

OPTIMIZAREA SĂNĂTĂȚII

VASILE G. CIUBOTARU

EUGEN AVRAM

OPTIMIZAREA SĂNĂTĂȚII



EDITURA UNIVERSITARĂ
București

Cuvânt introductiv

Științele sănătății reprezintă astăzi una dintre cele mai importante activități destinate menținerii și evoluției societății umane. Ele includ o arie vastă de discipline: medicina, psihologia sănătății, biostatistica, sociologia sănătății, managementul sănătății, etc. În decursul timpului contribuțiile în domeniu au fost spectaculoase, «salturile» majore au permis dezvoltarea atât în planul conceptual, cât și cel aplicativ.

OMS (Organizația Mondială a Sănătății) definește sănătatea ca o stare completă de bine la nivel fizic, mental și social și nu numai simpla absență a bolii sau a infirmității. Această definiție există din 1946, acceptată oficial ca punct de vedere al OMS în 1948 și neschimbată până în prezent. Cu toate acestea, practica medicală curentă nu se ghidează întotdeauna pe precept ideal vis-à-vis de starea de sănătate. Multe alte aspecte sunt luate în calcul de OMS, atunci când se evaluează nivelul funcționalității sau disfuncționalității umane. Una dintre problemele semnificative ridicate în ultimii ani în literatura de specialitate a fost cea referitoare la terminologia acceptată, fapt ce permite astăzi vehicularea mai multor termeni și/ sau sintagme, aparent identice: deficiență, handicap, incapacitate, dizabilitate, cerințe educative speciale (C.E.S.). O definiție succintă a acestora este în măsură să contureze principalele delimitări la nivel conceptual. Deficiența reprezintă orice perturbare a structurii și funcțiilor normale ale organismului, orice pierdere sau anomalie a structurii sau funcției psihice, fiziologice sau anatomice. Incapacitatea reprezintă reducerea parțială sau totală a posibilității de a executa o activitate (motrică sau cognitivă) în condiții considerate normale, datorită unei deficiențe. Handicapul reprezintă un dezavantaj social, rezultat dintr-o deficiență sau incapacitate, care afectează și limitează șansele individului de a-și exercita rolul său normal, în conformitate cu vârsta, sexul, mediul social și cultural; el limitează sau împiedică o persoană să-și asume rolul social, ca urmare a unei boli organice, deficiențe fizice, intelectuale sau senzoriale.

În rezoluția ONU 48/1996 handicapul se definește ca „pierderea sau limitarea șanselor de a lua parte la viața comunității la un nivel echivalent cu ceilalți membri ai săi”. În opinia aceluiași autor, „ambianța socială ostilă sau indiferentă produce starea de handicap”.

Date recente, furnizate de World Health Organisation (WHO), estimează că, la nivel global, există un număr de 650 milioane de persoane cu dizabilități.

După WHO, dizabilitatea este un concept-umbrelă ce acoperă o sferă largă, incluzând deficiențele de orice fel, limitările în activitate, restricțiile de participare. Deficiența implică o problemă în structura sau funcționarea corpului (situată la nivel organic sau funcțional). Limitarea în activitate e o dificultate întâlnită de un individ în executarea unei sarcini sau acțiuni, în timp ce restricția

de participare este o problemă experimentată de un individ în rezolvarea unor situații de viață.

Optimizarea sănătății constituie un demers multifacetat, care tinde să majoreze nivelul funcționalității umane, să amelioreze existența, să reducă dizabilitatea sau handicapul. Studiile din cadrul acestui volum acoperă câteva problematice de actualitate în privința stării de sănătate a populației noastre: afecțiunile medulare, a căror incidență a crescut simțitor în ultimii ani, aspecte ale evaluării și recuperării neuropsihice, studiul și terapiile unor dizabilități deosebite, sănătatea femeii, etc. ... și până la domeniul reclamei din sfera produselor și serviciilor, ca aspect al promovării și optimizării sănătății. Toate capitolele scot în evidență perspective recente, combinând aspectele teoretice cu cele aplicative.

Cu privire la titlul lucrării, sintagma “optimizarea sănătății” are un rol generic, sugerând intenția autorilor de a evidenția nu doar o stare de fapt, ci și unele direcții ameliorative.

Lucrarea reușește să aducă împreună contribuțiile unor autori români care lucrează în instituții academice sau unități medicale de prestigiu. Cartea pune la dispoziție noi oportunități de informare pentru specialiștii din domeniu, oferă repere practicienilor puși în mod direct în fața unor probleme la care doresc a găsi interpretări și remedii.

Vasile G. Ciubotaru, Eugen Avram

Coordonatorii:

Dr. Vasile Gh. Ciubotaru este medic primar neurochirurg, doctor în științe medicale. Este Șeful Clinicii III Neurochirurgie de la Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar-Arseni. Realizări profesionale deosebite: prima ventriculocisternostomie endoscopică în România; prima determinare intraoperatorie a potențialelor evocate în România; introducerea microscopului operator și asistarea endoscopică în abordul transsfenoidal al tumorilor hipofizare; primul abord transfenoidal endoscopic al unei tumori hipofizare în România. Este Trezorier al Societății Române de Neurochirurgie din 1990; organizator a peste 20 de manifestări științifice naționale și internaționale; peste 100 de participări la evenimente științifice; autor a numeroase lucrări în domeniul neurochirurgiei și managementului sănătății.

Eugen Avram este Lector univ., doctor în psihologie (o teză de psihologie pozitivă, la Universitatea din București), titular în Catedra de Psihologie a Universității din București și psiholog clinician specialist la Spitalul Clinic de Urgență "Bagdasar-Arseni", secția Neurochirurgie III. Specializările sale includ (studii de master): managementul sănătății, psihoterapii cognitiv-comportamentale, psihologie organizațională. De asemenea, a urmat o serie de cursuri de specializare în sisteme de management. Este autor și coordonator a mai multor volume din domeniul sănătății, neuropsihologiei, psihologiei personalității și psihologiei organizaționale, peste 20 de capitole în volume colective, 30 studii în periodice, 3 articole în reviste cotate ISI.

Autorii:

Ghiocel Bota este lector universitar la catedra de Educație Fizică a Universității din București. Este doctor în psihologie, autor al unor importante lucrări despre artele marțiale, team building și optimizare personală. Este implicat în proiecte internaționale de cercetare (arte marțiale, educația în aer liber, optimizare personală). Este coordonatorul Centrului de Arte Marțiale și Studii Asociate din cadrul Universității din București.

Laura Elena Busuioc este psiholog, psihoterapeut, activează în propriul cabinet privat și are colaborare cu grădinițe particulare. Este membru fondator al Asociației Româno-Franceze de Psihoterapie Psihanalitică.

Jean Ciurea este medic primar neurochirurg, doctor în științe medicale, șeful secției V (Neurochirurgie Stereotaxică și Funcțională) de la Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar-Arseni, București; membru al Comitetului Executiv al Societății Europene de Neurochirurgie Stereotactică și Funcțională, membru al Societății Mondiale de Neurochimie.

Cristina Ioana Codreanu a absolvit Facultatea de Stat de Medicină „Gr.T.Popa” din Iași în anul 2001 și Facultatea de Psihologie din cadrul Universității București în anul 2009. În prezent este medic rezident în anul II pe specialitatea medicină de familie, în centrul universitar București (UMF).

Corina Folostină este inginer chimist cu specialitate în Produse Farmaceutice și Cosmetice, o vechime de peste 5 ani în industria cosmetică și un stagiu de pregătire la Paris (2008) în domeniul dermatocosmeticelelor. Actualmente profesează în cadrul unei prestigioase companii românești producătoare de medicamente și suplimente alimentare.

Ruxandra Folostină este preparator univ. drd. în cadrul Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București. Este autoare a 17 articole și studii publicate în reviste de specialitate sau în volumele unor conferințe și simpozioane internaționale, coautoare a două cărți aflate în curs de apariție. Printre domeniile predilecte de interes se numără tulburările din spectrul autismului, terapia ocupațională pentru deficienți, limbajele alternative și augmentative, organizând chiar și sesiuni de formare și informare pe aceste domenii. De asemenea, activitatea academică mai acoperă și alte domenii precum: psihologia vârstelor, defectologie și logopedie, psihologia copilului.

Daniela Ionescu se formează în psihologia clinică la Facultatea de Psihologie de la Universitatea din București. A publicat mai multe studii de psihologie a sănătății (cu tematica: artele marțiale și sănătatea, educația fizică și dezvoltare personală, comportamente dezadaptative, agresivitate, dependența de droguri).

Adina Valeria Marinache este absolventă a *Facultății de Psihologie și Științele Educației*, secția *Psihopedagogie Specială*, cu master în *Educație Integrată*, profesor logoped cu gradul didactic I în București, având o apreciată activitate pe linia *reformei curriculare din învățământul special*. În calitate de *consilier* în cadrul *Centrului Național pentru Curriculum și Evaluare în Învățământul Preuniversitar* (febr.-noiembrie 2008) a desfășurat activitate de coordonare științifică și profesională a grupurilor de lucru de la nivel național privind elaborarea *Curriculumului pentru surdocecitate/deficiențe senzoriale multiple* și a *Curriculumului pentru deficiențe severe, profunde și/sau asociate*, fiind coautor al tuturor programelor din cadrul acestei curricule. S-a remarcat printr-o bogată activitate publicistică și de cercetare în domeniul educației speciale, fiind coordonatorul revistei de specialitate *Imbold*, un anuar fondat în martie 2003. De asemenea, colaborează și publică la revista de cultură „*Steaua Dobrogei*”. A participat cu lucrări de specialitate la numeroase sesiuni de comunicări științifice.

Claudia Veronica Marinache este doctorand, anul II, în domeniul „Științele educației” și activează ca profesor psihopedagog, grad didactic I, titular la Școala pentru Deficienți de Vedere din București. Este absolventă a Facultății de Psihologie și Științele Educației, secția Psihopedagogie Specială. Are un master în *Educație Integrată*. Efectuează activități practice și de cercetare pe problematica stimulării în plan tactil-kinestezic a copiilor cu cecitate. Este autoare a două cărți - *Programul dezvoltării eficiente a simțului tactil în perioada preșcolară – Ghid pentru profesori și părinți* (2008) și *Stimularea tactil-kinestezică timpurie–premisă în formarea deprinderilor lexico-grafice în Braille* (2008) - precum și a numeroase studii publicate în lucrări și reviste de specialitate. A participat la simpozioane, conferințe naționale și internaționale în domeniul educației speciale, având publicații în volumul conferințelor.

Iuliana Elena Molnar este psiholog clinician practicant sub supervizare, absolventă a Facultății de Psihologie de la Universitatea din București, a finalizat un master în psihologie clinică la aceeași instituție de învățământ superior.

Corina L. Olteanu se formează în psihologia clinică la Facultatea de Psihologie de la Universitatea din București. A publicat mai multe studii de psihologie a sănătății (cu tematica: depresia postpartum, arta corporală permanentă: tatuaje, piercing, scarificare).

Diana Elena Onilă este psiholog, absolventă a Facultății de Psihologie de la Universitatea din București, activează într-o firmă, a publicat mai multe studii pe teme precum: psihosomatică, inteligența emoțională, agresivitatea, comunicare, afaceri.

Alin-Dumitru Rășină este medic primar neurochirurg, doctorand, cercetător științific în Secția de Neurochirurgie Stereotaxică și Funcțională a Spitalului Bagsadar-Arseni din București. A urmat stagii de formare și cursuri de pregătire la Lyon (1999-2000), Paris (2003-2004), Salzburg (2008).

Andrei Gabriel Stancu este psiholog, absolvent al secției de psihologie de la Universitatea din București. Activează în domeniul studiilor și analizelor psihologice de piață. Interesele sale actuale gravitează în aria psihologiei reclamei, psihologiei cumpărătorului și marketing-ului, fiind implicat în proiecte aplicative, de cercetare și proiecte editoriale.

Ligia Tătăranu este medic primar neurochirurg în cadrul Spitalului Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni” București, Șef de lucrări neurochirurgie la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București. A obținut “Magna cum laudae” la susținerea tezei de doctorat cu tema: „Tehnici minim invazive în neurochirurgie – Neuroendoscopia”. Este autoare a mai multor cărți de specialitate și coordonatoare în cadrul unor proiecte de cercetare în domeniu.

Simona Trifu este conf. univ. la Facultatea de Psihologie, Universitatea din București, doctor în psihologie, doctor în științe medicale, membru direct IPA, psiholog clinician principal cu drept de supervizare, psihoterapeut principal cu drept de supervizare Colegiul Psihologilor din România (COPSI) în psihoterapie psihanalitică pentru copii și adolescenți.

CUPRINS

Partea I Neuroștiințe clinice

Capitolul 1	Vasile G. Ciubotaru Patologiile măduvei spinării și calitatea vieții	15
Capitolul 2	Jean Ciurea, Alin Rășină Chirurgia durerii în oncologie	32
Capitolul 3	Ligia Tătăranu Direcții de reabilitare neuropsihică	58
Capitolul 4	Eugen Avram Optimizarea calității vieții pacienților cu epilepsie	75

Partea a II-a Intervenții psihopedagogice

Capitolul 5	Adina V. Marinache Strategii pedagogice de integrare a noilor tehnologii în demersul de învățare terapie desfășurat cu copiii cu cerințe educative speciale	93
Capitolul 6	Claudia V. Marinache Simțul tactil în contextul organizării și structurării spațiului la nevăzători	109
Capitolul 7	Claudia V. Marinache Evaluarea abilităților tactile la nevăzători	127

Partea a III-a Psihosomatică

Capitolul 8	Simona Trifu, Diana Onilă, Laura Busuioc	
	Bolile psihosomatice și fragilitatea psihică din perspectivă personologică	157
Capitolul 9	Cristina I. Codreanu	
	Renunțarea la fumat	200
Capitolul 10	Iuliana E. Molnar	
	Cardiopatiile și stilul de viață	222
Capitolul 11	Corina L. Olteanu	
	Aspecte ale utilizării medicinei naturiste	240

Partea a IV-a Optimizare personală și socială

Capitolul 12	Ghiocel Bota	
	Managementul timpului liber și sănătatea	257
Capitolul 13	Daniela Ionescu	
	Sportul și optimizarea personală	173
Capitolul 14	Corina Foloștină, Ruxandra Foloștină	
	Sănătatea femeilor: provocări actuale	283
Capitolul 15	Andrei-Gabriel Stancu	
	Impactul reclamelor asupra comportamentului de consum	313

Partea I

NEUROȘTIINȚE CLINICE

PATOLOGIILE MĂDUVEI SPINĂRII ȘI CALITATEA VIEȚII

Vasile G. Ciubotaru

1. Introducere

După criteriul anatomic, sistemul nervos este alcătuit din 2 componente: sistemul nervos central (SNC sau nevrax) și sistemul nervos periferic (SNP).

SNC este reprezentat de derivatele tubului neural: măduva spinării (MS) și creier. Controlează activitatea nervoasă, primește informații (aferețe) asupra modificărilor din mediul intern și extern, interpretează, integrează informația și furnizează semnale (eferențe) pentru efectuarea activităților. SNP cuprinde: nervii cranieni III-XII, nervii spinali, nervii vegetativi, ganglionii aferenți. Conectează SNC cu organele și țesuturile organismului (Young și Young, 2000).

MS preia informații de la receptori și transmite spre creier senzațiile cutanate (tactile, termice, dureroase de la nivelul întregului corp, cu excepția feței), senzațiile proprioceptive (despre poziția și mișcarea în spațiu a segmentelor corpului), senzațiile interne (din viscere). Primește de la creier comenzi pentru motricitatea voluntară și involuntară și le trimite la mușchi (de la gât, trunchi și membre). Are un rol important în adaptarea și apărarea organismului (reflexe somatice, de apărare), în funcționarea organică (reflexe vegetative).

Leziunile MS conduc la tulburări în sfera sensibilității, motricității și funcționării organice. Le vom prezenta pe scurt.

1. Leziunile radiculare

Leziunile rădăcinilor *posterioare/ dorsale* ale nervilor spinali conduc la tulburări de sensibilitate ipsilaterale și abolirea reflexelor în teritoriile nervilor afectați. Leziunile iritative ale fibrelor vegetative din rădăcina posterioară produc cauzalgia, durere cu caracter de arsură.

Leziunile rădăcinilor *anterioare/ ventrale* ale nervilor spinali produc paralizia unităților motorii corespunzătoare, însoțită de amiotrofie (atrofia celulelor musculare), tulburări neurovegetative, abolirea reflexelor mono- și polisynaptice din teritoriul motor afectat (vezi Popa, 1999).

Sindromul cozii de cal se caracterizează prin: tulburări motorii la nivelul musculaturii membrelor inferioare și a sfincterelor striate (vezical și rectal); tulburări senzitive la nivelul tegumentelor membrelor inferioare și perineului (inclusiv organe genitale externe); tulburări vegetative (în funcționarea vezicii urinare, rectului, organelor genitale).

2. Leziuni medulare parcelare (parțiale, specifice)

a) Sindromul de neuron motor periferic. Leziunile neuronilor periferici somatomotori (coarnele anterioare) în funcție de intensitate conduc la: fasciculații musculare (secuse/ contracții ale unor grupe musculare fără să deplaseze segmentele membrului), pareze (deficit motor moderat), paralizii (deficit motor marcat), atrofia fibrelor musculare denervate. Leziunile neuronilor periferici vegetativi conduc la: tulburări vasculo-trofice în teritoriul corespunzător și perturbări funcționale viscerale (dacă leziunea este întinsă).

b) Sindromul de scleroză laterală amiotrofică (degenerarea neuronilor motori centrali, inclusiv traturile cortico-spinale și neuronilor motori periferici) cauzează triada: paralizie-amiotrofie-fasciculații musculare.

c) Sindromul de degenerare combinată a cordoanelor medulare (este cauzat de atrofia fasciculelor spinobulbare, spinocerebeloase și ale tracturilor corticospinale): tulburări ale sensibilității proprioceptive conștiente și inconștiente, tactile epicritice; tulburări motorii - ataxie motorie (imposibilitatea de a coordona grupele musculare în timpul mișcărilor voluntare, rezultând mișcări imprecise, ezitante), areflexie osteo-tendinoasă.

d. Sindromul de disociație siringomielinică (lezarea fibrelor spinotalamice laterale): abolirea sensibilității termice și algeice (concomitent cu păstrarea celorlalte modalități senzoriale).

e. Sindromul de disociație tabetică (lezarea cordoanelor medulare posterioare în faza a treia a sifilisului sau în sindroamele pseudotabetice): abolirea sensibilității tactile epicritice și proprioceptive conștiente (concomitent cu păstrarea celorlalte modalități senzoriale).

3. *Sindroame de hemisecțiune medulară* (în funcție de întinderea leziunii apar tablouri variate). Sindromul de hemisecțiune medulară Brown-Sequard:

- *contralateral* – paralizie motorie și vasomotorie, abolirea sensibilității termo-algeice, abolirea sensibilității proprioceptive inconștiente;

- *ipsilateral* (de aceeași parte cu leziunea) - abolirea sensibilității tactile epicritice și proprioceptive conștiente.

Dacă leziunea se află la nivelul C8-T2 se adaugă sindromul Claude-Bernard-Horner: mioză (micșorarea diametrului pupilei), enoftalmie (înfundarea globilor oculari în orbite), diminuarea fantei palpebrale (micșorarea deschiderii ochilor).

În leziunile medulare caudale sunt afectate și funcțiile vezicii urinare, rectului și aparatului genital.

4. *Sindromul de secțiune medulară totală* determină tulburări cu atât mai grave cu cât nivelul secțiunii este mai înalt. Secțiunea MS superioară segmentului

C3 cauzează moartea datorită paraliziei respiratorii. Secțiunile medulare situate sub C5 permit supraviețuirea și evoluează în mai multe faze:

- faza de șoc medular (aproximativ 3 săptămâni): para- sau tetraplegie flască, areflexie somatică și vegetativă, abolirea sensibilității sublezional, tulburări sfincteriene (retenție de urină și de materii fecale, incontinență urinară prin prea plin), tulburări trofice (escare – din slaba irigare a țesuturilor începe degradarea lor, mai ales spate și fese);

- faza de automatism medular (reapare activitatea reflexă sublezional): tetra- sau paraplegie spastică, anestezie în teritoriul sublezional (nu simte durerea), exacerbaria reflexelor osteotendinoase, hipertonie musculară, reinstalarea reflexelor vegetative medulare (vezi Dănăilă și Golu, 2000; Niculescu *et al.*, 2002).

Examinarea neurologică standard implică aprecierea a trei parametri: forța musculară, sensibilitatea și reflexele.

Examinarea senzitivă:

- Scala de gradare pentru sensibilitate tactilă/atingere

- 0** - absentă (fără senzație la atingere),

- 1** - modificată (senzație parțială sau alterată, inclusiv hiperestezia),

- 2** - normală (comparativ cu sensibilitatea feței),

- NT**- netestabilă.

- Scala de gradare pentru alte forme de sensibilitate cutanată,

- 0** - absentă (senzația de atingere poate fi prezentă),

- 1** - modificată (senzație anormală),

- 2** – normală,

- NT** – netestabilă.

Examinarea forței musculare:

- 0**- paralizie totală

- 1** - contracție vizibilă sau palpabilă, dar inefficientă,

- 2** – nesatisfăcătoare (amplitudine completă a mișcării cu eliminarea frecării și gravitației),

- 3** - satisfăcătoare (amplitudine completă a mișcării împotriva gravitației),

- 4** - bună (amplitudine completă a mișcării împotriva gravitației și a unei rezistențe moderate),

- 5** - Normală (amplitudine completă a mișcării și forță musculară în limitele statusului),

- NT**- netestabilă (datorită diverselor cauze: fracturi, dureri, instabilitate etc.).

Gradarea reflexelor:

- 0** – absente,

- 1** – diminuate,

- 2** – normale,

- 3** - vii, posibil patologic modificate,

- 4** - foarte vii, evident patologice.

Pentru a descrie starea pacienților cu afecțiuni ale MS au fost emise diverse clasificări. Astăzi se folosește *Scala de afectare neurologică ASIA* (American Spinal Injury Association) care este vechea scară Frankel modificată (tabelul 1)

Tabelul 1. Evaluarea gradului afecțiunilor MS.

A	leziune completă - funcții motorii și senzitive abolite sub nivelul neurologic.
B	leziune incompletă - funcții motorii abolite sub nivel neurologic și funcții senzitive prezente sub nivelul neurologic.
C	leziune incompletă - funcții senzitive prezente sub nivelul neurologic și activitate motorie voluntară prezentă sub nivel neurologic, dar inefficientă, cu deficite mari, scoruri motorii sub 3.
D	leziune incompletă - funcții senzitive prezente sub nivelul neurologic și activitate motorie voluntară prezentă sub nivel neurologic, eficientă, dar nu cu forța normală, scoruri motorii peste 3.
E	fără deficite neurologice motorii sau senzitive.

2. Aspecte psihologice, psihosociale și calitatea vieții

Afecțiunile măduvei spinării (MS) antrenează, de obicei, schimbări considerabile în viața unei persoane și a membrilor familiei sale. Aceste afecțiuni pot solicita adaptări psihologice dificile și, în plus, tensionează rolurile și relațiile de familie. Glass (1993, *apud*. North, 1999) rezumă situația astfel: experiența leziunii MS este una dintre cele mai devastatoare accidente care ar putea afecta o persoană. Dizabilitatea rezultată (în urma căreia funcțiile cognitive și abilitatea intelectuală se păstrează) are ca efect nu numai inabilitatea de mișcare și de a simți membrele, ci și tulburarea controlului unor funcții (de exemplu, excreție, respirație).

Din perspectiva condițiilor medicale și psihologice și a altor aspecte de viață secundare accidentării studiile arată că, în general, bărbații și femeile prezintă mai multe similități decât diferențe în modurile în care se descurcă după accidentare. Diferențe au fost găsite în ceea ce privește etiologia rănirii inițiale, acoperirea asigurării de sănătate, beneficierea de îngrijire, de transport, de medicație, alte arii medicale și comportamentale. În general, mai multe femei cu traumatisme medulare au fost accidentate în traficul rutier, decât bărbații. La mulți bărbați leziunile țin de căderi și de alte circumstanțe nu neapărat rutiere. Femeile tind să aibă mai degrabă o persoană plătită care să le îngrijească în timp ce bărbații tind să fie asistați de părinți sau partener. Bărbații raportează o independență mai mare în ceea ce privește utilizarea mijloacelor de transport decât femeile. Între bărbați și femei există, de asemenea, diferențe semnificative legate de medicație. Femeile apelează la medicament mai des. Bărbații sunt mai activi, consumă mai mult

tutun și prezintă mai multe fracturi post-accidentare ale brațelor decât femeile (Shackelford, Farley, Vines, 1998).

2.1. Atribuirea responsabilității

Teoria *atribuirii responsabilității* postulează că indivizii încearcă să găsească explicații pentru cauzele evenimentelor importante de viață (North, 1999, Brown et al., 1999), cum este accidentarea MS. Afecțiunile MS care au ca urmare paralizia permanentă pot schimba în mod semnificativ comportamentul uman. Dacă accidentarea este percepută că fiind cauzată de forțe dincolo de controlul individual, pot apărea sentimente de furie și neajutorare. În schimb, dacă individul consideră că el însuși a cauzat accidentarea, pot apărea răspunsuri diferite. Furia poate fi direcționată în interior, rezultând în depresie sau individul poate manifesta o înfrustrare normală legată de acțiunea vătămătoare, stare ce are ca rezultat încercarea de a rectifica situația, prin aceasta participând activ la recuperare (Reidy & Caplan, 1994). S-a presupus că autoînvinovățirea este adaptativă și conduce în ultimă instanță la un mai bun efect pe termen lung. Totuși, în cadrul unei cercetări pe această temă (Brown et al., 1999) s-a constatat că efectele pe termen lung nu sunt influențate de faptul că pacienții se percep ca fiind responsabili pentru accidentarea lor (Fig. 1).

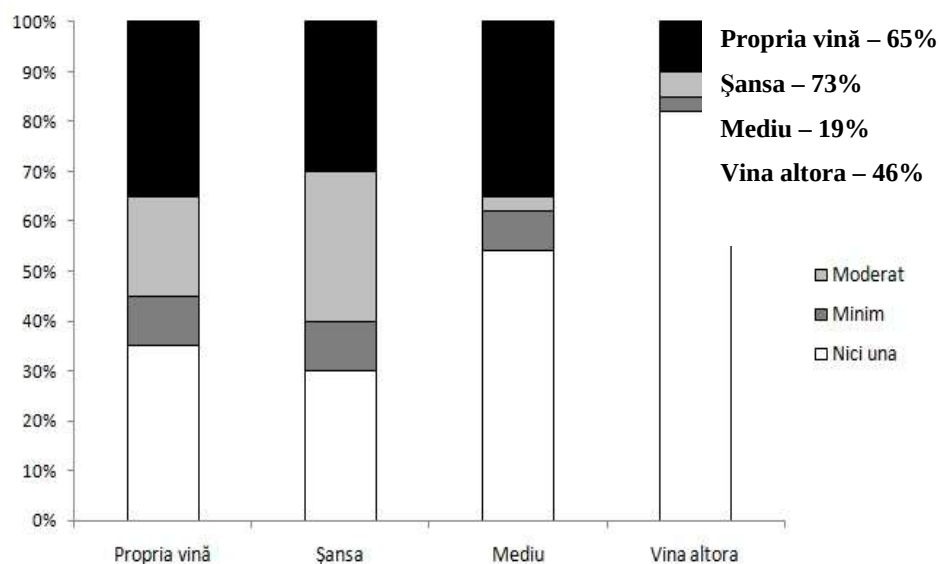


Figura 1. Distribuția atribuirii responsabilității pentru accident (Categorica „nici una” este echivalentă scorului 0, categoria „minim” scorului 1 sau 2, categoria „moderat” scorului 3 sau 4, categoria „maxim” scorului 5).

2.2. Imaginea corpului

Afecțiunile MS au în mod frecvent ca rezultat schimbări însemnate ale imaginii corpului. Pentru multe persoane schimbarea la nivelul imaginii corpului poate cauza traume psihologice semnificative. Intervenția psihologică ajută pacienții să se adapteze la noua lor condiție. Utilizarea unui *halo-brace* poate de asemenea distorsiona și altera imaginea corpului și imaginea de sine, necesitând importante intervenții psihologice pentru a facilita adaptarea/ reajustarea persoanei (North, 1999).

2.3. Durerea

Durerea este o problemă majoră pentru persoanele suferind de afecțiuni ale MS. Durerea continuă este asociată pozitiv cu depresia (Craig, Hancock, Dickson, 1999) și negativ cu calitatea vieții. Într-un studiu cuprinzând 46 de pacienți suferind de traume ale MS de aproximativ 2 ani, internați la un spital de reabilitare, 46% dintre ei au experimentat o durere de intensitate moderată spre puternică și 70% dintre cei cu dureri semnificative au experimentat simptome depresive. Cei care au experimentat durerea au raportat o diminuare a calității vieții în comparație cu cei care nu s-au confruntat cu aceasta (Anke, Stenehjem, Stanghelle, 1995. *apud.* North, 1999).

Experiența durerii este accentuată de factori psihologici: stări depresive, anxietate, acceptare scăzută a accidentării. Severitatea durerii e asociată cu factori emoționali și cognitivi. Durerea, anxietatea și depresia scad semnificativ satisfacția vieții (Chan, 2000). Intervențiile psihologice menite să controleze durerea, precum relaxarea, distragerea sau stabilirea de obiective și tehnicile de antrenament constituie la procesul de reabilitare. Anxietatea, stările fobice și depresia pot crește intensitatea plângerilor. Pacienții care au raportat evenimente de viață stresante ce nu erau legate de rănire au prezentat mai multe simptome și niveluri mai ridicate de stres. În cazuri grave, impactul emoțional al accidentului, apariția decesului altor persoane în cadrul accidentului contribuie la structurarea unor tulburări nevrotice sau depresive (*ibidem.*).

Studiile au luat în considerare și tulburare psihologică ca răspuns la rănire, exagerare și simulare (Pearce, 1999).

2.4. Emoționalitatea

Reacții emoționale consecutive efectelor create de leziunile MS în foarte multe cazuri urmează o succesiune particulară cu etape/stadii fixe. *Reacția inițială* este caracterizată printr-un proces de *negare* care împiedică înfruntarea