuizare a resurselor vitale* e amintit în *capitolul XXI: Factori care influențează statusul de sănătate și contactul cu serviciile de sănătate*, categoria: *probleme legate de dificultăți ale managementului vieții*. H. Freudenberger (1974) identifică o serie de simptome specifice de stres profesional prin sindromul **burnout**, precizând faptul că principalele sale elemente sunt uzura și epuizarea energiilor, a capacităților și a resurselor individului⁴. Toate acestea conduc la o scădere a întregului potențial de acțiune a individului. Sindromul *burnout* este o consecință a stresului cronic mai ales în profesiile care presupun angajamentul direct și interacțiuni nemijlocite cu publicul. Dimensiunea organizației, structura ierarhică, descrierea posturilor pot duce la stresori, cum sunt conflictul de rol, ambiguitatea de rol și încărcătura muncii.”⁵

Principala contribuție a Christinei Maslach este relevarea rolului major al mediului de muncă în apariția simptomelor specifice *burnout*⁶ și construirea celui mai utilizat instrument de investigare a dimensiunilor psihologice ale burnout: *Maslach Burnout Inventory*.

² *Stresul ocupațional* apare ori de câte ori sarcinile de muncă depășesc resursele adaptative ale angajaților, în timp ce *sindromul de epuizare* constituie faza finală a dezadaptării datorată unui dezechilibru îndelungat între cerințe și resurse (Maslach & Jackson, 1981)

³ [European OSH Statistics](http://osha.europa.eu) at <http://osha.europa.eu>

⁴ Freudenberger a susținut că sunt predispuse la experimentarea *burnout*-ului persoanele de angajament, cele cărora le este specific spiritul competițional. El numește sindromul de epuizare *boala luptătorului*. Cauzele fenomenului le identifică la nivelul trăsăturilor individuale ale oamenilor, în imaginea de sine idealizată într-o stimă de sine supradimensionată, aceștia considerând că sunt competenți, carismatici, dinamici, dar care constată pe parcurs că obiectivele propuse sunt imposibile de atins. Ei clachează, își pierd încrederea în sine, devenind victime ale eșecului.

⁵ Capotescu, Roxana, *Stresul ocupațional: teorii, modele, aplicații*, Ed. Lumen, Iași, 2006, p. 20

⁶ Maslach amplasează cauzele apariției *burnout* în „mediul muncii”, în „relațiile” presupuse de muncă, la nivel inter-relațional și psihosocial.

3. Prevalenta sindromului de epuizare (burnout)

Studii și monitorizări la nivel național și internațional evidențiază creșterea incidenței stresului ocupațional și a persoanelor cu manifestări de burnout.

Dacă în Anglia, două treimi din angajați se plâng de stres pe parcursul vieții⁷, în Austria 1.5 milioane de austrieci suferă de burnout⁸, estimându-se că un milion de angajați sunt în situație de risc.⁹ În 2009, experții *Allianz health insurance* din Germania au calculat ca 22.1% din toate cazurile de incapacitate de muncă au fost cauzate de probleme psihologice. În anul 2007, aceste cazuri reprezentau doar 20.5 %. Sindicatul din domeniul asistenței sociale și de sănătate (EFT) din Danemarca raportează, în 2006, ca 21% din angajații din domeniu au avut concediu medical mai mult de două săptămâni.¹⁰

În România, un studiu realizat de *Competent Consulting*, agenție a Comisiei Europene, pe un eșantion de 2000 de subiecți în 2007,¹¹ constată că 40% din aceștia sunt afectați de stres ocupațional, iar 39 % au fost afectați de burnout la nivel emoțional.

Burnout devine o afecțiune complexă, implicând cauze și manifestări complexe în mediul de muncă, dar cu efecte perturbatoare care se extind în toate domeniile vieții individului, dar și în aceea a organizațiilor.

4. Direcții de cercetare a fenomenului burnout și rezultate relevante pentru mediul antreprenorial

O căutare în baza de date PubMed a oferit 1710 articole pe tema burnout. Extinzând căutarea și în baze de date din domeniul resurselor umane, preocuparea pentru investigarea, prevenirea și tratarea sindromului epuizării devine evidentă în ultima decadă, asociindu-se atât creșterii incidenței burnout cât și conștientizării efectelor sale perturbatoare pentru sănătatea mentală, eficiența muncii și calitatea vieții.

În general, articolele au ca domeniu de aplicație grupuri specifice, dintre care cele mai reprezentative sunt medicii, îndeosebi medici rezidenți (vezi, de exemplu: Leiter, Frank, Matheson, 2009 ; Fontán , Dueñas , 2010;) și personalul din serviciile de îngrijire a sănătății sau/și asistența socială (de exemplu: Lang, Pfister, Siemens, 2010)., dar există și studii pe alte grupuri cu risc crescut, de exemplu veterani foști combatanți (Kolov, 2010) sau tineri atleți (Cresswell, 2009).

⁷ Conform BBC News World Edition, Tuesday, 19 December, 2000. At

⁸ Conform Dr. Bernhau's Welt. Burn-out: Getrieben, bis gar nichts mehr geht. At:<http://oe3.orf.at/aktuell/stories/294502/>

⁹ Conform: Arbeiterkammer website (2010). Burn-out: Ursachen, Symptome und Gegenmaßnahmen. At:<http://noe.arbeiterkammer.at/online/burn-out-32839.html>

¹⁰ *FTF'ere topper statistikker over langtidssygemeldinger*, 2006. At:<http://www.ftf.dk/magasinet-resonans/nummer/artikel/ftferetopper-statistikker-over-langtidssygemeldinger/>

¹¹ Vezi: Financiarul, 17 Dec. 2007: *Cine sunt cei mai stresati angajati din companii ?* At: <http://www.zf.ro/search?search=search-zf&q=cine+sunt+cei+mai+stresati+angajati>

Studii pe grupuri de risc din diferite țări, cum sunt Grecia (Msaouel et al. , 2010), Italia (Bosco, Soleti și Lancioni, 2009), Olanda (Schaufeli și Kompier, 2001) Turcia (Akçalı et al., 2010) ori SUA (Dyrbiye et al., 2006) și studii comparative între grupuri de risc în același domeniu profesional din diferite țări, de exemplu Anglia și Australia (Mandy și Tinley, 2004) evidențiază îndeosebi factorii favorizanți, agravanți sau de vulnerabilitate care țin de contextul socio-economic, cultural și organizațional specific.

Așa cum observă Capotescu (2006), „caracteristicile organizaționale (de exemplu dimensiunea organizației, structura ierarhică, descrierea posturilor) pot duce la stresori, cum sunt conflictul de rol, ambiguitatea de rol și încărcătura muncii.”¹²

Simptomele specifice și nivelul stresului ocupațional se manifestă în directă legătură cu climatul organizațional, relațiile interpersonale stabilite la locul de muncă cu conducerea și colegii, modelând aspecte personalizate în funcție de natura motivațiilor și satisfacțiilor pe care le oferă o anumită muncă.

Mai multe cercetări recente oferă o serie de date statistice în perspectiva cărora stresul ocupațional și manifestările sale prezintă caractere specifice în țările comunitare¹³.

Preocuparea pentru condițiile sanogene în munca și în viață a depășit nivelul individual și interpersonal și a devenit o preocupare de domeniul politicilor sociale și economice, în multe țări ale UE.

Accentuarea decalajelor socio-economice conduce însă și la o mai lentă ascensiune a problemei până la nivelul politicilor publice ori de personal. În anul 2010, un studiu al Organizației Mondiale a Sănătății realizat în țările recent intrate în UE constată că 90% din respondenți cred că, în țara lor, cauza majoră a bolilor este stresul.¹⁴

De exemplu, o analiză comparativă a datelor investigației realizate în Austria, Italia, România, Danemarca și Germania, în cadrul proiectului BOIT¹⁵, conduce la o serie de concluzii care pot constitui baza unor activități viitoare de prevenție.

În plan teoretic se poate vorbi de câteva cadre generale în orizontul cărora se desfășoară analiza noastră. În mod generic, strategiile de adaptare la stres sunt de două tipuri: **centrate pe emoții**¹⁶ și, respectiv, **centrate pe problemă**¹⁷. În literatura de specialitate se apreciază că strategiile centrate pe emoție sunt dominant neadaptative, în timp ce strategiile centrate pe problemă sunt dominant adaptative. Se constată că în adaptarea la stres, un rol benefic îl are centrarea pe problemă, și reinterpretarea pozitivă (Băban,1998) și care poate duce în consecință la experiențe de muncă pozitive.

¹² Capotescu, Roxana, *Stresul ocupațional: teorii, modele, aplicații*, Ed. Lumen, Iași, 2006, p. 20

¹³ Bogathy în cartea sa, (*Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională*. Editura Polirom, Iasi, pp. 235 - 252), afirmă că Ganster și Schaubroeck (1991) au remarcat că numai în ultimii zece ani au fost publicate aproape 300 de articole cu privire la relația dintre munca și stres.

¹⁴ Conform : http://www.euro.who.int/occhealth/stress/20050405_1

¹⁵ Burnout Interevention Training for Managers and Team Leaders-2009-2169/001-001

¹⁶ Acestea au ca obiectiv reducerea tensiunii emoționale fără a schimba propriu zis ceva la nivelul conjuncturilor de muncă și sunt orientate spre persoană în scopul reducerii sau controlării răspunsului emoțional la stresori. În această categorie sunt incluse așa numitele strategii paleative, cum ar fi consumul de alcool, sedative și tranchilizante, drogurilor, tehnicilor de relaxare.

¹⁷ Ele au ca obiectiv modificarea situației și acționează indirect asupra emoțiilor, propun dezvoltarea de planuri și implicarea în acțiuni pentru a răspunde direct, confruntativ stresorilor.

Pentru a contura modalități de prevenție și control a sindromului *burnout* se impune identificarea acestuia, pe baza unor studii și observații a surselor specifice și conjuncturale de stres la locul de muncă, stabilirea unei scale a percepției stresului la nivelul managerilor și angajaților, precum și principalele scheme de adaptare (metode active de *coping*).

Cercetările specifice focalizate tematic au constituit în ultima vreme preocupări marcate la nivelul întregii comunități europene. Incidența crescută a fenomenului *burnout* în România a determinat o creștere a interesului specialiștilor și formare de echipe interdisciplinare. Proiectul BOIT se înscrie în seria cercetărilor de profil și urmărește crearea unui cadru metodic de dezbateri. În prima etapă manifestări ale *burnout* au fost suspuse unei analize preliminare comparative pe loturi din țările comunitare partenere în proiect. Această activitate de *screening* a debutat prin administrarea unor întrebări adresate unor manageri, lideri de echipă și subordonați (în 6 țări din Uniunea Europeană). Rezultatele obținute pe baza chestionarelor administrate în cadrul proiectului LLP Leonardo da Vinci-BOIT (Burnout Intervention Training for Managers and team Leaders) urmează să fie folosite ca suport pentru o evaluare sumativă a fenomenului.

Proiectul BOIT își propune sensibilizarea managerilor față de acest fenomen și schițarea unui cadru formal care să faciliteze conștientizarea simptomelor și acceptarea necesității demersurilor de prevenție și intervenție.

Așa cum rezultă din studiile la care am făcut referire majoritatea strategiilor de intervenție în vederea soluționării problemelor create de stresul ocupațional sunt focalizate în mod prioritar pe individ și propun o formă de evaluare a nivelului de *burnout* centrată pe emoții. Cercetarea realizată în 2010-2011, în cadrul BOIT, pleacă de la ideea potrivit căreia intervenția centrată pe organizație trebuie să devină prioritară chiar în condițiile în care aceasta poate fi asociată cu cea focalizată pe individ. Faptul că țările în care s-a derulat proiectul BOIT se află în etape de dezvoltare economică diferite și cultura organizațională a societăților e de cele mai multe ori neomogenă conduce spre soluția centrării pe problematici specifice (și care reprezintă cauzele *burnout*) iar nu pe individ și emoțiile asociate (efecte pe care individul afectat de *burnout* le poate sesiza și inventaria ca simptome). Este firesc atunci ca orice program eficient de prevenție și intervenție a stresului ocupațional să urmărească identificarea și eliminarea cauzelor fenomenului și nu doar să recurgă la proceduri de diminuare a simptomatologiei, cu consecințe pe termen scurt.

Studiul nostru constatativ pe care îl propunem aici este o parte din cercetarea comparativă¹⁸ realizată în cele șase țări ale UE¹⁹, partenere în proiect, pe grupuri de manageri și subordonați ai acestora, cercetare coordonată de Universitatea din Viena²⁰.

Participanți: manageri și angajați ai acestora.

Instrumentul utilizat a fost Malach Burnout Inventory - General Survey (MI - GAS). MI - GAS include 3 dimensiuni: epuizare emoțională (5 itemi), cinism (5 itemi) și eficiență personală redusă (6 itemi).

Procedura: Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI - GS) a fost aplicat hârtie-creion și on-line.

Din datele rezultate vom discuta aici aspectele legate de grupul țintă din România.

3. Considerații asupra caracterului specific al fenomenului *burnout* în climate organizaționale diferite

¹⁸ Cercetare coordonată de Christian Korunka și Sara Tenment, Universitatea din Viena.

¹⁹ Anglia, Austria, Danemarca, Germania, Italia și România

²⁰ Prof.Dr. Christian Korunka și Dr.Sara Tement, 2011

Percepțiile împărtășite de membrii unei organizații față de politici specifice, proceduri și *pattern*-uri de interacțiune ierarhică din interior reprezintă elemente cheie ale înțelegerii cauzelor și formelor de manifestare ale *burnout*. Satisfacția muncii este (de regulă) o condiție corelativă a eficienței profesionale și de aceea a fost luată în considerare de studiul nostru ca un indicator semnificativ. De asemenea, ca elemente explicative relevante au fost luate în considerare: atașamentul față de valorile organizației (nivelul de identificare cu acestea) și respectiv, nivelul conflictului între responsabilitățile și sarcinile de muncă și responsabilitățile ce revin subiecților față de familie. E ușor de înțeles faptul că resursele de timp și energie ale unui individ au anumite limite și orice consum realizat în favoarea uneia dintre părți se concretizează cu un deficit de cealaltă parte. Preocuparea pentru îndeplinirea sarcinilor și responsabilităților care revin individului la locul de muncă e firească, dar atunci când timpul și energia solicitată pentru a duce la bun sfârșit munca afectează viața de familie apare frustrarea și pe acest fond e favorizată apariția sindromului de epuizare. Cercetarea efectuată împreună cu partenerii proiectului BOIT în organizații din 6 țări comunitare, categorizează simptomele burnout în funcție de intensitatea lor la manageri și subordonați cu ajutorul Inventarului Maslach. De exemplu, tabelul 1 prezintă rata de prevalență constatată la loturile din patru țări partenere.

Table 1. Burnout prevalence rates of managers and subordinates from each country

	Italy		Romania		Denmark		A ust	G erm
	Manag	Subord	Manag	Subord	Manag	Subord	Manag	Manag
Burnout categories								
No burnout	3 (42.9%)	3 (37.5%)	6 (42.9%)	15 (53.6%)	7 (77.8%)	4 3 (58.9%)	5 (62.5%)	0 (0.0%)
Some burnout symptoms	4 (57.1%)	4 (50.0%)	8 (57.1%)	10 (35.7%)	2 (22.2%)	2 9 (39.7%)	3 (37.5%)	6 (60%)
Serious burnout	0 (0.0%)	1 (12.5%)	0 (0.0%)	3 (10.3%)	0 (0.0%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	4 (40%)

Sursa: Studiu realizat de PHD. Sara Tement, în cadrul proiectului BOIT.

Ipoteza noastră pleacă de la constatarea că rezultatele obținute reflectă un tip particular de cultură organizațională care, prin tradiție și pe baza unei concepții determinate despre performanță întărește atașamentul față de valorile organizației și mărește rata de identificare a individului cu acea comunitate de muncă. Pe fondul acestei creșteri de responsabilitate (obținută prin identificarea puternică a managerilor și angajaților cu valorile organizației) preocupările pentru performanță și, implicit, investiția crescută de timp și energie favorizează apariția simptomelor caracteristice sindromului burnout.

În ansamblul cercetării datele obținute în urma administrării inventarului Maslach în România impun câteva observații. Prezența unor procente mici ale cazurilor de simptome ușoare de burnout în cazul personalului de execuție (subordonați) poate fi explicată printr-un nivel scăzut al așteptărilor față de nivelul normal al condițiilor de muncă. Locul de muncă este foarte rar perceput ca spațiu de dezvoltare personală și cei mai mulți fac un anumit job nu pentru că ar avea o înclinație pentru domeniul respectiv, ci privesc munca drept mijloc de subzistență.

În rândul managerilor din România care acuză anumite simptome de burnout procentele înregistrate sunt mai mari, probabil în legătură directă cu un nivel mai mare al așteptărilor față de condițiile și oportunitățile la care se așteaptă aceștia din partea organizației.

Există un set redutabil de prejudecăți față de capacitatea de a conduce și organiza pe care o poate proba un manager dispus să recunoască deschis că se confruntă cu simptome clare ale sindromului de epuizare. Ideea clasică de lider autoritar domină deocamdată în mediul antreprenorial. Pe acest fond orice recunoaștere a limitelor și problemelor de ordin personal poate fi etichetată ca „slăbiciune”, ori diverse forme de vulnerabilitate profesională. De asemenea, reglementările legislative din sistemul de sănătate nu prevăd o finanțare prin programe specifice a intervențiilor de tip terapeutic pe care apariția stresului la locul de muncă le impune. Prezența unui lider în proximitatea unui specialist (consilier, psihoterapeut) îl poate stigmatiza profesional. În aceste condiții e puțin probabil ca managerii să fie dispuși să recunoască confruntarea cu sindromul de epuizare înainte ca simptome evidente ale acestuia să fie imposibil de camuflat. Asociate cu amenințările legate de posibila pierdere a locului în organizație (ca efect al crizei și a presiunii constante de rentabilizare a activității) aceste prejudecăți pot conduce la imagini deformate privind anvergura fenomenului.

În ansamblu, putem aprecia că un nivel mai scăzut al burnout în rândul angajaților și managerilor poate fi pus în relație cu stabilitatea instituțională și încrederea pe care o transmite sistemul.

Discutarea principalelor aspecte legate de cercetarea fenomenului burnout țintește să atragă atenția asupra unei problematice de sănătate a cărei actualitate nu poate fi contestată. Considerăm astfel că ansamblul de tendințe și teme semnalate pot constitui un punct de plecare pentru analize și dezbateri care să câștige în relevanță prin consolidare statistică punctuală. De asemenea, prin trainingul elaborat în cadrul BOIT propunem modalități verificate de bune practici destinate prevenției și intervenției timpurii a burnout la nivelul organizației. Focalizarea pe mediul organizațional nu poate exclude expertiza și asistența terapeutică, într-o abordare integrată a burnout ca problemă complexă de sănătate. De asemenea, există argumente solide pentru dezvoltarea unor politici publice de prevenție în domeniul sănătății, pentru asigurarea calității vieții individuale și sociale.

Referințe bibliografice

- Akçalı, D.T., Dayanır H., İlhan, M.N. (2010). „Burnout in healthcare workers in the Anesthesiology and Algology Departments in the Middle Anatolian region of Turkey”. *Agri* (2):79-85.
- Bogathy, Zoltan (2007), Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională, Editura Polirom, Iași
- Baban, A. (1998). Stres și personalitate, Ed. Dacia
- Capotescu, Roxana (2006), Stresul ocupațional: teorii, modele, aplicații, Editura Lumen, Iași.
- Cresswell, S.L. (2009). “Possible early signs of athlete burnout: A prospective study”. *Journal Science and Medicine in Sport*. [Volume 12, Issue 3](#), 393-398.
- Dingle, G. (2002). „ Career Versus Motherhood? A Case Study Describing a Cognitive-existential Approach to the Dilemma”. *Behaviour Change*. Vol. 19, No. 1: 2002, 2–11.
- Driga, Otilia, Esteban M. Lafuente Gonzáles (2009), CEBR, Antreprenoriatul feminin în România, Caracteristici personale și efectul exemplelor antreprenoriale, <http://www.kfacts.com/uploads/File/WP200902.pdf>
- Druker, P.F. (1973), “Management Tasks” Responsibilities, Practices, Harper and Row New York.
- Freudenberger, H. J. (1974), „Staff Burn-Out”. *Journal of Social Issues*, 30: 159–165.
- Fontán Atalaya IM, Dueñas Díez JL (2010). Burnout syndrome in an obstetrics and gynaecology management unit. *Review Calid Asistence*, Jul 9.
- Hamish, J. McL., Densley, L., Chapman, K.
- Kolov, S.A., (2010). “Correlations of clinical symptoms in the structure of mental pathology in combat veterans”. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 20-23.
- Lang, G.M., Pfister, E.A., Siemens, M.J. (2010). “Nursing burnout: cross-sectional study at a large Army hospital”. *Mil Medical*, 175(6):435-41.
- Leiter, M. P., Frank, E., Matheson, T. J. (2009). “Demands, values, and burnout. Relevance for physicians”. *Can Family Physician*, **Vol. 55, No. 12**
- Mandy, A., Tinley, P. (2004). “Comparison Between United Kingdom and Australia Podiatrists”. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. Volume 94 Number 3, 282-291
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001), „Job burnout”. *Annual Review of Psychology*, 53, 397-422.
- Msaouel, P., Keramaris, N.C., Tasoulis, A. (2010). “Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference?”. *Human Resources Health*, 8(1):16.
- Pines, A., Aronson, E. (1988). Career Burnout: Causes and Cures. New York: Free Press. Power, M. & Dalgleish, T. Cognition and Emotion: From Order to Disorder Cambridge: Cambridge University Press.
- Scarnera, P., Bosco, A., Soleti, E., C G. E. Lancioni, G. E. (2009). Preventing Burnout in Mental Health Workers at Interpersonal Level: An Italian Pilot Study”. *Community Ment Health Journal*, 45:222–227.
- Zlate Mielu (2007), Tratat de psihologie organizațională – managerială, Vol II. Editura Polirom, Iași.

Lucrarea nr. 2

Modalități intervenționale utilizate în evaluarea și terapia pacienților cardiaci cu risc psihosocial înalt

Elena Iulia Mardare,

Psihoterapeut de familie, formator și supervisor- Centrul de Terapie și Formare pentru Cuplu, Familie și Copil,

Lector universitar doctor-Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială

Email: <mailto:meimardare@sas.unibuc.ro>

Această lucrare își propune o abordare a factorilor psihosociali și a modalităților intervenționale asociate acestora, în contextul unei boli cu implicații psihosociale considerabile: *boala cardiacă*.

În prezent, în România ratele morbidității și mortalității prin boli cardiace sunt în continuă creștere în pofida existenței unor tratamente medicale de nivel înalt și a tehnologiei medicale ce a cunoscut un progres considerabil în ultimii ani. Ratele ridicate ale mortalității și morbidității prin bolile cardiace pot fi explicate prin existența unor factori nonmedicali cu rol în declanșarea și complicarea multor afecțiuni cardiace și în adaptarea la acest tip de afecțiuni. În același timp, pe plan mondial, asistăm în ultima vreme la o recunoaștere, pe o scală din ce în ce mai largă, a faptului că, pe lângă factorii de risc standard atribuiți bolii cardiace, există și alți factori din domeniul comportamental și psihosocial ce pot contribui la dezvoltarea și evoluția bolii cardiace. Aceste variabile includ, printre altele, aspecte ale personalității, stresul acut și cronic, aspecte ce țin de mediul social etc.

Întrebările la care răspunde această lucrare sunt următoarele: *Care sunt principalii factori psihosociali asociați bolii cardiace utilizați în analiza fenomenului îmbolnăvirii la nivel individual și psihosocial? Ce rol au stresul și suportul social în evaluarea riscului psihosocial la pacienții cu boli cardiace internați în spital, în diferite faze ale îmbolnăvirii și cum poate fi evaluat acest risc? Ce modalități intervenționale psihosociale pot fi dezvoltate în sprijinul pacienților cardiaci aflați în situații de risc psihosocial și al familiilor acestora în scopul creșterii calității vieții lor?*

La întrebarea *Care sunt factorii psihosociali ce pot fi asociați evoluției bolii cardiace* a încercat să răspundă analiza teoretică a unor factori psihosociali cu rol important în evoluția bolii cardiace, așa cum rezultă din principalele studii realizate până în prezent. Au fost analizați factori psihosociali precum tipul A de personalitate, localizarea controlului, depresia și anxietatea, comportamentele relaționate cu sănătatea, stresul și suportul social.

În continuarea acestei analize, au fost selectați, pentru o analiză mai profundă, atât teoretică, cât și empirică, doi dintre cei mai importanți factori psihosociali implicați în evoluția bolii cardiace: stresul și suportul social. Pentru a răspunde la întrebarea *Ce rol au stresul și suportul social în evaluarea riscului psihosocial la pacienții cu boli cardiace internați în spital în diferite faze ale îmbolnăvirii?* a fost realizată în rândul pacienților cardiaci internați în spital o cercetare calitativă, la nivel psihosocial și individual. Unul dintre obiectivele propuse a fost evaluarea percepției pacienților cu privire la elementele stresului social ce însoțesc boala cardiacă, așa cum au fost descrise de sociologul Leonard Pearlin în 1989 (stresorii asociați îmbolnăvirii, mediatorii stresului: resurse de coping și resurse sociale și

efectele stresului: emoționale, fizice sau comportamentale). Pentru această evaluare au fost selectați și intervievați 38 de participanți, bolnavi cardiaci internați în spitalul selectat, cărora li s-a aplicat un interviu structurat, în profunzime, bazat pe o serie de instrumente validate de alte cercetări anterioare (*The Social Readjustment Rating Scale* elaborată de Holmes și Rahe, *Social Network Index* elaborată de Sheldon Cohen și colaboratorii săi, *Interpersonal Support Evaluation List* elaborată de Sheldon Cohen și colaboratorii săi, *Multidimensional Health Locus of Control* elaborată de Wallston, Stein și Smith și *Hospital Anxiety and Depression Scale* elaborată de Zigmond și Snaith).

În scopul evaluării componentelor procesului stresului în rândul pacienților intervievați, au fost analizate mai multe dimensiuni: percepția stării de sănătate actuale, cauzele percepute ale îmbolnăvirii, tipurile de stresori cu care pacienții s-au confruntat în ultimul an, tipul de localizare a controlului ca resursă personală de coping cu boala, tipuri de surse de suport social percepute, percepții cu privire la formele suportului social disponibile, gradul de distres emoțional asociat îmbolnăvirii și internării în spital, starea de fericire și determinanții acesteia în rândul percepțiilor pacienților cardiaci, modalități de petrecere a timpului liber și comportamente asociate sănătății și bolii. Metodele utilizate pentru culegerea și analiza datelor au fost ancheta pe bază de interviu și studiul de caz.

În urma analizării rezultatelor obținute, a fost calculat, pe baza distribuirii unor punctaje itemilor analizați, un scor privind riscul psihosocial în rândul celor 38 de pacienți intervievați. Ulterior calculării acestor scoruri, au fost selectate 11 cazuri de pacienți care au înregistrat cele mai mari scoruri ale riscului psihosocial și au fost realizate studii de caz, analizându-se, în profunzime, experiența acestor pacienți în diferite contexte psihosociale și în diferite etape ale evoluției bolii cardiace. Studiile de caz au fost reprezentate și în formă grafică prin întocmirea de genograme combinate cu ecohărți.

Un alt obiectiv al lucrării și-a propus să răspundă la întrebarea *Ce modalități intervenționale psihosociale pot fi dezvoltate în sprijinul pacienților cardiaci aflați în situații de risc psihosocial și al familiilor acestora în scopul creșterii calității vieții lor?* În acest scop a fost realizată o analiză teoretică a principalelor strategii și metode intervenționale adresate pacienților care se confruntă cu boala cardiacă și care se află în situație de risc psihosocial înalt, precum și a intervențiilor adresate familiilor acestora. Au fost analizate intervenții psihosociale ce pot fi incluse în programele de reabilitare cardiacă, o practică uzuală în multe state ale lumii, dar puțin cunoscută și practică în România. În cadrul acestor tipuri de intervenții au fost propuse managementul de caz în cadrul echipei multidisciplinare, servicii de consiliere adresate pacienților cardiaci, servicii de asistență socială sau servicii care să includă tehnici de management al stresului, precum și servicii de consiliere și terapie pentru familii sau servicii de îngrijire medico-socială și grupuri de suport organizate la nivel comunitar pentru bolnavii cardiaci și familiile

acestora. Toate aceste servicii pot fi integrate în programele de reabilitare cardiacă, derulate fie în spital, fie în comunitate, programe ce lipsesc în România, cu consecințe serioase pentru pacienții cardiaci, familiile acestora și societate, în ansamblu.

Așadar, deși abordată dintr-o perspectivă psihosociologică, lucrarea prezentă încorporează elemente teoretice și empirice specifice mai multor discipline (consiliere, terapie de familie, asistență socială, medicină, etc.), oferind o introducere în problematica psihosocială asociată bolii cardiace, în general, și a stresului și suportului social, factori cu care se confruntă pacienții cardiaci și familiile acestora în context spitalicesc, în special.

Schemele dezadaptative si teoria schimbarii in interventia terapeutica

Virginia Claudia Neacșu

Rezumat: Am realizat un studiu corelațional pe un eșantion 31 de pacienți pentru a surprinde prezența unei asocieri între schemele dezadaptative timpurii ale acestora și teoria lor despre schimbare prin intermediul asistenței psihologice. În urma aplicării a două chestionare, am depistat corelații semnificative între o serie de scheme dezadaptative timpurii și atribuirile privitoare la cauzele propriilor probleme psihologice, și, respectiv, asupra soluțiilor considerate eficiente de către pacienți. În final, este descrisă utilitatea identificării acestor asocieri în demersul de asistență psihologică (psihoterapie sau consiliere). Cuvinte cheie: teoria clientului despre schimbare, scheme dezadaptative timpurii, alianță terapeutică.

I. Considerații teoretice

Schemele dezadaptative timpurii sunt „patternuri emoționale și cognitive disfuncționale, care încep de timpuriu și se repetă pe durata vieții persoanei”. (Young, 2003, pag.7)

Teoria clientului despre schimbare (TCS) este un termen lansat de Duncan, Solovey și Rusk, în 1992 și dezvoltat ulterior în alte lucrări. El se definește ca „percepția și opiniile pe care clientul le are despre natura problemei cu care se prezintă în terapie și modurile în care aceasta se poate rezolva”. (Robinson, 2009)

Conform unor studii realizate recent asupra intervenției psihologice în depresie s-a descoperit că participanții au prezentat cele mai remarcabile îmbunătățiri atunci când tratamentul pe care l-au primit s-a potrivit cu ideile acestora despre cauzele depresiei lor. De asemenea, într-un studiu de anvergură asupra abuzului de alcool, beneficiul participanților a fost diferit în funcție de potrivirea dintre tratamentul primit și credințele avute despre problema lor înainte de începerea intervenției. (Miller, 1990)

De asemenea, s-a dovedit în urma cercetărilor că asemănarea dintre percepția clientului și a terapeutului asupra cauzelor problemei se asociază cu încrederea acordată de client acestuia, cu măsura în care clientul s-a simțit înțeles de către terapeut și cu nivelul mulțumirii clientului în legătură cu terapia.

Acesta este un exemplu care susține paradigma PBI- practice based evidence, o paradigmă care pornește de la rezultatele concrete ale lucrului cu fiecare client, spre deosebire de EBP- evidence based practice, o paradigmă care apelează la studii randomizate controlate ca standard de aur al validării unor metode de asistență, adesea impunând standarde de excludere a participanților care le fac dificil de aplicat în cabinete unde rareori pacienții întrunesc criteriile de excludere menționate în studiile respective. În EBP, cercetările se finalizează, de obicei, cu realizarea unor manuale de intervenție, atât pentru practicieni, cât și pentru pacienți. Aceste manuale îi învață pe clienți cauzele problemelor lor psihologice, cauze identificate pe baza cercetărilor și îi socializează în rolul de clienți, descriindu-le tehnicile pe care le vor aplica împreună cu terapeutul și rolul specialistului în demersul intervenției psihologice.

Pe de altă parte, nu este întotdeauna necesar să te bazezi pe convingerile despre cauzele unei probleme psihologice pentru a și construi soluții la aceasta. Deoarece, adesea, teoria pe care o persoană o susține privitor la cauzele problemelor sale o ghidează să adopte soluții eronate. Cu cât persoana tinde să aplice mai des / mai intens soluțiile deja încercate și ineficiente, cu atât problema se menține și se poate complica.

Așa cum au descoperit clinicienii de la Mental Research Institute, „ca să apară o problemă, e nevoie să fie îndeplinite doar două condiții. Mai întâi, trebuie să abordezi eronat o dificultate (să încerci o soluția care nu merge). Și, doi, când dificultatea persistă, trebuie să aplici și mai multe soluții ineficiente.” Deci, nu există o asociere directă între teoria clientului despre soluția la dificultatea sa și modul *eficient* în care aceasta va fi soluționată.

Cum teoria clientului despre problema sa și soluția la aceasta reprezintă tot produse ale sistemului său de gândire și terapeutul trebuie să se bazeze pe acestea pentru a ajuta clientul, s-a putea dovedi utilă cunoașterea relației dintre convingerile dezadaptative ale clientului și teoria sa despre schimbare.

I. Obiectivele cercetării

Am încercat să aflăm în ce măsură există o legătură între schemele disfuncționale ale clienților și formularea acestora despre a) cauzele problemelor lor psihologice și b) soluțiile la problemele lor psihologice.

III. Ipotezele cercetării

1. Schemele dezadaptative timpurii corelează semnificativ cu alegerea tipurilor de explicații cauzale ale propriilor probleme psihologice.
2. Schemele dezadaptative timpurii corelează semnificativ cu alegerea tipurilor de soluții considerate eficiente pentru rezolvarea propriilor probleme psihologice.

IV. Metodă

S-a utilizat chestionarul OPP, Chestionarul Opiniilor despre Problemele Psihologice, realizat de Nancy Pistrang și Christian Barker, în 1983. Acesta a fost administrat în primele două ședințe de intervenție psihologică (psihoterapie sau consiliere), înainte de conceptualizarea cazului subiectului respondent.

Au participat 31 de persoane, cu vârsta între 20 și 75 de ani, 25 femei și 6 bărbați care s-au prezentat în cabinetul psihologic, fie din proprie inițiativă, fie la recomandarea psihiatrului.

V. Rezultatele cercetării

Prima ipoteză. În urma aplicării corelației Pearson, prima ipoteză s-a confirmat parțial, constatându-se prezența următoarelor *corelații pozitive semnificative*:

- între cauzele de tip „naiv” și următoarele scheme; „abandon” ($r=0,52, p<0,05$), „neîncredere / abuz” ($r=0,59, p<0,05$), „deficiență / rușine” ($r=0,57, p<0,05$)

- între cauzele de tip umanist / interpersonal și următoarele scheme: „neîncredere / abuz” ($r=0,52, p<0,05$), „subjugare” ($r=0,65, p<0,01$), „negativism / pasivitate” ($r=0,79, p <0,05$) și, respectiv, „deficiență / rușine” ($r=0,65, p<0,01$)

- între cauzele de tip cognitiv și următoarele scheme: „subjugare” ($r=0,77, p<0,05$) „negativism / pasivitate” ($r=0,71, p<0,01$) și „punitivitate” ($r=0,41, p<0,05$)

- între cauzele de tip comportamental și „subjugare” ($r=0,65, p<0,05$)

- între cauzele de tip psihanalitic și „negativism / pasivitate” ($r=0,71, p 0,05$)

A doua ipoteză. În urma aplicării corelației Pearson, a doua ipoteză s-a confirmat parțial, constatându-se prezența următoarelor *corelații pozitive semnificative*:

- între preferarea soluțiilor de tip psihodinamic și „subjugare” ($r=0,50, p<0,05$), respectiv și „punitivitate” ($0,59, p<0,05$),

- între preferarea soluțiilor de tip interpersonal și: „abandon / instabilitate” ($r=0,55$ la $p<0,05$), „protecționism / personalitate atrofiată” ($r=0,059$ la $p<0,01$) și „indezirabilitate socială / nevoia de aprobare” ($r=0,059, p<0,01$)

- între preferarea soluțiilor de tip organic și „indezirabilitate socială / nevoia de aprobare” ($r=0,50, p<0,05$), „privațiune emoțională” $r = (0,51, p<0,05)$ și „abandon / instabilitate” ($0,48, p<0,05$)

S-a depistat o *corelație negativă semnificativă* între preferarea soluțiilor de tip organic și „eșec” ($r=-0,050, p<0,05$).

Sintetic, rezultatele se prezintă astfel:

<i>Schemă dezadaptativă</i>	<i>Tip atribuiri cauzale</i>	<i>Tip soluții preferate</i>
Abandon / instabilitate	Naiv	Organic, interpersonal
Neîncredere / abuz	Naiv, interpersonal	-
Deficiență / rușine	Naiv, interpersonal	
Subjugare	Interpersonal, cognitiv, comportamental	Psihodinamic

Negativism / pasivitate	Naiv, interpersonal, psihodinamic	-
Punitivitate	Cognitiv	Psihodinamic
Indezirabilitate socială / nevoia de aprobare		Organic, interpersonal
Privațiune emoțională		Organic
Protecționism / personalitate atrofiată		Interpersonal
Eșec		Organic (<i>corelație negativă</i>)

VI. Concluzii și discuții

Privitor la prima ipoteză s-a constatat că persoanele care consideră că oamenii importanți pentru ele nu le pot oferi sprijinul necesar, că intenționat le fac să sufere, că se folosesc de ele și că ele însele sunt lipsite de valoare, nedorite, inferioare altora și devalorizate de către aceia care le remarcă deficiențele tind să atribuie problemele lor psihologice unor cauze de tip „naiv”: lene proprie, lipsă de voință, ruminății frecvente despre sine, iresponsabilitate, ghinion.

De asemenea, persoanele care își atribuie problemele psihologice unor cauze de tip umanist / interpersonal (devalorizarea propriilor sentimente și a propriei persoane, atât de către alții, cât și de către sine) au următoarele scheme dezadaptative: se consideră umilite, folosite / înșelate de cei din jur, consideră că au anumite lipsuri care le fac inferioare altora și care, odată observate de ceilalți, îi îndreptățesc și determină pe aceștia să le respingă iar viața reprezintă un șir de evenimente negative, întrerupt de rare evenimente pozitive (care anunță altele negative). Întrucât

Persoanele care tind să-și atribuie probleme psihologice unor cauze de tip cognitiv (interpretare distorsionată a realității, așteptări nerealiste fără dovezi suficiente în situații negative și exagerarea propriilor defecte) au următoarele scheme dezadaptative: pentru a nu fi pedepsite de către ceilalți (inclusiv prin retragerea sprijinului lor) trebuie să-și ignore propriile nevoi și trăiri, că viața este alcătuită predominant din evenimente negative și că oamenii care nu ating standardele lor (inclusiv ele însele) trebuie criticate.

Persoanele care tind să-și atribuie probleme psihologice unor cauze de tip comportamental (adoptarea / repetarea unor reacții nepotrivite învățate în trecut) consideră în mod dezadaptativ că pentru a nu fi pedepsite de către ceilalți (inclusiv prin retragerea sprijinului lor) trebuie să-și ignore propriile nevoi și trăiri.

Privitor la cea de-a doua ipoteză am observat că persoanele care tind să prefere soluții de tip psihodinamic (interpretarea viselor, depistarea motivelor inconștiente, repetarea patternurilor de interacțiune din copilărie cu persoanele noi, înțelegerea impactului relațiilor timpurii cu părinții asupra prezentului) au următoarele scheme dezadaptative: pentru a evita represalii din partea altora trebuie să-și reprime nevoile și trăirile iar oamenii care nu ating standardele lor (inclusiv ele însele) trebuie criticate.

Persoanele care tind să prefere soluții de tip umanist / interpersonal (discuții despre ceea ce simt cu persoane care le acceptă necondiționat și care le ajută astfel să-și descopere adevăratele sentimente fără teama de evaluare externă negativă) au următoarele scheme dezadaptative: oamenii importanți pentru ele sunt indisponibili față de nevoile lor, că nu vor putea fi fericite fără ajutorul acestora, că nu se vor putea autodirecționa în viață și că au nevoie de aprecierea altora pentru a se plăcea pe ele însele.

Persoanele care tind să prefere soluții de tip organic (medicație și îmbunătățirea formei fizice în care se află) au următoarele scheme dezadaptative: consideră că vor fi private de suportul emoțional și protecția necesară din partea oamenilor importanți pentru ele (pentru că aceștia nu se pot achita de această sarcină) și că, pentru a avea o atitudine pozitivă față de ele însele trebuie să fie validate de către cei din jur.

Se poate remarca, în primul rând importanța oamenilor în viața oamenilor, (rolul relațiilor vindecătoare și al celor vătămătoare) oglindită în asocierea clară a anumitor scheme dezadaptative cu atribuiri cauzale de tip interpersonal și soluții de același tip. Nu este de mirare faptul că metaanalizele arată o contribuție de 30% a calității alianței terapeutice la succesul intervenției psihologice.

De asemenea, se poate considera că identificarea schemelor dezadaptative ale pacienților este utilă nu doar în conceptualizarea cazului și, respectiv, planificarea consilierii / psihoterapiei, ci și în construirea / menținerea alianței terapeutice prin înglobarea atribuirilor cauzale ale pacienților și a soluțiilor preferate de aceștia în conceptualizarea deja menționată și în selectarea modalităților de asistare la care aceștia vor adera cu succes.

În măsura în care vom continua studiul, extinzând eșantionul, mai ales prin echilibrarea distribuției pe sexe, există posibilitatea surprinderii și a altor asocieri semnificative între schemele pacienților și cauzele atribuite de ei dificultăților pentru care caută ajutor, pe de o parte și soluțiile preferate de aceștia, pe de altă parte.

Mai mult, ar fi utilă depistarea modului în care schemele cognitive potențază asocierea dintre tipurile de cauze percepute și tipurile de soluții preferate de pacienți.

BIBLIOGRAFIE

Parker C., Pistrang N., Shapiro D.A.	„Opinions about Psychological Problems” Unpublished manuscript, Sub-Department of Clinical Psychology, University College London, London, England
Hester R., Miller W., Delaney H., Mezers R.	„Effectiveness of the community reinforcement approach” http:// www.workshops.com/pbz/private/materials/Translating-slides-bw.pdf , accesat 29.10.2011
Robinson B.	„When therapist variables and the client's theory of change meet”, Psychotherapy in Australia, vol.15, no.4, august 2009
Young J.E., Janet K.S., Weishaar M.	„Schema therapy: a practitioner's guide” Ed. Guilford Press, New York, 2003

Trăsături de personalitate cu rol predispozant pentru pacienții cu astm bronșic

Autor: Andreea-Corina Ropoteanu

Rezumat: Ca rezultat al unei cercetări** realizate pe un lot de 99 de pacienți diagnosticați cu astm bronșic alergic persistent moderat și sever de mai bine de 2 ani de zile, am identificat patru configurații de trăsături de personalitate specifice astmaticilor în funcție de frecvența simptomelor fizice, de intensitatea celor psihice și de gradul de afectare a calității vieții pacienților. Astfel putem realiza predicții privind dezvoltarea astmului bronșic la subiecții sănătoși care prezintă configurațiile respective de trăsături de personalitate.

Cuvinte cheie: astm, calitatea vieții, personalitate

* *Psiholog Dr. Andreea Ropoteanu*

Master în Psihoterapie Cognitiv-Comportamentale

e-mail: andreea.ropoteanu@gmail.com

Adresă de corespondență: str. Azurului, nr. 3, Bl.114 A, apt.94, sector 6, București, România

** *Cercetarea prezentă a fost realizată cu sprijinul D&D Consultants, pe baza grantului de cercetare cu numărul RO87 / 16.12.2008*

Astmul a devenit o boală familiară în zilele noastre, originile sale aflându-se în antichitate. Mark Jackson (2009) ne spune povestea acestei boli încă periculoase din cele mai vechi timpuri și până în prezent. El observă cum atitudinea față de această boală s-a schimbat din *antichitate*, când era privită ca un *dezechilibru umoral* și până la recunoașterea ei ca fiind o *boală a plămânilor* în *secolul al XVII-lea*. De asemenea, observă cum s-a schimbat perceperea astmului ca o *boală a „artiștilor”*, în percepția lui ca o *boală modernă a scriitorilor de elită precum Proust și Schoenberg*. În ciuda îmbunătățirii tratamentului, numărul de cazuri de astm a ajuns la o valoare alarmantă, aceasta fiind o consecință a vieții moderne. Mark Jackson trasează în cartea sa de biografie a astmului, istoria bolii, de la *prima utilizare înregistrată a termenului de astm, cu aproape 3000 de ani în urmă și până în zilele noastre (1)*.

Termenul de astm derivă dintr-un cuvânt antic grecesc care a apărut pentru prima dată în Iliada lui Homer ce a fost compusă în secolele VII – VIII înainte de Hristos. La începutul cărții a 15-a, Zeus descoperă armata troiană dispersată de greci, iar pe conducătorul acesteia, Hector, „zăcând pe câmpie, cu camarazii săi alături, gâfâind, cu respirație dureroasă, delirând și vomitând sânge” (2).

Un secol mai târziu, Platon a utilizat termenul de *astm în Republica* (360 î.e.n.), dându-i două înțelesuri. Pe de o parte se referă la prefăcătoria și neajutorarea omului bogat, indolent în fața luptei. Pe de altă parte, a ales termenul de astm pentru a explica în sens metaforic *lipsa onoarei și a curajului* care au paralizat adesea acțiunile politice, aceasta avându-și originea în *dispneea specifică astmului (1)*.

În scrierile lui Hippocrates se face de cel puțin 47 de ori referire la astm ca la un fel de dificultate în respirație. Multe dintre explicațiile cu privire la boală se leagă de *distribuirea geografică sau date demografice* și de experiențe subiective în legătură cu astmul în termeni de *factori de mediu și de dispoziție individuală*. În medicina Hipocratică, sănătatea și boala, ca și caracterul și personalitatea erau considerate a fi determinate de *echilibrul sau dezechilibrul dintre cele patru umori din corp*: sângele, saliva, limfa și bila. Un exces sau un deficit la nivelul uneia dintre acestea conducea la obstrucția sau disfuncția unui organ, având drept consecințe apariția simptomelor astmului (1). Diagnosticul era stabilit în urma examinării pacientului, a stării sale generale, pulsului, mișcării, iar tratamentul permitea organismului să își exercite puterea sa de vindecare, fiind recomandate de asemenea *control privind regimul alimentar, exercițiile fizice, odihna și mediul inconjurător* dar și *adjuvante precum tratamente naturiste, masaj, detoxifiere a organismului*.

Hippocrates considera de asemenea că există o *legătură strânsă între astm și convulsii*. Așa cum explica în „On Airs, Waters and Places” (3), amândouă erau mai frecvente la copiii crescuți în *mediul urban, ca urmare a poluării* în special. În „Aphorisms”, Hippocrates observa că astmul era mai des întâlnit la *vârstele de mijloc* și că atacurile de astm erau mai frecvente în lunile de *toamnă*. În ceea ce privește *severitatea bolii*, autorul constata că *pacienții îngenuncheați de astm sau tuse înainte de pubertate, în general mor (4)*.

Cauzele și posibilele tratamente pentru respirația suierătoare și tuse, simptome ce erau adesea reunite sub denumirea de astm, au fost investigate și de *autorii chinezi, de practicanții de ayurveda din India, de medicii egipteni și de specialiștii japonezi și coreeni* din perioadele premoderne. În texte de referință, atât pentru Korea, cât și pentru China și Japonia, au fost amintiți ca *trigeri ai astmului*

mâncatul în exces, teama și șocul (1). Cullen considera că dificultățile de respirație își au originea în *afectarea sistemului nervos (1).* Conform unui text ayurvedic, Caraka Samhita, *astmul era agravat de umiditate, vreme rece și putea genera un distress puternic pacientului.* Autorii medievali din tradiția greacă afirmă că astfel de boli sunt complicate și greu de tratat, atâta vreme cât puteau fi *exacerbate de ingerarea de alimente reci, cum ar fi laptele, care stimula producerea de secreții și de mâncăruri calde și medicamente (1).* Multe abordări terapeutice moderne vestice ale astmului, precum *administrarea de efedrină sau inhalarea de stramoniu* erau la bază derivate din remedii estice. Deși este imposibil de determinat precis câți oameni au suferit sau au murit de astm în antichitate și evul mediu, textele medicale sugerează familiaritatea semnelor, simptomelor și istoricului acestei boli. În ciuda micilor diferențe, la nivel de detaliu, culturile antice și medievale au identificat *similitudini în ceea ce privește cauzele, tipologia și tratamentul acestei boli.* În conformitate cu *grecii antici, egiptenii, islamii, evreii, chinezii și indienii,* boala era privită ca fiind produsul unui *dezechilibru în ceea ce privește cantitatea și fluxul umorilor* (sau al echivalenților acestora), generat de o *combinație de factori constituționali, stiluri de viață nepotrivite și condiții de mediu.* Restabilirea stării de sănătate presupunea *întoarcerea la un echilibru fiziologic și spiritual obținut prin acordarea unei atenții deosebite stilului de viață, lucru completat, atunci când era necesar, cu aplicarea unor remedii pe bază de plante, inhalări de fum sau vapori, detoxifiere a organismului, masaj, acupunctură și suport psihologic, emoțional.*

Joan Baptista van Helmont (1579-1644) a construit un sistem complex al lumii, care includea sănătatea și boala și în care se întrepătrundeau mintea, corpul și sufletul. Pentru Helmont, triggerii astmului erau mirosurile, fumul, emoțiile puternice și anumite tipuri de mâncăruri și băuturi. Acesta a observat de asemenea o legătură între astm și probleme cutanate, erupții și povestește experiența unui pacient în relație cu mama și sora lui, care suferea nu numai de astm, ci și de prurit pe întregul corp, ajungând să arate asemeni unui lepros (6).

La jumătatea secolului XX, astmul pur era definit ca *„un acces de dispnee paroxistică, ce revine la intervale mai mult sau mai puțin apropiate și care nu lasă în perioadele intermediare nicio urmă și corespondent anatomic de stenoză bronhiolară tranzitorie, tradusă clinic prin raluri sibilante” (7,8).*

Definiția propusă în 1961 de un Comitet de experți din cadrul O.M.S. consideră astmul drept *„boala caracterizată printr-o reactivitate crescută a traheei și bronhiilor la stimuli diverși și se manifestă printr-o îngustare generalizată a căilor aeriene, a cărei severitate variază spontan sau sub influența tratamentului” (9).*

Astmul este considerat de Freour ca fiind *„o entitate formată, pe de o parte din ansamblul crizelor și ansamblul faptelor care compun terenul și personalitatea bolnavului și care includ tulburările sale somatice dar și psihice, istoria și natura relațiilor sale umane și de mediu general în care trăiește” (10, 11).*

În zilele noastre, astmul reprezintă una dintre cele mai răspândite afecțiuni psihosomatice, putându-se constitui într-un *barometru pentru stresul psihic sau pentru nivelul de poluare.* Astmul bronșic este o boală inflamatorie cronică a căilor respiratorii, caracterizată printr-o hiperresponsivitate bronșică la stimuli variați.

Din punct de vedere fiziologic, astmul se manifestă prin *îngustarea căilor aeriene, obstrucție și limitarea debitului aerian, care pot ceda spontan sau ca răspuns la tratament*. Problemele respiratorii sunt cauzate de inflamarea bronhiilor, principalele ramificații ale traheei care pătrund în plămâni. Mușchii din jurul pereților căilor aeriene se contractă (bronhospasm) la contactul cu diverși alergeni sau în alte situații, cum ar fi efort fizic intens, stres psihic puternic, emoții pozitive sau negative de intensitate ridicată și astfel apare inflamația. Aceasta poate conduce la îngustarea sau chiar blocarea căilor respiratorii, îngreunând respirația, ceea ce poartă denumirea de episod acut de astm, criză, atac sau exacerbare. Crizele de astm pot apărea pe toată durata vieții, putând fi controlate prin tratament alopatic. Acestea pot fi rare sau dese, ușoare sau severe și pot apărea sezonier sau pe tot parcursul anului. Dacă inflamația nu este controlată prin tratament, se poate ajunge în timp la schimbări permanente la nivelul bronhiilor și la afectarea funcției plămânilor sau chiar inimii.

Personalitatea umană este un sistem hipercomplex, dinamic, în care se întrepătrund într-un mod unic și irepetabil trăsături ce se dezvoltă pe parcursul vieții. Aceste trăsături pot fi măsurate și sunt bipolare, subiecții putându-se plasa în funcție de nota obținută, mai aproape fie de polul inferior, fie de cel superior. Una dintre cele mai importante trăsături de personalitate identificate la pacienții cu astm bronșic este vulnerabilitatea față de stres (12).

În cercetarea de față ne-am propus ca, în funcție de frecvența și intensitatea simptomelor fizice, a simptomelor psihice și de gradul de afectare a calității vieții, să delimităm configurații de trăsături de personalitate cu ajutorul cărora să putem realiza predicții în ceea ce privește predispoziția către astm bronșic la subiecții sănătoși cu risc, la care identificăm aceste configurații.

Am desprins patru modele cu ajutorul cărora putem face predicții cu privire la predispoziția către astm bronșic a pacienților care prezintă factori de risc pentru declanșarea acestuia (factori genetici, prezența rinitei alergice, teste cutanate pozitive), a căror descriere o prezentăm mai jos:

Tabel 1. Informații referitoare la variabilele incluse în modele și la puterea de predicție a acestora

Model	Variabila dependentă	Variabile independente	R Square	Adjusted R Square
		Restricționarea activității zilnice Siguranța slujbei Lipsa resurselor și a comunicării Anxietatea ca stare		

I.	Simptome fizice	<p>Agreeabilitatea</p> <p>Abilitățile sociale</p> <p>N1 (anxietate)</p> <p>N6 (vulnerabilitate la stres)</p> <p>E2 (preferința pentru compania celorlalți)</p> <p>C5 (autodisciplina)</p> <p>-E3 (dorința de a-i domina pe ceilalți)</p> <p>-E5 (căutarea stimulării)</p> <p>-C4 (dorința de realizare)</p> <p>-C6 (prudența în luarea deciziilor)</p>	0,737	0,693
II.	Stări emoționale negative apărute în timpul sau ulterior crizei	<p>Consecințele asupra calității vieții</p> <p>N3 (depresie)</p> <p>C5 (autodisciplina)</p> <p>-A4 (complanța)</p> <p>-C4 (dorința de realizare)</p>	0,636	0,616
III.	Cumulul simptomelor fizice și a stărilor emoționale negative din timpul sau consecutive crizei	<p>Schimbări de viață</p> <p>Siguranța slujbei</p> <p>Lipsa resurselor și a comunicării</p> <p>Anxietatea ca stare</p> <p>N1(anxietatea)</p> <p>O3 (deschiderea spre sentimente)</p> <p>A2 (onestitate)</p> <p>C5 (autodisciplina)</p>	0,826	0.806

		-E5 (căutarea stimulării) -C4 (dorința de realizare)		
IV.	Gradul de afectare a calității vieții	Simptome fizice Simptome psihice Anxietatea ca trăsătură N3 (depresia) -E4 (activism)	0,656	0,637

După cum se poate observa din tabelul de mai sus cu informații referitoare la variabilele incluse în modele și la puterea de predicție a acestora, dintre primele trei modele construite în funcție de simptome, care sunt valide pentru 73,7%, 63,6% și respectiv 82,6% din populația testată, cel care explică cea mai mare parte din variația variabilei dependente (82,6%) și care are cea mai mare putere de predicție (80,6%), este modelul III unde am avut în vedere ca variabilă dependentă *cumulul simptomelor fizice și al simptomelor psihice sau stărilor emoționale negative apărute în timpul sau ulterior crizei*.

Observăm de asemenea că C4 (dorința de realizare) se regăsește în toate cele trei modelele construite în funcție de simptome și că aceasta evoluează în sens negativ față de variabilele dependente, adică are tendința de a fi scăzută dacă simptomele au o frecvență, respectiv o intensitate crescută. Modelelor I și III le sunt comune siguranța slujbei și lipsa resurselor și a comunicării ca surse de stres, anxietatea ca stare, N1 (anxietatea) și C5 (autodisciplina).

Conform Modelului I, pe măsură ce crește frecvența simptomelor fizice, cresc și anxietatea ca stare, vulnerabilitatea la stres, grija față de implicarea în anumite activități care ar putea conduce la declanșarea crizelor, agreabilitatea, abilitățile sociale, preferința pentru compania celorlalți, capacitatea de autodisciplină și scad dominanța în relațiile cu ceilalți, căutarea animației și stimulării, dorința de realizare și prudența în luarea deciziilor. Fără îndoială că exacerbaria simptomelor conduce la creșterea anxietății legate de incapacitatea de anticipare a momentului de declanșare a crizei, de teama față de moarte și a vulnerabilității față de stres. Pacienții se simt tensionați, nervoși, neliniștiți, mai puțin capabili de a gestiona stresul și de a face față presiunilor cotidiene. În cazul în care duc lipsă de resursele necesare realizării sarcinilor, de comunicare cu colegii de serviciu și se confruntă cu nesiguranța locului de muncă, intensitatea acestora ca surse de stres crește pe fondul creșterii frecvenței simptomelor. Interesant este că, în ciuda acestor trăiri intens negative, pacienții își păstrează deschiderea spre dialog și preferința pentru compania celorlalți, capacitatea de a fi agreabili, miloși, bine intenționați, altruști, atenți la nevoile celorlalți și mai puțin orientați către propriile nevoi. Ei sunt orientați spre cooperare, evită conflictele, caută suportul și protecția celorlalți, fiind conformiști, docili, mai puțin dominanți, sfoși și cu mai puțină inițiativă. Autorii testului NEO PI-R (13) considerau că un subiect cu un scor ridicat la agreabilitate este asociat unei personalități dependente și observăm în acest model că odată cu

creșterea frecvenței simptomelor fizice crește dependența subiecților față de ceilalți. De asemenea, odată cu creșterea frecvenței simptomelor fizice, pacienții au tendința de a se lăsa conduși de emoții, se entuziasmează ușor și pot acționa pripit, luând decizii sub impulsul momentului.

Conform *Modelului II*, pe măsură ce crește intensitatea stărilor afective negative apărute în timpul sau ulterior crizei, precum nervozitate, neliniște, teamă, agitație, încordare, nefericire, se accentuează starea de deprimare și capacitatea de autodisciplină și scad calitatea vieții, complianța și dorința de realizare. Astfel, pe măsură ce cresc în intensitate stările afective negative generate de astm, crește predispoziția către culpabilizare, tristețe, sentimente de neputință și de singurătate, pacienții se descurajează ușor și sunt adesea abătuți. De asemenea, scade complianța, persoanele sunt irascibile, devin cu ușurință agresive, preferă competiția în locul cooperării și nu ezită să-și manifeste în mod vizibil furia atunci când consideră acest lucru a fi necesar. Pe de altă parte, interesant este faptul că pe măsură ce cresc în intensitate stările afective negative generate de astm, crește capacitatea de autodisciplinare, de a se mobiliza pentru a soluționa sarcini în ciuda plictiselii și a surselor de distragere. Astfel, pacienții duc la bun sfârșit ceea ce au început și sunt persoane pe care ceilalți se pot baza, însă fără a-și dori să obțină performanțe deosebite. Odată cu creșterea intensității stărilor negative, scade dorința de autorealizare, pacienții fiind mai puțin încrezători în forțele proprii. Aceștia se mulțumesc în general cu puțin, având un nivel de aspirații situat ușor sub capacitățile lor și au tendința de a-și subaprecia potențialul.

Conform *Modelului III*, odată cu creșterea frecvenței și intensității simptomelor fizice și psihice specifice astmului, cresc și impactul negativ al schimbărilor în viața cotidiană asupra pacientului pacient, nesiguranța slujbei și lipsa resurselor și a comunicării ca surse importante de stres, anxietatea situațională, a receptivitatea față de emoțiile resimțite și gradul de înțelegere a acestora, onestitatea și sinceritatea în raport cu ceilalți și capacitatea de autodisciplină și scad căutarea animației și stimulării și dorința de realizare. Cu alte cuvinte, odată cu exacerbarea simptomelor fizice și psihice specifice astmului, crește impactul negativ al schimbărilor ce însoțesc boala, precum trezirea din timpul nopții și starea de oboseală din timpul zilei următoare, care împiedică implicarea la nivelul exigențelor în activitatea școlară sau profesională a pacienților, deprimare generată de izolare, necesitatea restricționării anumitor activități și perspectiva îndoielnică de vindecare, sentimentul lipsei controlului asupra propriului corp atunci când se declanșează criza. De asemenea, crește anxietatea care se accentuează ca urmare a iminenței crizei și incapacității de anticipare a acesteia, fricii de moarte, evitării întrevederilor cu ceilalți din teama de a se face de râs în cazul declanșării unui atac, pacienții devenind tensionați, nervoși, neliniștiți. Pe de altă parte însă, este interesantă creșterea receptivității față de propriile emoții și sentimente și gradul de înțelegere a acestora. Pacienții consideră că înțelegerea emoțiilor proprii și pe ale celor din jur constituie o parte importantă a vieții. Aceste persoane trăiesc mai profund decât ceilalți o gamă mai largă de stări emoționale diferite și resimt mai intens fericirea sau tristețea. Odată cu creșterea intensității și frecvenței simptomelor fizice și psihice, cresc onestitatea și sinceritatea în relație cu ceilalți, ca și capacitatea de autodisciplinare. Astfel, pacienții sunt corecți, statornici, sinceri și deschiși, cinstiți și dornici de a respecta întocmai adevărul și de a-și exprima adevăratele sentimente. Au o bună capacitate de a se mobiliza pentru a soluționa sarcini în ciuda plictiselii și a surselor de distragere și duc la bun sfârșit ceea ce au început, fiind persoane pe care ceilalți

se pot baza. De asemenea, odată cu exacerbarea simptomelor, scad căutarea de senzații puternice și dorința de realizare. Pacienții caracterizați prin aceste trăsături sunt mai puțin încrezători în forțele proprii, nu își doresc să obțină performanțe deosebite, au o dorință de reușită mai scăzută și se mulțumesc în general cu puțin, având un nivel de aspirații situat ușor sub capacitățile lor. Ei nu resimt o nevoie puternică de animație și stimulare.

Conform *Modelului IV*, odată cu scăderea calității vieții pacienților, cresc frecvența simptomelor fizice și intensitatea stărilor afective negative apărute în timpul sau ulterior crizei. Crește de asemenea nivelul anxietății ca trăsătură stabilă a personalității pacienților, adică tendința de a răspunde cu anxietate la amenințările percepute din mediu, la care în mod obișnuit majoritatea oamenilor nu manifestă anxietate. Odată cu scăderea calității vieții, se accentuează starea de deprimare, persoanele fiind abătute, ușor de descurajat, indispuse, pesimiste, predispuse la culpabilizare, tristețe, sentimente de neputință și de singurătate. Pe de altă parte scade activismul, acești pacienți preferând activitățile cu desfășurare mai lentă și dorind să ducă o viață liniștită, mai puțin alertă.

BIBLIOGRAFIE:

1. Jackson, M. (2009). *Asthma – The Biography*, New York, Oxford Univ. Press, p. 13, 43, 73, 44, 99, 144;
2. Homer (2007). *Iliada*, București, Editura Corint, cartea a XV-a, rândurile 10, 241;
3. Hippocrates (1996). *On Airs, Waters, and Places*, în Jacques Jouanna (ed.), Hippocrate: Airs, Eaux, Lieux, Paris;
4. Hippocrates (1987). *Aphorisms*, Section III, 22, 26, 30, Section VI, 46, în "The Aphorisms of Hippocrates", în vol. 2 al „Classics in Medical Literature”, serie editată de Lederle Laboratories în cooperare cu Yale University Library;
5. Gopalakrishnan, N., Hurwitz, B., Sheikh, A. (2007). *Lineages of Language and the Diagnosis of Asthma*, Journal of the Royal Society of Medicine, 100, 19-24;
6. Van Helmont, J.B. (2007). *Oriatrike sau Physick Refined* (London, 1662, 356-357), în *Dictionary of Medical Biography*, Westport, CT, p. 626-628;
7. Pasteur, V.R. (1949). *Precise des maladies allergiques*, Paris, Editura Flammarion;

8. Seropian, E. (1972). *Alergia respiratorie și digestivă*, București, Editura Medicală, p. 115, 121;
9. Popescu, I.Gr., Păun, R. (1977). *Bolile alergice*, București, Editura Medicală, p. 147;
10. Iamandescu, B.I. (1993). *Stresul psihic și bolile interne*, București, Editura All, p. 175, 176, 182;
11. Freour, P. (1969). *Asthme – une maladie complexe*, Journal de Médecine de Bordeaux, 1, 11, 11-12;
12. Iamandescu, I.B. (2007). *Psychoneuroallergology*, București, Editura Amaltea – Medical Publishing House, p. 139-154, 228;
13. McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1990). *Personality in Adulthood*, New York: Guilford;