

tate. Motto-ul supraviețuirii umane este : să trăim împreună, rămânând diferiți. Lumea este unică și întreagă, dar elementele sale individuale sub forma unor comunități umane discrete constituie împreună o civilizație culturală multicoloră, ceea ce o face mai stabilă și viabilă într-o eră a globalizării aflată în incertitudine.

### **Referințe bibliografice**

1. Stiglitz Joseph E. Globalizarea: speranțe și deziluzii. București: Paradigmele economiei, 2003, p. 24.
2. Wallerstein, Immanuel. World-System Analysis: An Introduction. Durham: Duke University Press, p.179.
3. Friedman Milton. The Methodology of Positive Economics. In: Essay in Positive Economics. Chicago: The University of Chicago Press, 1966, p.3-16, 30-43.
4. Белл Д., Иноземцев В. Эпоха разобщённости. Размышления о мире XXI века. М.: Центр исследований постиндустриального общества, 2007, с. 224.
5. Стукало А., Авдеева Т. Глобализация мировой экономики. In: Международная жизнь. 2000. № 5, с. 54.
6. Zinn Howard. A People's History of the United States: 1492 – Present. Harper & Row Perennial Classics, 2003.
7. Alexis de Tocqueville. Democrația în America. București: Humanitas, 2000, p. 391-392.
8. The Washington Post, 2019, September 24.
9. Castells Manuel. The Power of Identity. 2nd Edition. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009, p. 3.

## **SPECIFICUL UNEI COMUNICĂRI CU PACIENȚII CU DIZABILITĂȚI**

**Oleg Cobileanschi**, dr. hab. șt. med., prof. univ.

**Svetlana Condrațiu**, dr. șt. med., conf. univ.

**Alexandru Dandara**, medic rezident

oleg.cobileanschi@usmf.md

svetlana.condrațiu@usmf.md

### *SPECIFIC OF COMMUNICATION WITH PATIENTS WITH DISABILITIES*

*This article elucidates some notions of „communication”, as well as communication failures in patients with disabilities. The difference between communicating with female and male patients and how to create the conditions for productive communication was also described. The specificity of communication with psychotic patients was elucidated.*

Comunicarea este un fenomen cultural ce formează un ansamblu de acțiuni care au în comun transmiterea de informații sub formă de mesaje, știri, semne sau gesturi simbolice, texte scrise și etc. între doi indivizi, numiți interlocutori, sau mai formal, emițător și receptor. Ele variază în dependență de specificul cultural și factorii externi al mediului în care sa dezvoltat această limbă.

Cum putem comunica cu un pacient psihotic este o problemă deosebită pe care și-o pun adesea cu îngrijorare membrii familiei a acestuia, rudele apropiate, prietenii, colegii de serviciu, vecinii și nu de puține ori chiar și personalul medical, care se confruntă cu o persoană ce prezintă unul sau mai multe simptome: (comportament dezorganizat sau cata-tonic, halucinații, idei delirante, vorbire dezorganizată (incoerență ideo – verbală) și etc. [4, 7, 10].

Este o abordare care pune accentul pe comunicarea în ambele sensuri, atât din partea personalului medical spre pacient, dar și invers, fiindcă dialogul joacă un rol esențial, aducând beneficii vădite calității și rezultatelor finale ale actului medical. Această implicare a pacientului în diversele decizii necesare în timpul discursului medical este un aspect cheie al specificului îngrijirii medicale ale pacientului. O comunicare adecvată de ambele părți este un element fundamental în construirea unei îngrijiri medicale corecte față de pacient să fie calitativă, eficace și eficientă [4, 10].

Simptomele psihotice relevă o deteriorare severă în aprecierea realității, astfel încât persoana în cauză evaluează incorect realitatea. Pacientul psihotic este convins de realitatea celor gândite, simțite, trăite de el. Simptomele respective îi stăpânesc conștiința și îi modifică în mod patologic comportamentul. Simptomul psihotic, este în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea, lipsa atitudinii critice, pacientul este lipsit de capacitatea de a i sesiza esența patologică.

Atât retrăirile halucinatorii cât și ideile delirante sunt considerate a fi un efect al supraactivării persoanei caracterizate prin descărcări brutale [6, 11].

Simptomele psihotice sunt considerate ca elemente psihopatologice de o mare gravitate, conferind caracterul de urgență psihiatrică și posibil și medicală, condiției ce le manifestă.

Simptomele psihotice caracterizează conform DSM-IV, trei grupe mari de tulburări și anume:

- tulburări psihotice primare (schizofrenia, tulburarea psihotică acută, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă) și ocazional anumite tulburări de dispoziție primare, conferindu-le un grad suplimentar de gravitate;

- tulburări psihotice datorate unei condiții medicale generale și ocazional întâlnite în anumite tulburări cognitive datorate unei condiții medicale generale (delirium și demența);
- tulburări psihotice induse de o substanță psihoactivă și ocazional în anumite tulburări cognitive (delirium, demența) induse de o substanță psihoactivă [13, 22].

Pentru a înțelege mai bine gravitatea simptomelor psihotice ele ar putea fi comparate cu simptome somatice precum hematemeza, melena, febra de 39-40°C, simptome ce reprezintă persoana în cauză, determinând solicitarea a ajutorului medical. Este greu de presupus că în fața unor astfel de simptome, cineva, indiferent de gradul de educație medicală ar ignora pur și simplu simptomul considerându-l lipsit de semnificație [20, 14].

Nerecunoașterea sau ignorarea simptomelor psihotice constituie o problemă deosebit de importantă ce grevează comunicarea cu pacientul psihotic. Aceasta nu este o problemă specifică ci una generală care aparține în egală măsură individului și comunității.

La nivel individual, pacientul psihotic este lipsit de capacitatea de a sesiza esența patologică ceea ce îl incapacitează de cele mai multe ori, în solicitarea personală a ajutorului medical.

Observăm un lucru extrem de interesant și anume faptul că majoritatea persoanelor nu au idee când o problemă personală devine suficient de mare importanță încât să necesite îngrijire medicală psihiatrică. Cercetările recente sugerează faptul că oamenii operează mental pe baza unor scheme conținând o abordare asupra cauzei, simptomelor, evoluției corespunzătoare unui anumit tip de boală. Identificarea caracteristicilor unei anumite astfel de scheme conduce persoana la conștientizarea necesității ajutorului medical și al obiceiului de complianță la tratament. În ceea ce privește schemele mentale ale tulburărilor psihice, acestea constituie încă o arie majoră de cercetare [3, 9, 18].

Există însă o relație direct proporțională în societate, respectiv nivelul cultural și economic al persoanelor ce se adresează serviciilor medicale de îngrijire a sănătății mentale. Nivelul educației pare să fie mult mai important decât aspectul material privind autoadresarea către medicul psihiatru, ceea ce sugerează că factorii culturali sunt mult mai importanți decât resursele financiare.

Am observat, că femeile se adresează cu mai multă ușurință decât bărbații serviciilor de îngrijire a sănătății mentale. Cum rezultă din cercetările sociologice pe parcursul mai multor ani, datorită faptului că ele sunt mai capabile să identifice aspectele sanogene și respectiv patogene comparativ cu bărbații. Această recunoaștere este punctul cheie în pro-

cesul luării deciziei de a se adresa medicului psihiatru și care diferențiază bărbații de femei [16, 21].

Persoanele cu o comorbiditate a condițiilor medicale sunt mai interesate să caute ajutor medical specializat psihiatric, decât acelea cu o singură boală.

Factorii psihologici personali cum este strategia de a face față negării problemei sau prin evitarea confruntării cu problema ivită, prejudecățile legate de serviciile de psihiatrie, contribuie și ele la rândul lor la această atitudine de ignorare a simptomelor psihotice.

În comunitate persistă din nefericire o percepție negativă a bolnavilor psihici, o atitudine de rejectare a acestuia ce se învâрте în jurul nostru de pericolozitate și impredictibilitate a acestor pacienți, atitudine întărită și de tablourile stereotipe ce apar în mass-media (TV, filme, ziare).

Atitudinea aceasta negativă (având o strânsă legătură problematică comunicării în general cu pacientul psihotic) este parte a unei grupări mai largi de credințe, atitudini și valori caracterizate prin absența simpatiei pentru oamenii aflați în suferință, a unei neîncrederi adânc înrădăcinate în oameni și instituții. Atitudinea negativă față de pacienții psihici este mai pronunțată la persoanele în vârstă, a celor cu nivel educațional scăzut și al bărbaților comparativ cu femeile.

Prin impactul asupra comunicării cu pacientul psihotic, atitudinea negativă este importantă dintr-o multitudine de motive, dar mai ales pentru faptul că ea privează pacientul de ajutorul medical [19, 20].

Simptomele psihotice sunt ignorate sau tolerate inimaginabil de mult atât de pacient cât și de microgrupul în care trăiește. Studiile asupra primului episod de schizofrenie evidențiază faptul că perioada medie de timp de la debutul simptomelor psihotice și până la inițierea unui tratament eficient este frecvent de câțiva ani.

Dar chiar și pacienții care se adresează serviciilor sistemului de sănătate înregistrează întârzieri considerabile în instituirea unei terapii adecvate. Pacienții aflați la primul episod de schizofrenie au avut în medie 7-9 consultații (contacte medicale) cu profesioniștii din sistemul de sănătate înaintea primirii unui tratament adecvat. Durata de timp dintre debutul simptomelor psihotice și inițierea tratamentului (durata psihozei netratate) are implicații profunde asupra pacientului și familiei sale [15, 19].

Cunoaștem, că simptomele psihotice netratate pot avea un efect „toxic” prin ele însele asupra structurilor cerebrale. Studiile evidențiază corelații dintre durata psihozei netratate și prognosticul afecțiunii în termeni ai ratei de recădere, duratei de timp necesare atingerii remisiunii simptomelor, nivelului de remisiune atins și etc. Pe de altă parte perioada psihozei dinaintea începerii tratamentului a fost găsită deosebit de trau-

matizantă pentru familiile pacienților fiind caracterizată prin rate înalte de suicid și parasuicid, suferință familială, acte medico-legale, intervenții ale poliției, utilizare de droguri, comportament amenințător, perturbant, cu tendința de a abandona relația cu pacientul. Din nefericire, motivația de a căuta ajutor psihiatric apare numai în contextul deteriorării severe în funcționarea relațiilor intrafamiliale [1, 2, 13].

Comunicarea cu pacientul psihotic este grevată de asemenea de o serie de prejudecăți, unele aparținând chiar personalului medical. O prejudecată deseori întâlnită printre cadrele medicale care îngrijesc pacienți psihotici având distorsiuni importante în aprecierea realității este aceea că în totalitate judecata pacientului este afectată, că acesta nu ar fi în stare să discearnă sau să acționeze în mod responsabil, prezumție ce nu corespunde realității. Comunicarea este un proces învățat, influențat desigur de aptitudinile persoanei, de abilitatea sa de a relaționa cu alții, de experiențele trecute, de condiția socio-culturală sau etnică, dar și de cunoștințele asupra subiectului abordat [5, 10, 18].

Desigur comunicarea cu pacientul psihotic recunoaște anumite aspecte specifice, pur tehnice ce pot fi divizate în:

- atitudini corecte;
- atitudini greșite.

Pacientul psihotic simte nevoia să comunice, să exprime trăirile patologice care de cele mai multe ori sunt angoasante. Simptomul psihotic nu anulează comunicarea în totalitatea formelor ei. Faptul că pacientul psihotic ne comunică suferința lui într-o manieră care ne intrigă, ne șochează, ne sperie nu ne dă dreptul să o ignorăm. Atenția, îngrijorarea, compasiunea și suportul de care beneficiază simptomele medicale, o datorăm în egală măsură simptomelor psihice și mai ales celor psihotice. Imaginați-vă că întoarceți spatele unei persoane care se prăbușește sub ochii dumneavoastră acuzând dureri precordiale. Este același lucru.

Filosofia îngrijirilor medicale centrate pe pacient are următoare principii de bază și expunem mai jos:

- **colaborare** – cadrele medicale, pacienții, familiile lor și conducerea administrativă a unităților medicale colaborează pentru realizarea unui act medical de înaltă calitate, eficacitate și eficiență;
- **comunicare deschisă și completă** – cadrele medicale împărtășesc pacientului, la timp, informații complete și obiective, într-un mod care este încurajator și util pacientului, astfel încât acesta să poată participa la luarea deciziilor medicale;
- **demnitate și respect** – cadrele medicale îi ascultă pe pacienți și iau în calcul valorile, convingerile și preferințele acestora în luarea deciziilor medicale;

- **participare** – pacienții și familiile lor sunt încurajați și sprijiniți pentru a participa în actul medical și deciziile pe care le implică [10, 16].

Comunicarea adecvată cu pacienții și familiile lor, unul dintre principiile de bază ale asistenței medicale centrate pe pacient, a fost inclusă în topul factorilor care determină gradul lor de satisfacție în privința îngrijirilor medicale primite de către pacienții consultați individuale sau în cadrul unor grupuri.

Punctul de vedere al pacienților este întărit de opiniile personalului medical din spitalele, spitale care promovează abordarea centrată pe pacient. O comunicare adecvată cu pacienții și membrii familiei este esențială în realizarea actului medical de calitate [8, 15, 17].

Pacienții care sunt încurajați să poarte un dialog cu cei care le oferă îngrijiri medicale ce le pun întrebări ca să înțeleagă corect și complet informațiile primite și exprimându-și preferințele pentru un anumit mod de administrare a tratamentului, sunt mai înclinați și reușesc mai bine să-și accepte problemele medicale, să înțeleagă opțiunile de tratament, să-și schimbe comportamentul în modul dorit și să adere mai riguros la respectarea tratamentului prescris.

Atunci când lipsește o comunicare reală pacienții resimt aceasta în mod palpabil, iar anxietatea, vulnerabilitatea și sentimentul lipsei de control se accentuează.

Comunicarea adecvată cu pacienții și familiile lor urmărește să transmită un mesaj clar și să stabilească o legătură între cadrul medical și aceștia, pornind de la valorile primordiale ale profesiei medicale – dorința de a ajuta, atât prin îngrijiri de calitate, cât și prin sprijin moral, pe cineva care suferă [5, 8, 18].

O comunicare adecvată cu pacienții, cum o putem transforma dintr-un concept care poate părea teoretic într-o practică de zi cu zi în saloanele de spital.

Iată ce recomandările principale le putem oferi cadrelor medicale pentru a putea construi ușor o comunicare optimă cu pacienții:

1. Fiți pregătiți de întâlnirea cu pacientul rememorând importanța următoarelor comportamente adecvate:

- Să i acordați pacientului atenție mai deosebită.
  - Să l ascultați cu atenție ce vă spune pacientul.
2. Creați un climat ce va favoriza dialogul și stabilirea legăturii cu el:
- Îmi voi arăta sprijinul moral față de pacient oferindu-i de încurajare de câte ori este posibil.
  - Mă voi adresa pacientului folosind numele pe care îl preferă.
  - Mă voi așeza lângă pacient în loc să stau în picioare.

- Mă voi prezenta și voi împărtăși câte ceva despre mine.
  - Voi acorda atenție membrilor familiei care sunt prezenți, recunoscând rolul lor important în îngrijirea pacientului.
  - Voi fi conștient(ă) de limbajul meu și cum ar putea fi acesta interpretată de către pacient.
  - Voi verifica că am înțeles corect ce mi-a spus pacientul, reformulând ce a spus acesta cu cuvintele proprii.
3. Oferă informații și confirmă cu pacientul că ai înțeles corect ce-ți spune acesta:
- Îl voi ruga pe pacient să-mi explice ce a înțeles.
  - Îmi voi sprijini pacienții pentru a deveni parteneri în procesul de îngrijire oferindu-le acces la informații despre procesul de evoluție a bolii lor.
  - Voi explica informațiile pe care le transmit și voi acorda pacientului timp suficient să proceseze și integreze aceste informații.
4. Cere ți de la pacient părerea despre stilul Dvs. de comunicare:
- Înțelegem, că fiecare persoană învață în mod diferit.
  - Sunt lucruri pe care le puteți face pentru a-i încuraja pe pacienți să vă abordeze fără temeri și să comunice deschis:
    - Campanii / postere pentru a putea să le satisfacem mai bine nevoile și ca șederea ta în staționar să fie cât mai confortabilă;
    - carnețele pentru ca pacienții să-și noteze pe loc întrebările pentru medici și asistenții medicali, pentru a nu le uita până la o eventuală întâlnire cu aceștia;
    - oferirea unei vestimentații diferențiate pentru diversele categorii de cadre medicale astfel încât pacienții să știe mai ușor pe cine pot aborda pentru un anumit tip de problemă;
    - organizarea unor sesiuni periodice de comunicare cu familiile.
    - panouri cu poze ale cadrelor medicale din echipa de îngrijiri;
    - panouri informative pentru comunicarea cu pacienții și familiile lor, unde sunt expuse sarcinile cadrelor medicale a informațiilor utile pacienților, când este programate intervențiile și etc.;
    - sisteme de televiziune pentru pacienți, unde se pot difuza filme medicale educaționale.
  - Ca să mă asigur că am reușit să stabilesc un dialog deschis și clar.
  - Îl voi întreba pe pacient dacă modul în care comunic este adecvat din punctul lui de vedere.

Comunicarea adecvată se bazează, deci, pe lucruri relativ simplu de pus în practică, dar foarte eficiente în a stabili un dialog real și a construi un parteneriat între cadrele medicale și pacienți și familiile lor. Acesta este obiectivul fundamental al îngrijirilor centrate pe pacient.

Existența unui parteneriat real este esențială pentru îmbunătățirea deznodământului actului medical, crescând calitatea și siguranța acestuia, precum și satisfacția pacienților [1, 4, 8].

### **Concluzii:**

1. Comunicarea schematică ajută în lucrul cu pacienții psihotici.
2. Însușirea comunicării corecte de către familia pacienților mențin remisiile mai îndelungate.
3. Comunicarea corectă, adaptivă, favorizează dorința pacienților de ași controla starea proprie.

### **Referințe bibliografice**

1. Coman Alina. Tehnici de comunicare. Bucuresti: Editura C.H. Beck, 2008.
2. Evans RG. Patient centred medicine: reason, emotion, and human spirit? Some philosophical reflections on being with patients. In: *Med Humanit.*, 2003, Jun. 29 (1), p.8–14. doi: 10.1136/mh.29.1.8.
3. Fakhr-Movahedi A., Salsali M., Negarandeh R., Rahnavard Z. Exploring contextual factors of the nurse-patient relationship: A qualitative study. In: *Koomeh.*, 2011, 13(1), p. 23–34.
4. Jason H. Communication skills are vital in all we do as educators and clinicians. In: *Education for Health.*, 2000, 13, p. 157–160.
5. Kallergis G. Guide of information and communication with the patient: Personalization, 7 therapeutic relationship, character, family. *Medical Graphics*. 2000.
6. Kidd J., Patel V., Peile E., Carter Y. Clinical and communication skills. In: *BMJ.*, 2005, 330, p. 374- 375.
7. Lee S.J., Back A.L., Block S.D. Stewart Enhancing Pysician-Patient Communication. *Hematology*, 2002.
8. Maguire P. *Communication Skills for Doctors*. London: Arnold, 2000.
9. Mueller Martin. *Psihologie sociala, experiența personală din Germania*. Cluj-Napoca: Editura „Limes”, 2008.
10. Moussas G.I., Karkanias A.P., Papadopoulou A.G. Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication. In: *Phychiatriki*, 2010, 21, p. 148–157.
11. Oprea N., Nacu An., Oprea V. *Psihiatria*. Chișinău, 2008.
12. Panagopoulou E, Benos A. Communication in medical education. A matter of need or an unnecessary luxury? In: *Archives of Hellenic Medicine*, 2004, 21(4), p. 385–390.
13. Papadantonaki A. Communication and Nursing. In: *Nosileftiki*, 2006, 45(3), p. 297–298.
14. Papadantonaki A. Nursing Role. In: *Nosileftiki*, 2012, 51(1), p. 7–9.
15. Papagiannis A. Talking with the patient: fundamental principles of clinical communication and announcement of bad news. În: *Medical Time Northwestern Greece*, 2010, 6 (Supplement), p. 43- 49.

16. Papagiannis A. Thessaloniki: University Studio Press, 2003.
17. Pânișoară I.O. Comunicarea eficientă. Iași: Editura Polirom, 2004.
18. Teutsch C. Patient-doctor communication. În: Med Clin North Am., 2003, 87, p. 1115–1145.
19. Țânțu M. M., Domnariu C. D. Comunicarea în procesul de îngrijire. In: JMB, 2015, (2), p. 30–33.
20. Vâlceanu C. Comunicarea în asistența medicală. In: Healthcare Communication, 2016, 1(30), p. 11–16.
21. Vuković M., Gvozdrenović B.S., Stamatović-Gajić B., Ilić M., Gajić T. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. In: Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo, 2010, 138(1-2), p.79–84.
22. Тёле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. Мн.: Интерпрессервис, 2002.

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И БИОЭТИЧЕСКИЕ И АСПЕКТЫ АДДИКТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ**

**Татьяна Мишаткина**, канд. филос. наук, профессор  
**Сергей Мельнов**, докт. биол. наук, профессор  
 Международный государственный экологический институт  
 им. А.Д. Сахарова, Белорусского государственного университета,  
 Минск, Беларусь  
 mtv\_2013@ tut.by

### *GENETIC AND BIOETHICAL ASPECTS OF ADDICTIVE STATES*

*We consider negative parameters of anthropogenic impact on increases in the levels of mutagenicity and the possibility of preserving pathological genotypes that ensure the preservation of alleles responsible for abnormal conditions (propensity to drug, alcohol, and other addictions). We analyse the manifestation and moral-and-social consequences of drug and alcohol addiction, presenting the fundamental bioethical principles of relationships and interaction with people suffering from drug addiction.*

Развитие современного индустриального общества существенно меняет воздействие средовых факторов на популяцию *Homo sapiens* как биологического вида, что не может не отразиться на селективной ценности формирующихся генотипов. В настоящее время именно антропогенное воздействие существенно способствует нарастанию уровня мутагенности. Кроме того, успехи современной медицины, снижение детской смертности, ведут к сохранению в популяции патологических аллелей, что также