

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ”

Lector drd. Adrian MARCU

SOCIOLOGIA MEDICINEI

– note de curs –

– Timișoara 2008 –

ARGUMENT

Prezenta lucrare se adresează în mod exclusiv studenților care urmează un curs de *Sociologie a medicinei*, ea nefiind propriu-zis un **curs**, în adevăratul sens al cuvântului (note, interpretări ale textelor etc.), ci doar o organizare a unui material informativ mai larg, un suport al cursului pe care îl predăm la Facultatea de Medicină și Farmacie din Timișoara.

Aceasta este o etapă absolut necesară în elaborarea unui curs și apoi, mai târziu, a unui volum conținând complexele problematice ale **sociologiei medicale**, azi.

Spre deosebire de alte științe noi sau absolut noi, nu am putea spune că am fost privați în mod absolut de informație în domeniu. Deși nu se poate vorbi despre o **sociologie a medicinei** propriu-zise în România, există câteva titluri, de care ne-am folosit în prezenta lucrare, și la care am făcut cuvenitele trimiteri bibliografice. În plus, avalanșa de informații în domeniul **antropologiei** de după anul 1989 ne-a ajutat foarte mult, deoarece au apărut multe titluri și chiar științe *de graniță*, care ne-au fost de un real folos.

Problema s-a pus la nivelul abordării sociologice a tematicii, deoarece, înainte de 1989, **sociologia** a fost, practic, desființată ca știință, din motive știute: rolul preponderent al sociologiei fiind acela de *a critica*, regimul comunist a repudiat această știință, ca fiind capitalistă. Se pune, de asemenea, problema: cine se va ocupa de problematicile domeniului, în absența sociologilor? Medicii, singuri? Dar sociologia, au intervenit unii, este o știință aparte, care necesită o profesionalizare specifică, pe care medicii nu o au. Sociologii, atunci? Ce pot însă înțelege sociologii,

au spus, pe bună dreptate, medicii, din problematica sănătății și a omului sănătos și bolnav, a relației medic-pacient etc.?

„Salvarea” a venit tot dinspre medicină. Medici specialiști reputați s-au „reprofilat”, sau și-au alcătuit o nouă specializare, consultând manuale, cărți, tratate din Occident și asumându-și vasta experiență a acestuia. Evident că această știință se află la un nivel incipient în România, dar este spre binele tuturor să o dezvoltăm împreună, profesori, medici și studenți.

Dorim, de asemenea, ca în viitorul volum de **Sociologie medicală**, editat sub egida UMFT, să integrăm și o serie de **anchete** sociologice medicale, făcute în spitale, clinicile de stat și private, precum și în cabinetele medicale private din Timișoara.

Lector drd. Adrian MARCU

CURS SOCIOLOGIA MEDICINEI

CURS I-II

- **Obiectul, definirea și problematica sociologiei medicale. Fondatorii sociologiei medicale: T. Parsons, R.K.Merton;**
- **Factorii medicali și sociali ai dezvoltării sociologiei medicale;**
 - **Obiectivele sociologiei medicale**

Justin Lupu, *Sociologie medicală*, Iași, Polirom, 1999, p.30

Reflecția sociologică asupra medicinei și sănătății se întemeiază, pe de o parte, pe realitatea multidimensională a fenomenului „sănătate” care se înscrie în mod natural în cadrul unei probleme interdisciplinare și, pe de altă parte, pe vechea ambiție a sociologiei care se vroia, în optica întemeietorilor ei, o știință a „bunăstării” și a „libertății” umane. În acest sens, problemele puse de gestiunea colectivă a vieții și a morții, a suferinței și a sănătății, au intrat în atenția gândirii sociologice înainte chiar de apariția sociologiei medicale, ca ramură specializată a sociologiei.

Natura și expansiunea sociologiei medicale (sociologia bolii și sănătății, sociologia în medicină, sociologia sănătății) este marcată de progresul general al sociologiei, afirmarea procesului de industrializare și creșterea impactului activității medicale pentru viața persoanelor și a comunităților umane. Conturarea profilului sociologiei medicale are loc în procesul de specializare și profesionalizare al sociologiei.

Sociologia își găsește un rol tot mai important în domeniul sănătății publice și serviciilor sociale. În S.U.A., evantaiul domeniilor în care sunt angajați sociologii arată astfel:

1. Servicii sociale (inclusiv sănătatea publică)	31%
2. Activități economice	22%
3. Învățământ	13%
4. Domenii înalt specializate (inclusiv spitale)	8%
5. Cercetare	5%
6. Agenții guvernamentale	5%
7. Alte domenii	10%

Se consideră că sociologia medicală a debutat, practic, cu lucrarea lui Durkheim, *Le suicide. Étude de sociologie* (1897). Pe planul mai larg al explicației sociologice el face distincție între cele două tipuri de solidaritate: *mecanică* și *organică*. *Solidaritatea mecanică* reprezintă o formă de integrare specifică societăților preindustriale primitive și patriarhale, care rezultă dintr-o minimă diviziune socială a muncii, o omogenitate a rolurilor sociale, din existența unor experiențe de viață și prezența unei puternice conștiințe colective. Membrii comunității se aseamănă între ei, îndeplinesc aceleași roluri, trăiesc sentimente similare, aderă la aceleași valori și credințe, au voințe convergente.

Primele scrieri teoretice cu caracter de sociologie medicală sunt elaborate, însă, în anii '50 și aparțin unor sociologi renumiți ca: T. Parsons (1951), P. Kendall (1957) ș.a. Ei abordează din perspectivă sociologică aspecte ale instituțiilor de îngrijire a sănătății, ale rolurilor profesionale, organizarea instituțiilor de învățământ medical, medicina ca instituție socială etc. Aceste abordări sunt inspirate inițial de schema „clasică” a lui T. Parsons, care a aplicat analiza făcută structurii și proceselor sistemului social – în lucrarea sa *The Social System* (1951), la cazul particular al practicii medicale. Din perspectiva *establishment*-ului, a integrării conformiste în sistem, Parsons va defini boala ca o formă de comportament deviant, sănătatea ca un comportament normal și va preciza principalele drepturi și obligații ale status-ului și rolului de pacient și medic.

Lucrările ulterioare de sociologie medicală vor trece la evaluarea rolurilor și comportamentelor, spre o perspectivă macrosocială, vizând analiza principalilor factori sociali (politici, economici, demografici, tehnici, organizaționali) care contribuie la promovarea sănătății colectivităților umane, factori priviți prin conexiunea lor structurală și funcțională. Între aceste lucrări sunt de remarcat:

1. Merton R. King, George C. Reader and Patricia L. Kendall (1957), *The Student Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Camdrige Massachusetts, Camdbridge University Press;
2. Hollingshead August B. and Frederick C. Redlich (1958), *Social Class and Mental Illness: A community Study*, New York, John Wiley;
3. Becker, Howard *et al.* (1961), *Boys in White. Student Culture in Medical School*, Chicago, Chicago University Press;

4. Goffman, Erving (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of mental Patients and Other Inmates*, Chicago: Aldine.

Sociologia medicinei studiază fundamentele sociale ale sănătății și îmbolnăvirii, interdependența dintre factorii sociali și starea de sănătate sau boală a populației, precum și incidența stării de sănătate sau boală asupra vieții sociale a indivizilor și grupurilor umane (promovare sau degradare socială, incapacitate sau handicap). Ea ar avea ca scop, după Claudine Herzlich, „studiarea definițiilor sociale ale bolii, a practicilor care se referă la boală, a instituțiilor care au în sarcină îngrijirile de sănătate, a statutului social și a comportamentelor bolnavilor” (C. Herzlich, 1970).

Precizând obiectivele asupra căror trebuie să se îndrepte cercetările de sociologie medicală, Fr. Steudler propune următoarea clasificare:

- distribuirea bolilor în societate, în funcție de tipul de societate, mediul familial, religie, sex, clase sociale, profesie;
- factorii sociali și culturali legați de natura și gravitatea bolii;
- tipul de tratament adoptat;
- elemente sociale care intervin în procesul terapeutic.

R.K.Merton și Patricia L. Kendall consideră că sociologia medicală trebuie să-și îndrepte cercetarea pe următoarele direcții:

- etiologia socială și ecologia bolii;
- comportamentele sociale ale terapiei și readaptării;
- medicina ca instituție socială;
- sociologia învățământului medical.

Peter Konrad și R. Kern (1986) precizează ca obiective prioritare pentru sociologia medicală:

- studiul variabilelor culturale ale manifestării sănătății și bolii;
- relațiile medicale și sociale în grupurile mici;
- bazele economice ale serviciilor medicale;
- influența industriilor medicale asupra stării sănătății populației;
- conexiunea dintre structura socială și boală;

- influența factorilor socio-economici (politici, economici, distribuirea resurselor, puterea politică) asupra stării de sănătate și răspunsul societății la sănătate și îmbolnăvire.

„Atât starea de sănătate, cât și sistemul medical (sanitar) trebuie analizate ca părți integrante ale societății”, afirmă autorii, utilizând în analizele lor termenul de „sociologie a sănătății și a îmbolnăvirii”, ca sinonim al celui de „sociologie medicală”.

Factorii medicali și sociali ai dezvoltării sociologiei medicale

Se observă că obiectivele sociologiei medicale se interferează cu obiectivele altor discipline științifice, ale unor discipline medicale cum sunt: epidemiologia și sănătatea publică. Și ele, ca sociologia, manifestă tendința de a oferi un suport social explicației cauzale a sănătății și a bolii. Între ele există însă diferențe atât în ceea ce privește metodele și tehnicile propriu-zise.

*Orientată cu prioritate, încă de la începutul constituirii ei, către studiul instituțiilor de îngrijire a sănătății și al profesioniștilor lumii medicale, sociologia medicală va cunoaște o dezvoltare rapidă în SUA, unde cercetarea organizațiilor a reprezentat o prioritate pentru sociologie. În 1958, Asociația Americană de Sociologie va crea o secție de sociologie medicală. După numai cinci ani, în SUA existau deja cca 1000 de proiecte și peste 2000 de cercetători în sectorul sociologiei și economiei sănătății. Azi, acesta reprezintă unul dintre cele mai puternice sectoare de investigație sociologică. În anii '70, sociologia medicală a cunoscut o dezvoltare considerabilă în numeroase țări europene, în special în Marea Britanie, Franța, Țările de Jos, Germania. În 1977 se înființează Comitetul de Cercetări de Sociologie medicală din cadrul Societății elvețiene de sociologie, iar sociologia medicală va fi introdusă ca disciplină de studiu la diferite facultăți de medicină. În anii '80, în Anglia, sociologia medicală va figura în programa de învățământ ca știință fundamentală majoritatea facultăților de medicină din întreaga țară. Dacă până în 1960 exista, în SUA, doar **Mibank memorial Fund Quaterly**, care se numește azi **Health and Society**, în prezent există șapte reviste importante de sociologie medicală, doar în SUA. La acestea se adaugă cele existente și în alte țări ca Anglia, Olanda etc. Le vom aminti în continuare pe cele mai reprezentative:*

1. *Social Science and Medicine* (SUA);
2. *Health and Society* (SUA);
3. *The Journal of Health and Social Behavior* (SUA);
4. *International Journal of Health Services* (SUA);
5. *Sociology of Health and Illness* (SUA);
6. *Research in the Sociology of Health Care* (SUA);
7. *Medical Care* (SUA);
8. *American Journal of Public Health* (SUA);
9. *Medical Sociology news* (Marea Britanie).
10. *The Journal of Medicine and Philosophie* (Dordrecht, Olanda);
11. *Theoretical medicine* (Dordrecht, Olanda)
12. *biology and Philosophy* (Dordrecht, Olanda);
13. *British Journal of Preventive and social Medecine* (Marea Britanie);
14. *Social Psychiatry* (Marea Britanie);

Referindu-se la factorii care au determinat dezvoltarea rapidă a sociologiei medicale, François Steudler (1972) enumeră patru, considerați fiind cei mai importanți:

- evoluția practicii medicale;
- transformarea instituțiilor de îngrijire a sănătății;
- organizarea studiilor de medicină.

La aceștia, Peter Konrad și Rochelle Kern adaugă: modificarea tabloului morbidității în sensul preponderenței bolilor cronice în țările dezvoltate și implicarea guvernamentală sporită în domeniul sănătății, fapt ce a creat surse de finanțare pentru cercetarea sociologică a organizării sistemului sanitar și al prestațiilor sanitare.

Evoluția practicii medicale

Analizând schimbările survenite în practica medicală, în tipul de cercetare și învățământul medical, W.L.Barton distinge următoarele etape în evoluția medicinei:

- **etapa sau era empirică**, până în 1850, în care medicina era concentrată asupra diagnosticului și tratamentului empiric al simptomatologiei și

manifestărilor date de boală. Învățămintul desfășurat în spitale-epitropii era de tip autoritar („magister dixit”). Științele comportamentale erau ignorate în aprecierea bolilor.

- *era științei fundamentale (până în 1900), când medicina era axată pe diagnosticul și tratamentul bolilor, pe explicația științifică a cauzelor bolii (în urma descoperirii celulei și apoi a bacteriilor), semnele și simptomele fiind interpretate ca indici ai proceselor patologice implicate de boală. Nici în această etapă nu sunt valorizate de către medicină realizările științelor comportamentale;*
- *era științei clinice, până în anii '50 ai secolului nostru, caracterizată prin deplasarea interesului medicinei dinspre boală spre individul bolnav. Ea se concentrează pe diagnosticul și tratamentul individului, luând în considerare, ca auxiliare, și cunoștințele provenite din științele comportamentale;*
- *era sănătății publice, în perioada anilor '50 caracterizată prin extinderea folosirii antibioticelor (este perioada vârstei de aur a chimioterapiei), prin interesul sporit față de om, văzut în relație cu mediul său. Cercetării terenului, predispozițiilor, factorilor individuali de risc, factorilor de mediu, factorilor profesionali, geografici, climaterici etc. i se acordă o atenție sporită, fapt ce impune o nouă concepție asupra sănătății, asupra raportului dintre individual și social în medicină (W.L.Barton, 1979). Cercetările evidențiază aspectele medicale preventive, profilactice ale socialului, determinând o mare deschidere a sistemului medical de către social, o deplasare a atenției medicinei de la individ spre colectivitate: „Noul bolnav este « colectivitatea », care obligă medicul să înțeleagă modul de funcționare al societății și să admită rolul culturii, al valorilor, normelor și al comportamentului uman în explicația bolilor și cauzelor lor” (G.Popescu, S.Rădulescu, 1981).*

În perspectiva anilor 2000 se vorbește despre „era științei publice a sănătății,” caracterizată prin programe naționale de sănătate, prin contribuția diferitelor

discipline medicale și comportamentale ale factorilor medicali, politici și economici, la îmbunătățirea stării de sănătate, prin contribuția diferitelor discipline medicale și comportamentale ale factorilor medicali, politici și economici, la îmbunătățirea stării de sănătate a comunităților umane. Are loc în paralel cu aceste schimbări o avansare a punctului de vedere sociologic în medicină, o întrepătrundere prin care științele comportamentale, între care sociologia, contribuie la înțelegerea câmpului medical, iar științele medicale contribuie la dezvoltarea sociologiei.

Ce înseamnă punct de vedere sociologic în medicină? Înseamnă a cerceta rolul factorilor sociali în declanșarea bolii, a considera boala ca pe un eveniment care se produce într-un context social și reflectă, într-un fel, legătura dintre individ și mediul său de viață. Exemplul clasic al acestui punct de vedere îl constituie studiul lui Sir Percival Pott (1775) despre cancerul scrotal la coșari. El arată clar lanțul causal care leagă un grup profesional – coșarii, un comportament – acela al curățirii sobelor sau șemineelor, un agent – funinginea, și starea patologică finală – cancerul.

Nu în toate cazurile, însă, relațiile cauzale sunt atât de clare. Apar dificultăți atât în stabilirea etiologiei bolilor, cât și în analiza categoriilor sociale de care aparțin indivizii. Acestea sunt entități largi, mai mult sau mai puțin eterogene, iar evaluările sanitare asupra lor se cer confirmate prin studii pe grupuri restrânse, omogene din punct de vedere cultural și comportamental. Aceste considerente au îngreunat o vreme acceptarea punctului de vedere sociologic în medicină.

De fapt, până la mijlocul sec. al XIX-lea, medicina recunoștea, cel puțin implicit, importanța factorilor sociali în declanșarea bolilor. Acest lucru a condus la anumite progrese în medicina preventivă, mai ales după epidemiile de ciumă din 1340-1460, care au secerat o treime din populația Europei. Au fost create spitale, lazarete, instituții de izolare (carantine), s-au luat măsuri de protecție a apei, alimente etc. Însă abordarea științifică a stărilor patologice, puternic afirmată după mijlocul sec. al XIX-lea (ca urmare a descoperirilor microbiene, a razelor X, a microfotografiei etc.), progresele spectaculoase ale medicinei ca știință aplicată, biologică, precum și stilul pozitivist al timpului, eclipsează rolul factorilor sociali în abordarea problemelor sănătății și bolii. Mentalitatea de a căuta cauze specifice pentru fiecare boală a condus la neglijarea explicațiilor globale, sociale care luau în considerare calitatea

relațiilor individului cu ceilalți, cu mediul său de viață. Explicațiile ce implicau termeni sociologici, psihologici erau ignorate, considerându-se a fi neștiințifice.

Prima tentativă de depășire a acestei optici ca alternativă în „teoria germenilor” a venit dinspre studiile inspirate de psihanaliza freudiană. S-a argumentat că anumite boli pot fi explicate în termenii unui răspuns al corpului față de un conflict psihologic interiorizat. Boli ca ulcerul, dermatite, astm etc. sunt expresii ale unor tensiuni psihice inconștiente, pe care individul nu le poate rezolva altfel. Aceste idei au impus părerea în rândul medicilor, dar și a nespecialiștilor, că există o mică parte dintre boli care sunt parțial cauzate de factori psihici, boli psihosomatice, dar majoritatea bolilor au specific organic. Utilizarea termenului de boală psihosomatică a dobândit și un sens neavizat de cercetările inițiale, anume, că cei cu boli psihosomatice, dar majoritatea bolilor au specific organic. Utilizarea termenului de boală psihosomatică a dobândit și un sens neavizat de cercetările inițiale, anume, că cei cu boli psihosomatice nu sunt realmente bolnavi. „E clar că termenul (în primele cercetări) a creat o falsă ipoteză: că există două clase de boli, cele influențate de factori psihici și restul. Or, stresul psihologic poate produce vulnerabilitate la o mare varietate de boli, de la gripă la cancer, de la artrită la infarct miocardic; organismul răspunde ca un tot” (Ray M. Fitzpatrick, 1986). Însă, legat de acest termen, a fost investigată o vastă varietate de factori sociali din punctul de vedere al contribuției lor la cauzarea bolilor. Evenimente sociale, experiențe de viață, împrejurările mediului de viață, influența lor asupra nivelului de sănătate al populației au fost investigate într-o măsură mai mare decât conflictele subiective și împrejurările individuale care păreau a fi sursa bolii în cercetările psihosomatice, stimulând studiile de sociologie medicală.

Pe de altă parte, influența condițiilor nocive generate de revoluția industrială asupra sănătății publice conduce și ea la o nouă concepție în abordarea bolilor. Dezvoltarea marilor aglomerări urbane, periferia orașelor cu mizeria, insalubritatea, alcoolismul și delincvența lor, regimurile de muncă excesivă, subnutriția, starea de mizerie cronică, reorientează atenția cercetării spre rolul factorilor sociali în răspândirea bolilor. Au fost inițiate numeroase monografii și anchete care au analizat sanogeneza mediului creat de expansiunea revoluției industriale. De exemplu: Edwin Chadwick, în raportul său cu privire la „situația sanitară a populației muncitorilor din

Anglia” (1842) a cercetat ratele mortalității populației în raport cu problemele sociale, mai ales cu sărăcia.

În Franța, doctorul Villermé a arătat diferența de mortalitate datorată holerei, între cartierele bogate și cele sărace din Paris, în anul 1823. Rudolf Virchow (1868) a investigat, la cererea guvernului prusac, cauzele tifosului epidemic, identificând legătura dintre boală și factori sociali, ca organizarea agriculturii, condițiile de muncă, factorii de muncă etc. În 1837, Max Pettenkofer, fondatorul igienei științifice, analizând „valoarea sănătății pentru un oraș” (**Die Wert der Gesundheit fur eine Stadt**) a calculat cât pierde orașul Munchen de pe urma bolilor și cât ar putea economisi prin îmbunătățirea condițiilor sanitare. El arată că, în medie, fiecare locuitor al orașului era bolnav cam 20 de zile pe an. Rata mortalității, la Munchen, era de 33 la mia de locuitori. La Londra, rata mortalității era doar de 22 la mia de locuitori. Reducerea ratei mortalității în Munchen la nivelul Londrei ar fi însemnat o economie anuală de 25 de milioane de florini (vezo Henry E. Sigerist, 1960).

Studiile evidențiază faptul că principalele cauze ale bolilor nu sunt doar microbii, ci condițiile care le dădeau posibilitatea să se înmulțească și să se răspândească, și nici un medicament nu putea înlătura acest rău, ce ținea de condițiile sociale. Aceste studii atrag atenția asupra necesității unor acțiuni de igienă socială energice, recomandând guvernelor să ia măsuri de protecție a sănătății publice, să inițieze cercetări cu privire la condițiile igienico-sanitare ale populației, ale factorilor sociali ai stării de sănătate. Cercetările următoare din primii ani ai secolului XX, și mai ales cele de după al doilea război mondial vor contribui la statornicirea unor tradiții în acest domeniu și vor consacra sociologia medicinei ca disciplină autonomă. Mai cu seamă studiile din anii '70 se centrează pe cercetarea „cauzalității sociale a stării de sănătate” a populației, scoțând în evidență importante disparități privind speranța de viață, mortalitatea, morbiditatea etc. în funcție de o serie de factori sociali, ca: apartenența de clasă sau de grup socio-profesional, statutul ocupațional, nivelul educațional, stilul de viață, consumul medical etc.

Reflecția asupra contribuției factorilor sociali în determinarea stării de sănătate nu înseamnă a substitui o explicație pur socială unei explicații pur biologice. Reflecția se

impune datorită interconexiunii strânse ce există între fenomenele biologice și fenomenele sociale și care impune o înțelegere plurifactorială a stării de sănătate.

*Abordând această problemă, P. Adam și C. Herzlich /1994) analizează variația stării de sănătate în funcție de variabila sex. Într-adevăr, se constată o mare diferență între sexe privind mortalitatea, în toate țările dezvoltate actuale. Bărbații au o rată a mortalității mai ridicată și o speranță de viață mai redusă decât femeile. În S.U.A., de exemplu, această diferență a crescut semnificativ în ultima jumătate de secol: în 1920, speranța de viață la naștere pentru femei era de 56 de ani, cu doi ani mai mult decât bărbații (de 54 de ani). În 1970, la femei atinge 75 de ani, iar la bărbați, 68: deci opt ani diferență. În 1990, diferența se accentuează ușor (6,8 ani), respectiv 78, 8 ani la femei și 72 de ani la bărbați (**Britannica Book of the Year**, 1992). În Franța, speranța de viață la naștere era, în 1993, la femei de 81, 5 ani, iar la bărbați 73,3 ani. În țara noastră, la femei era de 72,65 ani, iar la bărbați de 66,56 ani (deci o diferență de 6,09 ani).*

Aceste diferențe par a confirma teza punctului de vedere biologic, care le explică prin constituția fizică mai robustă în funcție de sex (statisticile consemnează o supramortalitate masculină în primul an de viață, inclusiv supramortalitatea fetală), prin factorii genetici care ar avantaja femeile în raport cu bărbații față de anumite boli (cardiovasculare, infecțioase etc.).

Totuși, aceste diferențe nu pot fi explicate doar prin factori biologici. „Timp de secole, „avantajele biologice ale femeilor au fost fără influență datorită inferiorității condiției lor sociale. Ele au fost expuse riscurilor specifice nașterii și epuizării cauzate de numărul mare de sarcini. Mai mult, ele au fost sistematic tratate mai rău în materie de alimentație, igienă, îngrijiri medicale” (P. Adam, C. Herzlich, 1994). În prezent, în țările lumii a treia diferența dintre ratele mortalității între sexe este mult mai mică (mai ales în țările în care riscurile legate de sarcină sunt mai mari); în țări ca India și Pakistan ea este nulă, iar în Bangladesh, Nepal, Butan sau Afganistan mortalitatea feminină este mai mare decât mortalitatea masculină.

Speranța de viață la bărbați este mai mică în țările dezvoltate, fapt explicat printr-o serie de factori de risc social, cum ar fi: expunerea mai mare la accidente de circulație, accidente la locul de muncă, frecvența mai mare a alcoolismului și a

tabagismului în rândul bărbaților, angajarea lor în meserii cu potențial de risc ridicat etc. Se poate afirma că interacțiunea factorilor genetici (biologici) și a celor sociali determină, în ultimă instanță, diferențele de mortalitate între sexe.

Diferențele privind starea de sănătate sunt mai evidente dacă se examinează variația ratei mortalității în funcție de categoriile socio-profesionale. Un studiu mai vechi, efectuat în Franța în anii 1955-1960, arată că, din 1000 de bărbați de 35 de ani, supraviețuiesc, la 70 de ani 732 de învățători și doar 585 de maiștri și muncitori calificați (vezi Rotariu, P. Iluț, 1996).

În cursul anilor '80, diferențele se accentuează. Printre oamenii activi, cel mai puțin expuși sunt profesorii, oamenii de litere și de știință, inginerii. Mortalitatea lor (între 35-75 de ani) este de 2 ori mai redusă decât mortalitatea generală. La polul opus, mortalitatea muncitorilor manuali este cu 50 % mai mare față de mortalitatea generală (P. Adam, C. Herzlich, 1994).

Variația mortalității este, de asemenea, sensibil diferită în funcție de grupurile socio-profesionale. Numeroase studii (engleze și franceze) demonstrează că variabila „clasă socială” influențează o multitudine de caracteristici ale stării de sănătate: nu doar mortalitatea și morbiditatea, ci și înălțimea, talia, greutatea, starea dentiției, a percepției vizuale sau auditive, fertilitatea etc.

Problema factorilor sociali nu se limitează doar la inegalitatea dintre diferitele categorii socio-profesionale. Se au în vedere toate elementele ce definesc poziția socială a unui individ în societate: sexul, originea geografică, locul de rezidență, educația, statutul familial – toate având influență asupra stării de sănătate a indivizilor.

De exemplu, căsătoriții au rate de mortalitate mult mai reduse decât celibatarii. Această diferență este, totuși, mai puțin semnificativă și pentru femei decât pentru bărbați. În SUA, de exemplu, bărbații singuri și cei văduvi au o rată de mortalitate cu 10% mai mare, iar adulții divorțați, o rată cu 50% mai mare în raport cu bărbații căsătoriți. Bărbații căsătoriți au o mai bună stare fiziologică, sunt mai bine îngrijiți, sunt mai puțin predispuși spre comportamente auto-distructive. Bărbații singuri se descurcă mai greu decât femeile, sunt mai neîngrijiți, au o prevalență mai ridicată a tabagismului și alcoolismului, de aici rezultând și principalele cauze ale mortalității

diferențiale masculine: ciroza hepatică și tuberculoza (vezi P. Konrad și R. Kern, 1986). Se vorbește, în acest sens, de „efectul protector” al mariajelor pentru bărbați.

Pentru a sublinia importanța acestor indicatori ce definesc poziția socială a individului în determinarea stării de sănătate, Sally McIntyre propune să se renunțe la noțiunea tradițională de „inegalitate socială față de sănătate” și să se utilizeze mai curând termenul de „modelare socială a sănătății” (P. Adam, C. Herzlich, 1964).

Poziția socială a individului, apartenența sa la o categorie socio-profesională (dincolo de locul ocupat în diviziunea socială a muncii, de nivelul veniturilor, al instrucției etc.), poate genera comportamente care au o influență directă asupra stării de sănătate. Este cazul tabagismului și al alcoolismului care, fiind mai frecvente la anumite grupuri sociale, conduc la probleme de sănătate inegal repartizate. De exemplu, cercetări efectuate în Anglia pun în evidență diferențe semnificative între diferite grupuri socio-profesionale privind consumul de tutun.

Astfel, procentajul fumătorilor ce aparțin clasei inferioare (VI – lucrători necalificați) este cu 30 % mai mare decât al fumătorilor din prima clasă (a profesioniștilor cu înaltă calificare). Ori, fumatul este cauza fundamentală a mortalității prin cancer pulmonar și efizem pulmonar.

Comparații făcute în SUA între bărbații fumători și cei nefumători au evidențiat că la fumători se înregistrează de 9 ori mai multe decese prin cancer pulmonar decât la nefumători, iar în cazul femeilor, la fumătoare se înregistrează un număr de 2 ori mai mare de decese datorate cancerului pulmonar (P. Konrad, R. Kern, 1986). În același fel, riscurile de deces sunt foarte inegal împărțite în ceea ce privește tumorile de esofag, bolile aparatului digestiv (în special ciroza hepatică), cele ale aparatului respirator (mai ales cancerul pulmonar), ale sistemului nervos (demența alcoolică), accidente de muncă etc. În toate aceste afecțiuni, alcoolul și tutunul sunt cauze directe în măsura în care consumul lor este foarte variat în raport cu grupurile sociale.

Un alt factor avut în vedere în explicarea stării de sănătate diferențiate a grupurilor socio-profesionale îl reprezintă **consumul medical**: frecvența consultațiilor medicale, consumul de medicamente, durata spitalizărilor etc. Concluzia mai multor

studii efectuate în acest sens este următoarea: din punct de vedere cantitativ, diferențele privind recursul la îngrijiri medicale sunt relativ limitate.

Definirea generală a sănătății

159.97 / I22 Ion Bradu Iamandescu, *Psihologie medicală*, București, Editura Medica, 2005

p. 25

Definire generală a sănătății

*Începuturile umanității – inițial legate de apariția autoreflexării, ca proprietate majoră a psihismului – au fost supuse, mai mult decât astăzi, funcționării unei reguli de acțiune și reflexie postacțională, regulă bazată „pe încercare” și pe „eroare” (cu corecția emergentă de tip feed back a acțiunii respective). Conform acestui mecanism de gândire, scăderea bruscă sau insidios instalată a capacității omului primitiv de a-și desfășura obișnuitele sale activități (preponderent fizice) ale vieții zilnice a fost interpretată ca un „accident” a cărui repetare – la același individ sau la alți indivizi – a permis conturarea, de-a lungul timpului, a noțiunii de **boală** (cu diferite accepțiuni semantice), semnificând o stare nouă, nefavorabilă, de rupere a echilibrului relațiilor individului cu natura înconjurătoare, dar și cu ceilalți indivizi.*

*Se pare că ideea de boală a precedat-o pe aceea de **sănătate**. Aceasta din urmă s-a constituit după ce individul, vindecat de boală, și-a regăsit senzațiile și capacitățile pierdute temporar în cursul bolii. Noua stare, de bine „redobândit” a fost recunoscută și conștientizată ca un atribut personal de mare preț pe care, din acel moment, individul s-a hotărât să și-l păstreze cu toate mijloacele (amplificate și multiplicare odată cu progresele societății umane).*

Evoluția cunoașterii despre sănătate și cultivarea acesteia – strâns legată de succesele medicinei – a fost influențată de diferite credințe religioase, ca și de evoluția ascendentă a științelor sociale (psihologia și sociologia).

Sănătatea reprezintă o stare globală (generală) a organismului uman, conformă cu menținerea nivelului de funcționare (=viață) al sistemelor sale morfo-funcționale componente în cadrul reprezentat de ansamblul unor parametri de definiție: somatici (anatomo-fiziologici) și psihologici.

*În esență, sănătatea reprezintă un echilibru dinamic al relațiilor individului cu mediul înconjurător, natural/artificial și social, relații ce pot fi sintetizate ca reprezentând înseși premisele vieții, asigurate de **schimbul de substanțe** (și energie=metabolism) și **informație** cu acesta.*

Definiția OMS (W.H.O.)

*În plan subiectiv, orice individ sănătos o apreciază, cel mai adesea, fugitiv, ca pe o „stare de bine”, fără a o savura îndelung, ca atunci când se vindecă brusc după o boală acută trecătoare. Această senzație plăcută „de bine” (bien être, valetudo, wohl) corespunde și unei „cenestezii pozitive, un fel de conștientizare a funcționalității normale a componentelor organismului, o sumă de informații cenestezice, în special la nivelul aparatului locomotor, tegumentelor și respirației. Din această optică subiectivă rezultă și **definiția Organizației Mondiale a Sănătății (WHO)**, care **consideră sănătatea ca pe o stare de bine complet din punct de vedere fizic, psihologic și social – și nu absența bolii.***

*Aceste evaluări cu tentă retrospectivă se referă la **aprecierea subiectivă a sănătății** predominant somatice acoperind numai o parte din sfera națională a sănătății globale (care include și sănătatea mentală) și corespunzând respectării unor parametri psihici și sociali de definiție,*

Sănătatea somatică

Se referă la ceea ce mai putem numi sănătatea fizică sau „sănătatea trupului”.

***Parametrii somatici** ai stării de sănătate se referă la o serie de indicatori externi – de ex., fizionomia, tegumentele – sau interni – de ex. constantele sângelui – care circumscriu statistic normalitatea, ca de exemplu:*

- **morfologici** (de ex. talia – cu extremele ei: gigantism și nanism);
- **funcționali** (de ex. nivelul glicemiei, depășit în diabetul zaharat);
- **de rol social** (capacitatea de a îndeplini exigențele profesionale sau ale vieții casnice sau alte solicitări sociale uzuale – de ex. curățenia trotuarului din fața locuinței).

*În cadrul investigațiilor medicale ce studiază aspectele menționate mai sus ale normalității există o mulțime de **indicatori** în funcție de metoda utilizată și de organul abordat, din care exemplificăm: **constantele umorale** (sânge, urină, LCR etc.), **aspectele imagistice** ale structurii unor organe: radiografia pulmonară, ecografia renală, ecografia hepatică, tomodesingrafia osoasă etc.*

*Toate aceste aspecte morfo-funcționale ale sănătății somatice se supun unui anume grad de probabilitate și conțin o doză de arbitrar, referitoare la **zona de graniță, din câmpul unui continuum dintre sănătate și boală**, în care – cazul unor boli incipiente – există multe dubii diagnostice.*

CURS III

ASPECTE MEDICALE, SOCIALE, ANTROPOLOGICE ȘI CULTURALE ALE BOLII ȘI SĂNĂTĂȚII

- Conceptul de sănătate și boală
 - Importanța socială
 - Sănătate, filozofie și religie

Dr. Sorin M. Rădulescu, *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Nemira, 2002, p. 7.

Trebuie să pornim, în demersul nostru, de la ideea că :

1. *sănătatea este o importantă valoare și resursă socio-umană.*¹ Este subliniată, pe de o parte, dimensiunea axiologică a sănătății desprinzându-se, de asemenea, de aici, conștientizarea, precum și autoconștientizarea societății în ceea ce privește starea de **sănătate** și de **boală**. Multă vreme aceste lucruri nu erau conștientizate de către om și de către societate. Până în Antichitate, de altfel, această problemă nici nu a existat, iar boala a fost considerată, multă vreme, drept un element exterior omului, un *duh rău*, care a pătruns în el și care trebuie eliminat, prin mijloace **magice**.
2. Pe de altă parte, **sănătatea** este o dimensiune esențială a calității vieții comunităților umane. (...) Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea ca fiind o **condiție de bunăstare fizică, psihică și socială**, fără a uita să adauge că această condiție nu constă numai în **lipsa bolii sau a infirmității**, ci se caracterizează prin numeroase componente de natură bio-psiho-socială. Starea de sănătate este legată, deci, în mod nemijlocit, de bunăstarea comunității, de standardele ei de viață, de tot ceea ce experții numesc **calitatea vieții** existente într-o anumită societate.²

¹ Dr. Sorin M. Rădulescu, *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Nemira, 2002, p. 7

² id., *ibid.*, p. 7

3. În al treilea rând, boala nu este numai o problemă de biologie umană, ci și o importantă **problemă socială**, dependentă, pe de o parte, de factorii și condițiile mediului social, iar pe de altă parte, de comportamentele, normele sau valorile sociale, de deprinderile, obiceiurile și stilurile de viață practicate de o anumită populație și de grupurile sale componente. Pentru acest motiv, din punct de vedere sociologic, boala constituie un veritabil **rol social**, care implică o conduită distinctă și are numeroase consecințe asupra vieții individului și a colectivității. Boala – aprecia cunoscutul sociolog american Talcott Parsons – este o formă de **devianță**, care violează normele sociale și îi împiedică pe indivizi să-și exerseze, în mod adecvat, rolurile sociale (S.M.R., p. 7).
4. În al patrulea (...) rând, noțiunile de sănătate și boală, la fel ca și conceptele corelative **normal/patologic**, **devianță/conformitate** au un caracter **relativ**, care variază de la un anumit context socio-cultural la altul, de la un grup social particular la altele. (...) Studii de antropologie culturală au demonstrat, în acest sens, că reprezentările sănătății și bolii nu sunt disociate ci, dimpotrivă, sunt strâns legate de practicile, convingerile și credințele specifice diferitelor comunități umane. Atât starea de sănătate, cât și starea de boală constituie indicatori importanți ai progresului social, ai bunăstării sociale și ai calității vieții, care sunt influențați și, la rândul lor, influențează standardele de viață, de cultură și civilizație ale unei națiuni, structura și caracterul organizațiilor sau instituțiilor sociale (implicit, cele medicale), sistemele de valori, practicile sociale, deprinderile, trebuințele etc. De aceea medicina, sistemul medical, în ansamblul lui, trebuie să țină seama de direcția imprimată de mecanismele societății și dinamica proceselor sociale, de profilul demografic și structurile socio-profesionale ale populației, de tot ceea ce depășește cadrul strict biologic, pentru a se înscrie în vasta arie a vieții sociale.

(...) **A se bucura de cel mai înalt standard de sănătate posibil** – subliniază Statutul Organizației Mondiale a Sănătății – este unul din drepturile fundamentale ale fiecărei ființe umane, fără a ține seama de sex, religie, convingeri politice, condiții economice sau sociale. Sănătatea tuturor popoarelor este fundamentală pentru obținerea păcii și a securității și este dependentă de cooperarea deplină dintre

indivizii și statele lumii. Cuceririle făcute de fiecare stat în promovarea și protecția sănătății constituie o valoare universală. (p. 8)

Deasemenea, lucrarea de față răspunde necesităților practice actuală de medicină și biologie de a se realiza o sinteză teoretică. Totodată, ea răspunde tendințelor către unitate și interdisciplinaritate, manifestate în ultimele decenii de toate științele.

Încercăm, astfel să creăm o punte de legătură între filozofia medicinei și cea a religiei, pe baza unor argumente empirice și raționale. Lucrarea depășește abordarea tradițională a filozofiei și religiei de a se mărgini la un discurs de natură pur formală și abstractă, în care tot ce se poate spune este aprioric, și încearcă, în mod temerar, să ancoreze discursul filozofic și religios într-o acțiune de cercetare empirico-rațională a realității medicale și biologice.

În teoria medicală apare conceptul de „teodicee”, creat de filozoful german Leibniz. Teodiceea bolilor infecțioase și cronice semnifică armonia divină a răului generat oamenilor de forța negativă a valorii vitale care este boala. Teoria metafizic-religioasă a teodiceei bolilor cronice se definește, după autor, pe elementele construcției teoretic-speculative care precizează izvorul suprem al relației necesare dintre bine și rău în persoana lui Dumnezeu, care a stabilit legile fundamentale ce determină ca, în interiorul sistemului social, sănătatea și boala să fie paralele și corelative. Teoria social-istorică a marginalizării ar avea un caracter mai concret, căci prin ea conceptele speculative ale teodiceei medicale ar lua valori pe o mulțime de evenimente concrete, care se referă la marginalizarea purtătorilor valorii vitale negative constituite de boala cronică. Autorul încearcă o explicație teologică a valorilor de bine și rău prin imanența Divinității în materie, însă încearcă, cel puțin până în acest punct, să n-o facă în sens panteist, adică postulând interioritatea în materie a unei Divinități impersonale, ci afirmă explicit că spiritualitatea valorii sacralului este todeauna: „o personalitate superioară, un Eu etern atotcuprinzător și omniprezent, pe care îl simțim în noi înșine în măsura în care îi împlinim poruncile”.³

³ Mihai C. Teodorescu, *Filozofia nemuririi*, București, Editura Vega, 2002, p. 5

CURS IV - V
MEDICINA PRIMITIVĂ
MAGIA

- **Generalități. Magie, vrăjitorie, divinație**
- **Magia. Definiție. Perspective istorice**
 - **Magia și medicina**

MAGIA = este un element important al vieții sacre al oricărei comunități tradiționale, arhaice. Magia se bazează pe ideea fundamentală că în univers există și alte forțe decât cele reale, palpabile și că aceste forțe au, în general, două valențe: una pozitivă, acționând în favoarea omului și spre binele acestuia, și una negativă, a cărei orientare este, desigur, malefică. Ambele forțe acționează (și) independent, în virtutea destinului individual care i-a fost trasat, fiecăruia, la naștere, dar, mai cu seamă, ele devin active „la comandă”, atunci când anumiți factori, gesturi, acte, le invocă în mod expres. De aceea, este foarte importantă o discuție generală despre magie:

Potrivit lui Claude Rivière, *cuvântul magie, derivat din persanul mag, care înseamnă „știință”, „înțelepciune”, trimite la o mare diversitate de sensuri, de credințe și de rituri care presupun manipularea neștiințifică, în folosul omului, a unor forțe extraordinare, imanente lumii* (Claude Rivière, *Socio-antropologia religiilor*, Polirom, 2000, p. 122). Cu alte cuvinte, departe de a avea în ea ceva derizoriu și peiorativ, magia poate fi considerată o adevărată „instituție” în străvechile civilizații ale lumii antice și chiar anterioare. Într-adevăr, să ne gândim la importanța pe care o aveau „semnele” pentru cei vechi, atunci când consultau sorții, „citind” în măruntaiele animalelor (sau chiar ale oamenilor) sacrificăți, ori astrele, pentru a vedea atitudinea forțelor meta-naturale față de actele pe care vroiau să le întreprindă. Mai mult decât atât, îndrăznim să afirmăm, alături de alte voci, mult mai autorizate decât a noastră (cum ar fi cea a lui Lucian Blaga, bunăoară), că gândirea magică reprezenta chiar un tip de gândire, cam în aceiași termeni în care Claude Levi-Strauss se referea la *gândirea sălbatică*. Altfel spus, pentru omul arhaic această lume magică se impunea cu o forță mult mai mare chiar decât aceea a realității, fiind temeiul vieții înseși.

De bunăseamă magia, la fel ca orice alt sector al vieții religioase și spirituale ale unei colectivități, conține numeroase „tipuri”, „specii”, „subspecii” etc., cu referire specială la scopul și la funcția fiecărui domeniu în parte:

Împrejurările producerii ei și finalitățile acestei operații ne îngăduie să facem o serie de distincții:

- *între magia protectoare sau preventivă, care folosește vrăji și talismane și magia activă, care urmează un ritual precis, și care poate fi și ofensivă atunci când face să se abată o nenorocire asupra dușmanului sau asupra rivalului;*
- *între magia ceremonială indirectă care acționează asupra spiritelor (spiritism) și magia naturală directă care acționează asupra forțelor naturii;*
- *între magia publică prin care se urmărește ținerea sub control a vremii, a ploii, a resurselor, a războiului, și magia privată, cu caracter amoros sau terapeutic, de erotism sau de exorcism;*
- *între magia divinatorie și magia sacrificială, care presupun un pact fie cu zeii, fie cu demonii, dacă luăm drept criteriu zonele de acțiune;*
- *în funcție de scopul operației, între o magie albă, cu efect benefic, cum ar fi o vindecare sau reușita într-o întreprindere, și magia neagră, care face apel la spiritele rele în vederea unor acte malefice;*
- *între magia voluntară malefică (sorcery), și farmecele proprii vrăjitoriei (witchcraft)*
- *între vrăjitoria presupusă a fi răspunzătoare de boli, moarte, molime și șamanismul care s-ar reduce mai degrabă la o formă de magie curativă.*

Deși ceea ce ne interesează în mod direct este **magia**, să o numim așa, cu efect „medical, vom discuta pe rând fiecare din aceste tipuri, pentru că toate, dar absolut toate, se regăsesc (desigur, în forme particulare), în cultura populară românească.

p. 123

James Frazer consideră, în *Creanga de aur*, consideră că magia presupune un determinism pe care s-ar sprijini magicianul în operațiunile lui, și o deosebește

fundamental de religie. (...) Pentru a explica magia, Frazer pune la temelia ei principiul simpatiei, familiar gândirii primitive, conform căruia lucrurile asemănătoare se atrag între ele (se stropește pământul cu apă pentru ca să înceapă să plouă) și principiul contagiunii, după care lucrurile care au fost odată în contact continuă să acționeze unul asupra celuilalt (cineva poate fi fermecat cu propriile-i bucățele de unghii tăiate).

Fără a elabora o teorie propriu-zisă a magiei Jean Piaget are dreptate atunci când subliniază că gândirea prelogică a copilului, corelativă realismului său egocentric, ține de credința magică potrivit căreia, prin anumite acțiuni simbolice, se poate dobândi putere asupra supraumanului.

p. 124 Freud afirmă, în *Totem și tabu*, că sursa fenomenului trebuie căutată în autosugestie, așa cum se poate observa în nevrozele de obsesie, pregnantă obiectului vizat antrenând credința în rezultatul pozitiv al practicilor rituale. Mijlocul produce scopul, iar acesta este atrăgător oricât de înfricoșătoare – și de interzise, în magia neagră – ar fi mijloacele folosite, care nu se supun legilor rațiunii. Erotismul congenital refuză luptă împotriva conștiinței vinovate și cenzurii. Înlocuirea realului cu imaginarul este o formă de apărare împotriva angoasei. Faptul de a lua dorințele drept realități exprimă legea însăși a funcționării magiei.

Durkheim și Mauss avansează ideea că magia, ca și religia, de altfel, presupune credința în *mana*, forță supranaturală, impersonală, manevrabilă de cel receptiv, dotat, informat sau iscusit.

Atunci când Mauss analizează vocația magicianului, transmiterea puterilor magice se face prin:

- *revelație*: fie în vis, în urma unui contact apreciat direct cu un spirit, fie printr-un act de posedare la indienii sioux. Băștinașii kikuzu din kenia, îngrijorați din pricina unor vise obsedante, cheamă un prezicător, care le dezvăluie viitoarea vocație.

Șamanul siberian, asemenea magicianului zulu, ia drept semn o boală care n-a cedat la îngrijirile obișnuite și căreia un vrac magician a reușit să-i găsească leacul.

Georges Gurvitch precizează că, în vreme ce religia prezintă forțele spirituale ca transcendente, magia le concepe ca imanente naturii, iar Jean Cazeneuve adaugă că, spre deosebire de numinosul religiei, magia face obiectul unui tabu atât de puternic încât, pentru a manipula astfel de forțe, magicianul iese din condiția omului obișnuit.

Levi-Strauss unește perspectivele intelectualiste cu o bază sociologică: *comunitatea* crede profund într-un univers spiritual și în eficacitatea invizibilă a farmecelor magice. *Pacientul* crede în acțiunea obiectelor și a riturilor în care caută protecție. *Magicianul* este convins că are putere asupra spiritelor, deoarece a negociat cu ele pe bani sau sacrificii. El știe că va reuși, cu condiția ca interdicțiile să fie respectate de pacient, iar formulele să fie rostite corect. Cea mai vagă îndoială în această privință e de ajuns să justifice eșecul unui rit, fără să fie umbrită, însă, eficacitatea magicianului.

Blestemul

În *Dicționarul Academiei*, cuvântul *blestem* este definit astfel: „blasphème, malédiction”; „invocarea unei nenorociri sau a mâniei a lui Dumnezeu asupra cuiva”; cf. *Afurisenie, anatema*; p. Ext. „, bătaia lui Dumnezeu sau orice nenorocire provocată pe urma unui blestem”. După opinia autorilor, *blestem* este un derivat de la *a blestema*, verbul venind în română din lat. pop. **blastimare*, format din *blasphemare* și *aestimare*.

Biblia greacă utilizează cu precădere derivatele de la radicalul *ara*, cu sensul de „rugăciune”, de „imprecație” (cea de-a doua pusă în acțiune de o forță superioară):

Aira, -as - „rugăciune, cerere, imprecație, blestem”, *epara*, -as - „imprecație”; *katara*, -as - „imprecație, blestem”

În limba latină, lucrurile stau în felul următor:

Pentru *malediction*, - *onis*, unele dicționare dau doar sensurile „bârfire, clevetire, defăimare; injurie”, în vreme ce altele adaugă și semnificația „blestem”. Termenul pentru „blestem” era în latinește substantivul neutru *maledictum*, -i – 1. „cuvânt injurios, injurie; vorbă de ocară, insultă”; 2. „blestem” (la Plinius cu deosebire); 3.

„sfat rău”. Alături de acest lexem, formele ceva mai „specializate”: *imprecatio*, *-onis* – 1. „invocare, rugămintă”; 2. (frecvent) „blestem, afurisire, imprecăție” și *exsecratio*, *-onis* – 1. „jurământ însoțit de blestem în caz de sperjur”; 2. „imprecăție, blestem, execrație”.

În dicționarele de uz curent ale limbii române, lexicul „imprecăției” are următoarea situație:

În DEX:

Blestem, *-e* - „invocare a urgiei divinității împotriva cuiva; nenorocire a cuiva pusă pe seama furiei divine”. Cuvântul este considerat un derivat regresiv de la verbul *a blestema*, acesta fiind pus în relație cu lat. pop. **blastimare* (= *blasohemare*).

Execrație (cuvânt rar – zice dicționarul, din fr. *Exécration*) - „oroare, repulsie, persoană sau lucru care provoacă această reacție”.

Imprecăție - „blestem, ocară. Figură de stil care conține un blestem”. Pentru proveniență, dicționarul trimite la fr. *Imprécation* și la lat. *imprecatio*.

În fine, ca figură de stil (încadrată între cele ale „insistenței”):

Imprecăție (*execrație*) sau *blestem* (din lat. *imprecatio* – rugăciune împotriva cuiva”), figură de stil în care se enunță, la modul imperativ, dorința pedepsirii unei persoane, singulare sau colective, vinovată fie față de cel formulează rugăciunea, fie față de societate ori de patrie. Este o figură cu o evoluție istorică ajunsă astăzi, ca și alte figuri, la stadiul desuetudinii.

Având în vedere specificitatea termenului pe care încercăm să-l circumscriem, opinia sintezelor de mitologie trebuie cunoscută:

Blestem (lat. *blasphemia* - „hulă, calomnie”, gr. *blasphêmia* - „defăimare”) – „act de magie lexicală, prin care se invocă mânia sau urgia unei divinități sau asupra unei ființe, a unui obiect, a unei acțiuni, adesea în scop de răzbunare sau dintr-un motiv justițiar obiectiv”.

Blestemul e un act de magie verbală, bazat pe credința în puterea cuvântului de a insitui, de a modifica o stare existentă. Cuvântul e de origine greco-latină (*blasphemia* - „hulă, calomnie, defăimare”). E constituit dintr-o formulă fixă sau improvizată, prin care se invocă mânia sau urgia unei divinități asupra unei persoane, a unui obiect sau a unei acțiuni. Blestemul e utilizat în scop de răzbunare, pedepsire sau compromitere¹.

Dacă-l amintim aici, în acest curs destinat **magiei** este pentru că, în gândirea primitivă și chiar în cea arhaică, tradițională, **blestemul** putea să inducă **răul** în trupul beneficiarului” unui astfel de act aparținând, evident, magiei negre. Nu doar **bube** fel de fel puteau fi „trimise” asupra celui vinovat (de a-și fi părăsit iubita, de a iubi altă femeie etc.), ci fele de fel de boli.

3. Între binecuvântare și blestem

Exegeții moderni spun că, în cărțile *Vechiului Testament*, pentru a putea blestema trebuie să ai un drept asupra celui pe capul căruia arunci imprecăția. Acest drept este în primul rând al Creatorului, dar el poate să derive și dintr-o autoritate (cea părintească, de pildă) sau să fie o „explozie” a unei stări-limită (mizeria materială, asuprirea etc.) Dreptul lui Dumnezeu de a blestema este incontestabil. Ca lansator de imprecății, Dumnezeu pare a fi „un monopolist”: „Cum să blestem, a zis Valaam, pe cel ce nu-l blestemă Dumnezeu? Sau cum să osândesc pe cel ce nu-l osândește Dumnezeu?” Dar primul gest al lui Dumnezeu a fost acela al binecuvântării. Binecuvântarea s-a metamorfozat în blestem în fața negației ce-l are ca sorginte pe Diavol, negația fiind o sursă a morții, după ce, la început născuse minciuna. Sursă a vieții („Că două rele a făcut poporul meu: pe mine, izvorul vieții celei vii, m-au părăsit, și și-au săpat fântâni sparte, care nu pot ține apă”), Dumnezeu binecuvântează, și această binecuvântare s-a dovedit rezistentă; ea a făcut să cadă în desuetudine blesteme ce păreau definitive (căci blestemul – s-a spus – este și o osândă în urma unei judecăți), cel „al pântecelui steril” sau cel al „pământului neroditor”. Blestemat în eternitate („Zis-a Domnul Dumnezeu către șarpe: „Pentru că ai făcut aceasta, blestemat să fii între toate animalele și între toate fiarele câmpului, pe pânțelele tău să te târăști și țărână să mănânci în toate zilele vieții tale!”) a rămas doar Diavolul.

(...) Umanitatea n-a pierdut binecuvântarea primordială, ea va trăi, dar în circumstanțele dificile pe care le fixase blestemul și fiind implacabil, inexorabil datată, hotărnicită de moarte. Chiar și Cain, întâiul fratricid, întâiul ucigaș, „blestemat de pământul care și-a deschis gura sa, ca să primească sângele fratelui”, răzvrătitul care nu s-a pocăit și a vrut – într-un duh foarte ateu și foarte ateu – să trăiască înstrăinat de

Dumnezeu, a beneficiat de clemența unei pedepse amânate, răgaz garantat printr-un „semn”. În volbura mâniei, Dumnezeu a găsit, totuși, o clipă de răbdare pentru a-i spune șarpelui că din „sămânța femeii” – pe care mai târziu o va chema *Eva*, adică „viață” – se va naște cel ce-l va înfrânge pe Satana: „Dușmănie voi pune între tine și între femeie, între sămânța ta și sămânța ei.; aceasta îți va zdrobi capul, iar tu îi vei înțepa călcâiul. Dumnezeu și oamenii făcuți de el îl vor învinge pe Diavol. Din trupul femeii se va naște Iisus Hristos („zdrobit” prin răstignire), care îl va „zdrobi” pe Ispititor, va înfrânge moartea și păcatul, va elimina blestemul și-i va mântui pe oameni².

Răbdarea divină a avut, totuși, limitele ei. În lumea creată de El, Dumnezeu constată proliferarea răutății și a violenței, extinderea sexualității, lățirea incontinență a păcatului. Îndurerat de atâta depravare, lui Dumnezeu „i-a părut rău și s-a căit că a făcut pe om pe pământ”, dovadă că între Creator și făptura zămislită de El exista și o relație de afectivitate, că Dumnezeul începuturilor (*i.e.* al primelor cărți ale *Vechiului Testament*) era încă „personalizat”, făcut să aibă emoții. Dar și reacții, decizia de a pedepsi total – nimicirea prin apă (tocmai prin *apa* care fusese leagănul vieții) – fiind un răspuns. Răbdarea nesfârșită se schimbă într-o dispoziție a sancțiunii (blestemul este aici și o sentință): „Și a zis Domnul: „Pierde-voi de pe fața pământului pe omul pe care l-am făcut! De la om până la dobitoc, și de la târătoare până la păsările cerului, tot voi pierde, căci Îmi pare rău că le-am făcut”. Umanitatea deteriorată („Pământul însă se stricase înainte feței lui Dumnezeu și se umpluse pământul de silnicii”) și-a aflat șansa în Noe, cel „drept și neprihănit” produs evident al binecuvântării, neprihănirea fiind dobândită prin credință), care se ferise de maculare și prețuia comuniunea cu Dumnezeu. Lui Noe Dumnezeu i-a comunicat că salvarea sa va fi tot prin apă, dându-i apoi să înțeleagă că lumea însuflețită, damnată, *blestemată*, va pieri.

Blestemul astfel concretizat, Dumnezeu le va porunci celor scăpați din diluviu să iasă din corabie și să reîntemeieze viața. Binecuvântarea era restaurată².

4. Blestemul ca răzbunare

Cu apariții mult mai rare în *Noul Testament* (Hristos, răscumpărătorul din blestemul Legii, nu mai predică mânia, ci iubirea, o iubire care îl eliberează pe om din păcat; el iartă și binecuvântează, dislocă o fatalitate ce părea până atunci de nezdruccinat, a

sortii; în afara respingerii dure a celor care nu au împlinit poruncile: „Duceți-vă de la Mine, blestemaților, în focul cel veșnic, care este gătit diavolului și îngerilor lui” – și a celui decisiv și irevocabil „Afară câinii și vrăjitorii și desfrânații și ucigașii și închinătorii de idoli și toți cei ce lucrează și iubesc minciuna!” dintr-o Apocalipsă de unde blestemele nu lipsesc, lui Iisus Hristos abia dacă i se mai poate pune în seamă o formulă imprecatorie, adresată unei vegetale, și aceea cu efect limitat: „Și văzând un smochin lângă cale, S-a dus la el, dar n-a găsit nimic în el decât numai frunze, și a zis lui: „De acum înainte să nu mai fie rod din tine în veac!”. Și smochinul s-a uscat îndată”, blestemul inundă literalmente *Vechiul Testament*.

Este neîndoielnic că această „abundență” își are originea și în credința că urgia lui Dumnezeu putea lovi și în urma apelului făcut de un nedreptățit. O spune Psalmistul, confirmând iminența justiției divine: „Lăudând voi chema pe Domnul și de vrăjmașii mei mî voi izbăvi. Cuprinsu-m-au durerile morții și râurile fărădelegii m-au tulburat. Durerile iadului m-au înconjurat; întâmpinatu-m-au lațurile morții. Și când mă necăjeau am chemat pe Domnul și către Dumnezeul meu am strigat. Auzit-a din locașul Lui cel sfânt glasul meu și strigarea mea înaintea Lui, va intra în urechile Lui. Și s-a clătinat și s-a cutremurat pământul și temeliile munților s-au tulburat și s-au clătinat că S-a mâniat pe ele Dumnezeu. Întru mânia Lui fum s-a ridicat și pară de foc de la fața Lui, cărbuni aprinși de la El”.

Strigătele de blestem sunt adesea chemări la răzbunare. Justiția divină fiind suprapreciată, Dumnezeu – mereu drept – este invocat să „răsplătească”, după judecăți în care poziția lui pare a fi dinainte fixată („Dar Tu, Doamne al puterilor, Judecătorul cel drept, Care cercetezi inimile și rărunchii, dă-mi să văd răzbunarea Ta asupra lor, pentru că ți-am încredințat pricina mea” sau „Doamne al puterilor, Cel ce cercetezi cu dreptate și pătrunzi rărunchii și inimile, fă-mă să văd răzbunarea Ta asupra lor, că Ție Ți-am încredințat pricina mea!”), iar „selecția” celor pedepsiți nu poate crea surprize; „Pe mine însă mă cunoști, Doamne, mă vezi și cercetezi dacă inima mea este cu Tine. Obosește-i dară, ca pe niște oi de junghiat, și pregătește-i pentru junghierii”. Blestemele Psalmistului, cu o inventivitate de reținut, erup din niște circumstanțe foarte subiective, au un caracter personal sau de grup: „Să se întoarcă nedreptatea lui pe capul lui și pe creștetul lui silnicia să se pogoare”; „Să fie rușinați și înfrunțați cei care caută sufletul meu; să se întoarcă înapoi și să se rușineze cei ce gândesc rău de

mine. Să fie calea lor întuneric și alunecare și îngerul Domnului să-i prigonească”; „Să vină asupra lor lațul pe care nu-l cunosc și cursa pe care au ascuns-o să-i prindă pe ei; și chiar în lațul lor să cadă”; „Să fie rușinați și înfrunțați deodată cei ce se bucură de necazurile mele; să se îmbrace cu rușine și ocară cei ce se laudă împotriva mea”; „Sabia lor să intre în inima lor și arcurile lor să se frângă”³.

Robert Muchembled, *Magia și vrăjitoria din Evul Mediu și până astăzi*, București, Editura Univers, 1997, p. 6

Nici unui timp nu i-a lipsit magia. De la începuturile lumii, ea a însoțit pașii omului pe toate continentele. În umbra religiilor, chiar în interiorul lor, cel mai adesea într-o îndârjită concurență, magia poartă un crâmpei de sacru, de transcendent, un crâmpei din ceea ce depășește ființa pământească, pentru a-i vorbi despre supranatural și pentru a-i oferi certitudinea, speranța sau iluzia că poate acționa eficient asupra lumii invizibile.

(...) Credințele magice și practicile vrăjitoriei ia-u preocupat în mod constant, înainte de triumful cartezian și al Luminilor secolului al XVIII-lea, atât pe gânditori cât și pe oamenii simpli.

*(...) **Magia antică** deținea o ramură malefică, **goetia**, și o ramură benefică, **theurgia**, devenite respectiv **magia neagră** și **magia albă** pentru oamenii instruiți din Evul Mediu sau din sec. al XVI-lea. În realitate, aceste noțiuni nu se distingeau deloc în știința aceluia timp, pentru că astrologia era strâns legată de astronomie, alchimia prefigura chimia, iar numele sau figurile geometrice mistice făceau parte din matematică. Biserica însăși nu nega existența magiei, mulțumindu-se să denunțe **goetia** ca pe o manifestare diabolică.*

Robert Muchembled, *Magia și vrăjitoria în Europa medievală*, p. 19

Magia medicală și protectoare

Când Hughes de Saint-Victor desemna anumite „remedii” drept magice, se gândea, evident, la descântecele de leac și la folosirea misterioaselor substanțe curative. Descântecele păreau magice pentru că vorbele care le însoțeau dețineau o putere ocultă. Cuvintele în sine puteau uneori favoriza o vindecare, dar era greu, de fapt imposibil, să se explice procesul și, din acest motiv, puterea acestor cuvinte se numea „secretă” sau „ocultă”. Ierburile și anumite organe ale animalelor puteau, de

asemenea, să vindece sau să ferească de boală, într-un fel greu de descifrat. Un medic cunoștea uneori modul în care acționau diferite medicamente: o plantă umedă și caldă, de exemplu, putea vindeca, după opinia lui, o boală provenind dintr-un exces de uscăciune și de frig. Dar dacă puterea plantei era ocultă, el nu putea decât să se întrebe dacă această virtute nu se datora, eventual, influențelor astrale. Numeroase remedii populare cereau respectarea perioadelor și a semnelor astrale: anumite ierburi, de exemplu, dețineau virtutea de a vindeca demența dacă erau legate într-o pânză roșie și așezate pe capul bolnavului, sub semnul astral al lunii crescătoare. Vracii se baza mai ales pe indicii simbolice pentru a defini puterile oculte ale plantelor și ale altor obiecte naturale: dacă o plantă semăna cu un ficat sau numele ei evoca termenul „ficat” (cazul **heptatitei trilobate**: **liverwort**, în engleză), ea putea ajuta, fără îndoială, în lupta împotriva bolilor de ficat. Organele unui animal mascul erau mai puternice decât cele ale unei femele, căci se considera că ele adăugau forța caracteristică masculinității. Adeseori vracii trebuia să respecte anumite tabu-uri rituale: se întâmpla, de exemplu, să i se ceară culegătorului de ierburi să păstreze tăcerea absolută, să nu aibă relații sexuale înainte de cules sau să nu folosească accesorii de metal.

Anumite descânțece de leac erau identice cu rugăciunile și binecuvântările și ar fi foarte greu să depistăm elementele proprii magiei. Când rugăciunile obișnuite creștine sau versetele biblice erau transcrise pe frunzele plantelor sau copiate și purtate cu sine pentru a feri de nenorocire, majoritatea scriitorilor puteau numi aceste practici mai degrabă superstiție decât magie, dar distincția este departe de a fi absolută.

Astfel, rugăciunile și alte forme pioase puteau fi combinate cu vorbe considerate deținătoare ale unor virtuți magice inerente. Un descântec care o ajuta pe o femeie să nască amesteca, de exemplu, cuvintele, cuvintele care însoțesc semnul crucii (în latină) cu următoarele cuvinte: „**Lazarus, veni foras**, apoi adăuga **Christus + stonat + iesus predicat + Christus regnat + erx + arex + rymex + Christi eleyzon + eeeeeeeee**”. Cuvântul **regnat** (**domnie**) sugerează, evident, cuvântuș **rex** (**rege**), care generează atunci seria **erex + arex + rymiex**. Pentru a se obține efectul dorit, formulele de acest tip trebuie să conțină o putere proporțională cu semnificația lor:

cuvintele și combinațiile lor aveau un efect curativ, chiar dacă nu însemnau nimic în limbajul de toate zilele. Alte farmece invocau puterea unor personaje și evenimente sacre. Dacă scopul descântecului era să stăvilească un șuvoi de sânge, el putea evoca pe Isus în Iordan – râu întrerupt miraculos de izraeliți. Un descântec împotriva veninului invoca darul lui Ioan Evanghelistul care, conform legendei creștine, a supraviețuit în mod miraculos unei otrăviri.

Descântecele se adresau adeseori bolii în sine (poruncind unui chist sau unei febre să plece) sau agentului responsabil de boală (viermele, spiridușul, piticul sau diavolul, văzut ca agent al bolii. În acest caz, descântecele aveau aceeași formă ca exorcismele: implorau sau exorcizau (adică porunceau bolii sau agentului ei să-l părăsească pe pacient). În mod frecvent, descântecele erau însoțite de folosirea unor medicamente, acțiunile putând fi combinate între ele: pentru a vindeca de mușcătura unui animal turbat, un manual de gestiune menajeră din secolul al XIV-lea sugera administrarea unei coji de pâine, pe care trebuia să se scrie următoarele cuvinte: **+bestera + bestie + nay + brigonay + dictera + sagragan + es + domina + fiat + fiat + fiat**. Majoritatea oamenilor Bisericii ar fi considerat aceste descântece drept superstiții. Ele păreau cu atât mai magice cu cât cuvintele erau ininteligibile și puteau fi luate de cel neîncrezător drept nume de demoni. Ironic, cu cât aceste formule par mai puțin raționale unui lector modern, cu atât ele păreau mai raționale oamenilor din Evul Mediu: a recita o serie de cuvinte fără înțeles era considerat un fapt rezonabil (deși ilicit) dacă acestea erau, de fapt, nume de demoni.

Amuletele de protecție, asemenea descântecelor, exploatau puterile inerente obiectelor naturale și cuvintelor. Uneori același fel de ierburi sau de organe animale consumate pentru vindecarea bolilor erau purtate drept semn de protecție împotriva bolilor și altor nenorociri: ramurile de rozmarin îndepărtau insectele veninoase de la pragul casei și, purtate cu sine, fereau de duhuri rele. Ungerea cu sânge de leu proteja împotriva tuturor celorlalte animale. Un sul de hârtie pe care erau scrise rugăciuni îl fereau pe cel care-l purta sau îl privea în fiecare zi de moarte violentă prin armă de foc, de falsele mărturii, de boli și de alte nenorociri; femeia însărcinată care-l ținea pe pântec năștea fără probleme. Următorul exemplu va ilustra forța talismanelor protectoare: un manuscris recomanda să se scrie cuvintele: **Sator arepe tenet opera**

rotas sub forma unui pătrat (artificiu cunoscut încă din Antichitate), cu sângele unei porumbește albe, pe un pergament neîntrebuințat; purtat la mână, acest talisman atrăgea favoarea tuturor persoanelor întâlnite.

Medicina magică nu era, în mod obișnuit, o cauză de urmărire judiciară în sine; dar când starea pacientului se agrava în loc să se amelioreze, vracii erau acuzați de a-i fi subminat sănătatea prin nelegiuite practici magice. Când Catherine de Chynal a fost judecată în 1449, în Valea Aeste, una dintre acuzații susținea că ea vrăjise și omorâse un preot venit la ea, pentru a fi vindecat de o tumoare în piept. În jurul anului 1340, un inchișitor din Florența, Pietro de l'Aquila, acuza diverse persoane de a fi folosit drept tratament leacuri pe bază de ierburi și descânțece. Unul dintre acuzați era un doctor ce cumpăraseră o carte „despre virtuțile plantelor” care, după părerea inchișitorului, conținea elemente de „necromanție”. Doctorul și-a mărturisit vina de a fi cumpărat cartea, dar susținea că aceasta nu era în nici un fel necromantică și că, dacă ar fi fost, nu ar fi cumpărat-o. În mod normal, totuși, vracii nu se aflau în pericol, în afară de cazul în care arta lor putea să fie prezentată ca vrăjitorie în mod credibil – și, mai mult, în cazul din ținutul florentin, acuzatul avea dreptul să replice atacându-l la rândul său pe inchișitor pentru urmărire fără motiv.

Gheorghe Pavelescu, **Magia la români, București**, Editura Minerva, 1998, p. 35

Viață, tehnică, medicină

Din perspectiva gândirii magice, chiar și viața, care nu este decât desfășurarea timpului psiho-biologic, va fi privită într-un mod deosebit de felul în care suntem obișnuiți să o vedem. Pentru noi viața se scurge lent, într-un ritm crescendo și descrescendo. Chiar și atunci când vorbim despre vârstă, se subînțelege o unitate organică, o continuitate biologică și psihică, ce leagă diferitele faze ale vieții. În gândirea magică, însă, viața apare formată dintr-o succesiune de momente deosebite calitativ, structural. La popoarele primitive se constată chiar o discontinuitate în ceea ce privește copilăria și maturitatea. Individul, când trece prin riturile speciale, dintr-o vârstă în alta devine, după credința lor, un alt om, cu un alt eu. În urma acestei concepții au luat naștere clasele de vârstă, pe care le găsim la toate popoarele, mai ales în stadiul primitiv. Se produce chiar o discontinuitate religioasă, prin care orice

fază a vieții câștigă o semnificație magică deosebită: nașterea, nunta, sarcina, moartea etc., marcate prin rituri de inițiere. Se poate deci vorbi de un „timp biologic religios transfigurat”. Fazele vieții sunt adesea despărțite printr-o epocă critică, mai scurtă sau mai lungă, marcată printr-o mulțime de perceptive rituale.

Cele mai numeroase credințe de natură magică sunt în legătură cu nașterea, care este și evenimentul cel mai important din viață. Primele zile de la naștere constituie timpul „critic” în viața fiecărui om, deoarece atunci i se scrie ursita. De aceea orice acțiune, orice obiect din apropierea copilului îi poate influența, în bine sau în rău, viața. Dar determinările magice încep chiar din timpul sarcinii, când fiecare gravidă trebuie să respecte o mulțime de prescripții. Toate acele indicații **tabu** nu au un alt scop decât de a împiedica sau de a facilita transmiterea anumitor calități sau defecte ființei ce se plămădește în straturile mamei. De aceea, o femeie însărcinată, dacă vede un om urât, sau un animal pocit, trebuie să-și aducă aminte de starea în care se află și să se gândească să nu facă copilul la fel. Să nu dea cu piciorul în pisică sau în câine, că va face copilul pete pe trup. Din contră, când o femeie vede un om frumos, îi calcă pe urmă zicând următoarele versuri: **Calcu-ți urma, /Iau-ți forma: / Pruncul meu / În chipul tău.**

În timpul nașterii există, de asemenea, o serie de indicații magice. Femeia trebuie să nască cu ușile încuiate, pentru ca să nu poată fermeca nimeni pe noul născut, sau să-l nască pe un obiect oarecare, că „atunci pe ce gândește se împlinește”. Alte credințe spun că la naștere să nu fie nimic încuiat sau înnodat în casă, și să nu se vestească în sat, să nu știe nimeni, atunci se naște mai ușor.

3. Îndată ce a apărut o nouă ființă, moașa și femeile din jurul mamei trebuie să îndeplinească și ele, mai ales în primele zile, diferite practici pentru a determina calitățile noului născut. Astfel, în prima scaldă se pun flori ca să fie frumos, iar mai înainte de a suga întâiul lapte, i se dă apă de pe un clopot, „să-i cânte gura precum clopotul”. În prima scaldă se mai pune un ban de argint, „ca viața lui să rămână nepătată ca argintul”. În leagăn i se pun foarfeci, sfredel, cuțit sau alte obiecte de fier, pentru a îndepărta spiritele rele. Se mai pune o carte pentru a fi un bun cititor, un fluier pentru păstor și broderii pentru destoinicia fetelor. Contra deochiului i se pune ceva roșu. Aceste indicații sunt în legătură cu tăierea buricului, cu îngroparea sau

aruncarea „casei copilului”, a scaldei ș.a. Toate aceste credințe și datini, la care se adaugă multe altele, au la bază un singur substrat psihologic, mărturisit sau nu, anume că, în aceste prime momente de la naștere, se conturează individualitatea omului. Întrezărim aici credința că omul matur nu se formează ca personalitate în copilărie și în pubertate, ci în primele zile de la naștere, când i se urzește întregul fir al vieții. „Ursitoarele”, ființe mitologice, variabile ca număr, nu sunt, după părerea noastră, decât personificarea târzie a acestei străvechi credințe.

Dar epoca de sensibilitate magică a copilului se prelungește aproximativ șase săptămâni după naștere. În acest timp trebuiesc luate toate precauțiile necesare pentru împiedicarea spiritelor rele de a face vreun rău copilului, de a-l schimba sa de a-l poci. În acest sens, mama nu trebuie să se întoarcă niciodată cu spatele către copil, să nu-l lase singur și să-i pună în leagăn usturoi, fier și o mătură. În alte sate, această regulă se respectă numai până la botez. În cazul în care un copil se îmbolnăvește grav i se schimbă numele, botezându-l din nou, desigur în credința că, procedând astfel, se naște o altă ființă, fără ca aceasta să mai aibă boala celei precedente. O deosebită atenție trebuie acordată somnului și laptelui copilului. Pentru a nu fi duse de persoane străine care vin în vizită, acestea trebuie să lase ceva în casă, o strămătură, sau să-i de un ban copilului. La fel și celelalte momente care marchează diferite epoci în desfășurarea copilăriei: înțărcatul, primii pași, scoaterea dinților ș.a. Toate sunt asociate cu practici magice.

4. Dar nu numai vieții individuale a omului, ci și activitatea lui de fiecare zi, cât și cea periodică – munca pentru asigurarea existenței – este însoțită de practici asemănătoare. Se constituie astfel o tehnică de natură magică, care probabil că a precedat-o pe cea pozitivă. Mai ales pentru popoarele primitive tehnica magică este tot atât de necesară ca și cea pozitivă. Pentru melanezieni înseamnă să-ți pierzi timpul la pescuit aruncând o plasă fără să respecți riturile care sunt asociate. Magia și activitatea omenească devin astfel elemente inseparabile.

Țăranul și omul primitiv în aceeași măsură principiile magice și în vindecarea unor boli. Medicina populară nu este altceva decât o interesantă îmbinare de empirism și magie, în care cu greu vei putea distinge elementele unuia de ale celuilalt. Prin ritual, prin forma de exprimare, rețetele sunt aproape întotdeauna magice, iar prin

*substanțele și procedeele întrebuințate ele ascund un empirism de netăgăduită vechime și eficacitate. Desigur, este greu să răspunzi ce e empiric și ce e magic în credința că o boală poate fi luată în vis, sau călcând în urma unui om bolnav. Ori procedeul de vindecare prin descântec, prin maslu făcut de trei sau șapte popi, prin rugăciunile altor șapte femei bătrâne sau prin citirea **Visului și Paraclisului Maicii Domnului** de trei ori de către trei copii.*

Greutatea dispare de îndată ce alături de procedee se adaugă nume de plante cu efecte terapeutice: iarba lui Tatin, rostopască, lipean, sunătoare, usturoi, busuioc sau întrebuințarea diferitelor substanțe: lapte de capră neagră, miere de stup, unt, piele de șarpe, apă neînchepută, cărbuni stinși, țuică, untură etc.

CURS VI

- Empirism și medicină
- Știință și pseudoștiință
- Medicină populară/medicină științifică
 - Magie și medicină
- Trăsături principale ale medicinei științifice

Robert Muchembled, *Magia și vrăjitoria în Europa medievală*, p. 235

Medicii împotriva empiricilor

Rivalitatea între preoții exorciști-lecuatori și medic a izbucnit foarte repede. Între anii 1623 și 1628 se emit primele ordonanțe regale prin care se rezervă acestora din urmă dreptul de a trata. „Pentru medici, farmaciști, chirurghi și moașe. Pentru a preveni abuzurile pe care le-ar putea provoca în acest oraș liberul arbitru al medicinei....se statuează următoarea ordonanță a majestății sale din 4 aprilie 1628, prin care se va interzice exercitarea pomenitei arte fără obținerea patentelor legitime, a titlului de doctor sau de licențiat în medicină al universității supuse regelui...” La începutul sec. al XVIII-lea, medicii din Bruxelles intentează un proces unui vraci cu numele de Avertein, preot la Grand Bigard, care le făcea o concurență neloială. Specialitatea clerului în materie de exorcism se însoțea cu îndepărtarea lor din domeniul medicinei, tot așa cum moașele sunt, încetul cu încetul, înlocuite de medici. Eforturile întreprinse, începând cu sec. al XVII-lea, de autoritățile religioase pentru a-și aroga monopolul exorcismului sunt subminate în sec. al XVIII-lea de medici, ducând la dispariția preoților și a călugărilor vraci, lupta continuând apoi până în sec. al XIX-lea împotriva tuturor celor care practicau ilegal medicina.

Multiplele legislații emise de revoluție și de Imperiu, urmate de cele din sec. al XIX-lea, în Franța și Belgia, împotriva șarlatanismului, escrocilor sau a altor prezicători, țigani în mod special suspecți de duhorile vrăjitoriei, dovedesc deplasarea țintei: „Nu

cuvântul este acuzat, ci purtătorii de cuvânt, care sunt tratați de mincinoși”, scrie V. Ripa.

Articolul 479 din codul penal francez din anul 1810 pedepsește cu amendă de la unsprezece la cincisprezece franci pe cei care practică meseria „de a ghici și prezice sau de a explica visele”. Pedepsa cu închisoarea este prevăzută la articolul următor împotriva celor care interpretează visele”. Pedepsa cu închisoarea este prevăzută la articolul următor împotriva celor care interpretează visele. Articolul 405 declară: „Dacă cineva, făcând uz de nume fals sau false calități se ocupă de manevre frauduloase pentru a convinge de existența unor false întreprinderi sau a unui credit imaginar, pentru a da speranțe sau a crea temeri față de un succes, de un accident sau de oricare eveniment himeric, înmândându-i-se sau eliberându-i-se pentru aceasta fonduri, mobile sau obligațiuni, dispoziții, bancnote, promisiuni, chitanțe sau bani, excrocând sau încercând prin unul din aceste mijloace să excrocheze totalitatea sau numai o parte a averii cuiva, va fi pedepsit cu închisoare de la un an la cinci ani, și cu o amendă de la cincizeci la trei mii de franci.”

În Belgia, articolul 18 al legii din 18 martie 1818 reprima exercitarea ilegală a medicinei în următorii termeni:

„Orice persoană necalificată care s-ar exercita în orice branșă a artei de vindecare va risca întâi o amendă între 25 și 100 de florini, cu confiscarea medicamentelor, a aparatelor și instrumentelor care s-au folosit au sunt destinate comiteri infracțiunii; amenda va fi dublă în caz de recidivă; pentru a treia contravenției delincventul va fi pedepsit cu închisoare de la cincisprezece zile la șase luni.”

Dar această lege nu definește cu exactitate în ce constă practicarea ilegală a medicinei, suscitând dificultăți în aplicarea sa.

Jean Servier, *Magia, Iași, Institutul European, 1993, p. 17*

Magie și știință

Mai întâi trebuie precizat faptul că între magie și știință există diferențe esențiale. La limită, cele două sunt „paradigme incommensurabile” (The Kuhn) Prin urmare, una nu este mai bună decât cealaltă. În fond, ele nu se pot compara. Se bazează pe modele de gândire, reprezentare și acțiune profund diferite.

Orice intelectual cunoaște că știința – inclusiv cea modernă – se întemeiază pe un tip de gândire rațională. Conform acesteia, a cunoaște înseamnă a cunoaște prin cauze. Însuși Dumnezeu a fost definit, în raționalismul scolastic medieval, drept **cauza supremă**, față de care o altă este de neconceput. Modelul gândirii raționale a fost preluat în cultura europeană din civilizația greco-latină și dus spre o limită a sa: **raționalismul**.

Din totdeauna, știința a pariat pe existența și funcționalitatea a trei principii logice: al identității, al noncontradicției și pe cel al terțiului exclus. Primul afirmă că A este egal doar cu el însuși, al doilea că A nu poate să fie A și non A în același timp, iar terțiul exclus susține că A este sau adevărat, sau fals: a treia posibilitate nu există (**tertium non datur**). Toate trei, împreună cu teza ireversibilității timpului, au stat la baza științei convenționale din totdeauna. Excepțiile nu au făcut decât să întărească regula.

Or, sunt multe situații în istoria culturii – inclusiv în magie – când aceste principii logice sunt serios provocate și chiar anulate. Hermes, de exemplu, este un zeu ambiguu, paradoxal. Este deopotrivă amfitrionul artelor și patronul hoților. Falusul Zeului Shiva este organul sexual propriu-zis, dar și simbolul vieții și al fecundității. **Homo religiosus** din Orient poate oricând să-l proslăvească, făcând abstracție de banala sa funcție biologică. Piatra de la Mecca sau icoana creștină sunt, în același timp, obiecte, dar și **hierofanii**, adică realități transfigurate de prezența sacrului. Magicianul practică, printre altele, bilocația, anulând astfel legile convenționale ale universului fizic. Spulberă ireversibilitatea timpului și unicitatea **topos**-ului. În cazul său, lanțul cauzalității științifice este răsturnat: „după” poate precede pe „înainte” și atunci toate comentariile și explicațiile științifice referitoare la acest miracol magic

cad pe lângă. În concluzie, magia își are alte legitimități și principii de funcționabilitate decât știința.

Confuzia continuă să provină și din faptul că noi, modernii, continuăm să judecăm disciplinele spirituale – alchimia, astrologia, magia – după canoanele științei marxiste de manual. Deplângem, de exemplu, absența „valorii de întrebuințare” a acestor arte străvechi. N-ar fi fost bune de nimic, și tocmai de aceea ar fi dispărut! Nimic mai fals, arată Culianu, în excelenta sa carte **Eros și magie în Renaștere**. Ele aveau ceea ce noi numim „valoare de întrebuințare”, numai că nu asta le interesa. Aveau scopuri spirituale, nobile, mult mai subtile și, prin urmare, inaccesibile celor profani. Magia, de exemplu, funcționa sub numele de „magie naturală” și cuprindea în acest sens cunoștințe tehnice, cum ar fi pirotehnia și procedeele optice, teurgice, medicale; metoda de stenografie și telecomunicare și, nu în ultimul rând, tehnici de manipulare a maselor. Dar nu acesta era scopul ultim al magiei.

Pe de altă parte, sub aceeași păguboasă influență a științei de manual, explicăm astăzi, oarecum nostalgici, dispariția magiei și a altor practici spirituale prin inadecvarea lor la condițiile progresului tehnic. Acesta din urmă a fost și continuă să fie pentru mulți dintre noi Dumnezeuul lumii moderne. Fără progres nu s-ar fi putut face nimic.

Afirmația este din nou falsă. Culianu amintește de Copernic, care și-a imaginat heliocentrismul universului fără nici mijloc tehnic, folosindu-se doar de un model pitagoreic. Nicolaus Cusanus a afirmat infinitatea Universului, cu ajutorul propriei sale minți, lipsindu-se de orice altceva. Asta nu înseamnă că tehnica nu a avut nici un rol în formarea spiritului modern. A avut, dar rolul său a fost unul secund, departe de importanța pe care i-o acordau savanții marxiști.

A. Athanasiu, Elemente de psihologie medicală, București, Editura Medicală, 1983, p. 280

Sociologia istorică a profesiei medicale

În fiecare epocă istorică medicina s-a impus sau a progresat prin anumite tipuri de contribuitori și prin anumite ramuri ale sale. În Imperiul Roman, contribuția esențială a fost a clinicienilor; în Renaștere, a anatomistilor și fiziologilor (pe linie descriptivă);

în sec. al XIX-lea, a fiziologilor și a bacteriologilor (pe linie explicativă); în secolul al XX-lea, a biochimistilor, a farmacologilor și a chimiștilor farmaceutici. Odată cu precizarea metodologiei științifice în medicină, dezvoltarea medicinei a devenit tot atât de rapidă ca și „ciupercile după ploaie”, iar medicina a luat curând aspecte de „industrie majoră” (Reader și Gross). Medicina ultimului secol poate fi caracterizată, printre altele, prin dezvoltarea conceptualizării științifice, prin creșterea numărului de cercetători cu diviziunea muncii, prin anexarea unor investitori din alte discipline (exemplele lui Pasteur, Paulin etc.). Cariera de cercetător în medicină nu mai necesită instrucție clinică. Medicul continuă să identifice problemele critice, dar activitatea de investigare tinde să progreseze mai rapid sub propriul ei impuls. Medicina ultimelor decenii înregistrează contribuția crescândă – nu numai a biofizicii și a biochimiei, ci și a sociologiei și a psihosociologiei.

Evoluția științelor medicale a făcut necesară specializarea; evoluția tehnicii medicale a făcut ca medicul izolat să nu poată rezolva problemele de diagnostic și de asistență. Interesele superioare de stat au obligat guvernele să ia sub control direct rezolvarea marilor probleme de sănătate publică; de asemenea, s-a îmbunătățit organizarea socială a asistenței sanitare în sectoare tot mai diverse.

Acestea reprezintă o parte din cauzele care au dus la „birocratizarea” progresivă a vieții medicale, și la transformarea treptată a medicilor în funcționari salariați. În S.U.A. medicul de medicină generală este „muribund”, adică pe cale de dispariție. Autoritatea „paternă” a medicului de familie a scăzut pe măsură ce creștea competența specialiștilor și cultura pacienților. Medicina „omnipracticiană” s-a devalorizat și prin neglijarea (de către reprezentanții ei) a unei instrucții continue și prin surmenajul la care era supus medicul – decalat din punct de vedere tehnic și privat de viață personală prin solicitări neîntrerupte.

Medicina de „cabinet particular” poate fi privită sub mai multe aspecte. Ea poate fi opusă medicinei instituționalizate – aproape în același fel în care s-ar opune munca meșteșugărească celei industriale. Din alt punct de vedere, ea poate fi privită ca o **medicină individualistă** (căreia i s-ar opune una de prestație **colectivă**). De asemenea, ea poate fi privită ca o **medicină liberalistă**, bazându-se pe legea cererii și a ofertei, permițând concurența, competiția și, eventual, succesul material deosebit al unui

grup. Ea poate fi considerată și ca o **medicină tradiționalistă**, susținută de o categorie de oameni sinceri și dezinteresați, care văd în medicină un adevărat sacerdoțiu. „Științistii”, „raționaliștii”, „pozitiviștii”, „tehniștii” luptă, dimpotrivă, pentru organizarea asistenței sociale în adevărate „uzine ale sănătății”, medicii lucrând în **echipă**. Echipa reunește deci medici de discipline diferite; este eterogenă și ierarhizată.

În sfârșit, medicina de practică individuală poate fi înțeleasă și ca o **medicină „personalistă”**. Cu alte cuvinte, se susține că în acest fel se poate asigura un contact **interpersonal** între bolnav și medic, contact care este condiția exercitării unei veritabile „**medicină a persoanei**”, despre care A. Vincent spunea: „persoana umană a bolnavului trebuie să fie considerată în totalitatea sa și cu respect. Persoana medicului, de asemenea, pentru a fi totalmente eficientă, trebuie să fie respectată”. Ignorarea **persoanei** deumanizează medicina. Contactul medic-bolnav pe care-l preconizează unii reprezentanți ai acestui curent este diferit de cel **indiferent** (ca în examenele de medicină **preventivă**) și de cel care în care bolnavul are o poziție de inferioritate, de dependență, de supunere (ca în spitale). Încrederea, ducând până la confesiune, se obține greu în condițiile în care un oarecare bolnav se adresează **unui oarecare medic**. „**Medicina persoanei**” este aceea care dă atenția cuvenită problemelor de viață și atitudinii față de boală. Dacă medicina „psihosomatică se exercită cu capul, medicina persoanei se exercită cu inima, păstrându-și capul deștept” (Vincent, 19649). Această „medicină a persoanei” cere omnipracticism (perspectiva globală asupra omului!), liberă alegere, discreție, **disponibilitatea** medicului. „Dacă pacientul cere specialistului înainte de toate calități tehnice incontestabile, el pretinde din partea omnipracticianului o mare disponibilitate și o largă înțelegere (P. Miliez). Dar pentru că fundamentul ei este dragostea de semen, ea se situează la antipodul **individualismului**. Subliniem că „**medicina persoanei**” acordă o mare importanță **persoanei** medicului în calitate de **agent psihoterapeutic** (De Maeder). Faver Boutonnier (1962) deosebea tipul de **medic mecanician**, care poate fi substituit prin alt tehnician, și tipul de **medic-magician**, unde medicul este singularizat în raport cu bolnavul. Evident, în cazul chirurgiei de urgență (și în alte

cazuri), distincția se șterge; dar ea este capitală (după Vincent) în cazul bolnavilor funcționali (și, desigur, pentru psiho-terapie).

Medicină populară / medicină științifică

*Medicina populară este definită, în general, ca un ansamblu de cunoștințe, credințe și practici empirice, care sunt bazate pe tradiție și oralitate, fiind acceptate într-un mod necritic de o populație, în virtutea unor experiențe seculare. Conform cu Gheorghe Brătescu, ea **nu este o aglomerație întâmplătoare și haotică de credințe absurde și de tehnici empirice, ci o structură destul de coerentă. Ea uzează de o metodologie rațională, chiar și atunci când operează cu elemente iraționale.***

Un asemenea tip de medicină este definit următoarele trăsături principale:

- a) caracterul tradițional, continuat de la o generație la alta, în conformitate cu obiceiuri și cutume bine stabilite în cursul timpului;*
- b) credința în forțe supranaturale, ceea ce îi conferă credibilitate morală;*
- c) natura nediferențiată a rolurilor practicianului („vindecătorului”), care nici nu este definit de o cunoaștere ezoterică, accesibilă numai inițiaților, și nici nu posedă capacități speciale de tămăduire;*

*Aceste trăsături o deosebesc de medicina științifică atât din punctul de vedere al concepțiilor științifice, cât și al metodologiei utilizate. **De regulă, medicul savant – sublinia Gh. Brătescu – procedează, mai întâi, la punerea diagnosticului, ca abia după ce definește specia nosologică a cazului de care se ocupă să prescrie medicația și alte forme de tratament ce urmează să fie aplicate de aici înainte. În medicina populară, punerea diagnosticului și efectuarea tratamentului se produc însă simultan.***

*Medicina populară posedă, în general, majoritatea trăsăturilor medicinei laice, nespecializate, deoarece, dacă unele remedii ale sale sunt viabile, teoriile pe care le folosește au un caracter fie neștiințific, fie cvasiștiințific. Prin modul cum este organizată și funcționează, ea reprezintă, de fapt, o componentă **neinstituționalizată** a modelului cultural medical în accepția sa științifică. Începuturile sale datează de milenii, din momentul în care oamenii au început să caute, prin metoda încercărilor și a erorilor, diverse soluții de vindecare a bolilor.*

În pofida accentului pus pe elemente magice sau religioase, prin vrăji și descântece, medicina populară folosește, în asociere cu ele, numeroase remedii naturale (ierburi sau rădăcini), descoperite ca urmare a unei strânse și îndelungate legături cu pământul.

Elemente ale acestui tip de medicină sunt prezente și azi, în diferite comunități rurale sau în diverse enclave culturale, caracterizate de credințe și practici medicale distincte. În unele dintre acestea există, de exemplu, credința că atât căldura, cât și frigul sunt cauze principale ale bolilor, sănătatea fiind o stare de echilibru între forțele reci și cele calde, iar boala, dimpotrivă, o stare de dezechilibru al acestor două forțe. Ca urmare a acestor convingeri sunt prescrise, ca remedii, diferite alimente sau lichide care – conform cu definițiile culturale ale diverselor populații – posedă proprietatea de a reechilibra organismul. De exemplu, combaterea răcelii cu alimente sau lichide calde și, invers, a fierbințelii cu alimente lichide sau reci.

Noțiunea de echilibru este bazată, de fapt, pe teoria umorilor, a lui Hippocrate care, deși neștiințifică în esență, a oferit, pentru prima dată, într-o formă sistematică, o explicație generală a genezei bolilor. Această explicație neștiințifică a fost preluată și continuată în numeroase variante, de medicina profană și este prezentă, într-o formă sau alta, în diferitele credințe ale medicinei populare.

*Deși credința în dezechilibrul forțelor reci și calde pare să furnizeze o schemă generală a etiologiei bolilor, trebuie menționat totuși că, atât medicina populară ca prototip, cât și medicina laică, în general, au un caracter și un efect **paliativ**, deoarece nu sunt preocupate atât de **cauze**, cât de **simptome**, adică de sensul subiectiv al bolii, de ceea ce simte sau crede că simte bolnavul. Adeseori, aceste simptome nici măcar nu corespund unui model clinic din medicina științifică. Așa cum observa, cu îndreptățire, medicul Gheorghe Brătescu, **există boli și sindroame care se bucură de o largă recunoaștere în medicina populară, dar pe care știința medicală refuză să le admită ca atare**. Autorul citat oferă, în acest sens, exemplul **deochiului, vătămurilor sau aplecăturii**, care sunt interpretate de multe ori de medicina științifică drept manifestări ale sugestiei sau ale unor tulburări cu caracter psihogen.*

Contra acestor afecțiuni sau dureri, medicina populară prescrie o vastă colecție de remedii naturale, printre care diete riguroase, oblojeli, leacuri băbești, fierturi de

plante, ierburi ori rădăcini, însoțite, în majoritatea cazurilor, de farmece și descântece. În procesul de vindecare, tămăduitorul are un rol extrem de important, mult diferit de cel al medicului. El nu este numai un simplu „vindecător”, ci un veritabil **protagonist** în lupta cu spiritele ostile (demonice), pe care le „somează” să-i dea pace bolnavului (Brătescu, G., 1989, p. 14-15).

Deși medicina populară este practică, cu precădere, în ariile rurale, unde serviciile medicale sunt mai puțin prezente, ea supraviețuiește, în diferite forme, și în zonele urbane, prin diferitele metode ale medicinei laice aplicabile pentru **autotrătatamentul** unor boli. Aspirina, ceaiul sau băile cu sare, de exemplu, sunt administrate pentru a scăpa de răceală, uleiul este folosit pentru a ameliora diferite arsuri, frecțiile pe stomac sunt utilizate în indigestii etc. În majoritatea cazurilor, aceste remedii sunt corecte din punct de vedere empiric.

În întregul lor ansamblu, medicina laică și prototipul său – medicina populară – constituie tot ceea ce cunosc și practică profanii în materie de sănătate, în legătură cu necesitatea de a obține rezultate observabile cu privire la ameliorarea sau vindecarea bolilor. Asemenea cunoștințe și practici nu trebuie ignorate de medicina științifică, deoarece ele pot influența puternic chiar decizia bolnavului de a se adresa medicului, decizie bazată, în mare măsură, pe o serie de factori cu caracter extramedical.

Trăsături principale ale medicinei științifice

Principală trăsătură a medicinei științifice constă din caracterul ei rațional. Având un caracter și un conținut diferite de cele ale medicinei populare, dar preluând de la aceasta o serie de elemente viabile, medicina științifică este caracterizată de următoarele elemente:

- a) **caracterul rațional** – adică solicitarea unor probe empirice pentru validarea cunoștințelor;
- b) **caracterul naturist** din punctul de vedere al abordării bolilor și **pozitivist** din punctul de vedere al metodologiei folosite;
- c) existența unor **roluri profesionale diferențiate**, rezultând din diviziunea socială a muncii, și caracterul ezoteric al cunoștințelor, inaccesibile profanilor.

*În raport cu diferite criterii etiologice, boala poate fi definită ca o formă specifică de deviere sau abatere de la funcționarea normală a organismului uman, care are o serie de consecințe indezirabile sau nocive, întrucât produce **disconfort personal sau afectează, într-un mod ostil, viitoarea stare de sănătate a individului.***

*Privite în acest mod, efectele bolii au un sens disfuncțional, atât din punctul de vedere al afectării funcțiilor organismului, cât și din punctul de vedere al frânării unor activități sociale. De exemplu, incapacitatea indusă de boală influențează în mod negativ eficiența muncii indivizilor și chiar conduitele lor **normale**, obișnuite. Se poate considera, deci, că într-o anumită măsură, orice boală poate fi circumscrisă problemei devianței conformității și controlului social existente într-o anumită societate. Sociologul american Talcott Parsons a definit, de altfel, boala ca pe o **conduită deviantă**, considerând instituția medicală ca fiind un sistem de control social, care **monitorizează** orice tendință perturbatoare ce alterează integritatea organismului social (Parsons T., 1957). Pentru acest sistem, norma de referință, în funcție de care se evaluează diverse tendințe perturbante este echivalent cu starea **normală, boala** (patologia) fiind o abatere sau o deviere de la această stare care, odată ce a fost diagnosticată, devine un element de control pentru sistemul de îngrijiri medicale.*

*Concepția lui Parsons este de fapt o reluare a vechii teorii **organiciste**, conform căreia sistemul social funcționează în mod analog cu organismul uman, fiecare dintre funcțiile sale asigurând menținerea și adaptarea întregului. Pentru acest motiv, sănătatea și boala sunt privite ca probleme specifice de **biologie socială** (prin analogia organism uman – organism social), care aduc în prim-plan diverse aspecte bioloice și sociale ale conduitelor umane, confruntate, în diferite circumstanțe, fie cu **norma** (starea de **sănătate**), fie cu devierea de la această normă (stare de **boală**).*

*Pornind de la concepția lui T. Parsons, o mare parte dintre studiile sociologice consacrate sistemului medical au apreciat că starea de sănătate nu poate fi definită decât în contextul unor definiții culturale, reprezentând o **normă socială** care corespunde unor standarde colective, potrivit cărora diversele capacități ale indivizilor pot fi sau nu adecvate pentru îndeplinirea activităților și rolurilor pentru care aceștia au fost socializați. Din acest punct de vedere, ca noțiuni interpretative,*

sănătatea și boala sunt relative, depinzând, pe de o parte, de starea instituțiilor de îngrijire și a științei medicale, iar pe de altă parte de contextul social și cultural care determină diversele definiții ale problemelor umane.

Ansamblul valorilor culturale ale unei anumite societăți reprezintă, prin urmare, principalul punct de referință pentru înțelegerea și interpretarea sănătății sau bolii, care au, în acest sens, un conținut axiologic. Desemnând un anumit „mod” sau „stil de viață”, cultura determină chiar valoarea care se acordă, în orice societate, sănătății ca fenomen social. T. Parsons a analizat, în acest sens, 314 valori, cuprinse în „cultura sănătății”, argumentând că importanța pe care o acordă societatea americană sănătății este legată direct de valorile culturale ale **activismului** (orientarea permanentă spre acțiune, pentru supunerea ambientului), **lumescului** (**worldlyness** – accentului pus pe scopuri practice, cu caracter laic) și **instrumentalismului** (importanța acordată realizării scopurilor prin cele mai eficiente mijloace). Problema centrală, care constă în definirea sănătății și a bolii, este comună unor societăți cu valori extrem de diferite – aprecia Parsons –, iar orientarea dinamică a societăților moderne produce, mai degrabă, diferențe de accent decât criterii fundamentale pentru definirea celor două noțiuni. Sănătatea este o necesitate **funcțională** a sistemelor sociale, și orice societate manifestă un interes primordial pentru menținerea capacității populației la un nivel suficient de ridicat pentru a asigura realizarea diverselor sarcini sau funcții sociale. Sociologul american sublinia, de altfel, că definițiile date sănătății sau bolii sunt în legătură directă cu **problema statusului și a rolului, în măsura în care îndeplinirea unor sarcini este fundamentală pentru toate societățile umane.(...) Trebuie să existe, deci, întotdeauna, standarde de adecvare între asemenea realizări de sarcini și capacitățile care le sprijină și care presupun, la rândul lor, deosebiri între stările indivizilor, mulțumitoare sau unu din punct de vedere al acestor standarde** (Parsons T., 1957).

Cu alte cuvinte, capacitățile funcționale ale indivizilor sunt apreciate întotdeauna în funcție de standarde sau repere normative. Incapacitatea de a corespunde acestor standarde, din cauza unor condiții obiective, tinde să fie definită ca boală, care nu poate fi controlată de individ, motiv pentru care acesta este scutit, în mod legitim, de

responsabilitățile obișnuite. Aceasta spre deosebire de infracțiune, de exemplu, care poate fi și ea interpretată ca incapacitate de adecvare la standarde normative, ca „devianță”, dar care se află sub controlul motivației individuale, exceptând acele cazuri în care individul infractor are o conduită patologică. Boala, conchidea Parsons, este singura formă de „devianță legitimă”, acceptată, deci, de societate.

CURS VII

HIPOCRATE ȘI HIPOCRATISMUL⁴

- Generalități
- Hipocrate
- Volume
- Izvoare ale hipocratismului
- Domenii ale medicinei
- Discipoli

Brătescu, G., *Hipocratismul de-a lungul secolelor*, București, Editura Științifică, 1968, p. 7

Asemenea matematicii și biologiei, medicina actuală îi datorează geniului elen fundamentarea sa științifică. Abia în Grecia antică meșteșugul vindecării a izbutit nu numai să se desprindă din cețurile gândirii magice, dar să și depășească în mod hotărât empirismul, datorită strădaniei de a încadra cunoștințele de patologie într-un sistem consecvent de explicații raționale. Rădăcinile științei moderne stau înfipte în solul fecund al gândirii clasice grecești și înseși acele elemente științifice considerate îndeobște a fi moștenite de la egipteni, mesopotamieni sau iranieni nu au subzistat în tezaurul de cunoștințe al omenirii decât în măsura în care deveniseră, în prealabil, bunuri ale culturii elene sau eleniste; medicina nu face excepție de la această regulă.

De două milenii, profesiunea medicală continuă, în Europa și în Orientul Mijlociu, să-l socotească pe Hipocrate din Cos drept părintele ei. „Orice meserie are nevoie de întemeietori, de strămoși, de eroi către care să-ți poți ridica privirea și de care să poți fi mândru”, remarcă, în această privință, Henry E. Sigerist.

p. 8

Există și astăzi cercetători care declară că „istoria gândirii medicale nu reprezintă altceva decât istoria întoarcerilor succesive la Hipocrate, aceleași ca tendință fundamentală, dar mereu noi prin mijloacele folosite.”

⁴ G. Brătescu, *Hipocrate și hipocratismul*, București, Editura științifică, 1968, p. 7

În schimb, alți contemporani îi recunosc hipocratismului numai merite strict istorice, ținând de încheierea medicinei științifice. Astfel, Etienne May se socotește dator să atragă atenția asupra faptului că „efortul imens” al gânditorilor medicali antici nu a izbutit și nu putea izbuti să ducă „nici la individualizarea bolilor, nici la descoperirea cauzelor acestora, și nici la mijloacele de a le trata.

p.9

Există totuși o atitudine hipocratică fundamentală în problemele practice și teoretice, tocmai acea atitudine care a îngăduit medicinei grecești să depășească empiricul, magicul și sacerdotalul. Mai trebuie remarcat faptul că, dacă mulți savanți care se proclamau discipoli fideli ai lui Hipocrate au avut prea puțin în comun cu învățătura cuprinsă în cărțile atribuite acestuia, tot astfel unii dintre cei care au formulat critici și rezerve sistematice în legătură cu ceea ce socoteau ei că reprezintă esența hipocratismului erau, în realitate, la vremea lor, promotorii unui spirit cu adevărat științific, cu adevărat pe linia doctrinei și metodei școlii din Cos.

p. 11

Întreaga literatură medicală care s-a păstrat din „epoca de aur” a culturii elene se leagă, pe drept sau pe nedrept, de numele lui Hipocrate din Cos.

Colecția hipocratică (**Corpus Hippocraticum**), așa cum o cunoaștem astăzi, cuprinde aproape 60 de lucrări din domenii foarte diferite ale meșteșugului vindecări.

Din categoria scrierilor cu caracter general amintim în primul rând faimosul **Jurământ (Orcos)**, prin care noul medic se angaja să poarte veșnic recunoștință maestrului său și să manifeste cele mai înalte calități morale în activitatea profesională. Preocupări deontologice întâlnim și în tratatele **Legea (Nomos)**, **Despre comportarea cuvenită (Peri euschemosynes)** și altele. O pasionantă pledoarie în favoarea artei medicale este tratatul **Despre meșteșug (Peri technes)**. Scrierea **Despre vechea medicină (Peri archaies ietrikes)** conține o schiță a istoriei artei vindecării, o expunere polemică asupra bazelor metodologice ale medicinei și importante considerații asupra valorii terapeutice ale regimului alimentar. **Aforismele (Aphorismoi)** s-au bucurat, de-a lungul timpului, de o popularitate neegalată de nici o altă operă hipocratică; acest tratat este alcătuit dintr-un șir de constatări cu caracter practic sau teoretic, formulate foarte concis și deci ușor de memorizat și de citat.

Dintre scrierile de anatomie și fiziologie putem menționa tratatele **Despre inimă (Peri cardies)**, **Despre mulchi (Peri sarcon)**, **Despre glande (Perin adenon)** și altele. Remarcăm că în aceste lucrări problemelor de morfologie li se acordă, de fapt, mult mai puțină atenție decât par să făgăduiască titlurile. În aceeași categorie este inclusă și scrierea **Despre natura omului (Peri physios anthropou)**, în care găsim o prezentare sistematică a teoriei celor patru umori fundamentale.

Dintre scrierile de dietetică semnalăm primele cărți ale tratatului **Despre regim (Peri diaites)**.

În atenția scrierilor de patologie generală trebuie amintit în primul rând tratatul **Despre aer, ape și locuri (Peri aeron, hydaton, topon)**, în care întâlnim o remarcabilă expunere privind influența factorilor climatici asupra sănătății indivizilor și a colectivităților, cât și prețioase considerații cu caracter antropologic, etnografic și sociologic, referitoare la greci și la popoarele vecine cu ei. Tratatul **Despre săptămâni (Peri hebdomadon)** abundă în speculații asupra virtuților excepționale ale cifrei șapte. Scrierea **Despre vânturi (Peri phxson)** promovează ideea că aerul reprezintă elementul principal în determinarea stării de sănătate și de boală. **Prognosticul (Prognosticon)** este o lucrare prin excelență clinică, axată pe preocuparea descoperirii semnelor capabile să-i îngăduie medicului de a prevedea evoluția fiecărei îmbolnăviri.

Printre scrierile de patologie specială locul de frunte li se cuvine celor șapte cărți ale **Epidemiilor (Epidemicon)**, în care este prezentată succesiunea tablourilor morbide înregistrate de-a lungul anilor, în anumite ținuturi ale Eladei, cu precizarea anotimpului și a condițiilor meteorologice. Tot aici trebuie menționat tratatul **Despre boala sfântă (Peri hieris nosou)**, prima „monografie” consacrată unei singure entități nosologice în literatura științifică universală. Importanța deosebită a acestei lucrări costă mai ales în hotărâta luare de poziție împotriva intruziunii magiei și misticismului în domeniul medicinei.

Dintre scrierile terapeutice menționăm valorosul tratat polemic **Despre regim în bolile acute (Peri diaites oxeon)**.

De o prețuire deosebită au beneficiat, până în pragul epocii noastre, scrierile chirurgicale din Colecția hipocratică: **Despre oficina medicului (Cat iaterion)**, **Despre fracturi (Peri agmon)**, **Despre articulații (Peri arthron)** și altele.

Aceste cărți excelează, deopotrivă, prin precizia cunoștințelor de fiziopatologie și prin ingeniozitatea tehnicilor ortopedice preconizate. În tratatul **Despre rănila capului (Peri ton en kephale tromaton)** sunt recomandate metode complexe de explorare și de intervenție chirurgicală pe craniu, inclusiv trepanația.

În **Corpus Hippocraticum** figurează și o scriere de oftalmologie, tratatul **Despre vedere (Peri opsios)**.

În seria scrierilor de ginecologie, obstetrică, și pediatrie intră numeroase lucrări, dintre care menționăm: **Despre natura femeii (Peri gynaikeies physios)**, **Despre bolile femeilor (Peri gynaikenion)**, **Despre nașterea la șapte luni (Peri heptamenou)**, **Despre nașterea la opt luni (Peri octamenou)** etc.

p. 19

Colecția hipocratică constituie o strălucită expresie a avântului științific pe care medicina greacă l-a cunoscut în secolele al V-lea și al IV-lea î.H. Elaborarea scrierilor din această culegere a beneficiat de experiența generațiilor de medici care se succedaseră în cetățile elene, după cum este neîndoielnic că ecurile activității medicale desfășurate dincolo de hotarele lumii grecești au trebuit să se facă auzite și ele, într-o măsură sau alta, în paginile venerabilului **Corpus**. Au existat, de altminteri, istorici ai medicinei care l-au prezentat pe semilegendarul Hipocrate drept un simplu răspânditor al „înțelepciunii orientale”.

Egiptul antic

p. 22

Este neclară și nesigură legătura directă dintre Hipocrate și medicina egipteană. Cert este că aceasta era cunoscută și apreciată de către greci. Cu multe secole î.H., scriitorul Clemens din Alexandria nota că, după părerea unora, **egipteanul Apis** este cel care a inventat, de fapt, medicina, pe care, ulterior, avea s-o perfecționeze Asclepios.

În *Odiseea* se povestește că Elena a turnat în vinul lui Menelau și al unor oaspeți ai acestuia „un leac ce alină jalea, alungă grijile și șterge amintirea tuturor relelor”; băutura măiastră o primise de la „Polidamna”, soția lui Tonmos, din Egipt, unde pământul rodește din belșug leacuri, unele bune și altele vătămătoare, și unde vracii sunt pricepuți, ca unii ce se trag cu adevărat din Peon. Încă din epoca homerică medicina egipteană se bucura, așadar, de un prestigiu deosebit, întemeiat probabil pe recunoașterea eficacității unor procedee și preparate terapeutice împrumutate din Țara Nilului.

Opinia că începuturile medicinei grecești poartă pecetea practicilor vindecătoare și a „organizării sanitare” egiptene a fost împărtășită și de Littré, care considera că egiptenii, „primii învățători ai grecilor”, au creat în Elada **așezăminte medicale** de tip sacerdotal, aidoma celor de pe malurile Nilului. După ce invocă mărturiile lui Strabon și Galen cum că preoții egipteni însemnau cu grijă, în registre speciale, anumite date despre bolile pe care le tratau, Hudart presupune că, urmare a acestui exemplu, în templele grecești se statornicise deprinderea fixării în scris a metodelor terapeutice dovedite eficace și că însuși Hipocrate a utilizat asemenea note la redactarea unor tratate, de felul **Prenoșiunilor din Cos**.

p. 33

La întrebarea: ce moștenire ne-a lăsat Egiptul pe plan medical? Waren Dawson răspunde că medicina populară din aproape toate țările Europei și Orientului Apropiat își are obârșia în meșteșugul egiptean al vindecării, din care a împrumutat o sumedenie de cunoștințe anatomice, de procedee chirurgicale și ortopedice și, mai cu seamă, de formule medicamentoase. Într-adevăr, este incontestabil prelungul ecou pe care arta medicală a Egiptului antic l-a avut.

p. 34

Mesopotamia

Unii cercetători își pun întrebarea dacă nu cumva cercetările în legătură cu sursele străvechi ale hipocratismului ar trebui îndreptate mai degrabă către așezările statale din Mesopotamia antică, date fiind multiplele legături și forme de schimb dintre lumea egeeană și Babilonia.

Se știe că la asiro-babilonieni, mai mult decât în Egipt, explicațiile etio-patogenice stăteau sub semnul credințelor religioase. Această recunoaștere nu înseamnă desconsiderarea efortului de a depăși viziunea mistică și magică asupra esenței bolii, efort care, e drept, sub o formă destul de timidă, începuse să se manifeste în medicina mesopotamiană încă din epoca înfloririi Sumerului.

*Sendrail observă că semiții akkadieni „faceau o permanentă confuzie între răul fizic și răul moral”. Este semnificativ că, pentru ei, „întreaga cauzalitate patologică se rezuma într-un singur cuvânt, **șertu**, termen akkadian care desemna, deopotrivă, mânie a zeilor, păcat și pedeapsă.” Era deci firesc ca la prescrierea tratamentelor să aibă prioritate nu mijloacele empirice pozitive, ci ritualurile menite să garanteze bunăvoința și iertarea di partea zeităților mâniate.*

Merită, în schimb, atențiv ipoteza că teoria și practica hipocratică a prognosticului ar de inspirație mesopotamiană.

„Divorțul” dintre arta vindecării, așa cum se exercita ea pe malurile Tigrului și Eufratului, și cea practică din lumea grecească se vădește (...) mai ales în refuzul medicilor hipocratici de a cultiva magia, demonologia și divinația, aflate în mare cinste la asiro-babilonieni.

Chiar dacă admitem influența mai mult sau mai puțin directă a medicinei mesopotamiene asupra celei hipocratice, trebuie să constatăm că grecii au refuzat să-și urmeze „maestrii” pe drumul misticismului și iraționalului, mărginindu-se să preia unele elemente din valorosul fond empiric al „înțelepciunii orientale”.

Astrologismul babilonean va exercita, totuși, o influență reală asupra ideilor medicale ale Greciei, dar aceasta în epoca post-hipocratică și nici măcar direct, ci prin intermediul Egiptului.

René Berhelot are, probabil, dreptate, atunci când afirmă că astrologia caldeeană a găsit, totuși, un anumit răsunet în medicina Eladei. Este vorba de ideea că, asemeni ciclurilor imuabile de evoluție a astrelor și planetelor, ființele vii își desfășoară și ele existența conform unor cicluri care au o expresie numerică constantă; astfel cursul bolilor sau dezvoltarea embrionului se petrec în perioade de timp bine determinate, corespunzând anumitor repere cifrice.

p.42

Iranul

În sec. al VI-lea î.H., cetățile grecești din Asia Mică au intrat sub dominația perșilor.

*Un indiciu al înrâuririi exercitate de vechea medicină persană asupra celei elene ar fi oferit, după părerea anumitor istorici, de faimosul tratat **Despre săptămâni**, din **Corpus hippocraticum**. În două paragrafe ale acestei cărți, „microcosmosul” biologic este comparat cu „macrocosmosul” geologic, trupul fiind asemuit cu solul, iar lichidele organice cu râurile. Tot astfel, într-o scriere iranliană intitulată **Despre corpul omenesc – icoana lumii**, de origine presupus zoroastriană (...) se afirmă că „spinarea este cerul, cărnurile sunt ca solul, oasele ca și munții, vinele ca și râurile, sângele din trup ca apa din oceane etc.”*

După uni cercetători, n-ar fi exclus ca însăși teoria umorală, prezentă atât în medicina elenă, cât și în cea indiană, să-și aibă obârșia îndepărtată în cercul vechii civilizații indo-europene din Asia Centrală.

p. 45

India

Problema paralelismelor și a eventualelor înrudiri dintre știința Orientului și cea a Eladei capătă aspecte deosebit de interesante atunci când este vorba să se compare arta medicală indiană cu cea a vechilor greci. Nicăieri procesul demistifierii și desacralizării medicinei, caracteristic pentru Grecia clasică, nu a dobândit proporții atât de însemnate ca în India, unde acum două milenii a înflorit un meșteșug al vindecării întemeiat pe principii deduse, în mare măsură, din observația decisivă și din empirismul terapeutic. Mai mult încă, întâlnim aici, ca și în Grecia, o preocupare statornică pentru elaborarea unei adevărate teorii medico-filozofice, eliberate de tutela religiei și năzuind către formularea unor legi fiziologice și fiziopatologice încadrate într-o concepție rațională asupra naturii însuflețite și neînsuflețite.

p. 54

Tracii

*Se știe că leacurile traco-dacilor, ca și medicii lor descântători, s-au bucurat de o anumită faimă în lumea greco-romană. În dialogul **Charmide** al lui Platon sunt reproduse în felul următor spusele unui medic trac: „**Zamolxis**, regele nostru, care este zeu, ne spune că, după cum nu trebuie să încercăm a îngriji ochii fără să ținem seama de cap și nici capul nu poate fi îngrijit neținându-se seamă de corp, tot astfel trebuie să-i dăm îngrijire trupului dimpreună cu sufletul, și iată pentru ce medicii greci nu se pricep la cele mai multe boli: pentru că ei nu cunosc întregul pe care-l au de îngrijit.*

Absența oricăror mențiuni în scrierile hipocratice despre metodele și leacurile traco-dacilor se datorează, probabil, veșmântului mistic care la traci îmbrăca aproape ostentativ practica vindecătoare.

CURS VIII - IX

ALIMENTAȚIA

Ioan Claudian, *Alimentația poporului român*, București, Fundația Pentru Literatură și Artă Regele Carol al II-lea, 1939

p. 8

Studiul alimentației umane a intrat relativ târziu, ca disciplină de sine stătătoare, în domeniu preocupărilor științifice. Desigur, explicația principală este că cercetarea hranei omenești, sub toate aspectele, nu aparținea nici uneia dintre științele determinate, recunoscute și existente ca atare.

Ea a fost considerată, însă, din diferite puncte de vedere – izolate.

Istoria nu i-a dat niciodată o deosebită atenție, decât, am spune, episodic și la nivelul anecdoticului, în cel mai bun caz. *Mențiunile scurte (în istorie – n.n.) asupra hranei în cursul veacului se referă aproape exclusiv la alimentația claselor conducătoare, factori istorici prin excelență, și care este cea mai puțin caracteristică și, deci, cea mai puțin interesantă.*

Antropologia stricto sensu, știință tânără, nu putea să ocolească această problemă care îi pune la îndemână un bogat material de gândire, sugerându-i, în același timp, ipoteze interesante și, uneori, nu lipsite de risc.

Științele medicale au privit problema alimentară din două puncte de vedere foarte deosebite. De o parte cercetările de fiziologie și fiziopatologie au adus lămuriri însemnate în **studiul nutriției** individuale.

Pe de altă parte, **igiena și medicina socială** caută să aplice aceste date asupra sănătății diferitelor popoare.

Fără îndoială, **sociologiei și economiei sociale**, discipline foarte legate, li se cuvine meritul de a fi întreprins studiul alimentației umane în chip mai cuprinzător. În fond, procurarea hranei este factorul dominant al vieții economice și problema alimentației este înglobată, în mod firesc, în studiul economiei sociale. Pe de altă parte, alimentația este legată, inextricabil, de tipul social, de felul sau gradul de civilizație. **Hrana are strânse legături cu o seamă de manifestări colective ale unui popor, și studiul ei nu poate fi ignorat de sociologie, în înțelesul ei vast.**

*În ultimul timp, s-a recunoscut marea însemnătate a înrâuririi **factorilor naturali**, geografici, care alcătuiesc substratul tuturor fenomenelor sociale și economice, pe care ele condiționează printr-un proces imediat, sau îndepărtat și complex.*

De altfel, influența mediului fizic asupra individului și adaptării sale este recunoscut ca atare și de către alți cercetători.

V. Săhleanu, *Omul și alimentația*, București, Editura Științifică și Enciclopedică, 1977, p. 5

*Pentru om, ca și pentru toate viețuitoarele, alimentația (hrănirea) este în primul rând o necesitate vitală, o cerință absolută: fără hrană organismul nu s-ar putea menține, manifesta, dezvolta, perpetua. Înțelegerea adecvată a acestui fapt elementar pretinde însă discutarea **fenomenului vieții** în lumina datelor și conceptelor științelor contemporane. (...)*

*Alimentele nu sunt altceva decât substanțele care „intră” în sistemele vii individuale, în **organisme**.*

*Sistemul deschis vital nu se mărginește să fie numai un loc de trecere pentru substanțe. El le transformă, le **metabolizează**. În această privință el seamănă cu un cuprător de locomotivă, în care cărbunele este ars, transformat parțial în oxizi de carbon.*

*În organisme și în organele vii lucrurile se petrec altfel. Energia chimică pusă în joc în cursul metabolismului „alimentează” **direct** procesele specifice vitale din celule. De pildă, în mușchi energia chimică „trece” nemijlocit în energie mecanică (de tracțiune).*

*Organismul viu nu este un **perpetuum mobile**, care să funcționeze indefinit, pe baza unui unic impuls inițial. Cândva se credea că cel puțin **unele** manifestări ale organismului viu se datorează unei **forțe vitale**, cu caracteristici energetice cu totul deosebite. Cercetările de bioenergetică, efectuate prin metode și tehnici fizico-chimice precise, au demonstrat însă că bilanțul energetic al organismelor „ascultă”, fără excepție, de legea conservării energiei (de „primul principiu al termodinamicii”). Dacă muncim mai mult, avem nevoie de o hrană mai abundentă.*

Se știe că, în mediu artificial, cimpanzeii ajung repede să folosească adecvat obiectele confecționate de om. Observațiile făcute în Japonia pe maimuțe (sălbatic) mai puțin evolute (**Macaccus**) au arătat că ele învață prin imitație (de la om) să se alimenteze cu cartofi și să spele cartofii înainte de a-i mânca, „descoperire” care s-a răspândit repede în întreaga hoardă. Ce semnificație au asemenea observații pentru înțelegerea alimentației **umane**? Mai întâi, se constată că, la primate, alimentația este călăuzită nu numai de instinct, ci și de experiența de viață, intervenind imitația, obiceiurile și inovațiile individuale, difuzate „pe orizontală” la indivizi din aceeași generație și, eventual, „pe verticală”, de-a lungul generațiilor, așa cum se transmite cultura în grupurile sociale umane. Mai departe, se remarcă începutul unei **tehnologii** de procurare și de preparare a alimentelor. În sfârșit, schița comportamentului de vânatoare amintește de **mutația** etologică (comportamentală) suferită de oamenii-maimuță care, adaptându-se la viața de savană, au devenit, pentru milioane de ani, **vânători**. Omul-vânător este însă altceva decât **animalul de pradă** carnivor. El fabrică și folosește unelte (**homo faber**), pentru că este îndemânatic (**homo habilis**). El nu renunță la vegetația de origine vegetală, rămânând omnivor. El nu are nevoie de gheare și de dinți carnasieri, pentru că are arme de os, de lemn, de corn și de piatră, pumnale și suliți, lănci și săgeți. El se slujește de mână și de unealtă pentru a apuca hrana, pentru a o transporta, pentru a o îmbucătăți; de aceea el nu sfâșie, musculatura masticatoare nu trebuie să fie puternică, iar colții se pot reduce ca mărime și ca ascuțime. Încă de la maimuțele-oameni (*Australopithecine*) această micșorare a părților tari din craniu (care servesc la alimentare) pledează pentru întrebuințarea artefactelor. Vânătoria a fost prima activitate de **muncă** a oamenilor și a avut un rol însemnat în evoluția psihologică, socială și culturală a omenirii.

Un salt în dezvoltarea alimentației omenirii l-a constituit folosirea focului pentru prepararea hranei. Cu această inovație – care a avut loc, poate, acum un milion de ani – se inaugurează **gastrotehnologia** propriu-zisă.

p. 44

Aventura fiziologică a alimentelor începe, la om, la extremitatea cefalică a aparatului digestiv (gura). Omul are gură și nas, separate prin bolta palatină (și nu **bot**, ca majoritatea mamiferelor). Gura sa este prevăzută cu două arcade dentare

parabolice, de fiecare parte existând, sus și jos, doi incisivi, un canin, doi premolari și trei molari; primii trei se numesc **dinți**, ultimii cinci **măsele**. Forma dinților este adaptată funcțiunii lor; incisivii taie, canini pot mușca și sfâșia, măselele sfâșie și mestecă. Dinții sunt formați din cel mai dur țesut din organism, și sunt implantați în oasele fălcilor: maxilarul și mandibula (maxilarul inferior).

p. 48

Preferințele pentru alimente și băuturi au, astfel, și o componentă ereditară (**de gustibus no disputandum**). Consecințele nu privesc numai alegerea bucatelor ci, eventual, într-un mod mai direct, starea de sănătate. De exemplu, multe substanțe amare din legume (din varză, conopidă etc.) au o acțiune toxică asupra glandei tiroide și pot determina, experimental, gușa (gușa este o mărire de volum, însoțită de leziuni biochimice, celulare și tisulare, a acestui organ endocrin).

p. 55

Alimentele ajung în esofag, un tub care, la omul în picioare, este vertical, astfel încât alimentele **coboară** spre stomac. Dar procesul nu este unul pasiv, datorat atracției gravitaționale. Pereții tubului esofagian sunt înzestrați cu musculatură, care împinge **bolul** către stomac, sau care presează lichidele, făcându-le să țâșnească spre extremitatea inferioară a esofagului. Putem înghiți și atunci când suntem culcați (patrupedele înghit la o poziție orizontală a esofagului) și chiar atunci când capul este mai jos decât stomacul.

Stomacul a fost comparat cu o retortă, în care au loc reacții chimice. Caracteristica acestei retorte este faptul că ea operează „la rece”: reușește să producă simplificarea proteinelor, desfacerea lor în lanțuri peptidice, la temperatura corpului, în timp ce chimistul de laborator, pentru a obține același rezultat, trebuie să folosească fierberea. Stomacul, ca și chimistul, operează în mediu acid; în stomacul omenesc se află acid clorhidric. Performanța stomacului se datorează faptului că el secretă **catalizatori**. Sucul gastric este bogat în fermenți hidrolitici (enzime), care acționează specific asupra proteinelor (pepsina).

Scurt istoric al alimentației

Rădulescu, M., Sorin, *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Nemira, 2002

P. 130

*Știm foarte puține lucruri despre perioada în care populații de **primate** s-au desprins din trunchiul comun, evoluând – timp de câteva milioane de ani – spre **omul primitiv vânător**. Aceste populații au părăsit codrii tropicali și ecuatoriali pentru o viață de silvostepă și de stepă, în timp ce pongidele, pe carele numim astăzi „maimuțe antropomorfe” și-au continuat viața în pădure, specializându-se în locomoția arboricolă (devenind **brahiatori**). Pre-omul, umblând și alergând în două picioare, degajându-și mâinile, lărgindu-și, datorită poziției erecte, orizontul vizual, a cules treptat roadele acestor **avantaje selective** în noul mediu, la care s-a adaptat. El a păstrat (și a dezvoltat) viața de grup, care îi asigura o mai bună apărare față de predatori, și care a constituit premisa unui randament mai bun și la vânat. În grupul (ceata, hoarda) de primate, necesități de coeziune și pace între membrii grupului susțin manifestările de **dominanță**: există un rang al fiecărui mascul (desigur, nu definitiv, dar respectat ca atare între perioadele de organizări). Fiecare individ al unei cete de primate își agonisește hrana pe propria-i socoteală și, de obicei, nu-și împarte hrana cu nimeni (nici măcar cu puii înțărcați).*

(...) Protooamenii erau, ca și maimuțele-oameni, omnivori, dar contribuția alimentației carnate era mai sistematică și mai substanțială.

(...) p. 133

*Omul primitiv vânător are nevoie de un teritoriu de vânătoare, dar și de o bază stabilă de locuit, la care revin membrii grupului despărțiți dimineața în căutarea hranei. El nu este exclusiv vânător, ci și culegător, deci poate fi considerat când un consumator primar, când un consumator secundar, aceasta exploatând atât nivelul ecologic al producătorului (plantele), cât și pe cel al consumatorilor primari, baza lui de hrană fiind mai largă decât cea a primatelor ancestrale. În diferitele anotimpuri, în cadrul unui teritoriu larg, grupurile umane pot avea succesiv baze de locuit diferite, corespunzătoare modificărilor sezoniere din ecosistem. Unitatea economică (și alimentară) devine **familia**, iar succesul economic al grupului depinde de cooperarea din interiorul acesteia.*

Rădulescu, M., Sorin, *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Nemira, 2002

p. 73

Ingestia alimentară fiind variată în funcție de numeroși factori economici, istorici, etnografici, culturali, igienici, sanitari, personali etc., ceea ce se elimină comportă o mare variabilitate. O alimentație bogată în vegetale este implicit bogată în celuloză, iar celuloza constituie o masă nedigerabilă, care stimulează peristaltismul; în acest caz fecalele sunt mai abundente, iar expulzarea este mai frecventă. Constipația este evitată și, în consecință, este evitat și contactul prelungit cu unele substanțe toxice și iritante conținute în alimente. Statisticile arată că la populațiile ce consumă multe vegetale cancerul colonului și al rectului este mai rar. Se presupune că această diferență ține tocmai de lipsa stagnării materiilor iritante în porțiunea intestinală menționată. Igiena expulzării materiilor nefolositoare și impure („murdării”) este, poate, subestimată – din motive psihologice de pudibonderie. Prescripțiile religioase și morale din culturi respectabile nu o ignorau. „Purgația” intestinală era privită ca un complement necesar al exercițiilor spirituale sau ca o premisă a purificării sufletești.

F.Ștefănescu Goangă, *Adaptarea socială*, Cluj, Editura institutului de psihologie, 1939, p. 114

*Grupăm aici toți factorii fizici care, acționând asupra organismului – din momentul concepției până la moarte – pot produce modificări în conduită. Printre acești factori menționăm **starea de nutriție**, influențele toxice și infecțioase, agenții mecanici, climă, anotimpuri etc. O parte din acești factori pot să acționeze înainte de naștere (d.ex. infecțiile și intoxicațiile suferite de mamă în timpul sarcinii), alții la naștere, alții după. Cei mai mulți pot acționa în oricare moment al vieții. Influența lor asupra stării mintale, și îndeosebi asupra conduitei este foarte inegală. O influență reală pot să aibă factorii care acționează defarovabil asupra sistemului nervos și a glandelor cu secreție internă, producând diferite tulburări, mai mult sau mai puțin grave. Dintre factorii care pot produce leziuni în sistemul nervos și pot influența, indirect, viața psihică, menționăm meningita, encefalitele, febra tifoidă. Printre tulburările glandulare, cu efecte mai evidente asupra vieți emotive, menționăm hipertiroidismul.*

Ioan Claudiu, *Alimentația poporului român*, București, Fundația Pentru Literatură și Artă Regele Carol al II-lea, 1939p. 9

*S-a ajuns, astfel, la concepția antropogeografiei, știință esențialmente de sinteză, în cadrul căreia își pot găsi locul mai toate disciplinele care studiază omul în relațiile sale cu mediul natural. Se poate vorbi astăzi de o geografie etnică, de o biogeografie, de o geografie economică, socială, medicală, în sfârșit, de o **geografie alimentară**.*

*Dar această disciplină sintetică este incompletă dacă, alături de **factorul static**, pur geografic, nu se ține cont de factorul dinamic. **Evoluția**, factorul dinamic, oarecum neatârnat de cadrul geografic, natural, rămâne domeniul **științelor sociale**. Domeniul ei începe acolo unde umanitatea devine mai puțin dependentă de factorii geografici, de domeniul **științelor naturale**.*

*Problema alimentației nu poate fi înțeleasă în întregul ei, decât dacă va fi privită din acest dublu punct de vedere: **static** și **dinamic**. Alături de noțiunea geografică de **zonă**, trebuie considerată și aceea dinamică, de **etapă**, de **fază**.*

*Pornind de la un punct de plecare cu totul diferit, cercetători ai **științelor naturale**, botaniști, în primul rând (**Lichenfeld, Engelbrecht, Schweinfurth, de Candolle** și, mai ales, **Maurizio**) au întreprins studiul **alimentației vegetale**.*

p. 11

*Factorul geografic dominant în alimentație e desigur ansamblul condițiilor de vegetație ale regiunii, care constituie ceea ce se numește **geografia botanică**. E substratul de care depinde și **lumea animală**, celălalt factor al alimentației.*

*Distribuția vegetației pe glob, care este obiectul acestei geografii botanice, este la rândul ei în funcție de doi factori: **climă** și **sol**. Acești doi factori, și în special primul, sunt, în realitate, noțiuni complexe, greu de definit și de clasat.*

*Trecând la o analiză amănunțită a componentelor climatice: **temperatură**, cu toate caracteristicile ei (izoterme medii, izoterme de vară, primele zile de îngheț, contraste sezoniere etc.) **regimul precipitațiilor** (înălțimea căderii de apă, repartitia ei sezonieră), **regimul vânturilor**, geografii de astăzi ne spun că țara noastră este la o „**răspântie climatică**”, unde se întâlnesc două influențe: una **continentală**, care domină regiunea de răsărit a țării, și alta central-europeană, care se simte mai ales în Apusul țării. În al doilea rând, influența mediteraneană ajunge, estompată, la anumite*

ținuturi din Sud, iar influența **baltică**, și mai puțin pronunțată, în anumite regiuni din Nord.

Dar această întretăiere de influențe, care dă climei noastre un caracter de tranziție, cu aspect oarecum caracteristic (**climat getic – S. Mehedinți**) se simte numai în regiunea câmpiei și a stepii. Cea mai mare întindere a țării noastre (aproape 70%) e sub stăpânirea climei de munte și de deal, cu caracteristicile ei proprii. Se poate spune că, **din punctul de vedere al climei, țara noastră este dominată de relief**. Din acest punct de vedere, suntem **solidari cu zonele muntoase ale Apusului**, reprezentate de masivul alpino-carpatic.

În ceea ce privește **solul**, structura agro-geologică, celălalt determinant al vegetației, se constată aceeași „întâlnire de trei lumi”. Carpații, cu ramificațiile lor mai joase, sunt o parte a sistemului alpin care acoperă toată Europa Centrală și s-a oprit aici, la marginea de Est a continentului. Podișul Moldovei continuă zona cernoziomelor, iar Podișul Dobrogei nu este decât o prelungire a platformei Balcanilor.

Un rol extrem de important îl are, așadar, în starea de sănătate, **alimentația**.

„Dacă aș fi rege, nu al bea decât grăsime”. Rostită de un țăran francez, într-un text din sec. XVII-lea, replica scoate la lumină o carență fundamentală (poate principala) a regimurilor alimentare „sărace” din trecut. (Vorbind) despre de ulei, unt, slănină (este de remarcat) profunzimea valorilor culturale (în afară de cele economice și alimentare) pe care aceste diverse moduri de „ungere” și de condimentare pe care le presupun. Dar, într-adevăr, posibilitatea de gras era adesea problematică: untul și uleiul de măsline fiind foarte costisitoare, alimentația țărănească se baza mai ales pe grăsimile extrase de la porc (slănină, untură, osânză) și, în anumite regiuni, pe uleiul de nucă; în lipsa acestora, pe grăsimi de la alte animale (ovine, bovine) și pe uleiuri vegetale de proastă calitate (rapiță, in, cânepă etc.), deși pe acestea din urmă trebuia, totuși, să le cumperi – un lucru pe care țăranii l-au făcut cu puțin entuziasm. Cât despre grăsimile animale, ele s-au îndepărtat tot mai mult de bucătăria țărănească, pe măsură ce acolo cerealele vor deveni indiscutabili și, deseori, unicii protagoniști. De aceea, nu arareori, baza pentru pregătirea mâncării a fost, pur și simplu, apa.

Din această penurie – mai mult sau mai puțin accentuată, mai mult sau mai puțin cronică, în funcție de perioade și zone – au derivat forme de disconfort fiziologic și psihologic. Dacă, de exemplu, considerăm că lipsa vitaminei D, conținută îndeosebi în grăsimile animale și vegetale, poate fi responsabilă pentru rahitism și malformații congenitale, vom avea, poate, un motiv în plus ca să ne explicăm invadatoarea, excesiva prezență a schilozilor și ologilor în iconografie.

Cât despre dorința de „gras”, în dublu sens latin de „lipsă” și „poftă”, textele ne oferă chiar prea multe mărturii despre aceasta, straniu contrastante cu cultura timpului nostru. „Albă și grasă” este brânza aleasă pe care un episcop francez o oferă lui Carol cel Mare, pentru a-i intra în grații. „Deasă și bine condimentată, cu untură sau untdelemn” este supă de bob și mei pe care un testament italian din sec. al VIII-lea dispune să fie împărțită săracilor de trei ori pe săptămână. O sută de care cu untură sunt cărate de o capră în Cuccagna, după versiunea germană culeasă de frații Grimm. A defini „grasă” o masă e ca și cum ai numi-o bogată: despre Milano, Matteo Bandello scrie că este „cel mai bogat și mai abundent oraș din Italia, unde te aștepti ca masa să fie mai grasă și mai bine garnisită”; pentru Bologna, epitetul „grasă” sigur nu a fost născocit în derâdere.⁵

⁵ Massimo Montanari, *Foamea și abundența. O istorie a alimentației în Europa*, Iași, Polirom, 2003, p. 160

CURS X - XI

STILUL DE VIAȚĂ

- Definiție
- Stil de viață sănătos/nesănătos
- Implicații sociale ale stilului de viață

Ioan Bradu Iamandescu, *Psihologie medicală*, București, Editura Biomedica, 2005, p. 37

Knowles afirma, în 1997, că 99% dintre indivizi se nasc sănătoși, dar că ei devin ulterior bolnavi, ca urmare a unor comportamente greșite față de sănătate, dar și acțiunii nocive a unor factori de mediu (natural/artificial și social – n-n-)

*Această tendință evolutivă către boală poate fi diminuată (imposibil de oprit în totalitate), printr-un **comportament sănătos**, ceea ce Matarazzo denumește **sănătate comportamentală** (Behavioural Health), subliniind accentul care se pune asupra laturii morale a acestei adevărate filozofii a sănătății, pe care o posedă orice ființă umană.*

*Acest comportament față de sănătate este, în mare măsură, spontan – ca rezultat al unor **tendințe naturale** ale fiecăruia dintre oameni. Rezultatul unor astfel de conduite spontane – neglijând anumite reguli insuficient cunoscute sau respectate – poate fi apariția unor boli „comportamentale”, precum obezitatea. Pe de altă parte, o serie de plăceri „dobândite”, precum fumatul sau consumul de alcool, conducând și ele la apariția bolii, reprezintă rezultatul unor decizii luate de individ, în ciuda interdicțiilor în acest sens, recomandări ce vin din partea societății.*

Prin urmare, această împletire de „acțiuni aparent spontane și decizii” (Matarazzo) influențează starea de sănătate și se înscriu în stilul de viață al unui individ. Sarafino – 1990 – definește – chiar dacă incomplet – stilul de viață ca fiind „totalitatea deciziilor și acțiunilor voluntare care afectează starea de sănătate”, dar meritul acestei definiții – care ignoră totuși faptul că stilul de viață include și alte conduite indiferente față de sănătate (ex. preferințele, „gusturile fine” pentru un

anumit tip de muzică, mobilier etc.) – este acela că subliniază **dependența** sănătății de comportamentul individual și social.

Acest comportament include o serie de conduite care afectează negativ starea de sănătate (fizică sau psihică) (**factori nocivi, de risc, patogenetici**) sau, dimpotrivă, au un rol pozitiv, de menținere sau chiar de cultivare a sănătății (**factori salutogenetici**).

Referitor la acești doi termeni, Jonasch subliniază faptul că cel mai indicat apare cel de salutogeneză (*salus, salutis* = stare de bine, echivalent cu sănătatea) având un sens primar, în timp ce *sanare* (a însănătoși) reprezintă sensul secundar de redobândire a sănătății, după ce deja a apărut boala.

Revenind la **stilul de viață**, apare ca evident că, **din punctul de vedere al relației sale cu sănătatea, el se constituie ca o rezultată a factorilor care o promovează sau o destabilizează (ruinează).**

Factorii care se relaționează cu starea de sănătate interacționează de fapt cu terenul biologic și psihologic al individului într-un mod care poate fi sistematizat.

a. acțiuni directe asupra somei (corpului și psihicului):

- stimuli psihici negativi (de exemplu: pierderea serviciului – șomaj) pot duce la tulburări psihice de tipul unui sindrom depresiv. De ex.: fumatul persistent afectează bronhiile, generând o bronșită cronică, uneori cancer pulmonar.

b. acțiuni indirecte – prin intermediul celorlalte componente:

- stimuli fizici – soma – psihic. De exemplu, influența psihică a unor factori externi, de ex. insolația și tulburările psihice secundare (cefalee, insomnie, nervozitate etc.).
- stimuli psihici – psihic – tulburări somatice. De exemplu, un proces de divorț antrenează în plan psihologic o stare de nemulțumire difuză, anxietate crescută etc., tulburări psihice care favorizează apariția unei boli somatice, ulcer duodenal.

Fără îndoială, cultivarea și păstrarea sănătății au la bază, în primul rând, comportamentul individului care trebuie să-și armonizeze calitățile și resursele biologice cu cerințele psihice și sociale.

Deciziile pe care trebuie să le ia au la bază, și ele, o interacțiune între ceea ce individul știe că trebuie să facă în acest sens și motivația biologică și psihosocială care îl impulsionează să acționeze în acord sau în dezacord cu regulile pentru prevenirea îmbolnăvirii.

Păstrarea și cultivarea sănătății este, la omul sănătos, foarte diferită de **comportamentul mult mai strict și conformist al bolnavului** care urmează, de regulă, în cele mai mici detalii, tratamentul prescris de doctor. Tocmai **libertatea de decizie a omului sănătos** îl face pe acesta să acționeze mult mai relaxat și mai personal față de abecedarul sănătății. Această libertate îi este, totuși, îngrădită de recomandările medicale care îi ajung, nesistematizate, la cunoștință, dar și de o serie de cunoștințe sau chiar interdicții de ordin religios sau social. Există, deci, premise pentru ca orice individ să adopte, din startul maturizării (dar și din copilărie), un comportament responsabil față de propria sănătate.

Sistemul de cunoștințe și de convingeri pe care un individ le posedă cu privire la păstrarea și promovarea sănătății se formează prin interacțiunea elementelor de **educație** asupra conduitelor salutogenetice și a celor de risc (patogenetice) cu elementele de **experiențe individuale**, inclusiv observațiile sale asupra bolilor proprii sau ale celor din jur.

Referitor la ceea ce se întâmplă în mintea unui om (evaluarea riscului și a propriilor posibilități) când este confruntat cu o serie de interdicții asupra unor comportamente ale sale având potențialul declanșării sau agravării unei boli, există numeroase teorii, dintre care cele mai importante ar fi:

2.1. Modele atitudinale asupra comportamentelor salutogenetice

a. Modelul mentalității personale asupra sănătății („Health Beliefs Model”).

Din această perspectivă, Becker (1974) elaborează acest model, care explică factorii cognitivi ce obligă un individ să adopte o serie de practici comportamentale preventive, de reducere a riscului de îmbolnăvire. Autorul consideră că un individ își formează astfel de practici prin:

1. Perceperea vulnerabilității (susceptibilității sale) în fața unei probleme legate de sănătatea sa (ex., riscul unei boli venerice).

2. *Perceperea gradului de severitate al acestei îmbolnăviri potențiale.*
3. *Aprecierea (evaluarea beneficiilor pe care le poate avea prin adoptarea comportamentelor preventive (de ex., utilizarea condomului).*
4. *Anticiparea (evaluarea) obstacolelor în calea acceptării unui astfel de comportament (în cazul menționat, efortul de voință pentru a nu ceda tentației), dar și a consecințelor negative acestui comportament preventiv (de exemplu, un alt caz: dietele extreme pentru slăbire, „silueta”).*
5. *Cunoștințe mai mult sau mai puțin vagi asupra unor modalități specifice de acțiune (provenite din comunicarea, de către anturaj sau mass-media, a unor date despre starea de sănătate sau simptomele unor boli posibile.*

b) Teoria motivației pentru protecție

*Elaborată de Rogers, în 1983, această teorie susține faptul că un element hotărâtor în decizia de a adopta un comportament salutogenetic este reprezentat de **teama individului de a nu se îmbolnăvi.***

Această teamă de îmbolnăvire este puternic motivată în cazul în care:

- Frecvența bolii respective este crescută;*
- Severitatea bolii este mai mare;*
- Un exemplu îl constituie comportamentul ezitant al unui bolnav alergic la medicamente față administrarea oricărui nou medicament (se știe „susceptibil”, iar frecvența altor reacții alergice la medicamente și severitatea acestora sunt crescute tocmai pentru un astfel de bolnav).*

Un exemplu opus, menționarea unor efecte secundare, dar extrem de rare, pe prospectul unui medicament.

De asemenea, dacă unei femei i se recomandă autoexaminarea lunară a sânilor ca un bun obicei profilactic pentru sănătate, ea nu va utiliza frecvent acest procedeu, în timp ce amenințarea cu riscul ignorării apariției cancerului la sân o va face să îl adopte.

Aceste exemple, privite prin prisma teoriei motivației pentru protecție, relevă importanța educației sanitare a membrilor colectivității cărora li se pot furniza explicații menite să le crească motivația pentru comportamente salutogenetice.

c) Teoria social cognitivă

*Elaborată de Bandura în 1986, această teorie aduce în discuție elementele fundamentale în adoptarea unui comportament salutogenetic care se axează pe **evaluarea raportului dintre beneficiu și cost** (eforturi materiale, „renunțări”, bariere etc.) le putem sistematiza sub forma următoare:*

1) Evaluarea cerințelor comportamentului cognitiv (de ex. abandonul fumatului, regimul dietetic sau gimnastica de dimineață).

- *este cu adevărat important pentru sănătate? dovezile solicitate convingătoare.*
- *este accesibil, posibil de îndeplinit? de ex., se pot vedea imediat rezultatele pe termen scurt?*
- *nu aduce prejudicii? de ex., fumătorii se tem să nu se îngrașe dacă se lasă de fumat: curele rapide de slăbire pentru obezi pot dăuna sănătății; un regim dietetic pentru diminuarea colesterolului sau obezității poate crea unele dificultăți materiale sau legate de prepararea mâncărilor respective (de ex., trebuie să se renunțe la cantină).*

2. Evaluarea capacităților personale

- *este la îndemână sa acest comportament? (lipsa de sănătate este o „barieră internă”)*
- *există bariere externe? (de ex. o soție pedantă nu dorește o bicicletă magnetică în sufragerie sau nu acceptă să gătească după rețetele de slăbire aduse de soțul obez).*
- *invocarea unor experiențe pozitive („m-am lăsat eu de fumat, o să mă las și de băutură!”)*

3. Exemplul celor care au adoptat același comportament

Un exemplu sugestiv este cel dat de persoane de încredere sau de celebrități (ex., curele de slăbire ale unor actrițe sau ziariști care apar la Tv cu o altă imagine incită curiozitatea pentru dieta respectivelor persoane și întăresc decizia de a adopta același regim alimentar).

Această teorie implică evaluarea, în plan cognitiv, de către individ, a ceea ce i se cere (ceva necesar și posibil) și ce poate face el (ce eforturi, ce renunțări?). Exemplul celorlalți poate înclina în balanța sau în favoarea sau în neadoptarea comportamentului respectiv.

Conduite salutogenetice versus patogenetice între motivații individuale și norme sociale

*De la cel mai neglijent până la cel mai pedant individ, responsabilitatea individuală în aplicarea regulilor de conduită privind sănătatea proprie dar și a celorlalți indivizi devine un subiect de discuție dar și de reflexie a cărei importanță majoră atrage societatea într-o serie de **acțiuni concentrate în scopul simulării acestor responsabilități** – prin educație, motivație, sancțiuni (legi, regulamente) – spre atingerea scopului fiecăruia dintre noi: o viață cu o durată cât mai mare cruțată de disconfort fizic și psihic.*

*Responsabilitatea individuală în păstrarea sănătății proprii **se extinde și asupra sănătății celor din jur**, existând o mulțime de reguli, de la sancțiunea drastică a agresiunii fizice cauzatoare de vătămări corporale și până la acțiunile cu caracter poluant (fumat, zgomot, murdărie etc.).*

Ființa umană – structurată social între libertate și constrângere – va adopta, în stil de viață conform cu libertatea „de joc” între ceea ce este permis, util sau nu, și ceea ce este interzis, util sau nu.

Omul are o infinitate de comportamente, cu referire la cele spuse mai sus.

Se pot distinge, astfel, câteva variante, în cazul omului sănătos.

*Astfel, **consumul de alcool** apare chiar și în cadranul permis/util, cu referire la rolul protector asupra vaselor sanguine în cantități mici (cca. 300-350 ml. de vin/pe zi de vin), după cum alimentația bogată în proteine animale poate să fie nepermisă (în*

timpul postului) chiar dacă ea conține alimente foarte utile (brânzeturi, lapte, pește, ou etc.).

*După cum se vede, **somnul**, util de recomandat pentru menținerea sănătății, este nepermis în cursul unor acțiuni precum conducere automobilului, paza unor obiective etc. iar **efortul fizic nu are îngrădire la omul sănătos**, deși poate fi nociv în cazul unor supralicități peste limitele fiziologice (de ex., afecțiunile aparatului locomotor apărute la halterofili) sau în cazul interdicțiilor medicale la unele categorii de bolnavi.*

***Activitatea sexuală** permisă și utilă la omul sănătos, prezintă o serie de interdicții în cazuri fiziologice, fiind chiar nocivă la gravide în ultimul trimestru de sarcină, iar sexul neprotejat este nociv în afara cuplului, prin pericolul contactării bolilor transmisibile sexual.*

Abordarea specifică a unor comportamente sociale cu risc pentru îmbolnăvire

Ioan Bradu Diamandescu, *Psihologie medicală*, București, Editura Medicală, 2005, p. 68

În ceea ce privește tentativa de a corecta comportamentele nocive față de sănătate, medicul poate să întreprindă o serie de acțiuni ce pot fi încadrate fie în educația sanitară (cu rol preventiv, asupra populației sănătoase), fie în psihoterapia suportivă simplă, fie în psihoterapii speciale (în cazul psihologilor sau psihiatrilor specializați în diferite tehnici psihoterapeutice). Cel mai adesea, psihologul este chemat în consult pentru a prelua acele cazuri rezistente la recomandările, adeseori formale, ale medicilor somaticieni, iar alteori, înșiși bolnavii apelează la consultul psihologic.

Fumatul

Este considerat ca „inamicul public nr. 1” referitor la prejudicierea sănătății umane. Statisticile pe plan mondial indică cifre de milioane de decese imputabile acestui veritabil viciu pe care îl practică oameni de diferite naționalități, straturi sociale, confesiuni religioase, persoane cu nivel intelectual crescut dar și oligrofeni etc.

Principalele boli care sunt responsabile de mortalitatea de pe glob: **cancerale** (nu numai cel pulmonar!) și afecțiunile cardio-vasculare (**infarctul miocardic** și **accidentele vasculare cerebrale**) recunosc în fumat un fapt major de risc, maximă fiind implicarea fumatului în geneza **cancerului pulmonar** (peste 90 % din bolnavi sunt fumători).

Ceea ce se invocă mai puțin ca fiind generate de fumat – deși apar cu o constanță adeseori mai mare – sunt **tulburările respiratorii**, responsabile de scăderea capacității de efort (**bronșita cronică** și **emfizemul pulmonar**), **tulburările sarcinii** (greutate scăzută a sugarului sub 2,5 kg sau o rată mai mare a deceselor la naștere) și îmbătrânirea precoce a tenului după vârsta de 50 de ani la marii fumători/fumătoare.

Un alt aspect negativ al fumatului îl constituie efectul său nociv asupra nefumătorilor.

Fumatul pasiv realizat de către aceștia și generând disconfortul acut și/sau cronic produs de fumul celui de alături (fumătorul activ) sau de ceața densă care îmbâcsește restaurantele sau cafenelele, dar și de mirosul de tutun impregnat în fumători înrăiți sau în așternuturile și tapiseria unor locuințe sau hoteluri de proastă calitate. **Fumatul pasiv** exercită, de asemenea, **un rol nociv asupra sănătății celor expuși** (inclusiv riscul de cancer pulmonar, mai mare decât la indivizii neexpuși), dar și amploarea acestor riscuri este dificil de evaluat cu rigoare științifică, datorită în special inconstanței și gradului variat de expunere. **Copiii fumătorilor** sunt, în mod special, afectați de fumul de țigară din jurul lor, existând boli favorizate de fumatul pasiv, precum infecțiile respiratorii și otice (Petty), dar mai ales astmul bronșic (potențează efectele alergenilor prin amplificarea secreției de IgE specifice).

Evaluarea efectelor negative ale fumatului:

- **Aparatul respirator**
 - cancerul pulmonar
 - precipită apariția bronșitelor cronice și a emfizemului pulmonar
 - uscăciunea mucoasei nazale și buco-faringiene
 - sensibilitate crescută la infecțiile căilor respiratorii superioare (pareza cililor, staza mucusului)

- *incidență crescută a otitei medii și astmului la copiii ai căror părinți fumează*
- **Aparatul cardio-vascular**
 - *infarctul miocardic, accidente vasculare cerebrale și arteriopatia cronică obliterantă (prin favorizarea arteriosclerozei)*
- **Aparatul digestiv**
 - *incidență crescută a ulcerelor*
 - *capacitate mai redusă de vindecare*
 - *rată mai crescută a recurențelor*
- **Afecțiuni neoplazice**
 - *cancer pulmonar*
 - *cancer laringian*
 - *cancere ale cavității bucale și esofagiene*
 - *cancere gastrice, biliare, gastrice pancreatice*
 - *cancere renale și ale vezicii biliare*
 - *cancere de sân și de col uterin*
- **Sarcină**
 - *greutate scăzută la naștere (<2500g)*
 - *incidența sindromului de moarte subită a sugarului este de 2-4 ori mai crescută la mamele fumătoare în perioada sarcinii*
 - *apariția de deficite cognitive și tulburări de dezvoltare în copilărie*
- **Alte efecte**
 - *carențe ale vitaminelor B și C*
 - *alterări ale epidermului (riduri, degete îngălbenite)*
 - *scăderea acuității vizuale și a memoriei*
 - *diminuarea funcției sexuale și chiar a fertilității*
 - *potențează și riscul unor boli profesionale (ex. neoplazii prin expunere la azbest)*

Stoparea fumatului (date furnizate de Petty, 1999) reduce riscul fumătorilor până la cel pe care îl au nefumătorii în circa 1-2 ani, pentru infarctul miocardic, 1-3 ani,

pentru accidentele vasculare cerebrale și abia în 10-20 de ani pentru cancerul pulmonar.

Riscul de provocare a BPOC, ca și cel pentru agravarea cordului pulmonar cronic scade din momentul întreruperii fumatului pe o perioadă nedeterminată.

*Referitor la **durata de viață pe care fumatul o scade cu circa 7-13 ani la fumători** (în funcție de vârsta debutului), stoparea fumatului „recuperează” anii respectivi proporțional cu vârsta renunțării la fumat.*

În plan social economic

Fumatul întreține o rată crescută de îmbolnăviri, greu de evaluat cu precizie, dar o serie de statistici evidențiază cifre elocvente, ca de ex. cea din anul 1985, în USA, care indică circa 225.000 de deces prin boli cardio-vasculare și 131.000 decese prin cancer pulmonar, toate acestea fiind imputabile fumatului.

Alcoolismul și sănătatea

Justin Lupu, p. 167

Alcoolismul – definiție și criterii diagnostice

Alcoolismul este o boală cronică și progresivă, caracterizată prin pierderea controlului asupra consumului de alcool, și care are drept consecință apariția unor serioase probleme sociale, juridice, fizice și psihice, pentru persoana alcoolică și pentru comunitate.

Alcoolismul presupune:

- 1) Dependența de alcool;**
- 2) Abuzul de alcool;**
- 3) Impregnația/Intoxicația cu alcool;**
- 4) Toleranța față de alcool;**
- 5) Prezența sindromului de sevraj alcoolic.**

Critrui diagnostice pentru dependența de alcool:

1) Toleranța față de alcool se manifestă prin:

- creșterea cantității de alcool ingerată pentru a obține impregnația alcoolică sau efectul dorit;
- reducerea marcată a efectului aceleiași cantități de alcool inerate.

2) Prezența sindromului de sevraj alcoolic;

3) Alcoolul este consumat în cantități mai mari decât cele dorite și pe o perioadă de timp mai îndelungată decât cea așteptată de pacient;

4) Prezența unei dorințe persistente sau a unor eforturi repetate și zadarnice de a reduce sau limita/controla consumul de alcool;

5) Persoana cheltuiește o mare parte din timp și energia zilnică pentru procurarea alcoolului;

6) Reducerea sau abandonarea unor importante activități sociale, profesionale sau recreaționale ca urmare a consumului de alcool;

7) Consumul de alcool este menținut de către pacient în ciuda conștientizării unor probleme psihice și fizice persistente și recurente produse sau exacerbate de consumul de alcool;

Criterii diagnostice ale impregnației/intoxicației alcoolice

1. Ingestia recentă de alcool;

2. Comportament neadecvat din punct de vedere clinic (sexualitate anormală, agresivitate, labilitate emoțională, gândire confuză, performanțe sociale și profesionale diminuate) ce apar imediat după ingestia de alcool.

3. Prezența următoarelor semne clinice după consumul de alcool:

- vorbire incoerentă;*
- lipsa de coordonare a mișcărilor;*
- mers nesigur, șovăitor;*
- nistagmus (mișcări spastice laterale ale globilor oculari);*
- atenție și memorie diminuate;*
- stări de stupoare și comă.*

Criterii diagnostice pentru abuzul de alcool

A. Consumul inadecvat de alcool, care duce la tulburări clinice sau suferință, prin unul din următoarele simptome, într-o perioadă de 12 luni de zile:

1. Consumul prelungit de alcool, urmat de eșecuri în plan profesional, școlar și familial (absențe de la locul de muncă, absențe școlare nemotivate, eliminarea din școală sau facultate, concedierea de la locul de muncă, neglijarea familiei și copiilor).

2. Consumul de alcool în situații în care acesta este periculos (conducerea autoturismului, lucrul la strung etc.)

3. Apariția unor probleme juridice legate de consumul de alcool (amenzi, arestări pentru tulburarea ordinii publice, scandaluri, bătăi etc.)

4. Continuarea consumului de alcool, în pofida prezenței unor probleme sociale și interpersonale produse sau exacerbate de alcool (certuri cu soția, dispute familiale, bătăi, maltratarea copiilor).

B. Simptomele nu îndeplinesc criteriile pentru a fi încadrate în dependența de alcool.

Criterii diagnostice pentru sevrajul alcoolic:

A. Întreruperea sau reducerea consumului de alcool, care a fost consumat înainte în cantități mari și perioade lungi de timp.

B. Două sau mai multe din simptomele următoare sunt prezente la pacient la câteva ore sau câteva zile după situația descrisă la criteriul A.

1. Hiperactivitatea sistemului nervos vegetativ (transpirație abundentă, puls cu frecvența de peste 100 bătăi/minut);

2. Accentuarea tremorului membrelor superioare;

3. Insomnie;

4. Senzații de greață și vomă;

5. Halucinații și iluzii vizuale, tactile sau auditive intermitente;

6. Agitație psiho-motorie;

7. Stări de anxietate;

8. Accese epileptice de grand mal;

C. Simptomele enumerate în criteriul B pot produce suferință clinică evidentă pacientului și afectarea negativă a activităților ale profesionale, familiale, societate:

D. Simptomele nu sunt provocate de o afecțiune medicală și nu se încadrează, mai precis într-o altă boală mintală.

În fiecare caz în parte trebuie precizat dacă sindromul de sevraj alcoolic este însoțit de tulburări de percepție a realității.

Criterii diagnostice pentru dependența de alcool

(Este necesară prezența concomitentă a cel puțin 3 criterii din cele enumerate mai jos):

1. Dorința irepresibilă, compulsivă de a consuma alcool.

2. Capacitatea diminuată de control asupra debutului, sevrajului și cantității de alcool consumate.

3. Prezența sindromului de sevraj fiziologic atunci când consumul de alcool este redus sau întrerupt, ori nevoia imperioasă de a consuma alcool pentru atenuarea severității sindromului de sevraj alcoolic.

4. Prezența simptomelor de toleranță la consumul de alcool.

5. *Abandonarea altor interese sau satisfacții, datorită consumului de alcool.*
6. *Persistența consumului de alcool, în ciuda prezenței evidente a consecințelor nocive în consumul de alcool.*

Prezentăm, în continuare, 19 trăsături caracteristice ale dependenței de alcool, după Lawrence D.A.:

1. *Consumul ocazional de alcool pentru consolarea/alinarea unei suferințe sau supărări.*
2. *Debutul consumului permanent de alcool pentru consolare.*
3. *Consumul clandestin (pe furiș) de alcool.*
4. *Nașterea sentimentului de culpabilitate.*
5. *Incapacitatea de a discuta problemele cu cei din jur.*
6. *Inculpat pentru conducerea automobilului în stare de ebrietate.*
7. *Pierderea controlului asupra consumului de alcool.*
8. *Comportament megaloman/bombastic și agresiv.*
9. *Incapacitate de îndeplinire a promisiunilor și țelurilor în viață.*
10. *Izolarea față de familie și prieteni.*
11. *Apariția problemelor financiare și profesionale (la locul de muncă).*
12. *Resentimente exagerate față de cei din jur.*
13. *Neglijarea meselor.*
14. *Degradare morală.*
15. *Afectarea negativă a capacității de gândire.*
16. *Incapacitate de a întreprinde ceva/ Incapacitate de acțiune.*
17. *Aspirații spirituale vagi/lipsite de claritate și consistență.*
18. *Recunoașterea neputinței totale.*
19. *Continuă consumul obsesiv de alcool în cerc vicios.*

Criterii diagnostice pentru consumul nociv (periculos) de alcool:

1. *Prezența unor semne clinice clare ale consecințelor dăunătoare ale consumului de alcool asupra sănătății pacientului.*
2. *Natura consecințelor dăunătoare asupra sănătății pacientului este precisă și specifică.*

3. Consumul de alcool dăunător sănătății a durat o lună de zile fără întrerupere, sau a apărut în mod repetat în ultimele 12 luni.

4. Pacientul nu îndeplinește criteriile pentru a fi încadrat în dependența de alcool.

Criterii diagnostice pentru consumul riscant de alcool:

1. Pentru bărbați: consumul cel puțin 3-7 unități de alcool zilnic, sau peste 7 unități de alcool consumate cel puțin de 3 ori pe săptămână.

2. Pentru femei: consumul a cel puțin 2-5 unități de alcool zilnic, sau peste 5 unități de alcool, de cel puțin 3 ori pe săptămână.

O unitate de alcool corespunde unei cantități de 13,5 grame de etanol, sau este echivalentul aproximativ al unei sticle de bere de 0,5 litri, al unui pahar cu vin de 125 ml, ori a 40 g. de băuturi spirtoase de 40^o tărie (conținut de alcool de 40%).

Definind alcoolismul drept „orice consum de băuturi alcoolice ce poate cauza prejudicii individului și societății”, cercetătorul american de la Universitatea Yale, E.M.Jellinek (1960) stabilește o clasificare a tipurilor de alcoolism, devenită clasică, în lucrarea sa The Disease Concept of Alcoholism (1960). Autorul conceptului modern al alcoolismului ca boală distinge următoarele forme de alcoolisme:

- **forma alfa** – caracteristică persoanelor nevrotice, cu dependență psihică, și care folosesc alcoolul în perioade de criză, stres, pentru atenuarea durerii fizice sau psihice, a disconfortului fizic sau afectiv. Consumul de alcool este simptomatic, poate avea repercursiuni sociale (absenteism la locul de muncă), medicale (denutriție), dar nu este prezentă pierderea controlului asupra consumului de alcool, imposibilitatea de a se abține.*
- **forma beta** – care apare în cazul consumului de alcool, modelat de obiceiuri culturale, este însoțit de complicații somatice (gastrită, polinevrită, ciroză, denutriție), iar sindromul de sevraj este rareori prezent. Nu se manifestă nici dependența fizică, nici cea psihică.*
- **forma gamma** – care constă în pierderea controlului asupra cantității ingerate, cu toleranță crescută și semne ale sindromului de sevraj, cu consecințe nefaste pe plan social și profesional. Pacienții cu acest tip*

alcoholism au nevoie de un suport social instituționalizat (de tipul Alcoholics Anonymus) pentru a reuși să se abțină, reușind doar pentru perioade reduse de timp. Se instalează dependența fizică și psihică de alcool.

- **forma delta** – echivalentă cu dependența de alcool, când apare imposibilitatea abținerii, chiar pentru una-două zile, nu se păstrează controlul asupra cantității ingerate, fenomenele sindromului de sevraj fiind frecvente și accentuate.
- **forma epsilon** – identificată de Jellinek cu dipsomania, formă paroxistică a alcoolismului, ce se caracterizează prin accese intermitente, periodice și cu caracter irezistibil și impulsiv, în care subiectul consumă mari cantități de băuturi alcoolice, fără ca el să fie un consumator obișnuit de alcool sau fiind practic abstinent între două crize dipsomanice. Accesul este precedat de o perioadă de sete intensă, putând dura câteva săptămâni, în care pacientul este neliniștit, iritabil și trist, inapetent, prezintă insomnii. Este incapabil să se oprească după primul pahar băut, ajungând până la o stare de beție profundă, urmată, de regulă, de amnezie.

*Se disting un **alcoholism primar** și unul **secundar**:*

- **alcoholismul primar (habitual, de antrenament sau socio-profesional)**, definit de către Shuckit (1980) ca tipul de alcoolism care nu este precedat de o afecțiune psihică. Alcoolismul primar poate fi periodic (alcooloză) sau permanent (alcoolită), acesta din urmă fiind prezent mai ales la femei, în proporție de 80-85% dintre cazuri, alcoolul fiind un remediu anxiolitic al problemelor nevrotice față de care pacienții au o toleranță redusă.
- **alcoholismul secundar**, ce apare la alcoolicii pentru care nevoia imperioasă a consumului de alcool apare ca reacție la o boală psihică persistentă, cum ar fi boli depresive, tulburări de personalitate, stări nevrotice, tulburări maniaco-depresive și psihoze cronice.

Etiologia alcoolismului

În cauzalitatea alcoolismului, problemă controversată, se enunță totuși prezența următorilor factori etiologici probabili:

1. factorii biologici, care țin de gradul de toleranță individuală la alcool, diferită la europeni și americani față de indieni, chinezi și japonezi. Sunt avuți în vedere și unii markeri genetici ai alcoolismului, temă de intensă controversă științifică și ideologică.

2. factorii socio—culturali, care țin de rolul alcoolului în diferitele contexte culturale. Se deosebesc culturi permissive față de alcool (iudaismul, creștinismul) și culturi represive, care interzic cu desăvârșire consumul de alcool, descurajează (islamismul, hinduismul, buddhismul). În unele culturi, alcoolul îndeplinește un rol inițiativ și normativ (abstinenții sunt stigmatizați, mai ales cei din rândul bărbaților), un rol social – primirea unui oaspete sau celebrarea unui eveniment, și rol simbolic, concretizat în mitul virilității masculine legate de consumul de alcool și exaltarea virtuților reconfortante ale alcoolului.

3. factorii psihologici, unde se prezumă existența unor caractere predispuse spre alcoolism, cun ar fi: persoanele volubile, personalitățile dependente și infantile, cele cu prag redus de toleranță la frustrare, incapacitate de asumare a responsabilităților implicate de rolul social al persoanei mature, predispoziții narcisiste, sentimente de nesiguranță și inferioritate, homosexualitate latentă, dorință de afirmare a unei virilități incerte, persoanele care adoptă strategii inadecvate de ajustare la stres.

În geneza alcoolismului sunt prezenți o seamă de factori de risc, dintre care amintim:

- sexul – rata alcoolismului bărbaților față de femei este de 3:1.
- vârsta – alcoolismul apare, de obicei, între 20 și 40 de ani la bărbați, iar peste 65 de ani este mai mult o raritate.
- istoricul familial – riscul copiilor alcoolicii de a deveni ei înșiși alcoolici este de aproximativ 4 ori mai mare decât la copiii nealcoolicii.
- factorul geografic important mai ales în trecut, când se delimitau zonele geografice pentru consumul unui anumit tip de alcool: distilatele pentru Anglia, SUA, fosta URSS, vinul pentru Franța, Italia, Spania,

Portugalia, Grecia, berea pentru țări ca Germania, Austria, Danemarca. Olanda, Cehia etc.

Alcoolemia este cantitatea de alcool aflată în sânge cu următoarele grade de alcoolemie:

- 0,5-0,8 g/l reprezintă intoxicația subclinică (este permisă conducerea automobilului, în aceste condiții, în România, respectiv în Franța), peste 1 g/l devine, în România, infracțiune;*
- 1-2 g/l apar tulburări clinice manifeste;*
- 3 g/l – se produce coma alcoolică;*
- 5-8 g/l este doza letală pentru diferite tipuri de constituție fizică.*

Alcoolemia crește o dată cu:

- consumul/ingerare rapidă;*
- tăria băuturii consumate, exprimată în grade de alcool;*
- ingestia de alcool pe stomacul gol;*
- masa corporală redusă a consumatorului de alcool.*

Efectele alcoolului asupra sănătății

Deși alcoolismul este considerat de către OMS a treia mare problemă de sănătate publică din lume, cercetări recente au evidențiat efectele favorabile asupra sănătății persoanelor de vârstă mijlocie și înaintată (bărbați peste 40 de ani și femei aflate în menopauză), a consumului moderat de alcool (1-2 unități/zi). Consumul moderat de alcool la categoriile de persoane menționate este binefăcător pentru sistemul cardiovascular, prin rolul său anticoagulant și generator de lipoproteine de înaltă densitate, cu rol în prevenirea aterosclerozei și hipercolesterolemiei. Într-un studiu recent, asupra a peste 10.000 de femei americane, s-a constatat că riscul relativ de deces prin boli cardiovasculare este de 0,7-0,8 la femeile care consumă cantități moderate de alcool față de cele abstinente, cu un risc relativ de 1.

Motivația consumului de alcool se ancorează în efectele sale psihologice care, în doze mici, se concretizează în.

- stare de euforie;*

- *dezinhibiție verbală;*
- *logoree;*
- *creșterea capacității de imaginație;*
- *efectele anoxilic, euforizant și dinamogen.*

*Reușita managementului alcoolismului depinde și de sinceritatea terapeutului, care trebuie să cunoască și să recunoască atât **efectele favorabile ale consumului moderat de alcool**, cât și pe cele **defavorabile**.*

Între efectele favorabile ale consumului de alcool sunt amintite:

- *îți dă încredere în forțele proprii;*
- *te ajută să faci față problemelor de zi u zi;*
- *te face comunicativ și sociabil;*
- *te ferește de plictiseală;*
- *te îndeamnă să ieși din casă;*
- *te relaxează.*

Între efectele defavorabile ale consumului masiv și cronic de alcool se remarcă:

- *alcoolul este scump, duce la dezechilibrarea dramatică a bugetului familial;*
- *conduce la certuri, dispute și încăierări;*
- *predispune la accidente profesionale;*
- *generează stări depresive;*
- *favorizează promiscuitatea sexuală;*
- *produce stări de mahmureală;*
- *conduce la înregistrarea absențelor nemotivate la locul de muncă;*
- *afectează în mod negativ starea de sănătate a persoanei alcoolice;*
- *predispune la comiterea de acte delictuale și de criminalitate.*

Alcoolismul cronic duce la apariția semnelor clinice ale dependenței de alcool:

- *omiterea meselor;*
- *consumul de alcool pe ascuns;*
- *tremur;*
- *consumul matinal pentru combaterea stării de mahmureală.*

Apar cu claritate semnele clinice ale alcoolicii:

- *faciesul rozat;*
- *rinofima (acneea hipertrofică a nasului);*
- *arcul senil corneean (opacitate inelară corneeană, cu tulburarea acuității vizuale prin depozitarea de compuși lipidici);*
- *eritem palmar;*
- *hipertrofie hepatică nedureroasă;*
- *dureri ale etajului abdominal superior (pancreatita acută);*
- *tulburări de sensibilitate;*
- *slăbiciune musculară la nivelul gambelor*
- *dureri de molet consecutive polinevritei*
- *față congestionată;*
- *conjunctivite injectate subicterice;*
- *disartrie;*
- *hipersudorație.*

Patologia alcoolismului este extrem de bogată și de redutabilă, în egală măsură. Sunt documentate următoarele boli produse de alcoolism:

- *ciroza hepatică (9,8 / 100.000 locuitori);*
- *intoxicația cronică cu alcool;*
- *psihozele toxice;*
- *gastritele;*
- *pancreatitele;*
- *hipertensiunea arterială;*
- *cardiomipatiile;*
- *neuropatiile periferice;*
- *cancerele cavității orale, faringian, laringian, esofagian, hepatic;*
- *reducerea rezistenței la îmbolnăviri;*
- *creșterea riscului contractării bolilor infecțioase;*
- *la ele se adaugă afecțiunile neurologice grave:*
 - *encefalopatiile alcoolice carențiale;*

- *encefalopatia Gazet-Wernicke la persoanele peste 50 de ani, prin avitaminoza vitaminei B₁;*
- *encefalopatia numită sindromul Korsakoff, cu tulburări ale memoriei (anteretrogradă și retrogradă);*
- *dezorientare spațială și temporală;*
- *fabulație;*
- *false recunoașteri (deja-vu, deja vecu);*
- *infantilism euforic;*
- *mielinoza centropontină;*
- *boala Marchiafavi-Binami, caracterizată, la marii alcoolici, prin demență progresivă, crize epileptice, hipertonie musculară, astazie-abasie și disartrie;*
- *encefalopatie porto-cavă,*
- *deliruri cronice ale alcoolicienilor (psihoza halucinatorie, delir pasional de interpretare, mai ales de gelozie);*

Efectele alcoolismului sunt deosebit de grave la mamele alcoolice, conducând la apariția sindromului fetal alcoolic, care este constituit din totalitatea efectelor teratogene ale alcoolului manifestate la copiii mamelor alcoolice, cu patru grupe de efecte:

1. disfuncții ale sistemului nervos;

2. deficit ponderal la naștere;

3. anomalii faciale multiple;

4. alte malformații somatice care afectează 1-3 nou-născuți din 100.000.

În patologia sindromului se evidențiază: nanismul, microcefalia, hipoplazia etajului mediu al feței, deschidere palpebrală îngustată (ochi asiatici), tulburări de conducere cardiacă, tulburări ale motricității fine, retard mental ușor sau moderat, cerul gurii crestat, pliurile ochilor slab definite, subponderabilitate, reducerea circumferinței craniene, tulburări ale funcției EEG, buză superioară slab conturată, lipsa philtrumului (adâncitura de sub nări), ochi îndepărtați, oase plate, luxații congenitale ale șoldului, malformații ale sistemului cardiac, malformații ale

sistemului uro-genital, ale scheletului. Copilul născut cu acest sindrom este predispus spre:

- coordonare motorie deficitară;*
- hipotonie (tonalitate musculară scăzută);*
- iritabilitate;*
- hiperactivitate – turbulență comportamentală;*
- sfială și timiditate;*
- feminizarea fătului de sex masculin.*

Mamele alcoolice mai riscă și apariția avortului spontan, precum și nașterea unui făt mort, spasme ale cordonului ombilical (hipoxia fătului), reducerea cantității de lapte matern, apariția unui sindrom pseudo-Cushing la sugar.

Alături de patologia biologică, medicală, alcoolismul cronic generează o impresionantă patologie socială, concretizată în:

- accidente de circulație (până la 60 % din total);*
- incendii la locul de muncă, în locuințe și la locurile de distracție;*
- criminalitate (peste 50% din actele de delincvență juvenilă);*
- violuri;*
- furturi și tâlhării;*
- sărăcie;*
- dezintegrarea familiei (separații ale soților și divorțuri);*
- sexualitate dezordonată, imprudentă și graviditate nedorită;*
- conflicte sociale;*
- reducerea drastică a veniturilor;*
- scăderea dramatică a performanțelor profesionale;*
- degradarea socială;*
- abandonul și eșecul școlar.*

Există, deasemenea, câteva efecte certe ale alcoolismului asupra conducătorilor auto:

1. Deteriorarea vizibilă a deprinderilor de conducere în siguranță a automobilului, ca urmare a prezenței alcoolului în sânge;

2. Incapacitatea de a face față unor situații de trafic dificile (a trece printr-o turmă de vite, de pildă);
3. Tendința de a comite a unor accidente de circulație neprovocate (a intra într-un pom, stâlp etc.).
4. Prudența excesivă în conducerea automobilului (rulează mult timp în spatele unei căruțe, a unui tractor etc.).
5. Diminuarea semnificativă a atenției la volan (ușor „de furat” de peisaj);
6. Încredere exagerată în forțele proprii (depășiri riscante);
7. Execută mișcări necontrolate ale volanului;
8. Incapabil de a se înscrie corect în curbe;
9. Tendință de a conduce în mijlocul drumului;
10. Aprecieri greșită a distanțelor;
11. Își revine cu greu după orbirea cu farurile pe timp de noapte;
12. Creșterea timpului de reacție și lipsa discernerii vizuale (trece pe semaforul roșu).

Prevenția în alcoolism

Întrucât morbiditatea și mortalitatea asociate alcoolismului sunt grave și complexe (între 10-30 % din cauzele de spitalizare, 22 % din internările în unitățile psihiatrice, 19 % din crimele și delictele comise în Franța și 30 % din accidentele de circulație sunt imputabile alcoolismului, la care se adaugă 50.000 de decese/an imputabile alcoolismului), se impune o strategie preventivă în alcoolism la trei niveluri: **primar**, prin prevenirea contactului persoanelor vulnerabile cu alcoolul, prin informare și controlul publicității pentru alcool; **secundară** – prevenirea agravării situației pacienților ce au consumat alcool ocazional sau cronic, prin depistarea precoce și tratamentul prompt al alcoolismului; **terțiară** – prin dispensarizarea și internarea alcoolizilor recunoscuți, pentru a preveni căderile și recidivele și evitarea agravării alcoolismului.

Considerăm utile următoarele recomandări pentru păstrarea unui consum moderat de alcool:

- *nu depășiți 21 de unități de alcool pe săptămână (la bărbați) și 14 unități pe săptămână (femeile).*
- *nu beți mult în fiecare zi.*
- *evitați consumul de alcool în compania unor persoane certate cu legea.*
- *părăsiți localurile cu puțin înainte de închiderea lor, mai ales în zi de sărbătoare.*
- *nu beți niciodată pe nerăsuflăte cantități mari de spirtoase.*
- *nu mergeți niciodată cu autoturismul personal la un local sau la petreceri; evitați în acest mod să conduceți în stare de ebrietate.*
- *puneți la o parte bani pentru cheltuieli curente, înainte de a vă lua bani pentru băutură.*
- *evitați locurile și localurile rău famate.*
- *nu beți atunci când luați medicamente.*
- *fixați-vă limite rezonabile ale consumului de alcool.*
- *atunci când sunteți invitați să luați un pahar în plus la o petrecere, învățați-vă să spuneți **nu**, cu politețe și fermitate.*
- *savurați paharul cu băutură fără grabă, degustați fiecare înghițitură de alcool.*
- *diluați-vă băuturile cu apă minerală sau sifon, ori de câte ori este posibil.*
- *nu consumați niciodată băuturi alcoolice în cantități mari de unul singur, obișnuiți-vă să beți numai în societate.*
- *nu uitați că alcoolul în exces atacă părți vulnerabile ale corpului, cum sunt: creierul, ficatul, pielea, inima, stomacul și organele sexuale, producând la bărbați impotență sexuală;*

Strategiile preventive în domeniul alcoolismului trebuie adaptate diferitelor grupuri socio-profesionale, în funcție de consumul de alcool care cunoaște variații importante și în rândul medicilor.

Cercetări relativ recente identifică trei tipuri de strategii preventive în lupta împotriva flagelului reprezentat de alcoolism: modelul socio-cultural, modelul social-structural și modelul sănătății publice.

Modelul socio-cultural se întemeiază pe convingerea că rata alcoolismului într-o comunitate poate fi redusă prin integrarea armonioasă a consumului de alcool în activitățile sociale normale și acceptabile, cum ar fi: practicile religioase, mesele luate în familie, celebrarea evenimentelor festive și evitarea consumului de alcool în sine.

Modelul social-structural se bazează pe convingerea că intervențiile la nivel social, structural, pot conduce la diminuarea consumului de alcool, promovarea unor măsuri legislative pentru reducerea consumului de alcool în localurile publice al tinerilor sub o anumită vârstă, reglementarea juridică a reclamei pentru băuturile alcoolice, încurajarea măsurilor de descurajare a consumului excesiv de alcool în localuri publice, prin interzicerea servirii cu băuturi alcoolice persoanelor aflate în stare de ebrietate, creșterea prețului băuturilor alcoolice, inclusiv prin taxe și accize majorate destinate bugetului sănătății.

Modelul sănătății publice se bazează pe ipoteza că alcoolismul este o boală și că, în consecință, orice măsură preventivă destinată reducerii prevalenței și incidenței alcoolismului este binevenită. Aceste măsuri preventive ar cuprinde:

- consilierea genetică a părinților alcoolici;
- identificarea grupurilor populacionale cu risc crescut pentru alcoolism, cum sunt tinerii, femeile și mai ales femeile gravide;

În acest ultim caz, este vorba despre dezvoltarea stimei de sine, a competenței sociale, a capacității de autoafirmare, a competențelor personale în managementul stresului, destrămarea miturilor privind consumul de alcool, motivele consumului de alcool și efectele alcoolismului asupra activităților familiale, profesionale și recreative.

CURS XII

STRESSUL – FACTOR MODULATOR COMPLEX AL SĂNĂTĂȚII

- Definiție
- Factori de stress
- Putem să ne vindecăm de stress?

Ioan Bradu Iamadescu, *Psihologie medicală*, București, Editura InfoMedica, 2005, p. 125

Hanss Selye – „părintele stresului” – îl definește ca pe o reacție generală nespecifică a organismului la acțiunea externă a unor factori – agenți stresori – de natură variată (fizică, chimică, biologică și psihică).

Lazarus și Folkman definesc stresul drept un „efort cognitiv și comportamental (cu exprimare afectivă pregnantă) de a reduce, stăpâni sau tolera solicitările externe sau interne care depășesc resursele personale” (1984) (teoria cognitivă a stresului).

Definiția profesorului și cercetătorului român, Mihai Golu: „stare de tensiune, încordare, disconfort, determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă (sau pozitivă, în cazul estresului), de frustrare sau reprimare a unor motivații (trebuințe, dorințe, aspirații – inclusiv subsolicitarea), de dificultatea sau posibilitatea rezolvării unor probleme”.

În plus, în rândul situațiilor generatoare de stress a supralicitărilor cognitiv-afective și voliționale (chiar în cursul unei activități pasionante pentru subiect!) și a efectelor, insidios propagate la scoarța cerebrală, ale unor agenți fizici (zgomotul, adesea având și o rezonanță afectivă negativă), chimici (noxele ambientale) și biologici (boala, ca sursă a unor reflexe aferente viscero-corticale), toți acești stimuli non-psihologici producând – în ultimă instanță – un stres psihic secundar (Iamandescu, 1993)

Iustin Lupu, Ioan Zanc, *Sociologie medicală*, Iași, Polirom, 1999, p. 193

Teoria despre stress își are rădăcinile în constatările fiziologilor de la începutul secolului cu privire la implicarea glandelor endocrine în realizarea mecanismului de apărare al organismului. În aceste teorii se făcea distincție între reacțiile adaptive specifice (de exemplu hipertrofia musculară indusă de efort, transpirația indusă de căldură etc.) și reacții adaptive nespecifice (paloarea pielii, creșterea ritmului

respirator, creșterea ritmului cardiac, creșterea presiunii sanguine, greață, vomă, diaree etc.) la stimuli externi.

Stressul este definit drept ansamblu al răspunsurilor nespecifice date de organism la orice solicitare și care se evidențiază în sindromul general de adaptare.

Toate răspunsurile nespecifice evoluează în trei stadii distincte:

a) de alarmă;

b) de rezistență;

c) de epuizare. În fiecare dintre aceste stadii se înregistrează modificări fiziologice, biochimice și comportamentale.

a) **În stadiul de alarmă** se acționează asupra sistemului nervos vegetativ simpatic și pregătirea organismului pentru acțiune (așa – numita situație **flight or fight** – fugi ori luptă). În această etapă crește nivelul glucozei în sânge, pulsul se accelerează, frecvența și amplitudinea respirației se amplifică și, în consecință, organismul „pulsează” mai multă energie. Sub stress pupilele se dilată (pentru a asigura o vedere mai bună), sângele se coagulează mai repede, mușchii se încordează, digestia se întrerupe, creierul este activat.

b) **Stadiul de rezistență** reprezintă consecința răspunsului organismului la stresul prelungit. Starea fiziologică revine la parametrii normali (pulsul, respirația devin normale) dar cu persistența modificărilor înregistrate în stadiul de alarmă, Nivelul crescut de ACTH (hormonul adenocorticotropic) din sânge duce la stimularea sintezei de adrenalină și noradrenalină, precum și la creșterea nivelului glucozei în sânge. Aceasta creează o sursă de energie pentru organism, pentru acțiunile sale defensive. Însă nivelul crescut de glucoză determină un grad de susceptibilitate la infecții prin slăbirea funcției de apărare realizată de sistemul imunitar. De aceea, de exemplu, mulți studenți sunt predispuși la infecții (gripă, răceli) în perioada examenelor finale.

c) **Epuizarea.** Este caracterizată prin prevalența fenomenelor de uzură și distrofie, capacitatea de rezistență a organismului scade și adaptarea nu mai poate fi menținută.

Landa hipofiză și suprarenalele își pierd capacitatea de a produce cantități suficiente de hormoni, scade capacitatea organismului de a lupta cu stressul,

procese fiziologice „se prăbușesc” sau își reduc foarte mult intensitatea. Persoana devine bolnavă și poate deceda în condițiile în care stressul sever continuă.

Conform teoriei lui Selye, orice situație de viață care solicită mecanismul adaptiv generează stress. Nimeni nu poate și nu trebuie să evite stress-ul, el reprezintă viața însăși, eliberarea de el se face doar prin moarte.

De aici apare și ipoteza existenței a două forme de stress: **stress negativ** sau **distress**, la care ne referim în mod curent, și **stress pozitiv**, sau **eustress**.

Distressul este cel care, probabil, generează „maladia de adaptare” sau **boala de stress**, deși cercetările au arătat că ambele tipuri de stress pot fi dăunătoare în anumite condiții, mai ales că este o chestiune de condiționare dacă percepem o experiență ca fiind plăcută sau neplăcută. Evenimentul în sine este mereu un stresor, fie că e vorba vești bune sau rele, de pierderea banilor sau de câștig bănesc. A sta în scaunul stomatologic este stresant, dar tot stresant și sărutul pasional al iubitei (iubitului); în ambele cazuri, ritmul respirator crește, ritmul cardiac se accelerează, corpul este străbătut de fiori etc. Orice emoție (dragoste, ură, frustrare, teamă) sau experiență de viață (căsătorie rapidă sau divorț, șomaj sau angajare într-un nou loc de muncă, intrarea în facultate sau terminarea ei) solicită mecanismele adaptive ale organismului.

Rădulescu, p. 164

Stressul este, în general, o stare **psiho-fiziologică** determinată de acei stimuli care produc teamă sau anxietate. Cel mai frecvent această stare apare în interacțiunile dintre oameni, deci din cauza unor factori sociali. O asemenea stare poate provoca, în anumite situații, diferite boli, deces, tentative de suicid sau suicid efectiv.

Legătura dintre factorii de stress și diverse boli a fost demonstrată de numeroase studii, care au arătat că stările stressante se află în legătură directă cu anumite evenimente sociale și chiar cu factorii de personalitate. Printre principalii factori de stress care pot provoca diferite boli, se numără și următorii (Graham S. reeder, Kessler RC, Wortman CB, 1989, pp. 70-75):

a) schimbările petrecute în mediul social, ca urmare a unor modificări de natură economică sau culturală. Numeroase studii de antropologie socială au scos în evidență faptul că procesul de „modernizare” din țările în curs de dezvoltare

provoacă o incidență crescută a bolilor psihice. Schimbarea caracteristicilor „tradiționale” ale mediului social, ca efect al proceselor asociate „tranziției” constituie, de exemplu, o puternică sursă de stress pentru o parte importantă dintre cetățenii aparținând țărilor din Europa de Est, inclusiv din România, cu efecte negative asupra morbidității.

b) mobilitatea geografică și socială – Procesele de migrație de la sat la oraș sau mutarea definitivă în altă țară pot determina, în numeroase cazuri, stări profunde de stress, în măsura în care indivizii trebuie să se confrunte cu cerințele unui nou mediu, cu care nu sunt familiarizați. Pe de altă parte, mobilitatea socială, mai ales pe verticală, constând din schimbarea poziției sociale a indivizilor într-o direcție ascendentă, poate constitui un factor de stress, cauzat de necesitatea asumării a noi obligații și a îndeplinirii unor noi sarcini, cu care ei nu sunt obișnuiți;

c) crizele care intervin în cursul ciclului de viață – Dintre aceste crize pot fi menționate cu precădere șomajul, pensionarea, decesul unei rude apropiate, divorțul sau separarea. Aceste evenimente constituie factori puternici de schimbare a vieții și a deprinderilor indivizilor, provocând inadaptare stres și apariția unor boli. Decesul soțului sau a soției este, de exemplu, un puternic factor de stress, fiind cunoscută reacția acelor vârstnici care nu se pot adapta la schimbările produse de dispariția partenerului sau a parteneri de cuplu.

d) diverse ocupații profesionale – Practicarea anumitor profesii caracterizate de risc este de asemenea o sursă de stress, cu efecte adverse asupra stării de sănătate a indivizilor. Cele mai stressante sunt acele profesii care presupun decizii individuale, nu colective, așa cum este, de exemplu, cazul piloților de aviație sau al medicilor (în special al chirurgilor);

e) perioadele de recesiune economică – Șomajul, pierderea unor resurse și lupta pentru supraviețuire, care intervin în perioadele de declin economic, reprezintă factori de stress, cu un puternic impact emoțional asupra indivizilor și cu consecințe negative asupra stării lor de sănătate. Comparând ciclurile economice cu statisticile vitale (ale morbidității și mortalității), H. Brenner (1973 și 1987) a arătat, de exemplu, că bolile cardiovasculare, bolile psihice și anumite blocaje renale pot apărea din cauza

fluctuațiilor negative din economie, care afectează toate domeniile existenței, chiar și viața privată a indivizilor.

Incapacitatea de a răspunde în mod adecvat unor schimbări este, deci, cel mai important factor de stress. În ansamblul său, stressul produce numeroase schimbări fiziologice, care afectează sistemul simpatic și parasimpatic, sistemul vascular și gastro-intestinal, acestea nemaiputând fi coordonate de activitatea nervoasă centrală.

În mod evident, situațiile stressante nu produc efecte similare la toți indivizii. Unii reușesc să se adapteze mai bine decât alții la aceste situații, un rol important exercitându-l mecanismele de adaptare, compensările, factorii de personalitate și procesul de socializare din perioada copilăriei. Pe de altă parte, nu schimbările ca atare sunt importante, ci gradul în care ele afectează condițiile de viață obișnuite ale indivizilor. Diverse cercetări din domeniul sociologiei sănătății au evidențiat faptul că nu evenimentele neobișnuite din viața indivizilor exercită influențe stressante, ci modul în care le percepe individul.

Principii de conduită zilnică:

- 1. ierarhizarea obiectivelor într-o perioadă limită (zi, săptămână, lună, trimestru, an), în obiective majore și minore, cotând realizarea lor cu un punctaj proporțional, astfel încât realizarea unui obiectiv major să fie compensată de neîndeplinirea mai multor obiective minore și invers**
- 2. planificarea eficientă a timpului**
- 3. a face ceva din plăcere cel puțin o dată pe săptămână (o dată pe zi)**
- 4. a rezerva în fiecare zi un moment de liniște**
- 5. a realiza un echilibru între muncă/recreație, muncă și familie**
- 6. a dormi 7-8 ore pe noapte cel puțin de două ori pe săptămână**
- 7. a discuta dificultățile cu alții, condiție în care vor trebui cultivați (căutați) prietenii cărora poți să le faci confidențe**
- 8. a cultiva trăiri și sentimente pozitive și a recurge la umor**
- 9. a practica exerciții fizice (cel puțin la sfârșit de săptămână și – zilnic – mersul pe jos – n.a.)**
- 10. a depăși momentul de stress, făcând altceva (interesant)**

- 11. a-ți armoniza aspirațiile cu aptitudinile**
- 12. cultivarea activităților spirituale și transcendente**
- 13. evitarea stresurilor inutile (vizite în medii agasante etc.)**
- 14. reflectarea asupra scopurilor majore și sensului vieții**
- 15. „a învăța să spui nu” (a nu promite cu ușurință lucruri ce se vor dovedi ulterior un balast de preocupări stresante**
- 16. a-ți face un obicei din a-i ajuta pe alții**

CURS XIII

- **Concepții sociologice cu privire la relația dintre medic și pacient**
- **Relația medic-pacient, ca relație caracterizată de autoritate și dependență**
 - **Studii cu privire la relația dintre medic și pacient**

Rădulescu, p. 202

*Relația dintre medic și pacient se numără printre temele care au fost cel mai frecvent dezbătute în cadrul primelor preocupări ale sociologiei sănătății. Inițial, această temă a fost abordată la nivel **macrosocial**, în raport cu **rolurile sociale** ale celor doi protagoniști ale actului medical. Ulterior, majoritatea acestei teme s-a axat asupra nivelului **microsocial**, pentru a lua în considerare procesul de **intercomunicare** și **relațiile interpersonale**, de complementaritate, schimb sau conflict, care pot interveni între cei doi actori sociali.*

Evaluarea caracteristicilor acestui tip de relație a fost efectuată, în urmă cu mai multe decenii, de sociologii americani, în cadrul a trei metode sau perspective teoretice principale:

- a) **teoria funcționalistă**, elaborată de Talcott Parsons (1951, 1975) și de Thomas Szasz, împreună cu Marc Hollender (1956);*
- b) **teoria schimbului**, dezvoltată de Samuel Bloom (1963)*
- c) **teoria conflictului**, construită de Eliot Freidson (1970).*

*a) În concordanță cu **teoria funcționalistă**, fiecare dintre cele două **roluri sociale**, al medicului și al pacientului, este definit de cerințe și așteptări normative, impuse de exigențele generale ale funcționării sistemului social. Date fiind aceste roluri, relația medic-pacient nu mai este privită, în mod tradițional, într-un context „hipocratic”, separat de sistemul social în ansamblul său, ci este mediată și normată de acest sistem, care îi impune anumite exigențe*

Potrivit lui Parsons, orice acțiune sau relație socială este orientată de anumite norme, valori și scopuri. Din acest punct de vedere, normele care constrâng sau condiționează exercitarea rolurilor sociale sunt spre realizarea unei finalități comune: prezervarea consensului social, a integrității și solidarității sistemului social. Aceleași

*norme, valori și scopuri intervin și în relația medic-pacient, care este orientată de către aceeași finalitate utilă sistemului social: recuperarea stării de sănătate, revenirea la o stare **normală**, reabilitarea capacității individului de a-și exercita rolurile sociale obișnuite.*

b) Teoria schimbului. Spre deosebire de concepția funcționalistă, teoria schimbului susține ideea că orice interacțiune socială are loc prin intermediul unor negocieri și tranzacții, prin evaluări și percepții de o parte și alta, circumscrise nu unor reguli prestabilite sau interese comune, ci unor reguli negociate, chiar în cursul interacțiunii și unor interese adeseori conflictuale.

*Derivată din paradigma teoretică a interacționismului simbolic, de sorginte fenomenologică, teoria schimbului ia ca premisă ideea că orice interacțiune socială, inclusiv cea dintre medic și pacient, implică negocierea. Unul dintre reprezentanții principali ai acestei teorii, George Homans (1959), aprecia că interacțiunile sociale, care stau la baza vieții sociale, sunt **proces de schimb** între actori sociali raționali, fiecare dintre ei căutând, în relațiile sale sociale, să-și mărească beneficiile (avantajele).*

c) Teoria conflictului

Teoria conflictului subliniază ideea că orice interacțiune dintre medic și pacient este caracterizată de interese, percepții și puncte de vedere divergente. Supunând unei critici amănunțite concepția funcționalistă a lui Parsons, Eliot Freidsons (1961) sublinia că, departe de a implica o cooperare armonioasă între medic și pacient, interacțiunea lor poate implica numeroase puncte de vedere divergente.

Obstacolele comunicării în relația dintre medic și pacient

*Orice acțiune între medic și pacient este, în primul rând, un proces de comunicare interpersonală. Acest proces implică **dialogul dintre două persoane aflate „față în față”**, fiind o comunicare directă și personalizată. În acest caz, pe lângă voce, au un rol important elementele care țin de mimica feței și de gesturile noastre. (...) Tonul vocii este foarte semnificativ: un ton amabil transmite un alt mesaj decât un ton*

aspru și determină un anumit comportament din partea interlocutorului. În comunicarea interpersonală, feed-back-ul funcționează imediat, direct și continuu.

Actul medical începe cu un dialog, în cadrul căruia medicul caută să obțină cât mai multe informații despre simptomele și istoricul bolii, despre regimul de viață al pacientului și în legătură cu alte date necesare diagnosticului și tratamentului.

Uneori comunicarea dintre cei doi participanți la actul medical este deosebit de dificilă, fiind îngreunată de o serie de obstacole depinzând de poziția socio-profesională și de nivelul de instrucție al pacientului sau de alte trăsături care caracterizează identitatea sau atitudinile celor doi termeni ai relației.

În unele cazuri, comunicarea este dificilă pentru că medicul nu are abilitatea să informeze în mod adecvat pacientul despre problemele cu care acesta se confruntă. Sociologii americani au evidențiat, astfel, faptul că sunt rare cazurile în care medicul găsește extrem de dificil să-i comunice pacientului, în termeni ușor de înțeles, oala pe care o are.

Constatările unui studiu efectuat de Fred Davis (1972) asupra interacțiunii dintre medici și părinții unor copii bolnavi de poliomielită au demonstrat că dialogul era afectat de eschivarea medicului de la o comunicare simplă și directă, acesta preferând să le explice părinților boala pe care o au copiii lor, e căi ocolite, într-un limbaj tehnic inaccesibil.

Informația – observă W. Cockerham (1992, p. 161) – ***este un instrument terapeutic extrem de important în actul medical, dar cu condiția să poată satisface următoarele condiții:***

- a) reducerea stării de incertitudine a pacientului;***
- b) asigurarea unei baze pentru acțiuni ulterioare;***
- c) întărirea relației dintre medic și pacient.***

*Numeroși medici comunică foarte puțin cu pacienții lor, preferând o atitudine distantă și rigidă. La rândul lor, numeroși pacienți nu știu sau nu au capacitatea de a-i comunica adecvat medicului problemele pe care le au. Cele mai multe dificultăți de comunicare cu medicul le au – așa cum au arătat multe studii efectuate de sociologi – pacienții care aparțin claselor sociale defavorizate. H. Waitzkin (1985), de exemplu, a subliniat faptul că informația este **un factor de putere** care le facilitează medicilor o*

poziție aparte de autoritate, mai ales în relațiile cu pacienți care aparțin categoriilor sociale defavorizate.

*Spre deosebire de acești pacienți, cei care aparțin claselor favorizate sau care au un nivel de instrucție mai ridicat au un dialog adecvat cu medicul și primesc mai multe informații de la acesta. Susținând aceeași idee, Mary Bulton (1986) au arătat că influența exercitată de poziția de clasă asupra relației dintre medic și pacient se poate explica, cel mai bine, prin **distanța socială**. Astfel, cu cât diferențele dintre pozițiile de clasă sunt mai mari, cu atât comunicarea este mai dificilă și mai inadecvată.*

*Dificultăți aparte se manifestă și în comunicarea dintre medicii bărbați și pacienții femei. Diverse cercetări sociologice au pus în evidență insatisfacțiile resimțite de paciente în interacțiunea cu medicii bărbați, mai ales în problemele legate de reproducere. Adeseori lipsa de sensibilitate și duritatea „tipic masculină” reprezintă un factor principal de timorare a pacientelor și de generare a unor sentimente de umilire. În Statele Unite, acesta a dat naștere unei veritabile mișcări feministe de combatere a **sexismului** (discriminării bazate pe identitatea de sex) în medicină. Medicina a exercitat, în acest sens, un rol extrem de important în vehicularea imaginii femeii ca o ființă mai vulnerabilă „de la natură” decât bărbatul, mai delicată și, implicit, mai bolnăvicioasă decât acesta.*

O asemenea imagine are efecte negative nu numai asupra femeii pacient, dar și asupra femeii medic, care s-a confruntat, de-a lungul timpului, și se confruntă încă, în multe țări, cu diferite dificultăți, numai în baza statutului ei de femeie.

*Mulți pacienți bărbați se jenează să le comunice medicilor femei problemele pe care le au, iar numeroși medici-bărbați apreciază că o femeie are prea puține șanse să devină n medic **veritabil**.*

Pentru relația dintre medic și pacient, aceste clișee au o mare importanță, deoarece subminează eficacitatea actului medical și determină, din partea ultimului, atitudini de scepticism și neîncredere.

Studii cu privire la relația dintre medic și pacient

a) Gradul de cunoaștere de către medic a problemelor cu pacienții și reacțiile față de ele

Analiza acestei teme a vizat următoarele probleme ale pacienților:

- plângeri*
- tulburări*
- îngrijorări*
- perturbări ale modului de viață cotidian*
- probleme sociale*

Evaluarea gradului în care medicii cunoșteau aceste probleme a fost făcută prin comparațiile efectuate între declarațiile pacienților și acelea ale doctorilor, rezultate din interviurile și convorbirile efectuate. Constatările studiului au arătat că, în 46% până la 62% dintre cazuri, medicii aveau un grad ridicat de cunoaștere a plângerilor, tulburărilor, îngrijorărilor și perturbărilor vieții cotidiene a pacienților dar, în același timp, un grad scăzut de cunoaștere a problemelor lor sociale, existent numai cu 23% dintre cazuri. Pe de altă parte, cunoștințele cu privire la problemele sociale ale pacienților erau corelate între ele, în timp ce acelea cu privire la problemele nonsociale erau informații izolate, fără legătură unele cu altele.

b) Reacțiile medicilor față de problemele pacienților

Evidențierea acestui aspect a arătat că medicii reacționează adecvat la plângerile pacienților în legătură cu tulburările pe care le au, dar nu și față de celelalte probleme. În plus, reacțiile față de problemele pacienților erau necorelate între ele. Ca o altă constatare semnificativă, cele mai slabe reacții s-au manifestat nu – așa cum ar fi fost de așteptat – în legătură cu problemele sociale, ci față de perturbările vieții cotidiene.

c) Relația dintre gradul de cunoaștere a problemelor pacienților și reacțiile față de aceste probleme

Corelația dintre informațiile medicilor asupra problemelor pacienților și reacțiile medicilor asupra problemelor pacienților și reacțiile medicilor a evidențiat o relație

slabă între cunoașterea tulburărilor, temerilor, perturbărilor vieții cotidiene sau a dificultăților sociale a pacienților și reacțiile față de ele. Această constatare sprijină ipoteza că, în condițiile perceperii de către medic a unei probleme a pacientului, el reacționează, indiferent de natura psihologică sau socială a acestei probleme. Totuși, medicii nu răspund în totalitate problemelor pacienților, chiar dacă le percep ca atare.

CURS XIV

CÂTEVA PROBLEME SOCIO-PSIHOLOGICE ALE EDUCAȚIEI SANITARE

- „Istoricul” educației sanitare
 - Rol și importanță
 - Măsuri

*De importanța educației sanitare, recunoscută de marii teoreticieni și practicieni ai medicinei, nu sunt convinși întotdeauna nici pacienții, nici medicii – și, mai ales, nu sunt convinși, întotdeauna, nici cei sănătoși. Firește, educația sanitară a stat mai întâi în centrul atenției promotorilor medicinei **preventive** („profilaxia începe și se termină cu educația sanitară”, scria N.A.Semașko în 1927). Educația sanitară este, însă, și la baza **colaborării dintre terapeut și bolnav**.*

*I. Hațieganu vorbea (1956) despre „terapia psihocerebrală activă, înțelegând prin aceasta continuitate și perseverență în a explica pe înțelesul bolnavului și după nevoile lui tulburările și mecanismul lor și terapia inițială”, pentru ca astfel să devină „un auxiliar prețios, ajutându-ne pe noi în îngrijirea lui printr-o colaborare disciplinată și sistematică”. Se poate spune că, în general, „cooperarea populației cu autoritatea sanitară” este o **condiție primordială a eficacității oricărei acțiuni medicale** (L. Viborel, 1956). În sfârșit, educația sanitară are un scop educativ general și trebuie să ne însușim teoria lui Burton, după care „cine spune medic, spune educator”. Cunoștințele „antropologice” (despre om) vehiculate ci această ocazie sunt o parte însemnată a câștigului informativ și formativ, realizat prin educația sanitară.*

***Obiectivul** principal al educației sanitare constă în dezvoltarea în rândul populației – începând cu vârsta copilăriei – a unei „conștiințe igienice” și a unui comportament corespunzător.*

***Trăsăturile specifice fundamentale** ale unei activități educativ-sanitare eficace sunt în număr de trei:*

- a) caracterul de masă;*
- b) orientarea științifică;*

c) caracterul optimist și evaluator;

Orientarea științifică înseamnă, între altele, să pornești de la cunoașterea realității de teren: starea sanitară a populației, ca și mentalitatea acesteia. S-a vorbit, de aceea, de un „diagnostic” al stadiului de cunoștințe și de ignoranță (P. Delore, 1960), de o **diagnoză educațională**, de un **diagnostic educativ-sanitar al grupelor de populație**” (P. Penciu, 1964), care să preceadă **tratamentul**, un tratament realizat prin măsuri educative și campanii propagandistice adecvate. De asemenea, se cere analiza **cauzelor unui comportament greșit**, a reacțiilor stereotipale sau a **rezistențelor** față de indicațiile și recomandările medico-sanitare. Acestea din urmă ridică probleme complexe și subtile de etnografie, de psihologie socială, psiho-sociologie, și chiar de psihologie abisală. În cadrul cercetărilor de teren, un mare interes îl are **cunoașterea imaginii mentale**, răspândită în populație despre o boală sau alta – cu tot ceea ce conține ea ca prejudecată sau ca superstiție (C. Frécour, 19959).

În fond, „lupta principală a educatorilor sanitari se duce cu superstițiile, cu unele prejudecăți, cu inerția”.

Superstițiile reprezintă o problemă complexă. Originea și persistența lor se găsește în observația necontrolată, în amestecul nedorit al afectivității, în concepțiile magice și mistice.

Superstițiile reprezintă, în parte, și reziduiile unor **preștiințe** – fiind alimentate de speculațiile **paraștiințifice**: fiecare știință își are „complementul” ei superstițios (astronomie – astrologie, chimie – alchimie, psihologie – spiritism, matematică – numerologie). Superstițiile au rădăcini **istorico-culturale**, rădăcini **parapsihologice**, rădăcini **psihiatrice** (legate de boli mentale de tip schizofren sau paranoid) și rădăcini **patologice** banale (boala produce o regresie spre o mentalitate „magică”).

Prejudecățile sunt de nenumărate feluri: ele pot ține de semidoctism, de gândirea „autistă” (analizată de Beluler), de „logica afectivă” (analizată de Ribot), de cultura livrescă, de influența unui nume cu autoritate, de mentalitatea „dominantă” a unei epoci, de dogmatism etc.

În epoca noastră, cu succese indiscutabile ale medicinei științifice, s-au constituit prejudecăți **sui-generis**: cea a omnipotenței unor mijloace terapeutice (ex. antibiotice) – la pacienți, cea a futilității aspectului psiho-terapeutic – la unii medici etc.

Printre prejudecăți trebuie să menționăm **imaginile mentale** despre anumite boli, răspândite în populații.

Ca un corolar (sau o latură) a muncii educativ-sanitare, medicul trebuie să lupte **pentru** o imagine științifică asupra bolilor, **împotriva** acțiunii necontrolate de tip **Kurpfuscher**, **pentru** a câștiga simpatie în favoarea medicinei oficiale, a instituțiilor care o întruchipează și o reprezintă, a medicilor, a măsurilor preconizate. Aici se încadrează și activitatea de **Cruce Roșie**, propaganda pentru recoltarea sângelui etc. De mare însemnătate (am putea spune, de o **însemnătate centrală**) este lupta **pentru** o viață igienică, **pentru** solicitarea precoce a asistenței medicale în caz de îmbolnăvire, **împotriva** autotratamentelor, a medicației empirice, dar și „**farmacomaniei**”. Este o luptă **împotriva** ideilor greșite, a **spectrului amenințător** al unor boli (de ex., cancerofobia) și **pentru** lămurirea posibilităților actuale ale medicinei. Subliniem încă o dată necesitatea educării unei atitudini corespunzătoare față de medic, atitudine care nu trebuie să se rezume la respectul „abstract” al persoanei, ci trebuie să se concretizeze în respectul față de energia, timpul, repausul săi etc.

Inerția este mai greu de învins. S-a remarcat la public, în multe anchete efectuate, fie o lipsă de interes față de problemele educației sanitare (nepăsare etc.), fie un „interes pasiv”, adică lipsa dorinței de acțiune (există dorința de **a ști**, dar nu și aceea de **a folosi** cunoștințele). De aici, nevoia de a utiliza tot arsenalul de mijloace captative de atenție (**blick-fang**-ul în afișe, afișele satirice, de agitație, de propagandă; mijloacele audio-vizuale etc.), de mijloace **stimulative**. Odată **interesul** deșteptat pentru o anumită problemă, trebuie realizată **convingerea** referitoare la importanța ei și **acțiunea** în vederea traducerii în practică a recomandărilor date.

S-a remarcat, pe bună dreptate (J. Hall, 1963), că bolile interesează populația mai mult decât sănătatea deoarece, în timp ce sănătatea nu se simte, simptomele bolii supără”. Adevărul este că „boala mărește dimensiunile ființei în propriii săi ochi” (Ch. Lamb., 1905) și astfel bolnavul devine dintr-o dată extrem de sensibil la tot ceea ce are legătură cu medicina. **Lumea perceptuală** a sănătății și bolii nu este aceeași. Însă nu este aceeași nici lumea perceptuală a medicului și a bolnavului, a medicului (educator sanitar) și a celor pe care vrea să-i educe. Cercetări **ad-hoc** de psihologie

socială, care au analizat cauzele eșecurilor unor campanii de informare (H.Hyman și P.B.Sheatsley) au arătat că:

- 1) în orice populație există un nucleu ireductibil d cei ce „nu știu”, ironici, impermeabili la acțiunile de lămurire;
- 2) interesul sau lipsa de interes au tendința de a fi generalizate la diferite sectoare (de ex., cel care se interesează de politică se interesează și de sport);
- 3) indivizii caută informațiile care se acordă cu atitudinile lor prealabile;
- 4) indivizii interpretează **diferit** aceeași informație;
- 5) faptul de a **fi informat** nu modifică în mod necesar atitudinile;

Allport a introdus conceptul de **procepție**, care să cuprindă „percepția” influențată de cultură, de relațiile din trecut, de direcționarea afectivă etc. Putem spune, deci, că **procepția** bolnavului, în raport cu boala este diferită de cea a omului sănătos și de cea a medicului. Witkin a conturat două tipuri perceptive: **dependent** și **independent** față de „câmpul” de influențe la care este supus. Goldstein deosebea stilul **concret** și stilul **abstract** al operațiilor cognitive. E. Frenkel-Brunswick a descris tipul cu intoleranță la **ambiguitate**. Barron a opus, în acest sector, **simplicitatea** și **complexitatea**. Educatorul sanitar este, în general, independent față de câmp, intelectualizat (și intelectualizant) și abstract; dar lumea în suferință nu vrea atât instituții raționale, cât aprobare, asigurare, speranță – publicul este **field-dependent**.

Este interesant că și „durerea” (ca **procepție**) are variații culturale, deși pragul de sensibilitate (ca **percepere**, fiziologic) poate fi același. Plângerile cu care se prezintă bolnavul la medic au o coloratură etnică: pentru italieni, suferința este o mizerie fizică, ce trebuie suprimată și uitată; evreul s gândește la repercursiunile în viitor; americanii „nu se plâng”, caută mijlocul de a suprima suferința pe cale științifică, iar **expectația** de viitor este, în general, optimistă (M. Zborowski, 1952). Susser și Watson menționează că și reacțiile **fiziologice** la durere par a fi legate de sistemul de credințe și valori. Africanul nu reacționează prin **șoc** la răniri mutilante, deși sensibilitatea sa nervoasă la durere este excepțională. Femeia africană reacționează **excesiv** la durerea dată de o anexită gonococică, deoarece se teme de sterilitate. Unele **procepte** au o ancorare de clasă (O.G.Simmons, 1957): „la clasa mijlocie există un foarte accentuat simț al responsabilității față de propria sănătate; la cei care trăiesc de azi

pe mâine, accentul se pune pe **preventiv**; ceea ce se înțelege prin curățenie, ca și **semnificația** ei – are certe influențe de clasă”. Unele **rigidități proceptive** de origine local-culturală pot fi foarte nocive pentru sănătate: la Zuluși există (sau exista) credința că bolnavul contagios este un vrăjitor; în unele regiuni din India, o vacă bolnavă poate genera compasiune – în timp ce un om bolnav poate fi privit cu antipatie, suspicionându-se că ar putea aduce ghinion (B.D.Paul). **Procepția socială** se repercutează și asupra modului în care este privită atitudinea medicului: în India rurală, medicul ce pronunță un prognostic ferm este considerat o „figură puternică”; în Chile – pur și simplu „un arogant”.

O problemă esențială a educației sanitare este **continua educare a educatorilor**.

Educația educatorilor sanitari este, printre altele, o „educație sentimentală”, ca și o educare a simțului practic, a abilității, tacticii și diplomației în relațiile dintre oameni.

Mai ales în mediul rural și în mediul exotic (printre „primitivi”), medicul trebuie să dea dovadă de un larg spirit de înțelegere și să accepte momentan chiar promisiunile cu unele credințe sau obiceiuri locale, eventual să se folosească de acestea prin „stratageme” bine gândite.

Educația sanitară ratată poate fi izvor de **iatrogenie**, de anxietate, de ipohondrie, de autosugestie negativă. Iosif Macavei a observat chisturi mamare generate prin autoexaminarea abuzivă a sânilor, cu malaxare „intempestivă”.

Alături de mijloacele de educare în masă sau în grup, educația sanitară trebuie să acorde locul cuvenit **sfatului individualizat** (Penciu).

Educația sanitară în spital are particularitățile sale, vizând, între altele:

- a) colaborarea (cooperarea) strânsă a bolnavului la terapeutică (Hațieganu);
- b) asigurarea unei atmosfere morale care să evite dezorientarea afectivă și sentimentul de însingurare al celui internat;
- c) respectarea liniștii bolnavului și cruțarea sa de **stress** – din partea familiei și a vizitatorilor;
- d) asigurarea liniștii, a ordinii și a curățeniei în unitatea spitalicească;
- e) profitând de internare – administrarea unor lecții de educație sanitară generală.

*Obiective și un conținut analog (dar nu identic) îl are educația sanitară în policlinici. Subliniem că fiecare consultație dată de medic poate fi o **educație sanitară**, de lămurire a unor neclarități, de combatere a unor superstiții și a unor prejudecăți sau a unor **mentalități en vogue**, cum este aceea a administrării **cu orice preț** a medicamentelor sau a complacerii în **polifarmacie**.*

*Dar, din nefericire, adeseori medicul, prin atitudinea sa, **întreține** o mentalitate defectuoasă, sau dă un rău exemplu (tabagism, neglijarea propriei sănătăți, viață dezordonată).*

***În mod diferențiat** se aplică educația sanitară în întreprinderi industriale, în mediul rural și în **școli**. Cu privire la acest ultim aspect, vom menționa că educația sanitară trebuie să includă noțiuni de igienă a muncii intelectuale ca și deprinderea unei bune îmbinări a muncii cu repausul. Școlii îi incumbă sarcina de a dezvolta obișnuințele privind igiena individuală. Cât despre **educația sexuală**, ea ridică probleme care se intersectează doar cu sfera educației „sanitare”.*

Educația sanitară trebuie să folosească, în proporții adecvate, declararea și sublinierea adevărului și „tăcerea”; convingerea și sugestia; înțelegerea rațională, ca și reflexul condiționat ori adeziunea afectivă; repulsia și teama, ca și sensibilizarea la avantaje și la valori.

BIBLIOGRAFIE

- A. Athanasiu, *Elemente de psihologie medicală*, București, Editura Medicală, 1983
- Bradu Iamandescu, Ion, *Psihologie medicală*, București, Editura InfoMedica, 2005
- Brătescu, G., *Hipocratismul de-a lungul secolelor*, București, Editura Științifică, 1968
- Claudian, Ioan, *Alimentația poporului român*, București, Fundația Pentru Literatură și Artă Regele Carol al II-lea, 1939
- Lupu, Iustin, Zanc, Ioan, *Sociologie medicală*, Iași, Polirom, 1999
- Maurizio, A., *Histoire de l'alimentation végétale*, Paris, Payot, 1932
- Montanari, Massimo, *Foamea și abundența. O istorie a alimentației în Europa*, Iași, Polirom, 2003
- Muchembled, Robert, *Magia și vrăjitoria în Europa medievală*
- Pavelescu, Gheorghe, *Magia la români*, București, Editura Minerva, 1998
- Rădulescu, M., Sorin, *Sociologia sănătății și a bolii*, București, Nemira, 2002
- Săhleanu, V., *Omul și alimentația*, București, Editura Științifică și Enciclopedică, 1977
- Ștefănescu Goangă, F., *Adaptarea socială*, Cluj, Editura Institutului de Psihologie, 1939
- Teodorescu, Mihai, C., *Filozofia nemuririi*, București, Editura Vega, 2002, p. 5