

determină pe copil să rezolve “eșecul” prin suicid - “*Sunt un ratat și un prost și mi-am dezamăgit părinții și profesorii așa că nu mai are nici un sens să trăiesc.*”

**Stresorii sociali:** lipsa abilităților de comunicare, de exprimare emoțională, de relaționare sunt factori importanți în creșterea riscului suicidar. Studiile relevă faptul că un procent important de copii recurg la suicid ca o modalitate de “fugă” față de atitudinea negativă a colegilor (umilire fizică și verbală). Problema pe care o ridică aceste cazuri este faptul că mass-media le prezintă ca pe niște “sinucideri raționale” sau acte justificate. Această atitudine pune în pericol viața altor copii aflați în situații similare și care ar putea opta și ei pentru suicid ca soluție pentru problemele lor de relaționare și adaptare.

**Factori individuali:** *emoționali* – sentimentul de singurătate, depresia, neajutorarea, lipsa de speranță, distress emoțional; *cognitivi* - lipsa abilităților de rezolvare de probleme și a strategiilor de *copingadaptativ*; *comportamentali* - consum de substanțe; *de sănătate* - boli terminale, psihopatologie gravă [3].

### **Constatări**

Suicidul a devenit o problema de sănătate publică deoarece are o tendința din ce în ce mai mare printre rândurile populației. Fiecare vârstă are motivele sale din care cauza comit această faptă și doar prin clasificarea cauzelor și tendințelor a fiecărei grupe în parte noi putem alege metodele corecte de soluționare a acestui fenomen. Mortalitatea populației în RM din cauza suicidului a crescut în anii 2000-2010 de la 15,3‰ până la 19,3‰, efectuând o creștere continuă.

Suicidul cuprinde grupe de vârstă variată însă cea mai înaltă parte o deține vârsta de la 50-59 de ani cu 28%, după care vârsta de 40-49 de ani cu 23%, iar pe locul trei cu 18% persoanele cu vârsta mai mare de >60 ani. Frecvența sinucidului a crescut foarte mult în ultimii ani în rândul persoanelor tinere, astfel de la 0,7% până la 1,9% au crescut sinuciderile printre persoanele de la 10 la 14 ani; de la 3,3% în 2000 până la 5,1% în 2004 apoi scade până la 1,7% suicidele printre tinerii de 15-19 ani; a crescut cu 2,6% suicidele tinerilor din grupa de vârstă de la 20-24 de ani; semnificativ au crescut și sinuciderile de la 5,9% la 8,1% apoi au înregistrat o scădere la valoarea inițială la grupa de vârstă de la 25-29 de ani. În mediul urban suicidele au scăzut cu 12% pe când mediul rural au crescut de la 40,9% în 2000 până la 56,0% în 2010; În rândul sexului masculin se observă o scădere a fenomenului de la 81,8% în 2000 la 66,6% în 2010, pe când printre sexul feminin suicidul este în creștere de la 18,2% în 2000 la 33,4% în 2010.

### **Bibliografie**

- 1.OMS “Impact of economic crises on mental health”,www.metanoia.org
- 2.SILVESAN Nicoleta Sc.Gen,”Suicidul la Copii și Adolescenți”, Avram Stanca, Petrosani
- 3.ȘARPE Vasile ”Caracteristica medico-legală, structura și etiopatogenia fenomenului suicidal printre copii și adolescenți”.

## **FUNCȚIONALITATEA MECANISMELOR DE COPING LA NIVEL COMPORTAMENTAL**

**Natalia Daniliuc, Iuliana Fornea**

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în medicină,  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Coping mechanisms function at the behavioral level***

The article adaptive mechanisms have been elucidated in the psychological stress and comparative analysis of coping mechanisms and defenses.

In order to understand the adaptive mechanisms in medical practice were described the psycho-behavioral risk types of patients: psycho-behavioral type A, type C. Also presented some

strategies appropriate psychotherapeutic patient needs and capabilities: experiential psychotherapy, cognitive behavioral psychotherapy, group psychotherapy etc.

### Rezumat

În articol au fost elucidate mecanismele adaptative în fața stressului psihic și analizate comparativ mecanismele de coping și mecanismele defensive.

În vederea cunoașterii mecanismelor adaptative în practica medicală au fost descrise tipurile psihocomportamentale cu risc ale pacienților: tipul psihocomportamental A, tipul C. Deasemenea, au fost prezentate unele strategii psihoterapeutice adecvate necesităților și posibilităților pacientului: psihoterapia experiențială, psihoterapia cognitiv-comportamentală, psihoterapia de grup, etc. [2; 8]

În ceea ce privește mecanismele adaptative în fața stressului psihic, predilecția pentru folosirea termenului de “coping”, de către cognitiști, față de termenul “mecanisme defensive”, mai uzitat de orientarea psihanalitică, care corespund tendinței de a alătura termenul de “coping” mecanismelor conștientizate, iar pe cel de “mecanisme defensive” – celor subconștiente sau inconștiente [3; 8; 9].

Principalele deosebiri între cele două curente, în ce privește mecanismele adaptative față de stress, sunt sintetizate în tabelul 1:

*Tabel 1.*

### Compararea mecanismelor de coping cu cele defensive (A. Băban, 1998) [7]

Mecanisme de coping	Mecanisme defensive
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ procese (sub) conștiente</li> <li>▪ produse în contact cu realitatea</li> <li>▪ permit confruntarea cu realitatea</li> <li>▪ implică scop și perspectivă (sunt orientate spre prezent și/sau viitor)</li> <li>▪ au (necesită) flexibilitate</li> <li>▪ permit exprimarea afectivă</li> <li>▪ preced sau succed reacției de stress</li> <li>▪ sunt orientate spre interior sau exterior</li> <li>▪ au eficiență situațională.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ procese inconștiente</li> <li>▪ produse la interfața ego-id</li> <li>▪ distorsionează (mai mult decât cele de coping) realitatea</li> <li>▪ orientate predominant spre trecut</li> <li>▪ implică automatisme, sunt rigide</li> <li>▪ blochează exprimarea afectivă</li> <li>▪ sunt procese post-afective</li> <li>▪ orientate spre blocarea pulsioniilor instinctuale interne</li> <li>▪ - au organizare ierarhică: mature vs. imature.</li> </ul>

În viziunea celor expluse mai sus, este importantă cunoașterea mecanismelor adaptative în practica medicală, iar în acest context și analiza tipurilor psihocomportamentale cu risc.

Pentru medic, ca și pentru psiholog, cunoașterea pattern-urilor adaptative favorite ale pacientului reprezintă un important avantaj, atât în (re)evaluarea prognosticului prin prisma grilei comportamentale, dar și pentru aprecierea corectă a complianței terapeutice [1; 5].

Copingul desemnează un “efort cognitiv și comportamental de a reduce, stăpîni sau tolera solicitările interne sau externe, care depășesc resursele personale” (Lazarus și Folkman) [4 ; 8].

Analizând definiția în cauză putem evidenția o caracteristică esențială: **copingul** este ilustrarea faptului că stresul se manifestă numai în relația dintre subiect și situație, fiind de neconceput în afara triadei “acțiune-cogniție-comportament dizadaptativ”.

Definiția de mai sus nu este la fel de complexă, fără a atașa și a descrie unele strategii adaptative, care ar include și mecanismele defensive de origine inconștientă, nesupuse controlului voluntar [2; 5 ; 9].

În ce privește caracteristicile copingului, paradigma cognitivistă este cea care pornește de la cel puțin două premize esențiale:

1. *copingul* presupune efort conștient, îndreptat asupra modului în care situația stresantă este percepută, prelucrată, stocată;
2. *copingul* presupune o anumită procesualitate, etapizare, ce se concretizează în:
  - anticiparea situației (evaluarea costului confruntării);
  - confruntarea propriu-zisă și redefinirea situației prin prisma confruntării;
  - analiza semnificației personale a situației post-confruntare [5; 10].

Există o anumită ierarhie la nivelul structurii *copingului*: *copingul de tip cognitiv* intervine atunci când strategiile comportamentale uzuale devin ineficiente, prea costisitoare, atunci când posibilitățile de intervenție concretă în mediu sunt limitate, sau când timpul necesar unei asemenea intervenții este prea scurt.

Distorsiunile în prelucrarea informației, redefinirea situației stresante în termeni convenabili, capătă, în viziune cognitivă, o înaltă valoare adaptativă, deși se poate întâmpla ca, uneori, să existe un dezacord între ceea ce stabilește subiectul “amenințat” în forul său interior și exigențele sarcinii.

Uneori se pot identifica la unii pacienți adevărate tipuri de personalitate, cu vocație pentru incorporarea stresului, cum ar fi tipul A, C sau o tulburare precum alexitimia.

Primul dintre acestea, **tipul psihocomportamental A**, a fost descris de Friedmann și Rosenmann, încă din anii '60, în legătură cu predispoziția spre boli cardiovasculare. Ulterior, s-a dovedit faptul că trăsăturile caracteristice tipului A predispun la boală psihosomatică în general, prin suprasolicitarea compartimentelor psihice - motivațional, volitiv, afectiv, cognitiv, mai ales dacă aceasta este confirmată prin nerespectarea unui regim de viață sanogenetic, sau cu o vulnerabilitate fizică înăscută. Aceștia sunt adevărați “colecționari de stressuri”, și posedă mecanisme de convertire la nivel metabolic a factorului psihogen în tulburări sau boli psihosomatice (Iamandescu, 1996) [6 ; 9].

Principalele trăsături ale acestui tip de personalitate ar fi reprezentate de sentimentul urgenței și de ostilitate, dar lor li se asociază adesea și consecințe în planul relației medic-pacient, care compromit relația terapeutică, o mare parte din acești bolnavi fiind hipocomplianți, având așteptări adesea nerealiste de la instituția medicală și nu condiționează păstrarea stării de sănătate, având alte priorități.

Restructurarea tipului A reprezintă o problemă importantă, în condițiile lipsei de motivație a pacientului pentru schimbarea comportamentelor sale de coping ale stresului. Între modalitățile terapeutice mai frecvent folosite, s-ar situa psihoterapiile cognitiv-comportamentale, trainingul autogen, psihoterapia de grup, ș.a.

**Tipul C**, pus în relație cu bolile neoplazice, a fost descris de Temoshok (1990), pe baza dimensiunii reprimare-vigilență. El ar fi caracterizat prin asocierea unor mecanisme de represiune puternice (până la incapacitatea de verbalizare și chiar de recunoaștere a emoțiilor), cu un complex de reacții secundare, precum autodeprecierea, sentimente de neputință și de pierdere a controlului.

Tipul C, denumit de unii autori și “anger-in”(pentru că o dimensiune esențială a sa o reprezintă reprimarea sentimentelor negative, de ostilitate), constituie în plan comportamental, o ilustrare fidelă a *copingului* centrat pe emoție, asociat din punct de vedere neuro-hormonal și imunitar - cu diminuarea secreției de catecolamine și a activității celulelor NK, și cu hiperfuncția axei hipotalamo-corticotrope, ceea ce accentuează inhibiția celulelor NK.

Contra, cit. de Brouchon-Schweitzer și Dantzer (1994) elaborează un model etiopatogenic complex, ce susține legătura între atitudinea “rațională” (antiemoțională) a acestor subiecți, și dezvoltarea de infecții cronice și neoplazii.

Deși pattern-urile descrise pot explica o parte din dificultățile pe care le întâmpină o serie de pacienți, atât în raportul cu propria lor boală, cât și în relația cu medicul, rămâne deschisă problema acelor pacienți care nu se încadrează în categoriile menționate, și care, fără a avea, de altfel, o afectare psihică gravă, cu potențial de ireversibilitate, se cantonează în mecanisme dizadaptative de coping.

În aceste cazuri, este important să atragem atenția asupra problemei educării pacientului în direcția adaptării la un nou stil de viață și însușirea unor strategii eficiente de a se adapta la situațiile stresante. Pentru realizarea acestui obiectiv, consecutiv identificării mecanismelor dizadaptative, se poate trece la o formă de psihoterapie adecvată necesităților și posibilităților pacientului.

Câteva orientări în această direcție au fost menționate de Holdevici (1996):

- **psihoterapia experiențială:** consideră omul ca pe o entitate activă, autoafirmativă, cu un potențial latent cert. Nu se urmărește neapărat strict vindecarea simptomelor actuale, ci perfecționarea, atingerea unui nivel superior de conștiință, accentuându-se situația vitală în care are loc psihoterapia, bazându-se pe raportul de egalitate între psihoterapeut și client. Prin tehnici de exprimare liberă a Eului (dramatice, de imaginație dirijată, etc.) se crează premisele pentru saltul de la folosirea exhaustivă, stabilă, rigidă a câtorva strategii – la multiplicarea acestora și la flexibilizarea utilizării lor;

- **psihoterapia cognitiv-comportamentală:** pune accentul pe formularea problemei în termeni clari, și pe elaborarea unor strategii comportamentale la îndemâna pacientului, de a face față situației. Accentul se deplasează de la insurmontabilitatea aparentă a problemei, spre raționalizare, experimentare mentală, relaxare, fiind eficientă în tulburări de tip anxios sau obsesivo-fobic;

- **psihoterapia scurtă, centrată pe obiectiv:** vizează clarificarea scopurilor pacientului, deplasarea centrului de greutate al discuției dinspre problemă spre soluție (pornindu-se de la acele “excepții pozitive” din viața pacientului), evidențierea progreselor ale pacientului, încurajarea acestuia în direcția asumării responsabilității și acțiuni independente;

- **analiza tranzacțională:** se pornește de la premiza multiplicității stărilor Ego-ului, în fiecare persoană coexistând stările de “părinte”, “adult” și “copil”, fie în latență, fie activ. Trecerea la terapie este precedată de analiza stărilor Ego-ului și de alcătuirea unei egograme. Analiza relațiilor interpersonale și tentativa de restructurarea-re comportamentală implică analiza dinamicii stărilor Eului și modificarea scenariilor de viață. Acest obiectiv poate fi realizat și cu ajutorul hipnozei, în vederea obținerii regresiei de vîrstă, necesară acestor schimbări.

- **psihoterapia de grup:** facilitează (funcție și de dezirabilitatea subiectului în grup), apariția sentimentelor de acceptare și de creștere a încrederii în sine, deplasarea comportamentului de la orientarea spre trecut - la cea spre viitor, deplasarea gândirii de la orientarea spre simptom la orientarea spre Eu, perceperea mai fină și mai diferențiată a realității.

Toate aceste forme de psihoterapie, alături de psihanaliză, și fără a epuiza paleta extrem de largă de psihoterapii, au vocație adaptativă, în primul rînd prin restructurarea mecanismelor de coping, dar și prin creșterea disponibilității generale a subiectului la autocunoaștere și autoformare. Utilizarea lor la bolnavii psihosomatici reprezintă un aport extrem de valoros în remodelarea unor comportamente nocive pentru sănătate, ele valorizînd suplimentar colaborarea cu psihologul, și optimizînd intervenția terapeutică.

## **Bibliografie**

1. Băban A. Stress și personalitate, Presa Universitară Clujeană, 1998, 43-70, p. 89-98.
2. Carver S., Scheier M., Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 1989, pp. 184-195.
3. Cohen S., Edwards J. R. Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. In: R. W. Neufeld (ed.) “Advances in the investigation of psychological stress”, J. Wiley & Sons, Chicester, 1989.
4. Folkman S., Lazarus R. S. “If it changes, it must be a process; study of emotion and coping, during three stage of college examination”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1985, pp. 150-170.
5. Iamandescu I. B. Stressul psihic și bolile interne. Ed. ALL, București, 1993.

6. Iamandescu I. B. Psihologie Medicală. Ed.a 2-a, Ed. Infomedica, București, 1996.
7. Iamandescu I. B. Elemente de Psihosomatică generală și aplicată. București: Infomedica, 1999, 341 p.
8. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping, Springer Publishing Company, New York, 1984.
9. Miclea M. Stress și apărare psihică, Presa Universitară Clujeană, 1997, p. 4-43.
10. Stone A., Neale J. New measure of daily coping: development and preliminary results, Journal of Personality and Social Psychology, 46, 1984, pp. 892-906.

## **EVALUAREA MODULUI SĂNĂTOS DE VIAȚĂ A POPULAȚIEI RURALE**

**Mihai Moroșanu**

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în medicină,  
USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *The rural population life style evaluation*

The Healthy Lifestyle is considered one of priorities of individual health maintaining, improvement and fortification. Study results confirmed that every 3rd rural inhabitant respect the personal hygiene, safety rules at work and at home.

Only 2 people from 10 of rural inhabitant don't smoke; only one person from 20 doesn't consume alcohol. Out of 10 person, only 1 person know first aid methods in case of trauma. Among the rural population, the prevalence of chronic alcoholism is higher with 30% than among the urban population. The prevalence of liver pathologies among the rural population is higher with 46% than among the urban population.

Among the rural population the incidence of malignant tumors is increasing by 45% in 2012 compared to 2011.

### **Rezumat**

Modul de viață sănătos, rămâne una din din prioritățile de menținere, îmbunătățire și fortificare a sănătății individuale și întregii populații. Rezultatele studiului au confirmat că doar fiecare al 3-lea locuitor de la sate respectă igiena personală, regulile de securitate la locul de muncă și la domiciliu.

Nu fumează doar 2 persoane din 10 persoane locuitori de la sate, nu consumă alcool doar o persoană din 20. Doar 1 din 10 persoane cunoaște metodele de prim ajutor medical în caz de traume. Printre populația rurală nivelul prevalenței cu alcoolism cronic este cu 30% mai mare decât printre populația urbană. Prevalența patologiilor ficatului printre populația rurală este cu 46% mai mare decât printre populația din municipii.

Incidența tumorilor maligne este în creștere cu 45% în anul 2012 față de anul 2011 printre populația rurală.

Conceptul de **medicina omului sănătos (M.O.S.)** a fost elaborat în 1944 de Delore, care a conturat valoarea medicală și social-economică a preocupărilor pentru îngrijirea sănătății. Acest concept a fost preluat cu interes de specialistii din variate domenii și a dus la echilibrarea celor două compartimente ale medicinei: cel prevențional (M.O.S.) și cel reparator - recuperator (medicina omului bolnav; M.O.B.). Conceptul s-a impus în scurt timp ca o doctrină medicală, socială și chiar politică. A fost redimensionată concepția "Sănătatea este o componentă fundamentală a condiției umane" în programul OMS elaborat în 1975 și definit la conferința de la Alma-Ata ca "Sănătate pentru toți în anul 2000"[1; 7].