

EUGEN AVRAM

- COORDONATOR -

PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

- ABORDĂRI APLICATE -

VOLUMUL 1

**NORMALITATE ȘI DISFUNCȚIONALITATE
PSIHO-COMPORTAMENTALĂ**



**EDITURA UNIVERSITARĂ
București**

CUVÂNT INTRODUCTIV

Psihologia sănătății constituie un domeniu de studiu extrem de vast, cu profunde implicații în practica psihologică din toate ariile vieții umane, sociale. Lucrarea de față își propune să ofere doritorilor de pregătire suplimentară repere moderne din cadrul acestei discipline. Ansamblul de volume intitulat “Psihologia sănătății – abordări aplicate – include studii de specialitate, semnate de autori români, cadre didactice universitare, practicieni din organizațiile sănătății, dar și tineri aspiranți la o carieră în sănătate.

Obiectivul acestor publicații este reprezentat de creșterea capitalului informativ, actualizarea informațiilor în cadrul curriculei universitare, evidențierea unor contribuții românești, internaționale, și, mai ales, a contribuțiilor personale ale autorilor, valorificând interesele științifice actuale și experiența practică.

Atât studiile din volumele apărute în anul 2010, cât și cele care vor urma își propun să acopere teme generale și specifice din psihologia sănătății. La o trecere în revistă a tematicilor domeniului amintim următoarele teme: necesitatea studierii psihologiei sănătății, modele în psihologia sănătății (de exemplu, modelul biopsihosocial), sistemele corpului (nervos, endocrin, cardiovascular, respirator, digestiv etc.), afecțiunile și psihologia (în bolile de inimă, diabet, congestii, leziuni cerebrale, artrită, HIV, etc.), aplicații în subdomeniile de specialitate (psihoendocrinologie, psihoneuroimunologie, psihocardiologie etc.), promovarea comportamentului sănătos (de exemplu, menținerea unei diete sănătoase, controlul greutateii, somnul, fumatul și alcoolismul - aspecte psihologice, sociale, strategii de tratament), modele ale schimbării comportamentului, prevenirea accidentelor, comportamentul și diagnosticele severe, precum cancerul, stresul și factorii determinanți, boala, personalitatea și copingul, starea de bine, susținerea socială, familială, cuplul, echilibrul psihic, rolul psihologului în terapia oamenilor bolnavi, răspunsurile emoționale la bolile cronice (negarea, anxietatea, depresia), tehnici de control al gândurilor, emoțiilor sau altor simptome dezadaptative, managementul durerilor și bolilor cronice, psihoterapia durerii (hipnoza, imageria dirijată, distragerea pacientului etc.), calitatea vieții, intervenția psihologică în boala cronică, educarea pacientului, programele de promovare a sănătății, aspecte metodologice (evaluare, măsurare a stării de sănătate și a nenumăratelor variabile psiho-comportamentale), provocări ale cercetării și aplicațiilor psihologiei sănătății în anumite cadre existențiale (în familie, clinici, organizații, etc.), folosirea serviciilor de sănătate, intervențiile în cadrul spitalelor sau unităților specializate, spitalizarea copiilor, pregătirea pentru intervențiile medicale, caracteristici ale persoanelor care lucrează în domeniul sănătății, comunicarea psiholog-pacient, pacient-medic, analiza costurilor necesare derulării programelor de sănătate etc. La aceste teme se adaugă contribuții moderne: granițele normalității psiho-comportamentale, studiile personalității sănătoase, personalitatea pozitivă, aspecte psihologice în patologii cerebrale, fenomene dezadaptative, fragilitatea psihică în afecțiunile psihosomatice, studii cu privire la familie și dinamica partenerială, activități și relații terapeutice, standarde actuale ale exercitării practicii în domeniul psihologiei sănătății, etc.

Intenția editorului, dar și autorilor este de a continua acest demers editorial în anii ce vor urma, având voința consolidării pregătirii potențialilor la angajare în domeniul sănătății, dar și a celor care deja activează în aceste structuri.

EDITORUL

Eugen Avram este Lector univ., doctor în psihologie, 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. Este autor și coordonator al mai multor volume. În domeniul sănătății și neuropsihologiei a publicat: Avram, E. (coord.) (2009). *Neuropsihologie – creier și funcționalitate*, Editura Universitară, București; Ciubotaru, V.G., Avram, E. (coord.) (2009). *Neuroștiința dizabilității*, Editura Universitară, București; Tătaranu, L., Avram, E. (coord.) (2009). *Neuroștiințe și psihologie clinică*, E.D.P., București; Avram, E. (2010). *Neuropsihologie – bazele teoriei și practicii*. Ed. S.P.E.R., București; Ciubotaru, V.G., Avram, E. (coord.) (2010). *Optimizarea sănătății*, Editura Universitară, București.

În domeniul managementului sănătății este coautor al volumelor: *Dezvoltarea managementului în organizațiile sănătății. Excelența în serviciile de neurochirurgie*, Editura Universitară, București, 2007, *Management Modern în organizațiile sănătății. Perspective în serviciile de neurochirurgie*, Editura Medicală, București, 2009 (ambele în colaborare cu A.V. Ciurea și V.G. Ciubotaru); *Managementul sistemelor și organizațiilor sănătății*, Editura Universitară „Carol Davila”, București (2010, coord: A.V. Ciurea, C.L. Cooper, E. Avram).

Apariții editoriale în domeniul psihologiei personalității și psihologiei organizaționale sunt: *Psychology in A Positive World* (coord., 2008), Editura Universității din București, *Psihologia Personalității – Arhitectură și Dimensiuni* (autor, 2009), *Psihologie organizațional-managerială în context european* (2007, coeditor: R.Z. Crețu), *Psihologie organizațional-managerială - perspective aplicative* (coord., 2007), *Psihologia în organizațiile moderne* (coord., 2008), *Încrederea organizațională* (coautor: Pamela Shockley-Zalabak, 2008) (ultimele la Editura Universitară, București), *Psihologie organizațional-managerială. Tendințe actuale*, Polirom, Iași (2008, coeditor: Cary L. Cooper).

De asemenea, este autor a peste 20 de capitole publicate în volume colective, 30 de studii în reviste naționale și 3 studii în reviste cotate ISI.

AUTORII

Iuliana Bădulescu a absolvit Facultatea de Medicina „Carol Davila” București (1991) și Facultatea de Psihologie și Științele Educației, secția Psihologie a Universității București (2008). Actualmente este medic rezident în Psihiatrie (Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia”) și psiholog clinician în supervizare. A devenit medic specialist în Medicina de Familie (1995) și medic specialist în Sănătate Publică și Management (2004). Are competență în Planning Familial (1997).

Verginia Crețu este profesor universitar, dr., la Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București, conducător de doctorat. Este autor al unor importante lucrări (cărți, studii) din domeniul psihopedagogiei speciale. De asemenea, este membru în comisiile de specialitate și consultant pentru practica și legislația din domeniul asistării persoanelor cu handicap.

Mihaela Gheorghiu este cercetător științific gradul II, doctor în psihologie, profesor asociat la Facultatea de Psihologie a Universității din București. Are o experiență clinică de peste 30 de ani, cu expertiză în domeniul evaluării psihologice și reabilitării capacității de muncă.

Mihai Golu este profesor univ. dr., titular la Universitatea „Spiru Haret” și profesor asociat la Facultatea de psihologie a Universității din București și Universitatea „Titu Maiorescu”. În 1973 a efectuat un stagiu de studii avansate la Universitatea Carnegie-Mellon din SUA, specializându-se în psihologie cibernetică și psihologie informațională. Activitatea sa editorială constituie reper fundamental în mai multe domenii ale psihologiei: neuropsihologie, neurocibernetică, psihologie experimentală, psihologie generală, psihologia personalității, etc. A îndeplinit funcția de Președinte al Asociației Psihologilor din România (1990-2001); Ministrul Învățământului și Educației (1991-1992); Ministrul Culturii (1992-1993); Președinte al Comisiei Naționale a României pentru UNESCO (1990-1994); Membru activ al Academiei de Științe din New York (1995); inclus în multe enciclopedii biografice printre care: desemnat „Om al Anului 1992” de către Centrul Biografic Internațional din Cambridge și „Om al Anului 2002” de către Institutul Biografic American.

Cornel Mihalache medic primar neurochirurg, doctor în medicină, șef secție neurochirurgie la Spitalul Clinic de Urgență “Sf. Andrei” din Galați, șef lucrări La Facultatea de Medicină, Universitatea “Dunărea de Jos”, Galați.

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

Alexandru Tașcu este doctor în științe medicale, medic primar neurochirurg în secția I Neurochirurgie a Spitalului Clinic Bagdasar-Arseni, București. Este șef de lucrări la Catedra de Neurochirurgie Infantilă – UMF „Carol Davila”, București. Are competență în Managementul Serviciilor de Sănătate, masterat în Management Sanitar, specializări în Israel, Belgia, Franța.

Andreea Cristina Constantin, Georgiana Ichimescu, Daniela Ionescu, Denisa Florina Neacșu, Valentina Năstase, Andrei Petre, Iulia Maria Tîrșcoveanu se formează în psihologia clinică la Facultatea de Psihologie/ Universitatea din București.

CUPRINS

Capitolul 1	Mihai Golu Conceptul de „normalitate” și limitele utilizării lui în psihologia aplicată	11
Capitolul 2	Eugen Avram Sănătatea psiho-comportamentală: abordare psihologică	18
Capitolul 3	Verginia Crețu Concepte și principii care semnifică respectarea drepturilor inalienabile ale persoanei cu handicap	36
Capitolul 4	Alexandru Tașcu Tulburări comportamentale determinate de afecțiuni cerebrale	70
Capitolul 5	Alin D. Rășină Boala Parkinson: implicații patologice și psihologice	84
Capitolul 6	Cornel Mihalache Declinul psihic și funcțional în boala Alzheimer	106
Capitolul 7	Mihaela Gheorghiu Abordarea pozitivă a bolnavului psihic invalid	126
Capitolul 8	Iuliana Bădulescu Recuperarea bolnavului psihic – dezbateri actuale	138
Capitolul 9	Andreea C. Constantin & Iulia M. Tîrșcoveanu Memoria autobiografică în studiile de psihopatologie	158
Capitolul 10	Daniela Ionescu, Georgiana Ichimescu, Denisa F. Neacșu, Andrei Petre, Valentina Năstase Aspecte dezadaptative ale comportamentului	175

CONCEPTUL DE „NORMALITATE” ȘI LIMITELE UTILIZĂRII LUI ÎN PSIHOLOGIA APLICATĂ

Mihai Golu

Având de a face cu probleme și situații complexe, psihologia aplicată cu toate ramurile ei, a fost cel mai mult afectată de disputa și opoziția metodologică ideografic-nomotetic. Pe terenul ei s-a putut verifica cel mai bine sterilitatea acestei opoziții și necesitatea depășirii ei.

Într-adevăr, s-a putut demonstra că pentru soluționarea unor cazuri individuale concrete, trebuie obligatoriu să fie luate în considerație anumite determinatii specifice și posibil unice, irepetabile. Dar, în același timp, s-a pus în evidență și necesitatea comparării acestor cazuri individuale între ele prin raportarea la anumite criterii, principii și etaloane generale. Instrumentul de măsură și evaluare al psihologiei aplicate trebuie să posede o anumită validitate și un anumit grad de standardizare pentru a asigura omogenitatea comparațiilor și clasificărilor. Totodată, etalonul pe baza căruia se efectuează comparațiile trebuie să fie suficient de precis pentru a permite și evidențierea/valorificarea aspectelor individuale, unice.

Chestiunea în sine este deosebit de dificilă și, în pofida eforturilor sistematice făcute de-a lungul timpului, nu s-a ajuns încă la depășirea unor asemenea limite și neajunsuri în activitatea de psihodiagnostic în domeniile clinicii neuropsihiatrice, orientării și selecției profesionale, educației etc., precum:

a) axarea pe funcții, capacități și trăsături particulare în sine și alcătuirea unui profil psihosomatic de tip sumativ, în care se pierde controlul asupra efectului de interacțiune și integralitate;

b) admiterea unei unități liniar-plate, omogene a structurii sistemului personalității și substituirea întregului prin părți care nu întotdeauna sunt și relevante și reprezentative;

c) minimalizarea sau ignorarea diferenței dintre *constant* și *variabil* în structura sistemului psihic și a personalității, cu absolutizarea mai frecventă a constantului;

d) absolutizarea veridicității măsurătorilor prin teste și a stabilității în timp a etaloanelor elaborate la un moment dat;

e) subestimarea factorilor și proceselor compensatorii sau decompensatorii, evolutive sau involutive.

Atât în conceperea și etalonarea testelor, cât și în administrarea lor, psihologia aplicată clasică și-a găsit principalul punct de sprijin în statistica

descriptivă, esențialmente statică, în care reperele esențiale sunt valorile tendinței centrale și ale abaterilor sau deviațiilor medii în raport cu aceasta. Ca urmare, întreaga activitate de psihodiagnostic și prognostic în orientarea și selecția profesională, în clinică, în școală și management a gravitat și s-a structurat în jurul conceptului de *normalitate*, tocmai în sensul în care i l-a stabilit statistica descriptivă prin analiza comparativă a tipurilor de distribuții, cadru de referință fiind luată distribuția simetrică. Astfel, legându-se de faimoasa curbă în formă de clopot a lui Gauss, normalitatea a fost definită ca acea fâșie a distribuției care se delimitează între media aritmetică a valorilor individuale plus/minus două abateri standard ($E = \bar{X} \pm 2S$), fâșie care cuprinde 68,2% din eșantion sau, respectiv, din populația considerată. În cazul convertirii valorilor cantitative în categorii calitative – 5,7 sau 9 clase – normalitatea este reprezentată de *clasa centrală*. Pornindu-se de aici, s-a formulat și conceptul de *subiect normal* sau „*subiect mediu*”, care a devenit etalon de referință infailibil în psihodiagnostic și în psihologia aplicată, în general.

Deși, aparent, conceptul de ***normalitate*** se situează în planul nomoteticului, în realitate, prin modul în care i se stabilește conținutul și prin valoarea designativă, el ține de domeniul situaționalului, al relativului. Dacă la aceasta adăugăm și caracterul fragmentar și artificial al majorității testelor psihometrice, vom constata că relativitatea normalului se accentuează, ceea ce-i diminuează și mai mult valoarea operațională în sfera orientării și selecției profesionale, a educației și a clinicii.

O altă limită a acestui concept, așa cum a fost el elaborat, derivă din faptul că el reflectă nu atât relația dintre subiect și solicitările de ordin fizic (biologic) sau psihosocial, cărora trebuie să le facă față, ci mai curând relația de rang dintre subiecți în cadrul unei populații date.

Normalitatea nu are niciodată un caracter absolut și nici punctiform, așa cum se consideră în cadrul cunoașterii comune. În realitate, ea are un caracter eterogen, multifuncțional, fiind o rezultată de tip emergent, integrativ-supraordonat, a tendințelor variaționale pe un anumit *continuum valoric* al variabilei pe care o numim „organizare structural-funcțională” (în plan anatomic, biofiziologic, psihologic și psihosocial) a omului ca *individ* și ca *personalitate*. Cu cât registrul de variabilitate al acestui continuum este mai întins, cu atât *starea de normalitate* (asociată cu semnul „+”, de bine sau de optimalitate) devine mai greu de definit și mai relativă, și invers. Din acest punct de vedere, este o mare deosebită între normalitatea în plan biologic, somatic, și normalitatea în plan psihic și social.

În *plan biologic*, registrul de variabilitate al coordonatelor de definiție ale organismului este mult mai îngust, aici avându-se de a face și cu anumite *constante* fiziologice care nu ”au voie” să iasă în afara unor limite prestabilite (ex. temperatura corpului, presiunea arterială, nivelul glicemiei, nivelul de

excitabilitate, ciclurile – endocrine, circadiene -, echilibrul cortico-subcortical etc.); în plan psihic, registrul de variabilitate este mult mai întins și, corespunzător, normalitatea devine mai relativă și ea dobândește semnificații diferite în plan medical și în plan social general.

Când trecem în sfera *comportamentelor psihosociale*, normalitatea se apreciază după gradul de concordanță, respectiv, de discordanță, între imperativele, criteriile și etaloanele socio-culturale și actele individuale, ceea ce face ca valoarea ei designativă să difere de la o cultură la alta sau de la o epocă istorică la alta. Ea devine, în acest caz, starea sau fenomenul cu frecvența cea mai mare, ceea ce se observă cel mai des într-o societate dată, la momentul dat.

Într-un ansamblu statistic, a cărui distribuție este simetrică sau gaussiană, valorile individuale care se apropie cel mai mult de media aritmetică sunt definitorii pentru normalitate; cele care se situează către extreme sunt socotite anormale, chiar dacă, din punct de vedere calitativ, în cazul anumitor funcții și capacități (ex. viteză de reacție, viteza de comutare a atenției sau de trecere de la o activitate la alta, inteligență, aptitudini speciale etc.) ele exprimă un nivel mai înalt de organizare și eficiență adaptivă.

Datorită faptului că media aritmetică ($\bar{X}$), ca indicator al normalității, este o rezultată a unei mulțimi de valori individuale determinate situațional, la o anumită probă concretă (de atenție, de memorie concretă sau simbolică, de inteligență etc.), valoarea ei de predicție în cadrul examinărilor individuale devine scăzută.

Mai departe, deoarece testele pe care le folosim în examinarea psihologică în majoritatea lor ne dau rezultate care nu se pretează la o exprimare în unități fizice, ci în unități convenționale, aceste rezultate nu posedă aceiași semnificație în fiecare test. Transformarea rezultatelor (valorilor) brute în note normate înlătură într-o anumită măsură acest impediment.

Totuși, incertitudinea și confuzia analizei comparative a performanțelor la diferite teste.

Să exemplificăm: dacă subiectul X a obținut, să spunem, 74 de centile la un test de matematică și 83 centile la un test de limba română, primul scor poate fi la momentul dat mai bun decât cel de al doilea. Aceasta pentru că, 74 centile la matematică pot reprezenta o îmbunătățire semnificativă a performanței anterioare proprii; apoi, testul la matematică putea fi semnificativ mai greu decât cel de limba română; în sfârșit, scorul de 74 de centile al subiectului nostru îl situează pe locul trei pe clasă, în vreme ce scorul la testul de limba română îl plasează pe locul 15, peste 10 subiecți obținând la același test 90 centile.

Așadar, chiar atunci când operăm cu note normate, trebuie să știm și să ținem seama de dificultatea unui test și de raportul în care se află scorul la el cu scorurile obținute cu scoruri brute ca atare, trebuie să știm și să luăm în considerație scorurile cele mai mari și cele mai mici posibile la testul respectiv

(chiar dacă avem la dispoziție și media aritmetică) și această cerință devine cu atât mai obligatorie, cu cât eșantionul pe care s-a etalonat testul este mai mic.

În testele standardizate scorurile brute nu au semnificație. Le putem interpreta numai cu ajutorul instrucțiunilor elaborate de autori.

De exemplu, la un test pentru determinarea abilității verbale scorul mediu obținut de elevii claselor a VIII-a este de 49 de puncte; valoarea 49 devine atunci normă pentru populația școlară din clasa a VIII-a el nespunându-ne nimic despre un elev anume.

Se întreabă însă: un scor *mediu* stabilit pe o anumită populație (ex. populația școlară de pe o anumită treaptă) în 1990 sau în 2000 mai rămâne la fel de valabil și pentru a evalua un subiect aparținând aceluiași gen de populație în 2010?

În sfârșit, o ultimă remarcă privind limitele noțiunii de *normalitate* în psihologie și în sfera sănătății mintale. Este vorba de caracterul multivariat și fragmentat al conținutului său. Avem de a face cu o normalitate determinată de vârsta cronologică – normalitatea pentru vârsta sugarului, normalitatea pentru vârsta antepreșcolară, normalitatea pentru vârsta preșcolară, normalitatea pentru vârsta școlară, normalitatea pentru vârsta adolescenței, normalitatea pentru vârsta tinereții, normalitatea pentru vârsta maturității, normalitatea pentru vârsta a treia etc.. Avem, apoi, normalitatea determinată de gen (sex) – tabloul psihocomportamental propriu bărbatului, tabloul psihocomportamental propriu femeii. În fine, avem o normalitate determinată etno-cultural (ceea ce este normal sub aspect comportamental pentru o comunitate etno-culturală este anormal pentru o alta).

Care este atunci adevăratul etalon al normalității? Care este, în expresie psihometrică, *tabloul* subiectului statistic global (universal)? Nu este greu să constatăm că nu dispunem de așa ceva, fapt reflectat și de diversitatea testelor de diagnosticare-evaluare: teste pentru copii și teste pentru adulți, teste verbale și teste nonverbale, teste de performanță și teste proiective etc.

Cele de mai sus demonstrează că, în plan metodologic, psihologia aplicată nu se poate lăuda cu o construcție perfectă, infailibilă, existând serioase probleme de reflecție care nu și-au găsit încă rezolvarea adecvată, ceea ce ne obligă să adoptăm o atitudine permanent critică, prudentă și, în același timp, constructiv-creativă în raport cu modul de interpretare a rezultatelor la ele.

Considerăm că, în contextul actual al afirmării paradigmelor de tip interacționist-sistemic și dinamic, sinergetic-integratoare, se impune adoptarea a două concepte noi, și anume: conceptul de *optimum funcțional* și conceptul de *subiect ideal*. Acestea ne permit, din punct de vedere calitativ, să depășim limitele menționate mai sus ale conceptelor de *normalitate* (în sens statistic) și de *subiect mediu*.

Prin *optimum funcțional* înțelegem randamentul maxim pe care o persoană îl poate obține la o anumită sarcină în condițiile obiective date. El ne obligă să

stabilim categoria de solicitări externe – sociale și profesionale – căroră persoana pe care o consultăm sau o asistăm le poate face față cel mai bine (nivelul optimumului său funcțional). Este evident că valoarea la care se ridică acest nivel va diferi în limite foarte largi de la o persoană individuală la alta, dar, ceea ce este important de reținut este faptul că, pentru fiecare în parte, există o anumită categorie de solicitări (sarcini, situații) la care va obține rezultate maxime (pe scara de cotare considerată).

Prin **subiect ideal** înțelegem ansamblul acelor structuri și competențe psihologice și psihosociale pe care trebuie să le posedă o persoană pentru a obține randamentul maxim posibil într-o activitate concretă dată („subiect ideal particular”) sau în orice activitate pe care este pus să o efectueze („subiect ideal universal”).

Conceptul de *subiect ideal* (P^*) poate fi exprimat formal printr-un raport între mulțimea variabilelor răspuns (dependente) (Σy_n) și mulțimea variabilelor – stimul (independente) (Σx_n): $P^* = \frac{\Sigma y_n}{\Sigma x_n} = 1$

Aceasta înseamnă că perfect sau ideal este acel subiect care, în decursul unui interval oricât de lung de timp, respectiv, de fiecare dată și întotdeauna, reușește să dea răspunsuri adecvate, corecte la toate tipurile de solicitări care i se adresează. Este evident că astfel definit, conceptul de *subiect ideal* dobândește o valoare absolută și a semnificație instrumentală universală, putând servi drept cadru de referință pentru interpretarea rezultatelor la orice test și pentru o corectă evaluare/clasificare a oricărui individ.

Aproximarea și instrumentalizarea lui în practica psihodiagnostică se pot realiza pornind de la trei concepte primare: *eșantion selecționat* (nu statistic reprezentativ ca în cazul subiectului mediu), *distribuția asimetrică de dreapta* și *valoare individuală maximă* ($x_i/\max.$).

În vederea realizării unui astfel de etalon, trebuie parcurși următorii pași principali:

1. Studiarea obiectivă a situațiilor, respectiv a structurii de conținut a profesiilor și ierarhizarea solicitărilor după gradul de complexitate și dificultate;
2. Înregistrarea celor mai bune performanțe în cadrul aceluiași gen de situații sau locuri de muncă;
3. Alcătuirea pe baza chestionării subiecților cu performanțele cele mai bune a schemei de principiu a psihogramei;
4. Aplicarea bateriei de teste selectate conform psihogramei pe eșantionul profesioniștilor cu cele mai bune performanțe;
5. Selectarea și reținerea valorilor celor mai mari din punct de vedere calitativ (ex. în cazul timpului de reacție cele mai mari calitativ vor fi variabilele cele mai mici, iar în cazul Q.I.-ului, cele mai mari calitativ vor fi scorurile cele mai ridicate), la fiecare probă sau grup de itemi;

6. Alcătuirea profilului de stare al „subiectului ideal” prin conjugarea (integrarea) celor mai bune valori la fiecare din probele care alcătuiesc bateria;
7. Raportarea rezultatelor examinărilor ulterioare în scop de selecție la *etalonul ideal*;
8. Determinarea numărului de trepte sub nivelul etalonului în limitele cărora se fixează și pragul critic de respingere pe baza diferenței dintre media valorilor maxime ($x_i/\max.$) și media valorilor minime ($x_i/\min.$) la probele care alcătuiesc bateria elaborată;
9. Împărțirea intervalului de variabilitate în 5 clase: $x_i/\max - x_i/\min:5$;
10. Stabilirea punctului (pragului) critic la jumătatea intervalului clasei centrale.

Avantajele conceptului de *subiect ideal* în raport cu conceptul de *subiect mediu* pot fi rezumate astfel:

- simplifică prelucrarea datelor examinărilor curente;
- înlătură echivocul creat de relativitatea mediei aritmetice și a distribuției normale pe baza căreia se etalonează testele;
- diminuează și chiar înlătură condiționarea utilizării unui test de re-etalonare lui pe un eșantion din noua populație pe care urmează să se aplice;
- sporește gradul de veridicitate al predicției psihodiagnostice;
- orientează mai clar activitatea de formare și perfecționare profesională prin împingerea cât mai sus a nivelului de competență a individului valorificându-se la maximum potențialul aptitudinal de care dispune, nu după dictonul „din fiecare se poate face orice”, ci după principiul „din fiecare să se obțină ceea ce obiectiv se poate să se obțină” (maximizarea eforturilor atât ale formatorilor, cât și ale celor ce sunt supuși activității de formare).

Conceptul de „*subiect ideal*” reflectă mai fidel decât cel de *subiect mediu* tendința subiecților reali de autoperfecționare și autodepășire, raportul dintre nivelul de aspirație și nivelul de realizare.

Din perspectiva lui, normalitatea poate fi definită ca acel *profil global de stare* al sistemului personalității, care permite individului să facă față în limite socialmente acceptabile solicitărilor în toate planurile existenței lui: familial, profesional, profesional, general civic.

În plan medical, normalitatea se asimilează cu sănătatea, iar anormalitatea – cu boala. Dacă în medicina somatică această echivalență este mai riguros întemeiată, în psihiatrie ea se relativizează foarte mult, granița dintre starea de sănătate și cea de boală fiind mai greu de stabilit.

Pentru o analiză mai exhaustivă a *normalității*, în afară de planul statistic, trebuie să apelăm și la alte cadre de referință, precum:

- *principiul diversității necesare* (normalitatea presupunând că sistemul personalității dispune de suficiente stări, din care cel puțin una este favorabilă sau convenabilă la momentul dat),
- *principiul numerelor mari* (normalitatea se bazează pe faptul că în sistemul uman echilibrul și eficiența adaptivă se realizează în pofida unor disfuncționalități secvențial-locale),
- *principiul celei mai slabe verigi* (la nivelul unui sistem supercomplex cum este organismul uman, există o verigă slabă acțiunea asupra căreia produce atât dezechilibrați, cât și reechilibrați),
- *principiul compensației* (normalitatea este o rezultată a raportului dintre deficitul unei componente sau funcții și dezvoltarea în exces a altor componente și funcții).

*

* *

În interpretarea calitativă a conținutului conceptului de normalitate nu putem face probabil abstracție nici de celebra teză a ciberneticii generale potrivit căreia, „nu există organizări bune; toate organizările sunt proaste, trebuie să realizăm organizări bune; trebuie să definim de fiecare dată ce înțelegem prin organizare bună, prin raportarea comportării sistemului considerat la anumite coordonate spațio-temporare, la anumite criterii și condiții”.

O organizare considerată *bună* într-un anumit context și în anumite coordonate spațio-temporare poate deveni slabă în alt context și în alte coordonate spațio-temporare. Ca organizare bună, normalitatea este valabilă și aplicabilă omului, sub aspect biologic și psihocomportamental, numai în contextul condițiilor terestre și ale mediului social dat. În afara acestora, ea își pierde sensul.

SĂNĂTATEA PSIHO-COMPORTAMENTALĂ - ABORDARE PERSONOLOGICĂ

Eugen Avram

1. Introducere

1.1. Definiții

De-a lungul timpului au fost elaborate mai multe categorii de teorii ale sănătății psiho-comportamentale, atât în aria psihologiei sănătății, cât și a psihologiei personalității. Într-o definiție largă, sănătatea psiho-comportamentală presupune relația adaptativă între mecanismele psihologice și comportamentale ale omului și cerințele mediului extern (în acord cu solicitările bio-fiziologice, psihice, sociale).

Sănătatea a fost definită inițial printr-o *formulare negativă*, constând în „absența bolii sau infirmității”. Această perspectivă limitativă este ilustrată în definiții conform cărora o persoană sănătoasă nu este diagnosticată cu vreo simptomatologie psiho-patologică, „sănătatea mintală o stare rară, care nu e totuși patologică” (Ionescu, 1997) sau „o persoană sănătoasă este una relativ lipsită de dureri, de disconfort și de invaliditate” (Romano, 1950, *apud.* Enăchescu, 1984, pp.80-82). Se sugerează rolul medicului se reduce la înlăturarea simptomelor (Godeanu, 2009).

Spre deosebire de condiția negativă a sănătății, *orientarea pozitivă* menționează criteriile empirice ale stării de sănătate, ca de exemplu, satisfacția, reușita sau adaptarea. Acești parametri pozitivi sunt corelați cu determinanți negativi ai sănătății (*ibidem.*). „Sănătatea mintală este o stare de bine, în care insul are o capacitate satisfăcătoare de muncă și de relații cu ceilalți, este capabil de a iubi și pe altcineva decât pe sine, nu are simptome și nu este dominat de conflicte mintale serioase” (Pollin, Cardon, Ketty, 1961). Individul sănătos mental deține „facultatea de adaptare la mediu și la situații, puterea de a accede la fericire, ca și acceptarea sexualității și a altor forme de viață instinctivă, care trebuie să fie controlate de instanțele superioare ale psihismului” (Sutter, 1865, *apud.* Enăchescu, 1984).

O a treia abordare, care le depășește pe primele două, recurge la lansarea conceptului de „sănătate mintală optimală”, care înseamnă mai mult decât starea de *sănătate posibilă* în condițiile existente (Anremeldt, 1966, *apud.* Godeanu, 2009).

Rezultă mai multe niveluri de definire a sănătății psiho-comportamentale:

a) *sănătatea mintală* - capacitatea psihicului de a funcționa armonios, adaptat și de a face față cu suplețe situațiilor dificile, fiind capabil să își

regăsească echilibrul după confruntarea cu aceasta (Sutter, 1965, *apud.* Enăchescu, 1984), a avea sentimentul de confort cu sine (Ionescu, 1997);

b) *sănătatea relațională* se caracterizează prin cel puțin trei criterii:

- echilibru/ armonie – o persoană sănătoasă poate întreține relații reciproc avantajoase, chiar armonioase cu semenii, poate satisface nevoile altora, nu creează disconfort prelungit sau probleme psihice altor persoane;

- flexibilitate - realizează reechilibrarea între forțele personale, biopsihice și cele sociale, în căutarea activă a unei integrări și a unei semnificații trecând cu ușurință de la norme stabilite la norme noi.

- autonomie - este capabil să își asigure resursele necesare satisfacerii nevoilor de bază și superioare, depune un efort, întreprinde o serie de acțiuni pentru a le procura, acționează conform propriei experiențe, caută să își realizeze potențialitățile și este capabil să accepte constrângerile și realitatea, alege și decide în fiecare situație ceea ce convine optim lui și societății.

c) *sănătatea/ adaptarea la normele sociale* – respectă normele fără a simți nevoia de a le încălca, poate face față frustrărilor, capabil să utilizeze oportunitatea oferită de mediul sociocultural pentru a depăși situația frustrantă. Într-o accepțiune mai restrictivă, *adaptarea socială* este criteriul princeps al normalității. Din perspectiva adaptării sociale este mai preferat termenul de *normalitate*, proces prin care subiectul își îndeplinește rolul funcțional (vezi Godeanu, 2009).

1.2. Delimitări conceptuale

Conceptul de *normalitate* este frecvent folosit ca sinonim cu cel de *sănătate*, însă are o arie mai largă decât aceasta, înglobându-l. Distincția este necesară atât sub aspect teoretic, cât și operațional, mai ales în epoca noastră când în plan social se militează nu numai pentru evitarea bolii și implicit menținerea sănătății, ci și pentru asigurarea unui înalt nivel calitativ al acesteia. Astfel, normalitatea psihică înseamnă negarea bolii, sănătatea se instituie ca victorie asupra acesteia (Godeanu, 2009).

Conceptul de *normalitate* este „neutru din punct de vedere cultural” și corespunde capacității de adaptare și readaptare creatoare constantă a unui individ (Devereux, 1984, *apud.* Enăchescu, 1984). În contrast, *sănătatea* reflectă mai degrabă un sistem de valori pe care un individ, o societate le ia în considerare la un moment dat, decât o normalitate biologică. Sănătatea unui individ este legată de ideea pe care o are apriori despre acest concept. Aceasta depinde, în parte, de influențe culturale, de reprezentarea propriului corp și a funcționării sale, adică de imaginea ideală pe care o are despre el însuși (Godeanu, 2009).

Conceptul de *echilibru mintal* este definit în Dicționarul Larousse ca fiind capacitatea de a rezolva conflicte în exterior, cât și în interior și de a rezista frustrărilor inevitabile care apar în existența familială și socială (*ibidem.*).

2. Abordarea din perspectivă personologică a sănătății psiho-comportamentale

Sănătatea psiho-comportamentală este un rezultat al acțiunii *adecvate* și *specializate* a mecanismelor senzorial-perceptive, mnezice sau rațional-logice (pentru a recepta, stoca și prelucra informația), a mecanismelor afectiv-motivaționale (care permit omului să-și susțină energetic activitatea, să o regleze în funcție de împrejurări), a celor volitive (prin care omul își integrează într-un tot unitar acțiunile, stările, trăirile, subordonându-le unor scopuri subordonate). Personalitatea este *mecanismul psihic superior și integrator al mecanismelor: informațional-operaționale* (a. de prelucrare primară a informațiilor – senzații, percepții, reprezentări, b. de prelucrare secundară a informațiilor – gândire, memorie, imaginație), *stimulator-energizante* (motivație, afectivitate) și *reglatoare* (comunicare, atenție, limbaj, voință) (Zlate, 2000; 2006). Din perspectiva abordării „mecanismice” a comportamentului, sănătatea ar presupune optima funcționare a mecanismelor integrării ierarhice, de comandă și control, de selecție, stimulator-energizante, mecanismelor interacțiunii, acțiunilor opozante, autoreglării și autoorganizării la nivelul personalității (vezi Avram, 2009).

2.1. Dimensiuni ale personalității sănătoase

Diverși personologi au oferit răspuns la întrebarea: „care sunt caracteristicile unei personalități sănătoase?”. Mai multe modele au fost lansate, fiecare furnizând repere pentru evacuarea și optimizarea psiho-comportamentală. În continuare vom prezenta selectiv câteva modele consacrate ale sănătății personalității, înțelegând că lista lor nu este epuizată.

Maslow a lansat o listă a caracteristicilor *persoanei autorealizate*, ce a fost utilizată ca reper pentru a descrie *sănătatea mentală*, ceea ce oamenii pot deveni dacă își dezvoltă propriul potențial. Pornind de la premisa că dezvoltarea personalității este impulsionată de metatrebuie/ metamotive, ce ținesc către autorealizarea persoanei, psihologul umanist arată că *personalitatea autorealizată* are mai multe caracteristici ce pot fi măsurate:

- *percepția eficientă a realității*: percepția obiectelor și a realității sociale este adecvată și mai puțin distorsionată de factori subiectivi – temeri, trebuințe, prejudecăți; acuratețea percepției realității provine din faptul de a nu fi înfricoșat de necunoscut, focalizarea ei ne fiind afectată de trebuințe nesatisfăcute;