

AURELIA GLAVAN



REABILITAREA  
PSIHOSOCIALĂ  
A PERSOANELOR  
POST ACCIDENT  
VASCULAR CEREBRAL

Chișinău, 2020

**Ministerul Educației, Culturii și Cercetării**  
**Institutul de Științe ale Educației**

**AURELIA GLAVAN**

**REABILITAREA PSIHOSOCIALĂ  
A PERSOANELOR  
POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL**

*Monografie*

**Chișinău, 2020**

CZU 616.831-005.1-082:159.9

G 61

### **Aprobată spre editare**

de *Consiliul Științifico-Didactic* al Institutului de Științe ale Educației

#### **Coordonator științific:**

**NICOLAE BUCUN,**

*doctor habilitat în psihologie, profesor universitar*

#### **Referenți:**

**Aurelia Racu, dr. hab., prof. univ., UPS „Ion Creangă”**

**Aglaida Bolboceanu, dr. hab., prof. cerc., IȘE**

**Maia Borozan, dr. hab., prof. univ., UST**

**Oleg Pascal, dr. hab., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”**

**Oxana Paladi, dr., conf. univ., IȘE**

**Maria Virlan, dr., conf. univ., UPS „Ion Creangă”**

**Valentina Mîslițchi, dr., conf. univ., UST**

**Angela Cucer, dr., conf. cerc., IȘE**

Monografia „*Reabilitarea psihosocială a persoanelor post accident vascular cerebral*” constituie o apariție editorială inedită în literatura de specialitate limitrofă (medicală, psihologică și de asistență socială), reliefând – între aceste domenii – relația legitimă și plină de aplicații practice.

Asocierea reușită între două personalități – coordonatorul, doctor în medicină, doctor habilitat în psihologie, profesorul universitar Nicolae BUCUN și autorul Aurelia GLAVAN – a făcut posibilă elaborarea acestei lucrări de amploare, care abordează tematic domeniul psihologiei sociale.

ISBN 978-9975-48-182-3

© Institutul de Științe ale Educației, 2020

## **LISTA DE ABREVIERI**

<b>AVC</b>	- accident vascular cerebral
<b>post AVC</b>	- totalitatea tulburărilor persistente în urma unui AVC
<b>AIT</b>	- atac ischemic tranzitoriu
<b>BCV</b>	- boală cerebro-vasculară
<b>BDI</b>	- (Inventarul de depresie Beck)
<b>CIF</b>	- Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății OMS
<b>CSN</b>	- celulele stem neurale
<b>CT</b>	- tomografie computerizată
<b>DIH</b>	- modelul reabilitării Disfuncție-Invaliditate-Handicap
<b>DSM</b>	- <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manualul de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale)
<b>DZ</b>	- diabet zaharat
<b>ECG</b>	- Electrocardiografie
<b>EPI</b>	- <i>Eysenck Personality Inventory</i> (Inventarul de personalitate Eysenck)
<b>HAM-A</b>	- Scala de anxietate Hamilton
<b>HAM-D</b>	- Scala de depresie Hamilton
<b>HIC</b>	- hemoragii intracerebrale
<b>HSA</b>	- hemoragii subarahnoidiene
<b>HTA</b>	- hipertensiune arterială
<b>HRQoL</b>	- <i>Health Related Quality of Life</i> (Calitatea vieții în domeniul medical)
<b>IMC</b>	- indicele masei corporale
<b>IMU</b>	- Institutul de Medicină Urgentă
<b>MFR</b>	- Medicină Fizică și de Reabilitare
<b>MAE</b>	- modelul abordării în echipă
<b>MIM</b>	- model integrat și multiprofil
<b>MÎLD</b>	- modelul îngrijirilor de lungă durată
<b>MMSE</b>	- <i>Mini Mental State Examination</i> (mini test pentru examinarea stării mentale)
<b>MOCA</b>	- <i>Montreal Cognitive Assessment</i> (scala Montreal de evaluarea cognitivă)
<b>NIHSS</b>	- <i>National Institute of Health Stroke Scale</i> (măsură cantitativă a deficitului neurologic după AVC cu scala de evaluare a Institutului Național de Sănătate)



<b>OMS</b>	- Organizația Mondială a Sănătății
<b>RBC</b>	- reabilitarea bazată pe comunitate
<b>RMD</b>	- Raport Mondial privind Dizabilitatea
<b>RMN</b>	- rezonanța magnetică nucleară
<b>SNC</b>	- sistemul nervos central
<b>SP</b>	- stres psihic
<b>SPM</b>	- Scala Persistenței Motivaționale
<b>TA</b>	- tensiune arterială
<b>TO</b>	- terapii ocupaționale
<b>WHO</b>	- <i>World Health Organization</i> (Organizația Mondială a Sănătății)
<b>WSO</b>	- <i>World Stroke Organisation</i> (Organizația Mondială de accidente vasculare cerebrale)
<b>QoL</b>	- <i>Quality of Life</i> (Evaluarea calității vieții)

## PREFAȚĂ

*Motto: „Fii convins că nu ești singurul în lume. De aceea fii modest și să nu crezi vreodată că ai descoperit sau te-ai gândit la ceva cu totul nou, care altora nici nu le-a trecut prin cap. Și chiar dacă e adevărat și ești original, consideră acest fapt ca un dar din ceruri, pe care ești obligat să-l împarți cu alții.”*

**/Robert Schumann/**

Interdisciplinaritatea se impune tot mai pregnant ca o legitate esențială a cunoașterii științifice contemporane. Ea se afirmă nu doar în raporturile dintre domeniile conexe ale aceleiași discipline, ci și în raporturile dintre științele care, aparent, nu au nimic comun între ele, cum sunt științele tehnice, științele biologice, psihologice, pedagogice și cele sociale. Cercetarea interdisciplinară, care vizează corelarea și integrarea într-un model logico-operativ unitar a diverselor unghiuri de abordare-interpretare ale unuia și aceluiași domeniu al realității, este un imperativ impus de însăși logica internă a evoluției cunoașterii. O știință închisă, izolată, oricât ar fi ea de rafinată, are o valoare instrumentală explicativă și aplicativă, incomparabil mai mică decât o știință deschisă, adică relaționată dinamic și dialectic cu altele elaborate dintr-o altă perspectivă și pe altă cale. Poate că în nici un alt domeniu principiul integrării interdisciplinare, intersistemice nu se impune cu atâta stringență și nu-și dovedește extraordinara sa fertilitate ca în domeniul cunoașterii complexității reale a omului, a organizării sale structurale și funcționale și a optimizării modalităților de educație și terapie.

Apariția rehabilitologiei, ca disciplină de graniță între științele neurologie, psihologie, pedagogie și științele sociale este rezultatul tocmai al traducerii în viață a exigențelor acestei orientări metodologice, respectiv, a principiului interdisciplinarității și

a complementarității. Complexitatea domeniului de reabilitare continuă să fie o țintă în mișcare, deoarece domeniul este dinamic, apar în permanență modele noi de intervenție terapeutică, iar profesioniștii și-au asumat rolul de a extinde constant domeniul, sondând noi arii de îngrijire a persoanelor în dificultate.

În cea mai mare parte a vieții noastre personale și profesionale, fiecare dintre noi se folosește de idei și inițiative propuse și/sau puse în aplicare de alții. Chiar atunci când reușim să oferim o contribuție proprie la dezvoltarea unui subiect, aceasta poate reprezenta, în cel mai bun caz, un foarte mic pas înainte, o cărămidă mică adăugată la construcția unui sistem creat de alții cu mult înainte ca aportul tău să fie adus la cunoștința generală. A fi conștient de această realitate înseamnă a-ți recunoaște locul pe care îl meriți în societatea în care te afli și în profesiunea pe care o practici.

Prezenta monografie are drept principal obiectiv să promoveze noi achiziții în domeniul reabilitării persoanelor post accident vascular cerebral prin intermediul neuroștiințelor, psihologiei, psihopedagogiei speciale, asistenței sociale. Întru elaborarea acestei monografiei am parcurs un număr impunător de surse în literatura de specialitate, noțiunile fiind analizate sintetic, dar și îmbogățite de cunoștințe proprii, acumulate prin aplicarea lor practică, considerând că studiile din cadrul acestui volum acoperă problematici de interes actual.

Cititorii, studenții, cadrele didactice universitare, cercetătorii științifici și practicienii au ocazia de a-și lărgi câmpul cunoașterii și de a utiliza structurile informaționale în realizarea unor proiecte menite ameliorării vieții persoanelor în dificultate.

Suntem deschiși comentariilor, observațiilor, sugestiilor și criticii constructive din partea membrilor comunității psihologiei, reabilitologiei, asistenței sociale etc., precum și din partea tuturor cititorilor.

*Autorul*

## PRELIMINARII

În ultimii ani, în toate comunitățile umane moderne, accidentele vasculare cerebrale (AVC) au devenit o problemă de sănătate majoră. Accidentele vasculare cerebrale (AVC) implică o pierdere rapidă a funcțiilor cerebrale ca urmare a întreruperii alimentării cu sânge a creierului prin reducerea drastică a fluxului sanguin, fie printr-o tromboză sau embolie arterială, fie printr-o hemoragie cerebrală [4; 418]. Accidentul vascular cerebral se regăsește printre cauzele principale ale morții și invalidității ce afectează populația din țările dezvoltate, reprezentând una din cauzele majore de morbiditate, pentru care nu există încă un tratament specific. Chiar dacă este a treia cauză de deces, după afecțiunile cardiace și diferite tipuri de neoplasme, din punct de vedere al costului social, accidentul vascular cerebral se situează pe primul loc, prezentând principala cauză a tulburărilor neurologice grave, principala cauză de handicap fizic și mental și una din principalele cauze de mortalitate.

În funcție de tipul și gravitatea lor, accidentele vasculare cerebrale pot determina multiple leziuni cerebrale, care lasă disfuncții fizice, psihologice, cognitive și sociale, peste 40% dintre supraviețuitorii rămânând cu un grad variabil de impotență funcțională [313; 382]. Astfel supraviețuitorii acestora, cât și aparținătorii, rămân sever marcați, necesitând îngrijiri medicale, recuperare complexă, evaluări și intervenții psihologice, pedagogice, ocupaționale, sociale, etc. de lungă durată. Conform numeroaselor studii existente, două treimi din supraviețuitorii unui AVC rămân cu un anumit grad de handicap, accidentul vascular cerebral reprezentând și principala cauză de dizabilitate dobândită la nivel mondial, o problemă cu implicații socio-economice grave.

Descrise și clasificate pe criterii lezionale topografice încă din 1927 de către Foix și Levy [256], astăzi diagnosticul de AVC este adus aproape la perfecțiune datorită mijloacelor moderne de investigație neinvazivă, permițând în consecință, și adoptarea celor mai adecvate atitudini terapeutice [4; 82]. Mai multe ghiduri și recomandări cu privire la managementul accidentului vascular cerebral sau de management al unor aspecte specifice ale AVC-ului au fost publicate în ultimul deceniu [4; 437]. Declarația revizuită de la Helsingborg s-a focalizat asupra standardelor de reabilitare complexă și de îngrijire post-AVC, dar și asupra nevoilor de cercetare din Europa. Continuă o armonizare globală a cunoștințelor, a cercetărilor, a elaborării modelelor de reabilitare post AVC, procesul fiind în atenția Organizației Mondiale a Sănătății și a Organizației Mondiale de AVC, sprijinită de ESO și de alte societăți regionale și naționale de accidente vasculare cerebrale.

Unanim acceptat este că majoritatea persoanelor cu accidente vasculare cerebrale au indicații pentru intervenții de reabilitare, iar tratamentul recuperator se realizează cu ajutorul unei echipe specializate multi-interdisci-

plinare, având ca scop limitarea impactului AVC-ului asupra calității vieții, presupunând utilizarea unui ansamblu de măsuri terapeutice și psiho-comportamentale, reabilitarea fiind un complex de procese, bazate pe participarea mai multor discipline. [96;245;437]. Accidentul vascular cerebral, fiind o leziune cerebrală acută, presupune o zonă cu neuroni distruși și irecuperabili, înconjurată de penumbra ischemică ce conține celule potențial viabile. Intervenția recuperatoare precoce urmărește însănătoșirea și reorganizarea rețelilor neuronale rămase intacte [106; 137; 145] și face apel la tehnici menite să promoveze transformările neuroplastice. Recuperarea tardivă constă în adaptarea la noile condiții, generate de impactul evenimentului asupra activităților zilnice, stimulând răspunsurile adaptive și strategiile de acceptare, aplicând principii medicale, psihologice și pedagogice [21; 158; 165].

Asimilarea cunoștințelor despre diferite procese biochimice de la nivelul celular și molecular, din timpul producerii unui accident vascular cerebral, nu a permis încă dezvoltarea unor strategii terapeutice cu efecte benefice la persoanele care au suferit un AVC, iar terapiile existente sunt încă limitate. Din punct de vedere terapeutic, putem găsi ținte la nivelul fiecărei etape de recuperare care face parte din cascada de evenimente caracteristice unui AVC. Dacă terapia farmacologică cu agenți neuroprotectori și-a dovedit efectele benefice, fiind utilizată cu scopul de modulare a proceselor de neuroplasticitate cerebrală și pentru a îmbunătăți potențialul de recuperare neurocognitivă, atunci intervențiile recuperatorii non-farmacologice, precum: terapiile de stimulare cognitivă, de stimulare a activismului persoanei, a motivației și voinței spre reabilitare, terapiile ocupaționale, art-terapia, meloterapia, terapia multisenzorială etc., rămân neexploatate la maxima valoare. Terapiile psihologice sunt de interes pentru cercetătorii în domeniu și au drept scop obiectiv stimularea unitară sau concomitentă, a uneia sau mai multor arii cerebrale deficitare. Stadiul actual al cercetărilor privind eficacitatea terapiilor de stimulare cerebrală nonfarmacologică indica atât randamentul crescut al operativității post-AVC, cât și existența unor instrumente de evaluare psihologică valide.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) evidențiază importanța integrării terapiilor nonfarmacologice de reabilitare post-AVC în programul de recuperare complexă și evidențiază existența mai multor abordări terapeutice de stimulare cerebrală dintre care, cel mai frecvent menționate în literatura de specialitate sunt: „*Reminiscence Therapy*” (terapia prin reminiscență), „*Validation Therapy*” (terapia de validare), „*Reality Orientation Therapy*” (terapia de orientare în realitate), „*Cognitive Stimulation Therapy*” (CST), „*Cognitive Rehabilitation Therapy*” (CRT), „*Attention Process Training*” (APT), „*Program Stimulare Cognitivă SC-ART*” etc.

Reabilitarea după un accident vascular cerebral este un proces terapeutic

complex, prin care o persoană cu un anumit grad de dizabilitate, își poate redobândi capacitățile fizice, cognitive, emoționale și psihosociale în limitele determinate de tipul și complexitatea leziunii, precum și de rezerva biologică individuală. În reabilitare post-AVC este adecvată abordarea multidimensională pentru evaluarea rezultatelor, care să includă progresele în sfera motorie, emoțiile, nivelul de anxietate, viteza cognitivă, precum și toate îmbunătățirile pe care le cunoaște starea pacientului.

A.P. Лурия, neuropsiholog de origine rusă, indică în lucrările sale despre similitudinile și deosebiri între metodele de diagnostic neurologic clinic și cel neuropsihologic. În setul de metode neuropsihologice de evaluare sunt incluse metode de examinare a sferei intelectuale, emoționale și a personalității sub formă de teste, deoarece acestea reclamă experimente și metode speciale de analiză a rezultatelor. Examinarea neuropsihologică în clinică urmărește obținerea de informații despre nivelul dezvoltării limbajului, particularitățile emoționale expresive, tipul de personalitate, conștientizarea prezenței bolii și stării de către bolnav, atitudinea față de boala și față de sine ca bolnav, etc., momente de importanță majoră pentru o recuperare complexă și eficientă după un AVC. Până în prezent schema neuropsihologică a lui Luria [145; 147] este printre primele scheme aplicabile în diagnosticul psihofuncționalității creierului, recunoscute în plan mondial de către specialiști în domeniu [146].

Bazându-se pe modelul de evaluare neuropsihologică a lui A.P. Лурия, savanții Л.И. Вассерман, Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Мейерсон, dezvoltă setul de metode neuropsihologice, care constă din două variante: varianta completă și varianta incompletă, varianta incompletă aplicându-se în expres-diagnostic [127; 144]. Mai multe personalități notorii din domeniul psihologiei au studiat șirul de probleme, legate de reabilitarea complexă a bolnavilor: Л.С. Выготский [112; 113; 114], А.Р. Лурия [145; 146; 147], А.Н. Леонтьев [143; 144], Л.С. Цветкова [158; 159; 160; 161], А.С. Bein [107], В.М. Коган [138], О.А. Кроткова [142], Ж.М. Глозман [122; 123] et al. urmărind identificarea acelor dimensiuni psihologice implicate în trăirea subiectivă a bolii, calitatea percepută a vieții și evoluția stării clinice.

O întrebare de cercetare rezultă din studiul lucrărilor de specialitate ale savanților: Е.Д. Хомская [155; 156; 157], Л.С. Цветкова [158; 160], Н.К. Корсакова [140; 141], Л.И. Moskovichyute, И.М. Тонконогий, Т.А. Доброхотова, Н.Х. Брагина et al. dacă există un model maladativ specific persoanelor cu AVC sau chiar faptul de a fi bolnav determină instalarea unor tulburări psihologice specifice oricărei persoane cu boală cronică [127; 128].

În lucrările savanților Л.С. Выготский [112; 113], А.Р. Лурия [145; 146; 147], А.Н. Леонтьев [144], Л.С. Цветкова [158; 160; 161] sunt prezentate principii de bază și metode neuropsihologice de reabilitare a funcțiilor psihice supe-

rioare afectate în urma unui AVC, unul din principalele domenii ale neuropsihologiei fiind reabilitarea. Repere teoretice și metodologice ale reabilitării psihosociale găsim la Л.С. Цветкова [159; 160; 161], care argumentează științific necesitatea metodelor și terapiilor de reabilitare a funcțiilor psihice superioare, formele optime de reabilitare, cât și argumentarea lor teoretică.

În lucrările de specialitate se menționează despre importanța cât mai precoce a intervențiilor de reabilitare după un AVC, iar Л.С. Цветкова în lucrările sale [158; 159; 160], pune accentul anume pe reabilitarea psihologică cu introducerea noțiunii de învățare spontană, sau educația cu programe speciale atât pentru personalul specializat, cât și pentru pacienți, având la baza recuperării funcțiilor psihice superioare nu fiziologia creierului, dar strânsa legătură dintre psihic și substratul cerebral, legătura creier-comportament, cât și influența socială asupra persoanei în procesul de reabilitare [161]. În lucrările sale, Л.С. Цветкова aduce cele mai elocvente dovezi ce demonstrează doua momente determinante în reabilitarea psihosocială a persoanelor post AVC: intervenția precoce și aplicarea metodelor optime prin programe de educare și învățare. Există și metode terapeutice recent apărute, ce includ abordări imagistice funcționale [21; 375] și cibernetice [78], iar în ultimul timp revine în atenția cercetătorilor antrenarea forței musculare prin rezistență variabilă [77].

Leon Danailă, neurochirurg, neuropsiholog român, în lucrările sale remarcă faptul că, deși deteriorarea funcțională, care post AVC reprezintă un eveniment recunoscut de mai bine de 30 de ani, până în prezent nu există nici un acord comun cu privire la tratament și metode complexe de reabilitare. Evoluția deteriorărilor precoce produse în cadrul unui AVC este foarte descurajantă, în consecință, este extrem de importantă cercetarea, pentru descoperirea noilor strategii terapeutice capabile de prevenirea dizabilităților survenite în urma atacului cerebral, evaluarea psihodiagnostică și intervenirea prin terapii complexe de reabilitare [18].

Reușita reabilitării după un accident vascular cerebral depinde întotdeauna de factorul psihic al pacientului, de modul de cooperare psihică, de participarea cât mai plenară a acestuia în actul de recuperare, deosebit de importantă fiind intervenția prin modele psihologice individualizate, care facilitează susținerea personalității bolnavului. În acest context, reabilitarea complexă a persoanelor după AVC reprezintă o specialitate care necesită aptitudini atât în medicină, cât și în alte domenii – psihologie, pedagogie, asistență socială ș.a., abordarea biopsihosocială a reabilitării fiind de prioritate exclusivă și de o actualitate investițională [73; 248; 385].

Provocările în fața unei persoane cu AVC constau în: surprinderea alterărilor cerebrale calitative și cantitative, identificarea tipului și intensității simptomatologiei psihologice prezente, delimitarea efectelor psihologice



determinate de manifestarea bolii, de cele determinate de medicația specifică și importanța percepută de către pacient a evenimentelor din viață. Tulburările cognitive, inclusiv cele de memorie, dezorientarea, deficitul de atenție, tulburările afective și de personalitate, sunt cel mai frecvent întâlnite la persoanele post AVC, astfel trebuie urmărite în mod curent, utilizându-se instrumente standardizate de evaluare și modele actuale de eficientizare a procesului de reabilitare [1; 49; 52].

O întrebare de cercetare ce rezultă din studiul lucrărilor de specialitate este dacă exista un model maladativ specific persoanelor cu AVC, sau chiar faptul de a fi bolnav determină instalarea unor tulburări psihologice, comportamentale și de personalitate specifice oricărui bolnav cu dizabilități cronice funcționale și cognitive. Intervențiile psihologice complexe, individualizate, joacă un rol uneori potențiator, alteori determinant în reabilitarea multor condiții post AVC. Este necesară identificarea și descrierea situațiilor în care factorii psihologici au un efect semnificativ clinic asupra evoluției recuperării persoanelor după un accident vascular cerebral.

Constant, la nivel mondial se înregistrează creșteri îngrijorătoare în ceea ce privește numărul de accidente vasculare cerebrale, statisticile arătând că, aceste tendințe alarmante sunt direct proporționale cu multiplicarea factorilor de risc generată în mare parte de către fluctuațiile economice, gradul educațional al populației sau de către schimbările climatice tot mai agresive. În contextul acestor provocări, lumea științifică încearcă să găsească noi soluții prin cercetarea aprofundată, de a diminua cât mai mult rata mortalității, de a eficientiza sisteme de diagnostic și tratament, precum și de a îmbunătăți substanțial calitatea vieții persoanelor post AVC, prin metode inovative de recuperare [45; 47; 48].

Schimbarea profilului demografic de sănătate cu creșterea prevalenței bolilor netransmisibile și a îmbătrânirii la nivel global, numărul tot mai mare al îmbolnăvirilor cu AVC la nivel mondial (potrivit OMS), determină creșterea rapidă a numărului de persoane care prezintă probleme de funcționalitate și dizabilități consecutive, nevoile de reabilitare complexă (medicală, psihologică, pedagogică, socială), care sunt deja foarte mari, vor crește și mai mult în anii următori, această schimbare reprezentând o imensă provocare pentru sistemele sociale, care sunt nevoite să răspundă acestor nevoi. Acest fapt este astăzi principalul generator de îngrijorare în politicile de sănătate și cele sociale din întreaga lume, cercetarea științifică fiind într-un perpetuu asediu al provocărilor. În acest context preocupările cercetătorilor sunt axate pe scheme terapeutice moderne și eficiente ce vizează recuperarea persoanelor și îmbunătățirea substanțială a calității vieții acestora, asigurându-le dreptul la sănătate și bunăstare. Reabilitarea psihosocială devine strategia de sănătate a secolului XXI.

Cercetările dedicate prevenției, diagnosticării corecte, tratamentelor inovative și metodele eficiente de recuperare, au devenit principalele teme de dezbateri din cadrul reuniunilor științifice, în afecțiunea precum Accidentul Vascular Cerebral (AVC), aducându-se în prim plan noi abordări. Prin urmare, implementarea metodelor contemporane de tratament și reabilitare reprezintă o necesitate evidentă de care depinde foarte mult reușita tratamentului și ulterioara calitate a vieții a persoanelor afectate. Reabilitarea post AVC nu mai constă doar în terapie fizică, la ziua de azi există tipuri speciale de training, terapie asistată de roboți, stimulare farmacologică și non-farmacologică a creierului, intervenții psihologice și sociale în combinație personalizată. În acest context, atât cercetarea fundamentală, cât și medicina, psihologia, psihopedagogia, asistența socială urmăresc cu predilecție îmbunătățirea substanțială a calității vieții persoanelor afectate, acordând un interes crescut pentru ceea ce numim astăzi reabilitare sau reabilitare psihosocială [34; 36; 41; 42].

Reabilitarea psihosocială post AVC reprezintă un proces dinamic, continuu, multifactorial diferit de la o persoană la alta, făcând imposibil de găsit un singur model terapeutic ideal, perfect, pentru toți, dar constituie un proces care cert trebuie început în perioada acută a tulburării la indicațiile și sub supravegherea unei echipe multidisciplinare formată din medici, asistenți, kinetoterapeuți, logopezi, psihologi, pedagogi, terapeuți ocupaționali, asistenți sociali, intensitatea și durata acesteia depinzând atât de statusul clinic al persoanei, cât și de condițiile familiale, deoarece ei au nevoie de ajutorul și supraveghere din partea celor apropiați [23; 26; 27].

Pentru majoritatea persoanelor, un AVC reprezintă debutul unei boli care durează toată viața. De aceea un management adecvat presupune o recuperare complexă, multidisciplinară care să asigure o abordare individualizată, o îmbunătățire substanțială a calității vieții și incluziunea perfectă în familie și societate.

# CAPITOLUL I.

## CONGRUIENȚE CLINICO-PSIHO-SOCIALE ALE REABILITĂRII ÎN ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL

### 1.1. Accidentul vascular cerebral – aspecte generale

Provocările asigurării și investigării reabilitării accidentelor vasculare cerebrale (AVC), inovațiile din domeniul îngrijirilor medicale și al cercetărilor privind accidentele vasculare cerebrale sunt uimitoare. Ultimii 20 de ani au fost martorii transformării abordării terapeutice privitoare la reabilitarea persoanelor ce au suferit un accident vascular cerebral, transformare stimulată de literatura din ce în ce mai abundentă despre reabilitarea după leziunile cerebrale localizate.

Termenul de atac – lovitură implică prezența unor puternice forțe externe, ce provoacă boala și care fac ca tratamentul să fie inutil. Termenul mai recent de accident vascular cerebral (AVC) nu face decât să perpetueze abordarea nihilistă a îngrijirilor medicale în cazul acestei afecțiuni patologice [179]. Specialiștii de astăzi au păstrat termenul de atac cerebral din cauza naturii bruște și surprinzătoare a bolii cerebrovasculare simptomatice. În prezent, se acceptă faptul că AVC este asociat cu factori de risc cunoscuți, și că atât îngrijirile medicale din stadiul acut, cât și cele de reabilitare pot reduce mortalitatea și gradul de dizabilitate.

AVC este un sindrom neurologic produs de un grup eterogen de cauze etiologice vasculare, necesitând fiecare altă abordare [108; 109; 110]. Cauzele pot fi clasificate, în mare, în hemoragice și ischemice. Hemoragiile intracraniene produc 15% dintre toate AVC-urile și pot fi clasificate mai departe în cauze hemoragice intracerebrale (10%) și subarahnoidiene (5%). Hemoragiile subarahnoidiene (HSA) sunt provocate, de obicei, de ruperea unui anevrism al unei artere cerebrale, cu pierdere de sânge în spațiul ce înconjoară creierul. Ruperea vaselor slăbite din parenchimul cerebral ca rezultat al hipertensiunii, malformațiilor arterio-venoase (MAV) sau al unor tumori determină hemoragiile intracerebrale (HIC). Celelalte 85% dintre AVC-uri sunt determinate de leziuni ischemice cerebrale, provocate de tromboza vaselor mari (40%) sau mici (20%), embolii cerebrale (20%) și de alte cauze mai puțin frecvente (5%), ca vasculita cerebrală sau hipoperfuzia cerebrală. Ocluzia vasculară din tromboza arterelor de mari și de mici dimensiuni este provocată, cel mai adesea, de către boala aterosclerotică cerebrovasculară. Modificările vasculare sau lipohialinoza apărute la nivelul arterelor perforante mici și profunde, cum sunt modificările asociate cu hipertensiunea cronică, pot duce la tromboza vaselor mici. Embolusurile cerebrale au, de obicei, origine

cardiacă și sunt deseori rezultatul unei boli valvulare sau al fibrilației atriale. În plus, pot apărea în boala cardiovasculară ischemică cronică însoțită de hipokinezia secundară a peretelui ventricular, ce poate crește, de asemenea, riscul formării de trombusuri intracardiace.

AVC este, în primul rând, o boală a persoanelor în vârstă, dar 28% dintre AVC-uri afectează persoane cu vârste mai mici de 65 de ani. Incidența anuală a AVC-ului la copii este de 2,7 la 100.000 de copii. Principala cauză a AVC-ului ischemic la adulți o reprezintă ateroscleroza, în timp ce, la copii, cauzele sunt anomalii cerebrovasculare, boala cardiacă congenitală, disecția de arteră carotidă, boala celulelor în seceră, tulburările de coagulare moștenite și infecțiile anterioare [95]. AVC hemoragice la copii pot apărea ca rezultat al bolii moya-moya sau în hemofilie. Incidența AVC-ului este cu 50% mai ridicată la bărbați față de femei, în cazul tuturor raselor, la vârste între 65 și 74 de ani, dar diferența între sexe devine mult mai mică la vârste mai înaintate.

AVC-urile erau, în an. 2015, principala cauză de deces în cazul a 143.579 de persoane, și rămân a treia cea mai importantă cauză de deces în SUA, fiind depășite doar de către boala cardiovasculară și de către cancer, conform American Heart Association [467]. Totuși, în ultimul secol a avut loc o reducere bine documentată a mortalității anuale prin AVC în SUA [190; 191]. Începând cu anii '70, s-a observat un declin rapid al numărului anual al deceselor prin AVC atât la bărbați, cât și la femei, declin ce a continuat în anii '80, încât la începutul anilor '90 să se stabilizeze. În această perioadă au avut loc cu 200.000 mai puține AVC-uri fatale decât ar fi putut fi preconizate pornind de la datele decadelor anterioare, conform *American Heart Association* [191; 467].

Cea mai recentă definiție, consideră un AVC (*stroke*) ca și constituit, dacă, fie simptomele clinice au durată de peste 24 de ore, fie simptomele se remit sub acest interval, dar imagistica pune în evidență o leziune ischemică acută în concordanță cu tabloul clinic al ictusului. Pacienții care supraviețuiesc unui AVC prezintă adesea simptome persistente ca: paralizia unor funcții motorii, deficite senzoriale, deficite de percepție, de echilibru, afazie, depresie, demență sau alte deteriorări ale funcțiilor cognitive [369]. Aceste date sugerează că AVC constituie o reală problemă de sănătate, nu numai prin rata ridicată a mortalității, ce și prin consecințele asupra performanțelor motorii și cognitive ale supraviețuitorilor. Sechelele AVC pot avea efecte catastrofale asupra calității vieții bolnavului și a familiei acestuia.

Accidentele vasculare sunt un sindrom des întâlnit și se consideră, de multe ori, că îngrijirea pacienților cu accidente vasculare cerebrale reprezintă un prototip al eforturilor de reabilitare, datorită frecvenței sale ridicate și datorită faptului că, practic, este nevoie de participarea tuturor membrilor echipei de reabilitare. Faptul că nu există două accidente vasculare asemenea, după cum nu există nici doi pacienți care să reacționeze similar în

situația respectivă, înseamnă că îngrijirea pacienților cu accidente vasculare cerebrale reprezintă, de fiecare dată, o experiență aparte, care necesită acordarea individualizată de atenție. De aceea, abordarea necesară pentru evaluarea potrivită și tratamentul corespunzător al pacientului cu accident vascular cerebral cere cunoștințe de specialitate, abilități, îndemnare și creativitate.

*Accidentul vascular cerebral este o afecțiune neurologică acută gravă, rezultată în urma blocării irigației cu sânge a unei zone cerebrale sau prin hemoragie cerebrală.* Cu alte cuvinte, AVC este un sindrom clinic produs prin leziunile substanței cerebrale ca urmare a unor evenimente vasculare de natură ischemică sau hemoragică.

La nivel mondial, AVC reprezintă una din cauzele principale de mortalitate și morbiditate [332] deoarece anual ucide cinci milioane de oameni și provoacă dizabilități severe altor cinci milioane. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, în anul 2011 sau înregistrat 5,5 milioane de decese prin AVC și anual circa 15 milioane de persoane supraviețuiesc unui accident vascular cerebral. Letalitatea prin accidente vasculare cerebrale este de 11% pentru femei și 8,4% pentru bărbați. Studii prospective arată că această afecțiune crește an de an, atât ca incidență, cât și ca prevalență, apreciindu-se de către experții OMS, că accidentele vasculare cerebrale vor deveni până în anul 2030 principala cauză de mortalitate. În Europa, incidența AVC variază de la țară la țară, fiind estimată între 100 și 200 de AVC noi la 100.000 de locuitori anual, reprezentând o imensă povară economică. Accidentele vasculare cerebrale reprezintă principalul factor etiologic al instalării dizabilităților pe termen lung constituind în țările dezvoltate a treia cauză de deces după afecțiunile cardiace și diferite tipuri de neoplasme [379]. De asemenea, AVC reprezintă a doua cauză de apariție a demenței și cea mai frecventă cauză de epilepsie la vârstnici, precum și o cauză frecventă de depresie [240; 363; 479].

Accidentele vasculare cerebrale (AVC) implică o pierdere rapidă a funcțiilor cerebrale ca urmare a întreruperii alimentării cu sânge a creierului prin reducerea drastică a fluxului sanguin, fie printr-o tromboză sau embolie arterială, fie printr-o hemoragie cerebrală [393; 394; 418]. În ultimii ani, AVC au devenit principala cauză a tulburărilor neurologice grave, principala cauză de handicap fizic și mental și una din principalele cauze de mortalitate. În funcție de tipul și gravitatea lor, AVC pot determina multiple leziuni cerebrale, care lasă disfuncții fizice, psihologice, cognitive și sociale [222; 221; 313; 382]. Un accident vascular cerebral reprezintă o urgență medicală deoarece poate duce la leziuni neurologice permanente și chiar la decesul persoanei afectate. Factori de risc cel mai des întâlniți sunt: vârsta înaintată, hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, diabetul, fibrilația atrială, fumatul etc. [242]. Tensiunea arterială este cel mai important factor de risc modificabil pentru AVC.

Cele mai multe AVC apar la indivizi de peste 65 de, răspândirea atacurilor cerebrale la cei cu vârste peste 40 de ani este de doar 0,5%; la grupul cu vârsta între 60 și 79 de ani, procentul de răspândire depășește 6%. În ceea ce privește rata morbidității și a mortalității, trebuie arătat că 8% până la 17% dintre pacienți cu atac ischemic și 37% până la 38% dintre pacienți cu atac hemoragic, decedază în primele 30 de zile de la producerea accidentului vascular [442]. În afară de povara mortalității, atacul cerebral este principala cauză pentru dizabilități. Acestea limitează drastic funcțiile corpului, contribuie la creșterea cheltuielilor medicale și reduce calitatea vieții pacientului. Costurile medicale directe legate de atacul cerebral și cele indirecte au fost apreciate în 2015, în SUA la 65,5 miliarde de dolari.

Simptomele unui AVC încep de obicei brusc, de la câteva secunde până la câteva minute. Uneori, mai ales la persoanele vârstnice, debutul bolii se instalează mai lent în decurs de câteva ore. Simptomatologia clinică depinde foarte mult de zona afectată a creierului. În cele mai multe cazuri, simptomele afectează doar o parte a corpului (unilaterală). Pierderea cunoștinței și vomele, apar de obicei în AVC hemoragice și mai rar în cele de natură ischemică, din cauza presiunii intracraniene crescute în urma scurgerii de sânge din compartimentul intravascular în cel parenchimatous, cu comprimare mai mult sau mai puțin intensă a creierului. Afectarea cortexului cerebral și a principalelor căi aferente sau eferente se traduce prin afazie, dizartrie, apraxie, reducerea câmpului vizual, deficite de memorie, confuzii, mișcări dezordonate, incapacitatea de a înțelege cuvintele sau sunetele, incapacitate de vorbire etc. În cazul în care sunt afectate zonele de proiecție spino-talamic, cortico-spinal sau lemniscul medial, pacienții prezintă hemiplegie, reducerea percepțiilor senzoriale, hipotonie, spasticitate sau hiperreflexie. Pacienții care au suferit un AVC major, sunt de asemenea, supuși la riscul de a avea ulterior mai multe AVC manifeste sau silențioase [351; 479].

Accidentele vasculare cerebrale reprezintă în Republica Moldova prima cauză de deces în cadrul bolilor vasculare, adică al bolilor cerebro-vasculare și cardio-vasculare considerate la un loc, înregistrându-se aproximativ 300 de accidente vasculare cerebrale noi la sută de mii de locuitori, față de o medie europeană de până în 200 de AVC [1; 2; 5; 6].

Dintre pacienții care supraviețuiesc unui accident vascular, o treime prezintă o îmbunătățire a stării generale în prima săptămână de evoluție, 40% prezintă o evoluție lentă, cu apariția unor dizabilități permanente, în timp ce 20% suferă o agravare a simptomatologiei inițiale în decursul primei săptămâni de evoluție [284; 285].

Cea mai recentă definiție consideră un *stroke* ca și constituit dacă fie simptomele clinice au durată de peste 24 de ore, fie simptomele se remit sub acest interval, dar imagistica pune în evidență o leziune ischemică acută în concor-

danță cu tabloul clinic al ictusului [4]. AVC ischemic se caracterizează prin suferința ischemică definitivă a parenchimului cerebral într-o arie în care debitul sanguin cerebral regional scade sub pragul de 10 ml / 100 g țesut / min., secundar ocluziei parțiale sau totale a unei artere sau vene cerebrale. Etiologia bolii cerebro-vasculare ischemice este reprezentată de trei largi categorii: tromboza, embolia, deteriorarea critică a hemodinamicii cerebrale „infarcte de flux scăzut”. Cele mai frecvente cauze de infarct cerebral sunt aterotromboza (ateroscleroza cu trombembolism) și embolismul cardiogen. Fibrilația atrială nereumatică este cea mai frecventă cauză de embolism cerebral.

Factorii care cresc riscul unui accident vascular cerebral ischemic sunt multipli. Aceștia se împart în factori care pot fi modificați prin tratament și schimbarea modului de viață și factori care nu pot fi modificați [4; 479]. Factorii care pot fi modificați sunt reprezentați de: hipertensiunea, diabetul zaharat, nivelul sanguin crescut al colesterolului, fumatul de țigarete, consumul excesiv de alcool, obezitatea, sedentarismul, fibrilația atrială, infarctul miocardic acut, cardiomiopatii, valvulopatii cardiace, stările de hipercoagulabilitate sanguină, utilizarea anticoncepționalelor orale. Factorii care nu pot fi modificați sunt: vârsta, sexul, rasa, istoricul familial de evenimente cerebrovasculare, antecedentele personale de evenimente cerebrovasculare.

Accidentul vascular cerebral reprezintă un sindrom clinic care cuprinde *infarctul cerebral și hemoragia cerebrală* [63]. Este clasificat în 2 categorii majore: AVC ischemice și AVC hemoragice [204]. Majoritatea AVC-urilor sunt ischemice (87%), fiind cauzate de o tromboză sau de un embol, iar restul sunt hemoragice (13%), fiind cauzate de ruptura unui vas de sânge sau a unui anevrism [208; 388; 389].

OMS definește accidentul vascular cerebral ca deficitul neurologic care persistă mai mult de 24 de ore sau care se soldează cu deces în primele 24 de ore de la debut. Reversibilitatea simptomatologiei neurologice diferențiază AVC de atacul cerebral tranzitoriu, al cărui fenotip se remite complet în 24 de ore [454; 455]. Clinic, apar o varietate de deficite focale care pot fi: modificarea nivelului conștienței sau afectarea funcțiilor senzorială, motorie, cognitivă, perceptuală sau de limbaj. AVC-ul este constituit atunci când deficitul persistă pentru cel puțin 24 de ore. Deficitul motor, clasificat ca paralizie (hemiplegie) sau pareză (hemipareză), apare la majoritatea din cazuri. Severitatea deficitului neurologic depinde de localizarea și extinderea leziunii, de circulația colaterală și de promptitudinea îngrijirii. Stadiul acut al unui AVC înseamnă primele 24 de ore de la debutul simptomelor. 8-10% dintre pacienții cu AVC ischemic și 37-38% dintre cei cu AVC hemoragic decedează în primele 30 de zile [400]. Urmările unui AVC se pot remite ca urmare a unui tratament adecvat precoce sau spontan ca urmare a resorbției edemului perilezional, în general în primele 3 săptămâni. Urmările reziduale persistă peste acest termen și constituie dizabilități permanente [479; 480].



În funcție de gravitatea și durata procesului patologic, secundare perturbării funcționale și/sau anatomice a parenchimului cerebral datorită diminuirii sau întreruperii circulației cerebrale într-un anumit teritoriu, ischemia cerebrală (*AVC ischemic*) poate fi clasificat:

- *Atac ischemic complet – infarctul cerebral*, definit ca necroza țesutului cerebral consecutivă unei ocluzii arteriale de etiologie trombotică, embolică sau spasmul cerebral;
- *Atac ischemic progresiv (în evoluție)* se caracterizează printr-o evoluție lent progresivă de la câteva ore până la câteva zile, manifestările clinice având o durată de cel puțin trei săptămâni, perioadă în care deficitul post AVC fie evoluează sau regresează.
- *Atac ischemic regresiv (involutiv)*, reprezentat de ischemie cerebrală acută, determină un deficit post AVC ce depășește termenul de 24 de ore, simptomele clinice principale fiind dereglări motorii și senzitive, dereglări de limbaj.
- *Atac ischemic tranzitoriu (AIT)* se caracterizează prin simptomatologia descrisă la ischemie dar cu o durată redusă de aproximativ 20 de minute, la câteva ore, dar nu depășește 24 de ore, după care bolnavul își revine total.

În tabloul clinic al AVC ischemice apar: deficit motor (hemipareze, tetrapareze); tulburări de limbaj (afazie, dizartrie); semne de nervi cranieni (hemianopsie omonimă, pareză facială, deviație conjugată a globilor oculari); tulburări de sensibilitate (hipoestezie, hiperpatie talamică) crize epileptice (focale sau generalizate); ataxie.

*AVC hemoragic* se clasifică, de obicei, după tipurile de hemoragie [86]: hemoragia intracerebrală supratentorială; hemoragia infratentorială; hemoragia subarahnoidiană, sau în dependență de etiologia AVC-ului hemoragic, în opinia cercetătorilor [167:168; 170], ruptură de anevrism; angiom cerebral; hemoragie hipertensivă; diateză hemoragică; spasme.

AVC hemoragic prezintă un tablou clinic cu: cefalee (mai frecventă în hemoragiile situate mai superficial decât în hemoragiile profunde) într-un număr mare de cazuri cefaleea nu apare (hemoragii de dimensiuni mici); vărsături: apar constant în leziunile situate în circulația posterioară; în leziunile circulației anterioare apar vărsături dacă acestea distorsionează parenchimul cerebral și determină creșterea presiunii intracraniene; convulsii (mai frecvente în hemoragii decât în ischemii cerebrale); alterarea stării de conștiență: stupor, hipersomnolență, comă; redoare de ceafă.

AVC este o urgență majoră care impune respectarea unui protocol diagnostic și de tratament, internarea bolnavului într-o unitate de *stroke*, care presupune o colaborare interdisciplinară între medici de diverse specialități. Vorbind despre investigațiile clinice-paraclinice, e nevoie de menționat că

explorările imagistice (tomografia computerizată cerebrală, rezonanța magnetică cerebrală) sunt metoda de selecție, iar tomografia computerizată, diferențiază AVC-ul hemoragic de cel ischemic. Rezonanța magnetică este superioară tomografiei în infarctul cerebral. Alte investigații paraclinice [171]: analize de laborator, examinări de rutină dar și teste pentru evaluarea stărilor de hipercoagulabilitate; în cazuri special selectate se efectuează examinări toxicologice, imunologice, genetice etc.; puncția lombară; explorări cu ultrasunete, ce verifică permeabilitatea vaselor detectând eventuale stenoze ale acestora.

## **1.2. Accidentul vascular cerebral – manifestări și evoluții**

Constant, la nivel mondial se înregistrează creșteri îngrijorătoare în ceea ce privește numărul de Accidente vasculare cerebrale, statisticile arătând că, aceste tendințe alarmante sunt direct proporționale cu multiplicarea factorilor de risc generată în mare parte de către fluctuațiile economice, gradul educațional al populației sau de către schimbările climatice tot mai agresive. La nivel global incidența anuală a AVC este estimată la 100 – 300 cazuri la 100 mii locuitori în an, cu particularități de la țară la țară și regiuni [5; 6; 10]. Anual, 17 milioane de cazuri noi de accident vascular cerebral (AVC) se înregistrează la nivel mondial. Accidentul Vascular Cerebral este a treia cauză a deceselor înregistrate, după bolile cardiovasculare și cancer, fiind un mare contribuitor la povara globală a bolii și dizabilității. Conform ultimei raportări a Organizației Mondiale a Sănătății au fost înregistrate la nivel mondial peste 17 milioane de cazuri noi de AVC, aproximativ 5 milioane dintre acești pacienți decedează, iar alte 5 milioane rămân cu diverse grade de dizabilitate permanentă. AVC-ul rămâne astfel printre primele cauze de mortalitate la nivel global [486; 489; 493].

Datele clinice raportate, privind rata de supraviețuire după un AVC la 7 ani de la debutul bolii sunt îngrijorătoare: 16% dintre pacienți sunt instituționalizați, 20% necesită asistență la mers, 31% necesită asistență zilnică, iar 71% au capacitatea de lucru afectată. De asemenea, AVC reprezintă una dintre cele mai importante cauze de dizabilitate, doar aproximativ 25% dintre supraviețuitorii unui AVC fiind capabili să-și reia activitățile profesionale prestate înainte de îmbolnăvire. Restul pacienților cu AVC rămân cu diverse grade de dizabilitate, de la imposibilitatea mersului și nevoia de îngrijire permanentă (aproximativ 25% dintre supraviețuitori), până la deficite motorii sau senzitive care, chiar dacă sunt mai ușoare, interferă cu desfășurarea activităților cotidiene. Îngrijorător este faptul că tot mai multe dintre cazurile de AVC se înregistrează în rândul tinerilor, coborându-se grupa de vârstă sub 40 de ani, atingându-se chiar și vârste de 18 sau 20 de ani. În aceste cazuri factorii de risc sunt fie genetici, fie raportați la stresul cotidian amplificat, acest al doilea factor de risc trecând în ultimii ani de la cauză indirectă în producerea AVC, la

cauză directă. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, incidența globală este într-o continuă creștere; statisticile estimează dublarea numărului actual de bolnavi până în 2050, ce constituie o reală problemă de sănătate [493].

Potrivit statisticilor, aproximativ un milion de cazuri se înregistrează anual în Europa, studiile fiind raportate la o populație de 500 de milioane de locuitori. În Europa, conform OMS, incidența AVC-ului va crește de la 1,1 milioane pe an cât era în anul 2000 la 1,5 milioane pe an în anul 2025, din cauza modificărilor demografice. Estimările demografice pentru Europa indică o creștere a populației de peste 65 de ani, segment în care apar majoritatea AVC-urilor, de la 20% în 2000 la 35% în 2050 și a vârstei medii de la 37,7 ani în 2000 la 47,7 ani în 2050. Populația estimată a Europei va scădea de la 728 milioane în 2000 la 705 milioane în 2050. Acest lucru va fi o provocare atât pentru societate cât și pentru sistemele de sănătate. Potrivit statisticilor, aproximativ un milion de cazuri se înregistrează anual în Europa, studiile fiind raportate la o populație de 500 de milioane de locuitori [493].

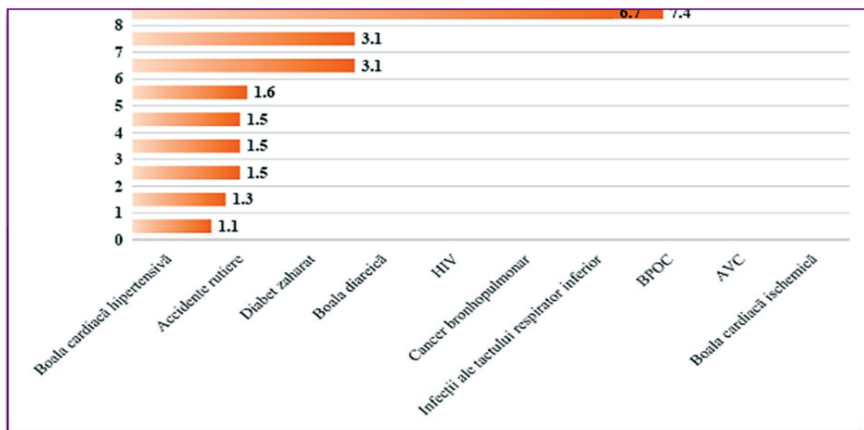
Conform studiului publicat de către OMS în 2016, țările cu incidența cea mai scăzută de AVC sunt Franța și Elveția, iar cea mai crescută incidență se înregistrează în Letonia și Grecia.

Incidența AVC-ului variază între 125/100.000 locuitori în Italia și 361/100.000 în Finlanda pentru bărbați și între 61/100.000 în Germania și 294/100.000 în Rusia – pentru femei [430]. În general, incidența este mai crescută în țările mai puțin dezvoltate [253; 254; 255].

La nivel global, AVC-ul consumă 2-4% din costurile pentru sănătate. În țările Uniunii Europene, costurile legate de AVC sunt de 27 bilioane de euro anual. În funcție de gravitate, urmările unui AVC sunt decesul sau supraviețuirea cu o dizabilitate astfel încât impactul economic al AVC-ului trece dincolo de costul tratamentului în stadiul acut sau de costurile prevenției secundare (endarterectomie carotidiană, de exemplu) și provine de asemenea din costurile îngrijirilor pe termen lung și a recuperării. Astfel, o proporție considerabilă a costurilor legate de AVC provine din îngrijirea pe termen lung, nursing și scăderea producției [400].

În România, conform statisticilor Eurostat din 2015, AVC-ul continuă să reprezinte una dintre principalele cauze de deces și invaliditate, iar mortalitatea prin AVC se situează pe locul al treilea în Europa, după Bulgaria și Macedonia, cu 195/100.000 pentru bărbați și 150/100.000 pentru femei. Cel mai scăzut nivel de mortalitate prin AVC se înregistrează în Franța: 31/100.000 pentru bărbați și 23/100.000 pentru femei. Media pentru țările membre ale Uniunii Europene (UE) este de 75/100.000 pentru bărbați și de 58/100.000 pentru femei. Ca particularitate, în regiunea noastră geografică, prevalența și mortalitatea sunt chiar apropiate de cele produse de patologia coronariană. În 2010, în România, s-au raportat 387 de decese din cauză cardiacă la 100.000 de locuitori și 345 prin AVC, cifrele fiind – practic – egale pentru femei și

pentru bărbați (147 vs. 150) [472]. Date recente atestă că prevalența AVC în România este de 0,1% pentru grupa de vârstă sub 40 ani, 1,8% pentru grupa de vârstă 40-55 de ani, 4,3% pentru grupa de vârstă 55-70 ani și 13,9% la vârsta de peste 70 de ani.

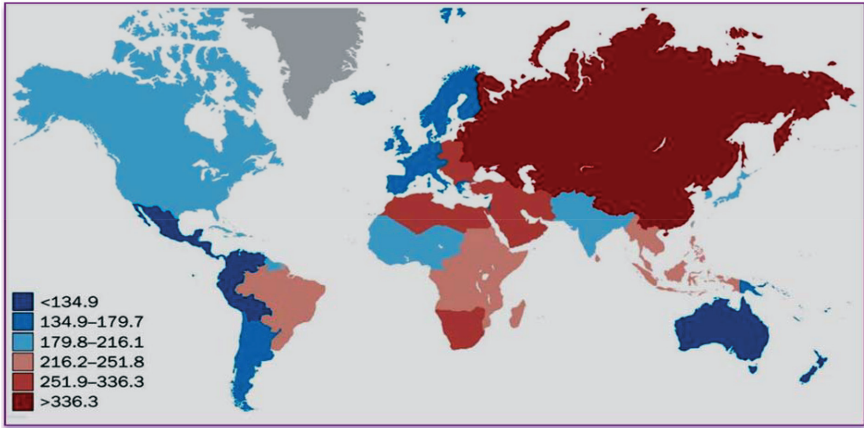


**Figura 1.1. Cauze de deces la nivel global în anul 2016**

Conform statisticilor pentru SUA, incidența pentru AVC este: 700.000 cazuri AVC/an, dintre care 500.000 inițiale și 200.000 recurente. Aceasta este mai mare la bărbați cu 1,25% și se dublează după vârsta de 65 de ani. Doar 28% din AVC-uri survin la persoane mai tinere de 65 de ani. Riscul de AVC recurent după un AVC inițial sau un accident ischemic tranzitoriu (AIT) este de circa 14% în primul an [207]. Se estimează că în Statele Unite ale Americii o persoană suferă un AVC la fiecare 45 de secunde [253]. Potrivit unor date provenite din studii de cohortă care au fost realizate pe populații diferite se estimează faptul că incidența anuală a AVC-ului în SUA este de 795.000, cumulând 600.000 de noi AVC-uri și 185.000 de AVC-uri recurente. Niveluri de dizabilitate semnificative, morbiditate și mortalitate continuă să producă AVC în rândul persoanelor cu vârste mai mari de 65 de ani [467].

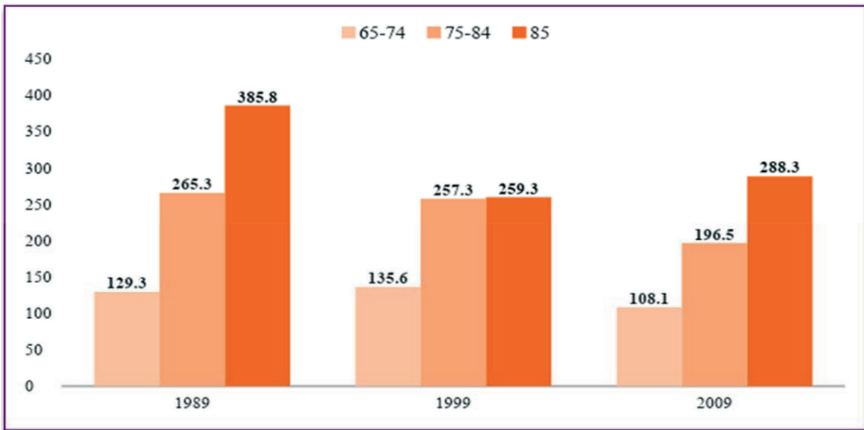
Mortalitatea post AVC în primul an este de circa 22% la bărbați și de circa 25% la femei, variind, în funcție de tipul de AVC. La o lună, mortalitatea după AVC hemoragic este net mai mare, de 38%, decât după AVC ischemic care este de 12% [207].

De asemenea, se estimează că până în anul 2050 proporția persoanelor de peste 65 de ani va crește cu peste 70% în țările dezvoltate și cu peste 200% la nivel global. Acest segment de vârstă este în mod particular susceptibil de a suferi un AVC, segment pentru care riscul se dublează la fiecare 10 ani, după vârsta de 55 de ani [493].



**Figura 1.2. Incidența AVC-ului la nivel mondial estimată la 100.000 de locuitori**

Rata spitalizărilor pentru AVC a crescut cu 18,6% între 1988 și 1997, iar mortalitatea prin AVC a scăzut în SUA. Pe termen lung însă recuperarea AVC va avea un rol important în diminuarea poverii sociale reprezentate de îngrijirile medicale pentru AVC. Conform unei analize statistice pe populația americană, incidența spitalizării pentru un AVC la persoane de peste 85 de ani a fost de trei ori mai mare decât pentru persoanele din grupa de vârstă 65-74 de ani în anul 1989 iar în anii 1999 și 2009 a fost de două ori și jumătate mai mare pentru grupul peste 85 de ani comparativ cu grupul 65-74 de ani [283].



**Figura 1.3. Incidența AVC pe 100.000 locuitori în SUA, în funcție de segmentul de vârstă**

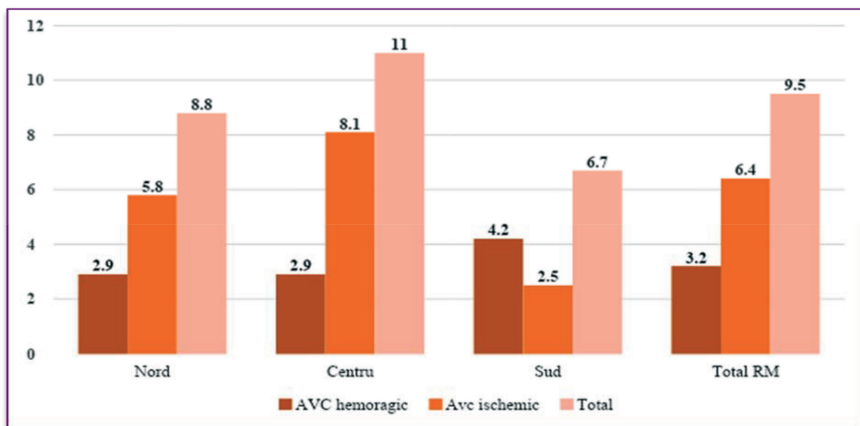
În statele membre ale UE, în intervalul 1995-2010, s-a înregistrat o scădere a mortalității prin AVC, cea mai spectaculoasă evoluție înregistrându-se în Estonia, la acest lucru contribuind, probabil, și o mai bună cunoaștere și controlare a factorilor de risc cardio-vascular [472]. Conform unor alte date statistice realizate în 2012, în anul 2010, în statele membre UE, AVC-ul a fost cauza a 9% din totalul deceselor. Cel mai mare număr de AVC-uri s-a înregistrat în țările baltice și în Europa centrală: Bulgaria, Ungaria, Letonia, Lituania, România și Slovacia. Cel mai mic număr de AVC-uri s-a înregistrat în Cipru, Franța, Irlanda, Olanda, Elveția, Islanda și Norvegia. În ansamblu, incidența AVC a scăzut în toate statele membre UE începând din 1995 și în special după 2003. Cea mai mare scădere a incidenței AVC s-a înregistrat în Austria, Estonia și Portugalia. La fel ca și pentru bolile cardiovasculare, se consideră că această scădere se datorează, în parte, tendinței de corectare a factorilor de risc cardio-vasculari, dintre care, pentru AVC, fumatul și hipertensiunea arterială reprezintă principalii factori de risc modificabili. De asemenea, îmbunătățirea tratamentului medical al AVC-ului a dus la îmbunătățirea ratei de supraviețuire post AVC [486].

De remarcat este faptul că incidența AVC-ului este cu 50% mai crescută la bărbați față de femei, în cazul tuturor raselor, la vârste între 65 și 74 de ani, însă diferența între sexe devine mult mai mică la vârstele mai înaintate. Pe de altă parte la vârste între 45 și 84 de ani, la bărbații de culoare, incidența AVC-ului este de două până la de trei ori mai ridicată decât la bărbații de rasă albă din aceeași categorie de vârstă [472]. Totuși diferența aproximativă dintre incidența AVC-ului la femeile de culoare și la cele de rasă albă este mai mare. Mulți factori de risc importanți se întâlnesc cu incidență mai ridicată fiind la persoanele de culoare și includ diabetul zaharat, hipertensiunea, boala cardiacă, abuzul de alcool, fumatul și chiar boala celulelor în seceră. Astfel în țările asiatice rata AVC este mai ridicată decât în SUA, ponderea cea mai mare având-o chiar accidentele provocate de hemoragiile intracraniene. Mulți dintre supraviețuitorii AVC, necesită ajutorul serviciilor de recuperare și numără, în prezent, aproape 6,5 milioane de persoane din populația SUA.

Analizând prognosticul la persoanele cu AVC, pacienții supraviețuiesc 5 ani, 60% din femei, bărbații 52%, iar din cei 35% de pacienți supraviețuiesc 10 ani. Recuperarea neurologică se obține chiar în primele 6 luni după care procesul de recuperare este foarte puțin probabil sau dimpotrivă foarte lent [68].

Republica Moldova (RM) se află printre primele zece țări în lume în ceea ce privește incidența accidentului vascular cerebral, programele de evaluare și gestionare a bolilor vasculare existente în Republica Moldova având un grad limitat de acoperire și nu sunt bine integrate sau promovate ca parte a un sistem național de prevenire a sănătății. Conform savantului St. Groppa et al., în RM AVC este depășit doar de patologia cardiacă ischemică cronică [6].

În Republica Moldova, anual, accidentul vascular cerebral se dezvoltă la mai mult de 12000 de oameni, dintre care aproximativ 35% decedează în perioada acută a bolii. Mortalitatea prin AVC este de trei-patru ori mai mare în țara noastră decât în țările Uniunii Europene, iar incidența este de 2.5-3,0 cazuri la 1000 de locuitori pe an. AVC este cauza principală de handicap la populația adultă din Republica Moldova, 13% dintre pacienți sunt de vârstă aptă de muncă, iar o treime din victimele AVC-ului sunt persoane social active. Tot AVC-ul reprezintă a doua cauză de apariție a demenței, depresiei și cea mai frecventă cauză de epilepsie la vârstnici.



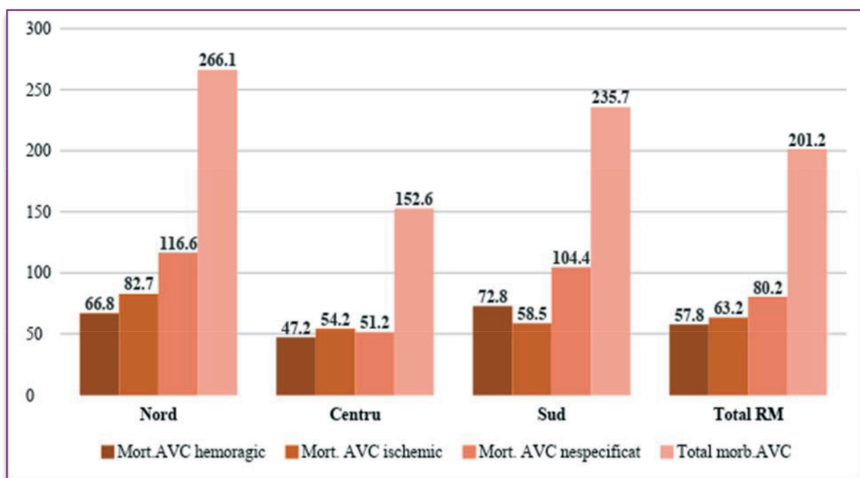
**Figura 1.4. Incidența medie prin AVC în principalele zone ale Republicii Moldova, la 10.000 de locuitori [6]**

Morbiditatea prin bolile cerebro-vasculare în Republica Moldova se menține la un nivel destul de înalt (media incidenței constituie 37,1 și prevalenței 181,7 cazuri la 10000 locuitori). Valorile cele mai înalte ale morbidității prin grupul de boli menționat a fost caracteristic pentru zonele de Nord și Centru ale republicii (corespunzător, incidența 39,3 și 38,6 cazuri la 10000 de locuitori, iar prevalența 186,2 și 205,9 cazuri la 10000 de locuitori). Dacă incidența prin nozologiile menționate, pe parcursul ultimilor 11 ani, nu prezintă o dinamică clară de creștere sau diminuare, atunci prevalența prin bolile cerebro-vasculare denotă o creștere medie anuală cu 16,0 cazuri la 10000 de locuitori. Morbiditatea cea mai înaltă prin bolile cerebro-vasculare s-a înregistrat în raioanele Florești, Edineț, Călărași, Orhei, Șoldănești, Telenești și Basarabeasca [6].

În structura mortalității generale, bolile cerebro-vasculare cu o pondere de 15,2%, ocupă locul doi după cardiopatia ischemică (32,4%). Nivelul mediu al mortalității, integral pe republică, constituie 232,1 cazuri la 10000 de locuitori, valorile cele mai mari fiind caracteristice pentru zona de Nord



(292,1 ‰), iar cele mai mici pentru zona de Centru a republicii (185,2 ‰). Dinamica mortalității prin patologiile cerebro-vasculare în ultimii 11 ani este în diminuare, anual în medie cu 8,3 cazuri la 10000 de locuitori [6].

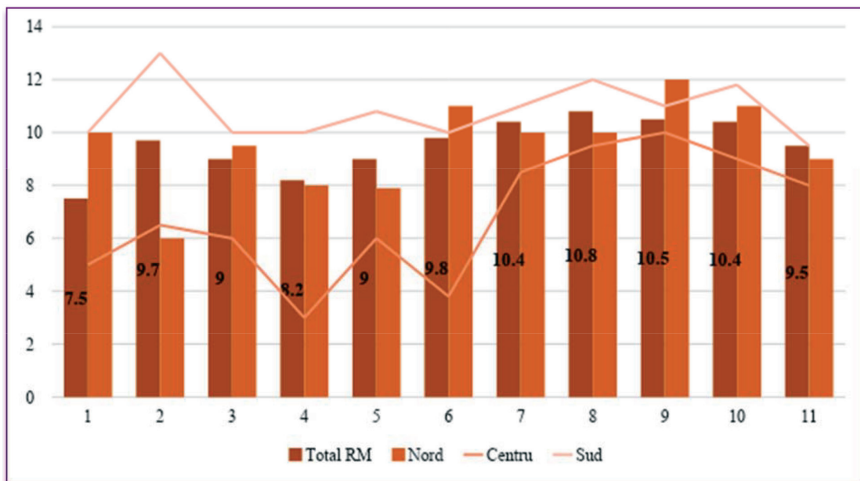


**Figura 1.5. Media mortalității prin diferite forme de AVC în principalele zone ale Republicii Moldova, la 100.000 de locuitori [6]**

Conform Centrului Național de Management în Sănătate, în Republica Moldova, pe parcursul anilor 2000-2014, s-a observat o creștere a incidenței și a prevalenței bolilor cerebrovasculare raportată la 10.000 de locuitori. Astfel, incidența a crescut de la 20,4 în anul 2000 până la 26,82 în 2014, iar prevalența – de la 67,0 în anul 2000 până la 199,08 în 2014 [49]. Conform statisticilor, anual, în Republica Moldova, sunt diagnosticați cu accident vascular cerebral circa 12 mii de pacienți. Aproape opt din zece moldoveni care suferă un accident vascular cerebral rămân cu dizabilități fizice pe viață sau, mai grav, mor din cauza atacului. Potrivit statisticilor 400 din o sută de mii de mii de moldoveni au suferit cel puțin un accident vascular cerebral, iar 25 la sută dintre aceștia nu au mai putut fi salvați [49].

În țările economic dezvoltate în ultimele patru decenii se constată o reducere de 40% a mortalității pacienților cu AVC. Contrar în țările în curs de dezvoltare, inclusiv Republica Moldova, în ultimii ani, s-a produs o creștere a numărului de decese datorate AVC. În aceeași perioadă de timp incidența AVC în țările UE fiind în scădere, în țările cu un venit mic și mediu s-a dublat. Conform datelor Biroului Național de Statistică din RM, în 2012 sau înregistrat 11863 cazuri noi de AVC, și au decedat 6125. În structura mortalității bolile cerebro-vasculare ocupă locul 2 cu indicii de 172,1 cazuri la 100 000 populație comparativ cu 26.0/100.000 în Austria. În RM AVC este depășit doar de pato-

logia cardiacă ischemică cronică. În anul 2012 – prevalența AVC a constituit 198,1 la 10 000 populație, incidența AVC fiind de 33,3 la 10 000 populație. AVC ischemic reprezintă 80% din numărul total AVC.



**Figura 1.6. Dinamica incidenței prin AVC, la 10.000 de locuitori, perioada anilor 2004-2014 [49]**

Conform lui Gh. Ciobanu, accidentele vasculare cerebrale (AVC) reprezintă o problemă majoră de sănătate pentru Republica Moldova, înregistrând o incidență de 30,3 cazuri și o prevalență de 274,8 cazuri la 10000 locuitori adulți în anul 2017. În RM accidentele vasculare cerebrale ocupă locul doi în structura mortalității populației după cardiopatia ischemică. În anul 2017 au fost înregistrate 8679 cazuri noi de AVC sau 30,3 cazuri la 10000 locuitori și 5840 cazuri de decese prin AVC ceea ce constituie 164,3 decese la 100000 locuitori [10]. AVC reprezintă o problemă majoră de sănătate, influențând indicii morbidității, mortalității și invalidității populației RM cu rezerve neutilizate în diagnosticul, tratamentul, reabilitarea și profilaxia primară și secundară. Datele statistice recente caracterizează următoarea situație: în Republica Moldova rata mortalității prin AVC este net superioară țărilor dezvoltate; soluționarea problemei mortalității crescute prin AVC este posibilă prin implementarea unor programe naționale care, în primul rând, ar viza combaterea factorilor de risc și organizare eficientă și de înaltă performanță a diagnosticului precoce, precum și reabilitarea post AVC la nivelul cuvenit [10].

Astfel, AVC-ul este o problemă medicală și socială majoră atât în lume, cât și în Republica Moldova. Astfel devine evidentă necesitatea de a consolida toate eforturile în domeniul profilaxiei AVC, de a implementa strategii de tra-

tament în faza acută a afecțiunii, în perioada de reabilitare post AVC, pentru a minimiza impactul asupra societății.

În contextul acestor provocări, lumea științifică încearcă să găsească noi soluții prin cercetarea aprofundată, de a diminua cât mai mult rata mortalității, de a eficientiza sisteme de diagnostic și tratament, precum și de a îmbunătăți substanțial calitatea vieții pacienților cu afecțiuni neurologice, prin metode inovative de recuperare. Numeroase studii epidemiologice au ajutat la identificarea factorilor de risc pentru AVC și au adus dovezi privind măsurile ce trebuie luate pentru a reduce această afecțiune. Astfel, factorii controlabili includ: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, hipercolesterolemia, afecțiuni ale arterelor coronare, diverse afecțiuni cardiace (fibrilația atrială, endocardita), fumatul, consumul excesiv de alcool, utilizarea cocainei, lipsa activității fizice, obezitatea sau folosirea unor medicamente precum anticoncepționale orale și terapia de înlocuire hormonală la femeile aflate la menopauză [219].

În opinia A.Ș. Slujitoru, distribuția AVC ischemice după sex, remarcă că infarctele cerebrale apar mai frecvent la persoanele de sex masculin – 51% și mai puțin frecvent la persoanele de sex feminin – 49% [88]. Studiul distribuției ischemiei cerebrale în funcție de mediul de proveniență i-a permis să constate că există diferențe majore între mediul urban și cel rural – 56% din cazuri provin din mediul rural și numai – 44% din cazuri din mediul urban, aspecte care ridică probleme deosebite privind asistența medicală în mediul rural, modalitatea de alimentație și măsurile de prevenție în aceste zone. În ceea ce privește repartitia pe grupe de vârstă, incidența cea mai mare se înregistrează în intervalul de vârstă 65-74 ani – 38%. Mortalitatea generală la pacienții cu AVC ischemic, este de 3,6% decedați din totalul pacienților internați cu AVC, cea mai mare mortalitate înregistrând un procent de 4,14% decese. Potrivit altor statistici, mortalitatea cumulativă la o lună după AVC ischemic este de 5% [288]. De Jong și alții au observat o rată a mortalității la o lună de 10% la 998 pacienți aflați la primul AVC ischemic [303].

În evoluția pacienților cu AVC ischemic, în perioada de spitalizare, se înregistrează o evoluție favorabilă la 82% din cazuri, agravarea la 14,4% din cazuri și decesul la 3,6% din cazuri. Principalii factori de prognostic nefavorabil sunt: vârsta înaintată și comorbiditățile majore (DZ, HTA necontrolată); localizările „strategice” ale AVC (infarcte în teritoriul vertebro-bazilar, care afectează partea ventro-laterală a bulbului rahidian; infarcte cerebeloase de mari dimensiuni, AVC ischemice carotidiene de mari dimensiuni (teritoriul arterei cerebrale media (ACM) complet sau arterei cerebrale inferioare (ACI) complet) și coma la debut; complicațiile neurologice majore ale *stroke*-ului ischemic (transformarea hemoragică, efectul de masă și recurența AVC); complicațiile cardiace (sindromul coronarian acut și insuficiența cardiacă).

Prezintă interes studiul efectuat de către C.M. Stocheci pe un număr de 10.730 pacienți în spitalul de Urgență din Pitești, diagnosticați clinic și imagistic cu AVC [90]. Numărul pacienților cu AVC ischemice a fost de 9184 (85,59%), în timp ce AVC hemoragice au fost în număr de 1546 (14,41%). Dacă distribuția anuală a AVC nu a prezentat variații semnificative, apoi distribuția cazurilor – în funcție de gen – a demonstrat diferențe majore între sexe. Astfel, numărul de AVC ischemice înregistrate la femei a fost de 4634 (50,46%), în timp ce numărul de pacienți de sex masculin a fost de 4550 (49,54%); numărul de femei cu AVC hemoragice a fost de 458 (29,65%), în timp ce numărul de AVC hemoragice înregistrate la bărbați a fost de 1088 (70,35%). Studiul distribuției AVC pe medii de proveniență a arătat că AVC ischemice au fost ceva mai numeroase în mediul urban, unde s-au înregistrat 5281 de cazuri, reprezentând 57,2%, în timp ce în mediul rural au fost numai 3930 de cazuri, reprezentând 42,8%. În schimb, AVC hemoragice au predominat în mediul rural unde s-au înregistrat 967 de pacienți, reprezentând 62,5%, în timp ce în mediul urban au fost 579, reprezentând 37,5%. HTA a fost identificată la mai mult de 50% din pacienții cu AVC, în fiecare an, iar valorile s-au menținut relativ constante. Aceste date vin să confirme faptul că modificările vasculare stau la baza AVC și ca HTA este principalul factor de risc care determină aceste modificări. În studiu, din cele 6132 cazuri de AVC cu HTA valorile tensionale au fost: 39,51% 2423\*) de pacienți au avut TA cu valori de peste 180/mmHg, dar sub 200/120mmHg; 17,25% 1058\*) pacienți au avut TA cu valori >200/120mmHg, de 6-8 ani; 43,24% 2651\*) cazuri au avut TA cu valori >200/120mmHg, de circa 8-10 ani. Tulburările de ritm cardiac, mai ales fibrilația atrială, reprezintă un alt grup de afecțiuni care pot fi asociate sau pot contribui la declanșarea AVC mai ales a celor ischemic. În studiu, tulburările de ritm cardiac au fost prezente într-un procent destul de mare la persoanele cu AVC. Ele au variat de la 13,46% la 17,19% cu o medie de 15,31%. Cu alte cuvinte, unul din 6 pacienți cu AVC a avut tulburări de ritm cardiac, ceea ce ne face să conchidem că aceste afecțiuni se corelează puternic și sunt implicate în etiopatogenia AVC.

Dislipidemiile sunt unele dintre cele mai importante condiții ale apariției ateromatozei vasculare. În studiul indicat, incidența dislipidemiilor a crescut de la 17,66% în anul 2017, la 46,30% în anul 2011. Se poate spune că în 5 ani valoarea dislipemiilor a crescut mai bine de 2,5 ori, iar trendul acestora s-a menținut ascendent pe toată perioada studiată. Acest aspect poate fi explicat printr-o alimentație nesănătoasă, cu creșterea consumului de alimente bogate în grăsimi animale (grăsimi nesaturate), creșterea stresului cotidian și reducerea efortului fizic [90].

Distribuția hemoragiilor cerebrale în funcție de mediul social ne-a permis să observăm că există diferențe majore între mediul urban și cel rural, în ceea

ce privește procentul de AVC cerebrale. Astfel, în cei 5 ani de studiu, la Spitalul clinic de Neurologie din Craiova 63% din pacienții cu hemoragie cerebrală au provenit din mediul rural și numai 37% din mediul urban. Aceste aspecte ridică probleme serioase privind factorii etiopatogenici ai hemoragiei cerebrale care intervin în mediul rural [90].

Distribuția celor 1303 cazurilor de hemoragie cerebrală în funcție de vârstă, a evidențiat faptul că această afecțiune s-a întâlnit la persoane cu vârsta cuprinsă între 24 și peste 85 de ani. Până la vârsta de 35 de ani, hemoragia cerebrală este rară (în total 11 cazuri) reprezentând circa 0,8%, iar sub vârsta de 25 de ani este extrem de rară (3 cazuri) circa 0,2%. Datele statistice demonstrează că AVC hemoragice se corelează cu vârsta, cele mai multe cazuri fiind întâlnite la persoanele cu vârsta de 65-74 de ani. După vârsta de 75 de ani numărul persoanelor cu hemoragie cerebrală pare să nu se mai coreleze cu vârsta, ceea ce este o falsă impresie deoarece eșantioanele de populație cu vârsta peste 75 de ani, respectiv peste 85 de ani, sunt mult mai reduse față de restul categoriilor de vârstă, la aceste eșantioane intervenind decesul prin alte afecțiuni [90].

Date statistice noi, au estimat că în anul 2015, în întreaga lume au existat aproximativ 16 milioane de cazuri noi de accidente vasculare cerebrale și că la nivel mondial existau circa 62 de milioane de supraviețuitori ai unui accident vascular cerebral [169]. Studiile epidemiologice au estimat că în anul 2015 circa 6,7 milioane de oameni vor muri din cauza AVC, dacă la nivel mondial nu se vor lua măsuri medicale importante pentru combaterea factorilor de risc [332].

Incidența accidentului vascular cerebral este legată de vârstă și se dublează pentru fiecare deceniu la indivizii trecuți de 55 de ani [4]. Incidența anuală a AVC crește odată cu vârsta (de la 1:1000 de indivizi pentru vârsta cuprinsă între 40-45 ani la 20:1000 pentru 70-85 de ani). Deși boala este apanajul vârstelor înaintate, un număr substanțial de infarcte cerebrale se instalează la persoane sub 65 de ani. Incidența accidentelor vasculare cerebrale crește exponențial cu vârsta la ambele sexe și se reduce la indivizii foarte vârstnici [4]. Din păcate, se constată în prezent o incidență însemnată de AVC la tineri. Incidența AVC la tinerii cu vârsta cuprinsă între 15-45 de ani se cifrează între 3-4% în țările vestice.

Morbiditatea și mortalitatea AVC hemoragice sunt mai mari decât pentru AVC ischemice. Hemoragia intraparenchimotoasă este de două ori mai frecventă decât cea subarahnoidiană și determină o rată a mortalității mult mai mare decât accidentul vascular cerebral ischemic și hemoragia intraparenchimotoasă [175; 205; 206]. Rata mortalității la o lună de la debut este de 7,6% pentru accidentele vasculare cerebrale ischemice și 37,5% pentru cele hemoragice, jumătate dintre aceste decese survenind în primele 48 de ore datorită severității *stroke*-ului, în timp ce mortalitatea ulterioară este dato-

rată complicațiilor *stroke*-ului și altor comorbidități [205]. Hemoragiile de trunchi cerebral sunt de o gravitate extremă, având o rată a mortalității de 75% la 24 de ore de la debut.

Mortalitatea prin AVC este de trei-patru ori mai mare în România decât în țările Uniunii Europene și de șase-șapte ori mai mare față de Statele Unite ale Americii. Aceste statistici negative nu țin de nivelul economic al țării, ci de sistemul sanitar, în care nu se acordă suficientă atenție acestor pacienți și în care nu se face prevenție secundară. Date mai recente asupra prevalenței AVC în România apar într-un studiu elaborat de un colectiv de autori din București [220]. Aceștia arată că prevalența AVC este de 0,1% pentru grupa de vârstă sub 40 ani, 1,8% pentru grupa de vârstă 40-55 ani, 4,3% pentru grupa de vârstă 55-70 ani și 13,9% la vârsta peste 70 de ani. Nu s-au semnalat diferențe semnificative între mediul urban și rural.

Referitor la vârstă, studiile statistice demonstrează faptul că incidența maximă a accidentelor vasculare apare în 75% din cazuri după vârsta de 65 de ani, vârstă asociată și cu o recuperare mult mai dificilă post accident vascular [186; 209; 336]. Mortalitatea post accident vascular se încadrează astăzi între 20 și 30%.

Dintre tulburările neurologice post AVC, predominante la internare, au fost: deficitul motorii – 81%, tulburări de limbaj și de vorbire – 68%, tulburări senzitive – 37%, tulburări de câmp vizual – 24%, tulburările sugerând afectarea teritoriului posterior – 21%, alterarea stării de conștiență a fost consemnată la un număr relativ mic de pacienți (8,61), explicabil prin relativa rapidă prezentare la urgență și spitalizare [190; 401].

Accidentul vascular cerebral reprezintă prima cauză de handicap fizic sau mental permanent. Pe lângă costurile sociale foarte mari, un AVC limitează sever activitatea fizică, gesturile uzuale fiziologice și reduce calitatea vieții pacientului. Mai mult peste 20% din supraviețuitorii unui AVC vor necesita îngrijire instituțional timp de circa 3 luni de la eveniment [435]. Costurile medicale directe legate de îngrijirile acordate unui pacient cu accident vascular cerebral și indirecte prin pierderea capacității de muncă și reducerea productivității sunt așteptate să ajungă la 65,5 miliarde dolari în 2008. Costul unui singur caz de AVC este estimat la 125.000 dolari USD pe persoană pe an, cu un cost total de USD 6 miliarde dolari pe an în Statele Unite ale Americii [435] cauzate de îngrijirea medicală atât a formelor acute cât și cronice, precum și costuri rezultate din pierderea de productivitate.

În țările din sud-estul Europei mortalitatea cauzată de aceasta afecțiune este de 6-7 ori mai mare decât în țările din vest. După unii autori [384], numai 20% din pacienții cu AVC recuperează suficient deficiențele neurologice după un AVC, astfel încât să-și recâștige independența funcțională.

Vârsta pacienților înregistrați și diagnosticați cu AVC, variază de la 24 de ani la peste 85 de ani. La tineri incidența AVC este mică, comparativ cu persoanele de vârstă a III-a. Este surprinzător că AVC apar și la tineri, deoarece așa cum se cunoaște, vasele tinerilor suportă presiuni foarte mari, comparativ cu vasele sanguine ale bătrânilor. Dar, așa cum susțin unii autori, accidentul vascular cerebral, în special la pacienții mai tineri, poate fi asociat cu disecția arterială, starea de hipercoagulabilitate, tromboză venoasă sinusală, vasculită, sindrom de hipervâscozitate, trombocitoza [402]. Dintre toate accidente vasculare cerebrale <15% sunt criptogenetică (fără o cauză identificabilă) [249; 315].

După unii autori, dintre bolnavii care prezintă AVC, 75% prezintă valori TA crescute, iar dintre ei 50% prezintă HTA premergător atacului cerebral [450]. Se consideră că hipertensiunea arterială nu acționează numai asupra arterelor mari și medii, ci ea determină o vasculopatie cronică a vaselor mici caracterizată prin fragmentare, degenerare și eventuala ruptură a vaselor mici care pătrund în creier (*lipohyalinosis*). Efectele dezaastroase ale HTA asupra pereților vasculari sunt amplificate și de alți factori exogeni. Astfel, consumul exagerat de alcool a fost dovedit ca un factor de risc pentru hemoragia cerebrală în mai multe studii caz-control recente. Acest efect poate fi mediat în parte de hipertensiune. Teoretic, consumul de alcool poate afecta funcția plachetară, fiziologia coagulării și crește fragilitate vasculară [272].

Conform rezultatelor obținute de V. More et al, pe parcursul unui an au fost internați și tratați conservativ în secția Neurologie – Boli cerebrovasculare, 602 pacienți cu AVC acut. Majoritatea au fost AVC ischemice – 473 de bolnavi (78,6%), iar 129 de pacienți au prezentat accidente hemoragice (21,4%), din care 9,3% hemoragii subarahnoidiene și 90,7% hemoragii intraparenchimotoase. Vârsta medie fiind de 65,1 ani [74]. Savanții V. Grigor și V. More, constată că, intervalul mediu de la debutul simptomelor până la internare, calculat prin intermediul mediei aritmetice, a fost de 20,9 ore, cu tendința internării mai precoce a cazurilor grave (16 ore 30 min. pentru cazurile internate în blocul terapie intensivă neurologică). Letalitatea pacienților cu AVC tratați pe parcursul anului 2005 a fost în medie de 18,9%, constituind 12,2% la AVC ischemic și 43,4% la AVC hemoragic, tratat conservativ [74].

Studiul maladiilor asociate și al factorilor de risc pentru AVC a arătat că pe prim-plan se situează HTA, prezentă la 86,9% din pacienți, cardiopatii 37%, apoi urmează obezitatea – 27,6%, fibrilația atrială 18,8%, diabetul zaharat – 18,4%, tabagismul – 13,6%, consumul excesiv de alcool – 11,3% și alți factori de risc. În evoluția a 158 de pacienți (26,2%) au apărut complicații, constând în: bronhopneumonii – 18,8%, infecții urinare – 11,6%, escare – 2,8%, tromboza venelor profunde ale membrelor inferioare – 0,2%, embolii pulmonare – 0,8%. Autorii concluzionează că numărul bolnavilor cu AVC este considerabil, fiind în ultimii ani în creștere. Se impun măsuri de educație sanitară



a populației și o colaborare strânsă a serviciului de asistență medicală de urgență cu cel spitalicesc, pentru recunoașterea și direcționarea urgentă a pacienților cu AVC în unități specializate. Măsurile de reabilitare precoce trebuie aplicate din prima zi de spitalizare, în concordanță cu starea generală a pacientului și severitatea deficitului neurologic.

Din cele relatate de A. Georgiana Budrică, aflăm că numărul pacienților ce suferă un accident vascular cerebral a crescut uimitor în ultimii ani, iar vârsta producerii acestuia a scăzut considerabil față de anii anteriori [9]. Studiile arată că, din 1990 până în 2010, incidența vârstei producerii accidentului vascular cerebral a scăzut cu 12% în țările cu venituri ridicate și a crescut cu 12% în țările cu venituri mici și medii. Rata mortalității a scăzut semnificativ în ambele situații: cu 37% în țările cu venituri mari și cu 20% în țările cu venituri mici și medii [254].

Accidentul vascular cerebral reprezintă un eveniment traumatic în viața individului [360]. Este momentul în care acesta pierde controlul asupra propriei persoane, asupra motricității, cogniției, asupra simțurilor, trăind totul cu un alt grad de intensitate decât până atunci. Tipul de accident vascular cerebral, aria cerebrală afectată și intensitatea acestuia conduc la un grad mai mic sau mai mare de restricționare a funcțiilor participative ale persoanei.

A fost evaluată răspândirea și dinamica accidentelor vasculare cerebrale în Republica Moldova. S-au analizat datele statistice de la Centrul Național de Management în Sănătate privind morbiditatea și mortalitatea prin accidente vasculare cerebrale (AVC) din toate unitățile teritorial administrative ale republicii pentru perioada 2004-2014. În cadrul studiului au fost utilizate metodele igienice, epidemiologice și statistice. Conform datelor prezentate, s-au evidențiat unele particularități teritorial dependente a nivelului de răspândire a maladiei menționate în Republica Moldova [6]. Ponderea AVC în structura bolilor cerebro-vasculare, în medie, constituie 25,0%. Media incidenței prin AVC, în perioada estimată, a fost egală cu 9,5 cazuri la 10000 locuitori (AVC ischemic – 6,4 și hemoragic – 3,2 cazuri la 10000 locuitori). Media mortalității prin AVC, integral pe republică constituie 201,2 (zona de Nord – 266,1, Centru – 152,6 și Sud – 235,7) cazuri la 100000 de locuitori. Rezultatele obținute pot fi explicate prin nivelul diferit al asistenței medicale, prin particularitățile socio-economice, etnice, comportamentale, tradițiile alimentare, nivelul de poluare a mediului etc.

Conform datelor prezentate de A. Neagoe și coautorii, bolile cardiovasculare produc mai mult de jumătate din totalitatea deceselor în Regiunea Europeană, de 46 de ori mai multe decese și o povară a îmbolnăvirilor de 11 ori mai mare decât cea provocată de tuberculoză, malarie și HIV/SIDA luate împreună [75]. Incidența prin AVC, în această regiune, variază de la o țară la alta, fiind estimată între 100 și 200 accidente vasculare cerebrale noi la 100.000 de

locuitori anual [88; 202]. Cele mai mari rate standardizate de mortalitate prin boli cerebro-vasculare se întâlnesc în Rusia, Republica Moldova, Letonia și România, cu o rată aproape dublă față de media europeană [75].

Morbiditatea prin bolile cerebro-vasculare în Republica Moldova se menține la un nivel destul de înalt (media incidenței constituie 37,1 și prevalenței 181,7 cazuri la 10000 locuitori). Valorile cele mai înalte ale morbidității prin grupul de boli menționat a fost caracteristic pentru zonele de Nord și Centru ale republicii (corespunzător, incidența 39,3 și 38,6 cazuri la 10000 de locuitori, iar prevalența 186,2 și 205,9 cazuri la 10000 de locuitori). Dacă incidența prin nozologiile menționate, pe parcursul ultimilor 11 ani, nu prezintă o dinamică clară de creștere sau diminuare, atunci prevalența prin bolile cerebro-vasculare denotă o creștere medie anuală cu 16,0 cazuri la 10000 de locuitori ( $R_2 = 0,97$ ). Morbiditatea cea mai înaltă prin bolile cerebro-vasculare s-a înregistrat în raioanele Florești, Edineț, Călărași, Orhei, Șoldănești, Telenești și Basarabeasca [2; 6]. Ponderele AVC în structura bolilor cerebro-vasculare, în medie, constituie 25%. Media incidenței prin AVC, în perioada estimată, a fost egală cu 9,5 cazuri la 10000 de locuitori (AVC ischemic – 6,4 și hemoragic 3,2 cazuri la 10000 locuitori). Dacă valorile cele mai înalte ale incidenței prin AVC ischemice au fost înregistrate în zona de Centru (8,1‰), comparativ cu Nordul (5,8‰) și Sudul republicii (2,5‰), atunci incidența prin AVC hemoragice a fost mai mare la Sudul republicii (4,2‰). În zonele de Nord și Centru ale republicii, incidența prin AVC hemoragice a constituit 2,9 cazuri la 10000 locuitori. Prevalența prin AVC a constituit, în medie pe țară, 11,8 cazuri la 10000 locuitori (zona de Nord – 10,7, Centru – 13,1 și Sud – 10,1 cazuri la 10000 locuitori). Ca și în cazul incidenței, prevalența prin AVC hemoragice, la Sudul republicii, a fost de 2 ori mai mare comparativ cu prevalența prin AVC ischemice, la Nordul și Centrul republicii, situația este viceversa, în structura accidentelor vasculare predomină cele ischemice. Morbiditatea cea mai înaltă prin AVC s-a înregistrat în raioanele Drochia, Edineț, Sângerei, Orhei, Strășeni și Basarabeasca. Este necesar de menționat, că în zona de Sud a republicii accidentele hemoragice au prezentat o creștere medie anuală cu 0,26 cazuri la 10000 de locuitori [1; 2; 6].

În 86,6% din cazuri, mortalitatea prin bolile cerebro-vasculare este reprezentată de AVC, care ocupă locul trei în structura mortalității generale după cardiopatia ischemică și tumori. Astfel, media mortalității prin AVC, integral pe republică, constituie 201,2 (zona de Nord – 266,1, Centru – 152,6 și Sud – 235,7) cazuri la 100000 de locuitori. Cercetările acestor autori arată că media incidenței prin AVC în perioada anilor 2004-2014 a constituit 9,5 cazuri la 10000 locuitori, prezentând o dinamică de creștere anuală cu 0,21 cazuri la 10000 de locuitori. Cea mai semnificativă creștere s-a înregistrat în zonele de Nord și Centru ale republicii, respectiv în medie anual cu 0,51 și 0,34 cazuri la 10000 de locuitori [6].

### 1.3. Accidentul vascular cerebral – circumstanțe generale de apariție

Etiologia bolii cerebrovasculare ischemice este reprezentată de trei largi categorii: tromboza, embolia, deteriorarea critică a hemodinamicii cerebrale „infarcte de flux scăzut”. Cele mai recente cauze de infarct cerebral sunt ateromatoza (ateroscleroza cu trombembolism) și embolismul cardiogen, iar fibrilația atrială nereumatică este cea mai frecventă cauză de embolism cerebral. Hipertensiunea arterială (HTA) rămâne cel mai important motiv de îngrijorare pentru sănătatea publică din zilele noastre, deoarece reprezintă factorul de risc de prim rang pentru două dintre cele trei cauze de vârf de deces în SUA: boala coronariană și AVC-ul. Hipertensiunea se poate trata, și controlarea acesteia are potențialul de a reduce numărul deceselor și gravitatea dizabilității peste tot în SUA. Combinația dintre AVC și boala cardiacă nu este neobișnuită și poate avea un impact semnificativ asupra îngrijirilor medicale și a reabilitării [167; 168]. Întreaga fiziopatologie a infarctului datorat trombozei cerebrale rămâne controversată, dar se știe că este puternic asociată cu boala aterosclerotică cerebrovasculară. formarea plăcilor aterosclerotice are loc, frecvent, la locul bifurcației-lorvasculare majore, incluzând aici artera carotidă comună și arterele vertebro-bazilare. Leziunea ischemică datorată unui trombus cerebrovascular probabil că determină obturarea simultană a ramificațiilor distale, prin microembolusuri și compromiterea proximală a fluxul sanguin. Consecințele neurologice ale prezenței trombusurilor cerebrale variază în limite largi, mergând de la AIT de scurta durată, la AVC minore, fără afectare funcțională, la AVC majore, ce produc deficite semnificative și dizabilitate funcțională.

Dizabilitatea post-AVC este rezultatul leziunilor sistemului nervos central, în urma cărora funcționarea fizică, cognitivă și psihologică sunt afectate. Atunci când anumite regiuni și sisteme neuronale din creier sunt lezate din cauza vascularizației compromise, apar deficite specifice. În caz de AVC, atât reflexele tonice, cât și cele fazice sunt accentuate. Pierderea controlului din partea neuronului motor central produce o activitate dezinhibată a neuronilor motori, în consecință, atât reflexele spinale monosinaptice, cât și cele multisinaptice devin hiperactive [467]. Pierderea sensibilității senzitive după AVC poate avea un efect semnificativ în ceea ce privește protejarea articulațiilor și a pielii, echilibrul, coordonarea și controlul motor. Cu toate că lezarea căilor senzitive produce, în mod obișnuit, hipoestezie sau un nivel scăzut al senzațiilor, pacienții care au leziuni la nivel talamic sau la nivelul tractului spinotalamic experimentează, ocazional, dureri severe ce pot interfera cu recuperarea funcțională și cu îngrijirile de reabilitare.

Afazia reprezintă un deficit al limbajului, dar anumite leziuni pot face ca afazia să afecteze înțelegerea și utilizarea materialului simbolic în scopul comunicării și al creării de sens.

Apraxia este cel mai des observată în AVC-urile de la nivelul emisferei stângi și afectează membrul stâng nehemiplegic. În aceste circumstanțe, emisfera cerebrală dreaptă nu poate afla ce dorește să facă emisfera cerebrală stângă. Pacienții cu AVC parietal dreapta au deseori dificultăți semnificative în a se îmbrăca, cu toate că au forța și flexibilitatea necesare. Aceasta a fost denumită „apraxia de îmbrăcare”, dar nu este o apraxie în adevăratul sens al cuvântului, deoarece nu reprezintă o tulburare a funcțiilor motorii de îndemănare.

Sindromul de neglijare reprezintă o tulburare a atenției vizuale și spațiale și este asociat cu AVC temporo-parietal și cu leziuni ale câmpurilor frontale ale ochiului, girusului cingulat, talamusului și substanței reticulate [4]. Disfagia este des întâlnită după AVC, fiind prezentă la 30%-65% dintre pacienții cu infarct emisferic unilateral sau bilateral sau la nivelul trunchiului cerebral. Localizarea anatomică a leziunilor la nivelul sistemului nervos central determină deficitele fizice și cognitive specifice și gradul de dizabilitate. Înțelegerea sindroamelor clinice asociate cu anumite leziuni cerebrovasculare, în cazul AVC-urilor ischemice, poate fi un instrument valoros pentru medicul de medicină fizică ce conduce echipa de reabilitare.

Investigarea factorilor de risc la pacienții cu hemoragie cerebrală a scos în evidență corelații deosebite între factorii de risc și boala cerebro-vasculară [4; 485].

*Hipertensiunea arterială* a fost unul din factorii cei mai des întâlniți la persoanele cu AVC. Studiul HTA pe ani ne-a permis să remarcăm că acest factor de risc a fost găsit într-un procent foarte ridicat, variind între 69,91% și 80%. Media multianuală a HTA la lotul investigat a fost de 75,28%, adică din 1303 pacienți cu hemoragie cerebrală, 981 aveau HTA.

Un alt factor de risc, a fost *cardiopatia ischemică*, știind că procesele vasculare care se produc la nivelul arterelor cerebrale sunt similare cu cele care se produc la nivelul cordului. Din cei 1303 pacienți investigați cu AVC, 341 de pacienți au fost diagnosticați și cu cardiopatie ischemică, ceea ce reprezintă un procent de 26,21%. De asemenea, se poate remarca faptul că procentul de pacienți cu cardiopatii ischemice s-a dublat în 5 ani, ceea ce denotă intensificarea acțiunii unor factori etiopatogenici ca stresul, fumatul, consumul de toxice, alimentația nerațională etc.

*Tulburările de ritm cardiac* reprezintă un alt grup de afecțiuni care pot fi asociate sau pot contribui la declanșarea hemoragiei cerebrale. Din totalul de 1303 de pacienți cu AVC, 113 pacienți au fost diagnosticați și cu tulburări de ritm, ceea ce reprezintă un procent de 8,62%. Ca și în cadrul cardiopatiei ischemice, tulburările de ritm asociate hemoragiei cerebrale au crescut de la un an la altul, astfel că în 5 ani au crescut cu circa 50%.

Tulburările metabolice sunt, de asemenea, implicate în etiopatogenia hemoragiilor cerebrale. *Hiperlipidemia* este una din cele mai importante condiții în apariția ateromatozei. În studiul citat, hiperlipemia a fost pusă în evidență într-un procent variabil de la un an la altul, de la 3,76% la 13,49%, cu o medie de 8,67% din totalul de pacienți diagnosticați cu hemoragie cerebrală. Ca și la cardiopatia ischemică, se observă o creștere a procentului de lipide de la un an la altul. Deoarece colesterolul împreună cu alte lipide intervin în dezvoltarea ateromatozei și a plăcilor ateromatozice, *hipercolesterolemia* a fost găsită în procente mici, care au variat de la 0,83% la 1,58%, cu o medie de 0,99% la persoanele cu AVC.

*Obezitatea* reprezintă una din formele clinice prin care se exprimă tulburările metabolismului lipidic. Factorii etiopatogenici implicați în apariția obezității sunt multipli: sociali, economici, profesionali, familiali etc., dar obezitatea este considerată o afecțiune complexă nutrițional-metabolic. Supraalimentarea este cauza principală care determină apariția obezității aducând un aport caloric excesiv. Un procent relativ mic de pacienți (4,53%) diagnosticați cu AVC au fost diagnosticați și cu obezitate. Nici variația procentuală de la un an la altul nu a fost semnificativă; cea mai mică valoare procentuală a fost de 2,54%, iar cea mai mare de 6,50%.

*Diabetul zaharat* este considerat o altă entitate patologică care se poate complica cu un AVC. Numărul pacienților cu AVC și diabet zaharat a fost foarte mic în tot intervalul de timp studiat, variind de la 1 la 7 pacienți, ceea ce a însemnat un procent foarte mic, respectiv între 0,40% și 2,54%, media generală fiind de 1,30%.

Dintre factorii etiopatogenici analizați, AVC ischemice sa-u corelat cu HTA într-un procentaj foarte ridicat (65,87%), cu dislipidemia (58%), cardiopatia ischemică (48%), AIT în antecedente (41%), abuzul de alcool (37%), fumatul (32%), diabetul zaharat (25%), fibrilația atrială (23%), infarctul miocardic în antecedente (18%).

Tulburările neurologice la pacienții cu AVC predominante la internare au fost: deficite motorii – 81%, tulburări de limbaj și de vorbire – 68%, tulburări senzitive – 37%, tulburări de câmp vizual – 24%, tulburări sugerând afectarea teritoriului posterior – 21%, alterarea stării de conștiință a fost consemnată, la internare, la un număr relativ mic de persoane (8,61%), explicabil prin relația rapidă prezentare la urgență și spitalizarea. În ceia ce privește topografia vasculară a leziunilor tomografice, cele mai frecvente au fost în teritoriul ACM – 72% din totalul infarctelor cerebrale. În evoluția pacienților cu AVC ischemic, în perioada de spitalizare, s-a înregistrat o evoluție favorabilă la 82% cazuri, agravarea la 14,4% din cazuri și decesul la 3,6% din cazuri.

Dizabilitatea post AVC depinde de localizarea și extinderea cerebrală a leziunii cauzatoare de accident vascular. Cele mai frecvente dizabilități post AVC includ:

- *tulburări motorii și de sensibilitate (mișcare și senzații)*. Pot să apară scăderea forței musculare, fasciculații musculare, mobilizarea dificilă sau imposibilă a unui membru (pareză), spasme musculare (tonus muscular anormal crescut), dispariția sensibilității pentru durere, stimuli mecanici sau termici, tulburări vegetative ale sfincterelor și organelor interne;
- *tulburări de percepție*, care constau în dificultatea de a recunoaște persoane sau obiecte cunoscute, imposibilitatea vizualizării lucrurilor pe o parte a corpului;
- *probleme de comunicare și de gândire*, cu apariția unor tulburări de vorbire, limbaj, scris sau de memorie. Aceste probleme apar destul de frecvent după un AVC și sunt obiectivate prin pierderi de memorie, dificultate în scrierea unor cuvinte sau în citirea și înțelegerea acestora, dificultatea în exprimarea unor gânduri sau sentimente;
- *probleme emoționale*.

Funcțiile cognitive sunt afectate ca urmare a producerii unui accident vascular cerebral. Deficitul cognitiv restant unui accident vascular se manifestă cu o prevalență de 20% până la 80% post accident vascular cerebral [432; 433]. Deficitele cognitive restante unui accident vascular cerebral pot interesa una sau mai multe arii cognitive și sunt în relație directă de dependență cu severitatea accidentului vascular cerebral. Deficitul cognitiv restant unui accident vascular cerebral este întâlnit în literatura de specialitate sub denumirea de deficit cognitiv vascular (VCI = *Vascular Cognitive Impairment*), termen generic ce a fost introdus pentru a descrie un spectru larg de modificări cognitive relaționate cu afecțiuni vasculare, ce nu sunt incluse în diagnosticul de demență [34]. Deficitul cognitiv restant unui accident vascular cerebral este reversibil, spre deosebire de deficitul cognitiv cu referire la stadiul preclinic al demenței [35]. La aproximativ 16% până la 20% dintre supraviețuitorii unui accident vascular deficitul cognitiv se ameliorează spontan în primele trei luni, recuperarea putând continua cel puțin timp de un an de la producerea accidentului vascular cerebral [434].

Studiile efectuate până în prezent, ce au drept scop identificarea domeniilor cognitive afectate cu precădere în urma unui accident vascular cerebral, sunt numeroase. T.K. Tatemichi și alți specialiști [34; 35; 353; 434] au delimitat un profil general al problemelor apărute cu referire la domeniile cognitive de interes, afectate în urma unui accident vascular cerebral. Conform datelor prezentate de Tatemichi, domeniile cognitive afectate post AVC cuantificabile, sunt [434]:

*Atenție* – atenția concentrată, atenția susținută, atenția selectivă, atenția distributivă;

*Memorie* – memoria vizuală, memoria auditivă, memoria de lucru, memoria semantică, memoria procedurală, memoria episodică;

*Funcții executive* – inițierea acțiunii, viteza de procesare a informației, planificarea și rezolvarea de probleme;

*Percepție* – vizuo-spațială, vizuo-perceptuală, heminegligența, apraxie, agnozie, neatenție;

*Limbaaj* – afazie Broca, Wernike, transcorticală, de conducție, globală etc.

Indiferent de gradul de afectare, deficitul cognitiv restant accidentului vascular cerebral poate fi o piedică în procesul de recuperare medicală și necesită intervenție imediată. Deficitul de atenție reprezintă cea mai notabilă modificare de status cognitiv post accident vascular cerebral, cu o rată de raportare de la 46% la 92% în cazul accidentului vascular cerebral acut, ajungând la 37,9% după trei luni de la producerea acestuia. Deficitul de atenție și gradul de distractibilitate a atenției sunt asociate cu deficitul de echilibru și cu deficitele funcționale post accident vascular cerebral influențând evoluția parametrilor fizici și nivelul de independență și participare al persoanei [430]. Nivelul de atenție susținută la 2 luni post accident vascular cerebral este predictor pentru nivelul de reabilitare atins la 2 ani de la producerea accidentului vascular cerebral. O sinteză Cochrane indică faptul că deficitul de atenție post accident vascular cerebral tratate (în sensul îmbunătățirii stării de vigilență și al atenției susținute) duc la îmbunătățirea rezultatelor programelor de reabilitare [430]. Spre deosebire de tulburările cognitive cauzate de demența Alzheimer, în care memoria reprezintă un prim domeniu cognitiv afectat, tulburările cognitive post accident vascular cerebral sunt asociate cu factori vasculari [272] și nu afectează în principal memoria, ci un număr relativ de diferite domenii cognitive, în special funcții executive, abilitatea de comunicare, viteza de procesare [297].

Funcțiile executive sunt frecvent afectate post accident vascular cerebral [155]. Prevalența apariției disfuncției executive variază de la 3% până la 76% în cazul persoanelor ce au suferit un accident vascular cerebral [156]. Disfuncția executivă post accident vascular cerebral este mai pronunțată în cazul pacienților vârstnici și în cazul persoanelor cu nivel scăzut de școlarizare [156]. Prevalența neglijării unilaterale spațiale post AVC este de 25%, fiind mai frecventă în cazul leziunilor de partea dreaptă (45%) față de leziunile de partea stângă (8%) [154; 158].

Accidentele vasculare cerebrale prezintă impact distructiv asupra statutului psihosomatic al persoanelor afectate, astfel, asistența oferită pacienților necesită o abordare complexă în vederea recuperării potențialului psihosomatic și social, precum și adaptarea la factorii de mediu cu care interferează persoana cu dizabilități [139; 142; 151]. În acest context urmează a fi evidențiați factorii determinanți în desăvârșirea recuperării prin prisma aprecierii eficienței procesului de recuperare la pacienții post AVC [69; 81].



V.P. Zaitsev (2007) determină trei etape principale în dinamica stării psihice a unui pacient cu AVC [160]. *Prima etapă*, care durează aproximativ o săptămână, se caracterizează prin schimbări mentale de natură preponderent somatogenă. Teamă de moarte, anxietate, confuzie, neliniște, tulburări de somn, în cazuri izolate se dezvoltă stări psihotice tranzitorii. *A doua etapă*, până la 2-3 luni, se formează o reacție psihologică la această boală, persoanele devin tot mai conștiente de profunzimea dizabilităților ce persistă, ceea ce necesită eforturi mari de adaptare. *A treia etapă* caracterizează perioada îndepărtată a bolii în ceea ce privește formarea unei reutilizări psihologice reușite ulterioare sau formarea de schimbări psihopatologice sub formă de reacții nevrotice la boală (depresia fobică, isterică etc.) sau dezvoltarea patologică a personalității.

AVC rareori apare ca patologie singulară. Majoritatea pacienților cu AVC au numeroase comorbidități ce necesită atenție profesională, unele dintre ele având capacitatea de a afecta procesul de reabilitare. *Studiul Framingham pentru inimă (Framingham Heart Study)* a raportat că supraviețuitorii AVC prezentau o frecvență a hipertensiunii, a bolii hipertensive cardiace, a bolii coronariene, obezității, diabetului zaharat, artrozelor, hipertrofiei ventriculare stângi și a insuficienței cardiace congestive semnificativ mai mari comparativ cu grupul de control alcătuit din subiecți cu distribuție similară pe vârste și sex [494].

Problemele medicale relevante pentru pacienții cu AVC aflați în reabilitare pot fi clasificate după cum urmează:

- Afecțiuni medicale preexistente, care necesită îngrijire și pe durata programului de reabilitare (ca hipertensiunea și diabetul);
- Funcții care asigură starea de sănătate generală și care sunt afectate de către AVC (ca nutriția și hidratarea);
- Complicații secundare accidentului vascular (ca tromboza venoasă profundă și pneumonia);
- Exacerbări ale unor afecțiuni cronice preexistente (ca o criză de angină apărută în timpul exercițiilor fizice la un pacient cu istoric de boală cardiacă ischemică).

Roth et al., consideră că revenirea și tratarea condițiilor medicale asociate și a complicațiilor medicale reprezintă o componentă majoră a tratamentului de reabilitare al pacienților cu AVC, deoarece astfel se permite desfășurarea procesului de reabilitare și i se asigură acestuia un maximum de eficacitate [401]. Una din complicații este decon condiționarea fiziologică. Decon condiționarea fiziologică însoțește atât afecțiunile medicale acute, cât și repausul prelungit la pat ce poate fi impus imediat după debutul acesteia. Decon condiționarea poate contribui la starea de oboseală, la limitarea rezistenței, toleranța redusă la exercițiu fizic, hipotensiunea ortostatică, lipsa de motivație și depresie. Toate aceste probleme pot afecta negativ cursul recuperării și al reabilitării. Tehni-



cile de prevenție includ mobilizarea timpurie, inițierea timpurie și creșterea gradată a gradului de participare a pacientului la procesul de reabilitare și dezvoltarea și implementarea unui program ce echilibrează perioadele de repaus și de activitate.

Bolile cardiace pot provoca, pot fi consecințe, sau pot coincide cu AVC, cu rate de asociere de 75% pentru hipertensiune, între 32% și 62% pentru boala coronariană, între 40% și 70% pentru diferitele forme de aritmie și între 12% și 18% pentru insuficiența cardiacă congestivă. Mai multe studii sugerează că apneea obstructivă în somn (AOS) reduce motivația, scade capacitatea cognitivă și crește riscul de AVC recurent și de deces la pacienții post-AVC, Dyken et al. au raportat că pacienții cu AVC prezintă șanse de supraviețuire post AVC mult reduse [336]. Alți cercetători au raportat o rată a supraviețuirii redusă și rezultate slabe ale reabilitării [168]. Într-un studiu s-a măsurat pulsoximetria pe durata nopții, pentru a evalua indicii respiratorii, și s-a găsit că evenimentele hipoxice apărute pe durata somnului sunt factori de predicție pentru o recuperare slabă, mai ales în cazul pacienților cu funcționalitate redusă la internare. Scăderea în greutate, antrenamentul prin exerciții cu solicitare redusă, practici corecte de igienă a somnului, utilizarea de dispozitive bucale, evitarea substanțelor cu efect depresant asupra sistemului nervos central sunt activități necesare de reabilitare. Corelate cu insomnia sunt anxietatea, utilizarea unui medicament psihotrop, nivelul de dizabilitate și demența. Evident, este de așteptat ca privarea de somn să afecteze în mod negativ capacitatea pacientului de a participa la intervențiile de reabilitare și capacitatea de a extrage beneficii din acestea; de aceea, este de așteptat ca problemele de somn să reducă nivelul rezultatelor ce ar putea fi obținute [168].

Căzăturile apar la supraviețuitorii AVC cu o frecvență izbitor de mare, pacienții care au suferit un AVC în emisfera cerebrală dreaptă prezentând un risc de cădere substanțial mai ridicat decât pacienții care au suferit un AVC în emisfera cerebrală stângă, conform majorității raportărilor (probabil din cauza deficitului cognitiv și de percepție, a impulsivității și a lipsei capacității de judecată asociate). Abordările cu scop preventiv pun accentul pe antrenarea echilibrului, antrenamentul cognitiv, antrenamentul pentru asigurarea unui nivel de siguranță adecvat (în special cu persoanele ce asigură îngrijirea), asigurarea supravegherii pe perioada de desfășurare a activităților ce implică mobilitatea, eliminarea potențialelor pericole din mediu și utilizarea de dispozitive de asistență. Persoanele cu AVC prezintă un risc crescut de fractură la nivelul oaselor mari. Acest risc crescut se datorează, pe de o parte, riscului crescut de cădere și frecvenței ridicate a căderilor, și, pe de altă parte, densității minerale scăzute a osului, consecință a imobilizării. Mai multe studii au demonstrat o reducere a densității minerale a osului la membrele pareteice ale pacienților cu AVC, cea mai mare parte fiind apărută în primul an de după

AVC. Se pare că membrul superior este mai afectat decât membrul inferior. Pierderea de masă osoasă este direct proporțională cu un grad de severitate a parezei, de limitare a mersului și de imobilizare mai ridicată [245].

Durerea centrală post-AVC este caracterizată prin durere constantă sau intermitentă apărută după AVC, durere localizată în zone ale corpului ce prezintă anomalii senzitive. De asemenea, durerea poate debuta pe parcursul unui interval foarte mare de timp, de la o săptămână până la 6 ani după AVC, în majoritatea cazurilor (63%) durerea declanșându-se în decursul primei luni, foarte puțini pacienți prezentând dureri în perioada de AVC acut. Durerea poate fi descrisă ca arsură (50%), durere continuă (35%), împunsături (20%) sau ca senzație de sfâșiere (15%) [241].

Instalarea și persistența dizabilității pot duce la apariția unei varietăți de reacții psihologice la pacienții care au experimentat un AVC, incluzând aici tristețe, suferință, anxietate, depresie, disperare, furie, frustrare și confuzie. Este important să se recunoască varietatea de reacții ce ar putea apărea. Cu toate că depresia și tristețea ar putea apărea cu o oarecare frecvență (estimările indică o frecvență de la 30% la 60%, în funcție de criteriile fiecărui studiu), anxietatea, sentimentul de vinovăție, stresul și alte sentimente sunt la fel de des întâlnite. Depresia poate reprezenta o complicație semnificativă a AVC. Poate fi devastatoare și stresantă ea însăși, și poate limita participarea pacientului și rezultatele reabilitării, deoarece inhibă motivația pacientului. Depresia apare la o proporție de o treime până la două treimi dintre supraviețuitorii AVC. Caracteristicile prezentate sunt pierderea energiei (83% din cazuri), tulburări ale somnului (67% din cazuri), apatie (60% din cazuri) și lipsă de speranță (39% din cazuri) [174]. Cu toate că o componentă organică a depresiei post-AVC poate avea o valoare semnificativă, majoritatea pacienților se pare că experimentează mai degrabă o combinație de cauze organice și reactive ale tulburărilor de dispoziție. Pentru unii pacienți, în special pentru cei care prezintă tulburări semnificative ale participării la activitățile zilnice sau la programul de exerciții terapeutice, medicația antidepressivă se poate dovedi benefică [428].

Conform unui alt studiu, dintre factorii etiopatogenici analizați, AVC ischemice s-au corelat cu HTA într-un procent foarte ridicat (65,87%), cu dislipidemia (58%), cardiopatia ischemică (48%), AIT în antecedente (41%), abuzul de alcool (37%), fumatul (32%), diabetul zaharat (25%), fibrilația atrială (23%), infarctul miocardic în antecedente (18%) [88]. Cel mai important motiv de îngrijorare rămâne hipertensiunea arterială, pentru sănătatea publică din zilele noastre, întrucât reprezintă și factorul de risc primordial pentru două dintre cele trei cauze de vârf de deces: AVC-ul și boala coronariană. Hipertensiunea se poate trata, iar supravegherea acesteia are potențialul de a reduce astfel numărul deceselor precum și gravitatea dizabilității.

Cel mai important factor etiologic pentru AVC este ateroscleroza care este cauzată de hipertensiunea arterială. Aceasta este caracterizată de îngustarea lumenului arterial prin formarea de „plăci” ce conțin acumulări de lipide, fibrină, carbohidrați și calciu. Acestea apar cu predilecție la nivelul bifurcațiilor, a constricțiilor sau dilatațiilor și la nivelul angulațiilor arteriale. Cele mai frecvente localizări ale plăcilor de aterom sunt: originea arterei carotide comune (ACC), bifurcația ACC în artera carotidă externă (ACE) și artera carotidă internă (ACI), originea arterei carotide mijlocii (ACM), principala bifurcație a ACM și originea arterei bazilare (AB).

*AVC-urile ischemice* sunt produse de trombi, emboli (cardiogeni sau arterogeni) sau de o presiune de perfuzie scăzută. Tromboza cerebrală reprezintă formarea sau creșterea unui tromb prin agregare plachetară la nivelul unei plăci de aterom (infarct cerebral aterotrombotic) sau prin formarea unui cheag de sânge prin activarea cascadei coagulării la nivel intravascular. Embolia cerebrală reprezintă migrarea unui material compus din cheag, fibrină, placă de aterom la nivelul arterelor cerebrale, care produce ocluzie și infarctizare. Cea mai comună sursă de emboli este cardiovasculară însă pot exista și emboli de grăsime, de aer, septici sau corpi străini.

*AVC-urile hemoragice* sunt urmarea rupturii unui vas cerebral sau traumei. Hemoragia intracerebrală este cauzată de ruperea unui vas intracerebral urmată de hemoragie în interiorul creierului. Aceasta poate fi primitivă, prin ruptura unor microanevrisme formate la nivelul arterelor cerebrale mici la o persoană hipertensivă sau secundară – traumatică. Hemoragia subarahnoidiană este cauzată de ruperea unui vas în spațiul subarahnoidian, de obicei la nivelul unui anevrism pe un vas mare. Un alt defect congenital ce poate determina AVC hemoragic este malformația arterio-venoasă (MAV), care reprezintă un ghem arterial și venos fără capilare interpușe, care suferă o dilatare progresivă și, în final, ruptura în aproximativ 50% din cazuri. O hemoragie cerebrală masivă poate fi fatală în doar câteva ore din cauza hipertensiunii intracraniene ce determină angajarea subtentorială, subfalciformă sau cerebeloasă [4].

*Factorii de risc pentru AVC* sunt împărțiți în potențial *modificabili* și *nemodificabili*

Cei potențial *modificabili* țin de stilul de viață pe de o parte – consumul de alcool, fumatul, obezitatea, consumul de droguri și o dietă bogată în grăsimi sau de unele afecțiuni parțial controlabile: hipertensiunea arterială (HTA) care crește riscul de 4 – 6 ori la persoanele cu tensiunea arterială (TA) peste 160/95 mmHg, diabetul zaharat (DZ), dislipidemia (LDL colesterolul peste 100 mg/dl, hipertrigliceridemia), prezența unei cardiopatii, migrena și statusul hipercoagulant.

Statusul hipercoagulant poate fi cauzat de o serie de factori: imobilizarea prelungită, neoplazia, sindromul nefrotic, sarcina, anticoncepționalele orale

sau terapia de substituție hormonală, staza venoasă din insuficiență venoasă cronică sau insuficiență cardiacă, hipervâscozitatea sangvină din leucemii, policitemia vera, mielomul multiplu sau tulburări de coagulare cauzate de: deficitul de proteina C sau S, factor V Leyden, hipercisteinemie, mutația protrombinei, siclemie, deficit de antitrombină III sau sindromul antifosfolipidic [49].

*Factorii de risc nemodificabili* sunt: *vârsta*, existând date statistice care arată că incidența AVC-ului crește odată cu vârsta până la vârsta de 75 de ani; *rasa*, cu o incidență mai mare la afroamericani; *genul*, cu o incidență mai mare la bărbați; *factorul ereditar*, cu un risc mai crescut la pacienții cu antecedente familiale de AVC [49].

Factori de risc convenționali ai AVC pot fi clasificați în:

1. *Factori predispozanți*

- *Vârsta* – este factorul de risc cel mai important pentru accident vascular cerebral. Riscul de a dezvolta AVC crește cu vârsta, dublându-se cu fiecare decadă după 55 de ani. Cel puțin 66% din toate persoanele cu AVC au vârsta de 65 de ani sau mai mult. Deși boala este apanajul vârstelor înaintate, un număr mare de evenimente vasculare cerebrale apar la persoane sub 65 de ani. În ultimele 2 decenii s-a constatat o incidență crescută a AVC la tineri [349].
- *Sexul* – pentru fiecare decadă succesivă după vârsta de 55 de ani, rata accidentului vascular cerebral este dublă atât la bărbați cât și la femei. Riscul de a dezvolta accident vascular cerebral este de 1,25 ori mai mare la bărbați, dar, pentru că femeile tind să trăiască mai mult decât bărbații, paradoxal, după vârsta de 70 de ani, mai multe femei decedază de accident vascular cerebral [349].
- *Originea populațională (rasa)* – este deja bine-cunoscut e faptul că heterogenitatea genetică și ambientală stă la baza diferențelor în ceea ce privește incidența diferită a AVC de la o populație la alta. Afroamericani și hispanicii au un risc de 2 – 3 ori mai mare de a face un AVC ischemic și de a deceda din aceasta cauză în comparație cu caucazienii [451].
- *Determinismul genetic* – accidentul vascular cerebral nu este în general privit ca o afecțiune genetică ci mai degrabă ca o maladie cu trăsături genetice complexe, rezultat al interacțiunii profilului genetic individual și al factorilor de risc predispozanți care se concretizează în fenotipuri variabile, eterogene [244].

2. *Factori igieno-dietetici*

- *Fumatul, consumul de alcool și alte substanțe recreaționale.*

Dovezile care leagă fumatul de evenimentele trombotice vasculare sunt extrem de convingătoare. Consumul de tutun poate crește riscul de apariție a AVC acționând prin mecanisme diferite, inclusiv endoteliale, citotoxici-

tate, efect mitogen asupra mediei vasculare, activarea trombocitelor, creșterea vâscozității sângelui, și reducerea nivelului seric al HDL colesterol [194]. Fumul de țigară conține peste 4000 de substanțe chimice diferite, inclusiv metale grele și alte toxine care promovează dezvoltarea de radicali liberi, care induc disfuncții endoteliale vasculare și reacții inflamatorii cronice și care conduc la dezvoltarea și accelerarea procesului aterosclerotic. Fumatul provoacă, de asemenea, dezvoltarea unui status procoagulant prin creșterea concentrației de fibrinogen, o scădere a activității fibrinolitice, o creștere a agregabilității trombocite și implicit apariția policitemie [414]. Nu în ultimul rând fumatul scade fluxul sanguin cerebral, ceea ce poate crește și mai mult riscul de formare a cheagurilor și implicit a riscului de accidente vasculare cerebrale ulterioare printr-un flux încetinit sau fenomene de stază vasculară [5; 26; 33; 41].

Mai recent, consecințele dăunătoare ale fumatului pasiv au fost de asemenea evaluate în cadrul mai multor studii care au adus dovezi valide în ceea ce privește riscul crescut de a dezvolta AVC în cazul indivizilor cu expunere secundară la fumul de țigară. De asemenea, s-a constatat ca fumatul crește riscul de apariție a infarctului cerebral de 2 ori la vârstnici și de 3 ori la tineri și la sexul feminin. Acest risc scade la jumătate odată cu renunțarea la fumat în următorii 2-5 ani, dar rămâne superior față de nefumători [417].

Dovezi puternice indică faptul ca *alcoolismul și consumul abuziv de alcool* sunt factori de risc pentru toate subtipurile de AVC. Consumul ușor spre moderat de alcool poate crește nivelul HDL – colesterol și poate reduce concentrația plasmatică de fibrinogen și agregarea plachetară. Consumul ridicat de alcool poate duce la hipertensiune, hipercoagulabilitate, reducerea fluxului sanguin cerebral și o probabilitate mai mare de fibrilație atrială. Un studiu recent a relevat faptul că persoanele de vârstă mijlocie care consumă zilnic alcool au un risc de 2 ori mai mare de a dezvolta AVC la vârste cuprinse între 60 și 75 ani [305]. Același studiu plasează consumul cronic de alcool ca factor de risc înaintea hipertensiunii arteriale (HTA) și a diabetului zaharat.

- *Dependența de droguri* este de obicei o boală cronică recidivantă asociată cu o serie de probleme sociale și de sănătate. Drogurile care dau dependență, precum cocaina, amfetaminele și heroina, au fost asociate cu un risc crescut de AVC. Aceste droguri pot cauza schimbări bruște de presiune sangvină, pot induce schimbări de tip vasculită, pot duce la embolizări pe baza unei endocardite infecțioase și pot induce perturbări hemostatice și hematologice care duc la creșterea vâscozității sanguine și a agregabilității plachetare. Studii epidemiologice arată o creștere a riscului de AVC ischemic cât și de AVC hemoragic. Unele studii asociază abuzul de droguri cu creșterea riscului de AVC de 6,5 ori (95% CI 3,1-13,6) indepen-

- dent de vârstă, având un risc relativ de 11,2 (95% CI 3,2-42,5) pentru persoanele cu vârsta sub 35 de ani [349].
- *Dieta, sedentarismul și factorii psihosociali.* O dietă bogată în colesterol, grăsimi saturate și săracă în fructe, legume și pește crește riscul de accident vascular cerebral, în timp ce un consum crescut de vitamina C și acid folic ar reduce impactul acesteia printr-un efect antioxidant și reducerea concentrației de homocisteină. Un studiu extensiv cu peste 7000 de participanți a demonstrat faptul că dieta mediteraneană scade riscul de dezvoltare a diabetului zaharat și AVC prin reducerea efectelor nocive fenotipice a polimorfismului factorului de transcripție intens studiat în nutrigenomică [227]. Efectul protector al activității fizice poate fi parțial mediat prin rolul său în reducerea presiunii sanguine și în controlarea altor factori de risc pentru bolile cardiovasculare, pentru diabet și pentru obezitate. De asemenea, alte mecanisme biologice au fost asociate cu activitatea fizică, dintre care menționăm scăderea nivelului plasmatic de fibrinogen și a activității trombocitare, și creșterea nivelului plasmatic de activatorul tisular al plasminogenului și al concentrației HDL. Studii, de cohortă și caz-control, au demonstrat că lipsa exercițiului fizic regulat moderat este asociat cu un risc crescut de accident vascular cerebral. Un astfel de efect ar putea acționa, cel puțin parțial, prin reducerea tensiunii arteriale [326]. O meta-analiză recentă demonstrează faptul că stresul psihic poate fi considerat un factor independent de risc pentru apariția accidentului vascular cerebral, în special la femei, mecanismele exacte fiind însă deocamdată incomplet elucidate [200].
3. *Factori metabolici*
- *Hipertensiunea arterială (HTA)* este cel mai important factor de risc modificabil în AVC și apare la aproximativ 80% dintre pacienții cu AVC ischemic acut și, de obicei, scade în următoarele 7 zile după evenimentul vascular. Există o relație strânsă, continuă, și aproximativ lineară între tensiunii arteriale (TA), nivelurile și incidența primară de accident vascular cerebral la ambele populații hipertensivi și normotensivi. O scădere de 5-6 mm Hg a tensiunii arteriale diastolice (TAD) pentru un interval de 5 ani (control medicamentos cu diuretice și beta-blocante), a fost asociată cu o reducere de 42% a riscului relativ pentru AVC primar [224].
  - *Diabetul zaharat.* Studiile epidemiologice au asociat diabetul zaharat (DZ) ca factor de risc pentru AVC, în timp ce datele privind recurența acestuia sunt deocamdată neconcludente. În plus rolul controlului glicemic în reducerea riscului de accident vascu-

lar cerebral este încă incertă. Pacienții cu diabet au mortalitate mai mare, infirmități mai severe și recuperare mai lentă după un accident vascular cerebral, precum și rate mai mari de recurența AVC la 1 lună [349].

– *Obezitatea, dislipidemia și sindromul metabolic*

*Hipercolesterolemia* reprezintă un important factor de risc major pentru boala arterelor coronare. Cu toate acestea, asocierea epidemiologică dintre colesterol și AVC este controversată, incidența AVC este mai mică și apare mai târziu în comparație boala arterelor coronare. Datele cumulate din studiul a 45 cohorte, totalizând un număr de 450.000 indivizi într-un interval de 16 ani, și un total de 13,397 AVC înregistrate au evidențiat un „efect de platou”, între creșterea nivelului de colesterol și riscului de a dezvolta AVC. Cu toate acestea, un alt studiu a relevat faptul că tratamentul cu statine în prima săptămână după AVC scade considerabil riscul de apariție a unui AVC secundar [224].

*Sindromul metabolic* (asocierea HTA, hiperglicemiei, hipercolesterolemiei, valorilor scăzute ale HDL și obezității abdominale), o patologie tot mai frecvent întâlnită în contextul creșterii incidenței obezității în populația generală, este de asemenea considerat un factor de risc major în apariția AVC, însă studiile prospective sunt greu de efectuat datorită patogeniei multifactoriale și expresivității fenotipice variabile [182].

Noi factori de risc asociați cu accidentul vascular cerebral, sunt considerați markeri de inflamație (proteina C reactivă), factori metabolici (homocisteina, lipoproteinemia), factorii trombogeni și de fibrinoliză, factorii imunologici.

Măsurile ce stau la îndemâna pacientului, adică factorii de risc modificabili sunt: renunțarea la fumat, scăderea în greutate, activitatea fizică regulată, regimul alimentar (controlul colesterolului și al trigliceridelor), evitarea excesului de alcool și controlul bolilor asociate: DZ, HTA, boala cardiacă. Factorii de risc nemodificabili sunt: vârsta (peste 55 de ani), genul (în trecut rata AVC era ușor crescută la femei din cauza speranței de viață mai mari, în prezent însă raportul s-a inversat), rasa (afro-americană) și istoricul familial.

#### **1.4. Accidentul vascular cerebral – breviar etiopatogenic și de tratament**

Descrise și clasificate pe criterii lezionale topografice încă din 1927 de către Foix și Levy [246], astăzi diagnosticul de AVC este adus aproape la perfecțiune datorită mijloacelor moderne de investigație neinvazivă, permițând în consecință, și adoptarea celor mai adecvate atitudini terapeutice [82; 357]. În ultimii ani au fost obținute progrese remarcabile în tratamentul și prevenirea accidentului vascular cerebral, ceea ce a permis reducerea semnificativă a mortalității și a îmbunătățit prognosticul funcțional al acestei boli în



lume. Metodele de neuro- și angiovizualizare au constatat heterogenitatea patogenetică a accidentului vascular cerebral, ceea ce presupune o abordare diferențiată a tacticii de tratament și nu în ultimul rând, profilaxia primară și secundară a acestei entități nozologice [13].

Ultimul deceniu indică o tendință de utilizare în practica clinică a metodelor non-invasive de investigație [285]. Explorările imagistice, cum sunt tomografia computerizată (CT) și rezonanța magnetică nucleară (RMN), reprezintă metoda de elecție în diagnosticarea accidentului vascular cerebral. Tomografia computerizată diferențiază AVC-ul hemoragic de cel ischemic, iar rezonanța magnetică este superioară tomografiei în cazul infarctului cerebral supraacut. Explorările cu ultrasunete (studiul duplex al vaselor extra- și intracerebrale) verifică permeabilitatea vaselor detectând eventuale stenoze ale acestora. Investigații paraclinice – analizele de laborator, sunt examinări de rutină, dar și teste pentru evaluarea stărilor de hipercoagulabilitate. În cazuri special selectate se efectuează examinări toxicologice, imunologice, genetice etc. Angiografia convențională determină gradului de leziune stenozantă a arterelor, puncția lombară – prezintă informații parțiale în diagnosticarea AVC-ului, metodele neinvazive fiind de primă alegere în ultimul deceniu. Diagnostic diferențial al accidentului vascular cerebral este efectuat cu scop de a exclude așa maladii, precum: tumori cerebrale, scleroza multiplă, migrena, crizele epileptice focalizate, encefalite, hipoglicemie, encefalopatie hipertensivă [53; 171].

Accidentul vascular cerebral este o urgență majoră, iar tratamentul accidentului vascular cerebral se poate împărți în:

- 1) tratamentul care se acordă cât mai curând posibil ulterior debutului accidentului vascular cerebral;
- 2) tratament chirurgical;
- 3) recuperare medicală [53; 171].

Tratamentul AVC-ului mai cuprinde în prezent patru părți ce pot fi structurate astfel:

- în *faza de prespital*,
- în *faza de spital*,
- în *faza de recuperare*.

În *faza de prespital*: recunoașterea precoce a unui AVC, transportarea de urgență într-o unitate specializată (după notarea orei exacte a debutului, când este posibil).

În *etapa de spital*: stabilizarea pacientului, evaluarea eligibilității pentru tromboliză intravenoasă, tromboliză intraarterială sau trombectomie mecanică care este clinică (scor *National Institute of Health Stroke Scale* sau NIHSS) și imagistica: computer tomograf (CT), rezonanță magnetică nucleară (RMN), tomografie prin emisie de pozitroni (PET), Doppler transcranian și carotidian sau angiografie cerebrală.



*Terapie de recuperare și fizioterapie* se inițiază după depășirea perioadei acute și stabilizarea pacientului și prevenție secundară, care este reprezentată de scăderea riscului de recidivă (tratament antiagregant sau anticoagulant) și de controlarea factorilor de risc modificabili (hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, fumatul și consumul exagerat de alcool) [385].

Gestionarea eficientă a unui AVC se bazează pe imagistică (CT sau RMN) și tehnici de recanalizare sau tratament conservator-suportiv. Având în vedere faptul că aproximativ 1,9 milioane de neuroni, 14 bilioane de sinapse și 12 km de fibre mielinizate mor pentru fiecare minut de ischemie, elementul cheie al tratamentului în stadiul acut este restabilirea perfuziei sangvine în zona ischemică [405].

AVC este o urgență majoră care impune internarea bolnavului într-o unitate de *stroke*, care presupune o colaborare interdisciplinară între medici de diverse specialități, iar tratamentul poate fi clasificat în: *tratament curativ* și *tratament profilactic* [53].

*Tratamentul curativ*, la rândul său, include:

1. Monitorizarea funcției respiratorii (se recomandă poziționarea corectă a pacientului, asigurarea permeabilității căilor respiratorii, aspirarea și eliminarea secrețiilor bronșice);
2. Monitorizare electrocardiogramă (EKG), tensiune arterială, glicemie, echilibrul acido-bazic și hidroelectrolitic, temperatură corporală, diureză;
3. Tratament specific: tratamentul trombolitic, tratamentul anticoagulant, tratamentul antiagregant, tratamentul vasodilatator, tratament neuroprotector, tratamentul complicațiilor.

*Tratamentul profilactic* include:

1. Profilaxia primară, care se adresează factorilor de risc: HTA, dislipidemie, diabet zaharat, fibrilație atrială, obiceiuri de viață și alimentație (excluderea fumatului, a consumului de alcool, a drogurilor);
2. Profilaxia secundară, care se adresează pacienților care au avut deja un AVC [53; 171].

Medicația care este administrată pacienților imediat după producerea accidentului vascular cerebral cuprinde: 1. medicamente ce dizolvă cheagul sanguin și 2. medicamente ce previn formarea de noi cheaguri. Scopul tratamentului constă în prevenirea atacurilor cerebrale și este reprezentat de medicația antiagregantă plachetar. În funcție de tipul de AVC, tratamentele acute variază. Sunt necesare măsuri suportive atât pe parcursul evaluării, cât și a stabilizării inițiale. Ținta tratamentului de reperfuzie o reprezintă zona de penumbră ischemică, adică un volum de țesut cerebral afectat din punct de vedere funcțional dar intact din punct de vedere structural și care are capacitatea de a-și recupera funcția odată reperfuzat. S-a demonstrat că „salvarea” acestui țesut produce ameliorare neurologică și recuperare.

Principala țintă terapeutică este penumbra ischemică identificată cu ajutorul tehnicilor imagistice menționate mai sus. În prezent metoda trombolizei cu activator tisular al plasminogenului recombinat (rtPA) este singura aprobată și cea care a demonstrat beneficii semnificative atunci când rtPA este administrat intravenos în primele 4-5 ore post AVC. Alte metode sunt: administrarea de aspirină sau hemicraniectomia de decompresie. O bună delimitare a penumbrei ischemice este foarte importantă având în vedere că aceasta poate persista până la 12 ore post AVC, înainte ca necroza să se instaleze [357]. Tromboliza intravenoasă este folosită pentru tratamentul pacienților cu AVC ischemic acut în primele 4-5 ore de la debut. Limitele acestei metode sunt: fereastra terapeutică îngustă, eficiența scăzută pentru ocluzia de arteră de calibru mare (artera carotidă internă, segmentul inițial al arterei cerebrale medii, artera bazilară) și faptul că este contraindicat la pacienții cu risc hemoragic crescut [481].

În paralel cu tromboliza intravenoasă se practică trombectomia mecanică prin intermediul unor dispozitive de extracție a trombului cu scopul de a obține un procent mai mare de recanalizare arterială în special în ocluziile de vas mare. Pentru trombectomia mecanică, fereastra terapeutică este de 6 ore pentru AVC-uri produse în teritoriul anterior și de 12 ore pentru AVC-uri produse în teritoriul posterior și chiar până la 24 de ore pentru tromboza de arteră bazilară, în funcție de particularitățile clinice. Limitele tratamentului endovascular sunt: un timp mai mare de intervenție din cauza complexității tehnice și riscul de complicații în timpul procedurii. De asemenea, există și varianta de recanalizare ineficientă, în care un rezultat radiologic bun nu se corelează cu ameliorarea clinică [273].

În prezent, se încearcă găsirea de agenți neuroprotectori care să împiedice procesele cauzate de necroza celulară din miezul ischemic: excitotoxicitatea dată de glutamat, inflamația sau procesul de degradare a vaselor sangvine, care provoacă necroza celulelor din penumbră. În prezent există studii în desfășurare în care se administrează albumină sau sulfat de magneziu ca agenți neuroprotectori în faza acută [322]. Medicamentele așa-numite neurotrofice, au demonstrat un efect de ameliorare a recuperării funcționale la administrarea în faza acută la pacienții cu AVC ischemic, având un profil de siguranță similar cu placebo [355]. Mecanismul de acțiune este de inhibare a excitotoxicității, a formării de radicali liberi și stimulare a neurogenezei și a înmuguririi axonale [339].

*Tratament chirurgical.* În cazul pacienților ce au suferit un accident vascular actual, însă fără afectare funcțională, determinat de o obstrucție carotidiană ipsilaterală de 70% până la 99% din lumenul arterial sau de ulcerarea unei plăci de aterom, este recomandat endarterectomia carotidiană. Intervenția chirurgicală prin care chirurghul vascular previne accidentele vascu-

lare cerebrale este endarterectomia carotidiană, la pacienții cu ateroscleroza carotidiană. Una dintre cele mai frecvente operații vasculare este endarterectomia carotidiană, deoarece este cel mai sigur și de durată tratament al bolii carotidiene [13].

În prezent, nu există tratamente clinice eficiente pe termen lung în AVC. Singurele tratamente eficiente sunt administrarea intravenoasă de rtPA (*trombolizei cu activator tisular al plasminogenului recombinat*) în primele 4-5 ore de la debutul simptomelor și tehnicile de reperfuzie mecanică. Totuși, numărul pacienților care pot beneficia de aceste tratamente este de sub 20% din totalul pacienților care suferă un AVC, chiar în centrele specializate.

### **1.5. Abordarea posibilităților de reabilitare post accident vascular cerebral**

Reabilitarea persoanelor cu accident vascular cerebral are un rol important în reducerea poverii sociale reprezentate de îngrijirile medicale pe termen lung post AVC. Organizația Națiunilor Unite (ONU) are un șir de programe speciale de reabilitare, care sunt puse în aplicare de către OMS, OIM, UNESCO. Unii autori, definesc reabilitarea ca restabilirea fizică, psihică, socială, economică (capacitatea de muncă) a integrității pacientului. În același timp alții includ în conceptul de „reabilitare” desfășurarea activităților care vizează întoarcerea omului la viața lui normal [76; 77; 78; 81; 84].

Prin reabilitare, de obicei, se înțelege un complex de măsuri terapeutice, psihologice, educaționale și sociale prin intermediul cărora pacientul poate reveni la o viață normală și la activitatea social utilă corespunzătoare capacităților sale de sănătate [84; 91]. Opiniile unora subliniază că, reabilitarea oamenilor ar trebui să însemne restabilirea sănătății în plan clinic, funcțional și social, iar alții consideră prioritară adaptarea profesională a pacientului după tratament, reîntoarcerea la locul de muncă a persoanelor cu pierderea parțială a deprinderilor profesionale, de utilizare în viața publică chiar și a pacienților cu pierderea completă a competențelor profesionale [96; 280; 409].

Astfel, termenul de „reabilitare” presupune o gamă largă de activități care ar trebui să fie folosite de organele responsabile de sănătate și asistență socială, organizațiile obștești și de producere (industrial) pentru gestionarea complicațiilor bolii, restabilirea sănătății și capacității de muncă a pacienților și a persoanelor cu handicap [69]. Ținând cont de conceptele moderne despre reabilitare și, reieșind din necesitatea de a personaliza activitățile planificate și a optimiza evaluarea rezultatelor obținute, evidențiază reabilitarea medicală, care ar trebui să includă o serie de activități terapeutice și sociale direcționate spre vindecarea pacientului (socială și de muncă), care ar trebui să includă, alături de terapia de reabilitare – activități sociale, psihologice, pedagogice [97; 130].

Reabilitarea, ca concepție care necesită sinteza (integrarea) a diverse cunoștințe – medicale, psihologice, sociale – dă posibilitatea revizuirii unor poziții teoretice în medicină. Această concepție este strâns legată de prevederile de bază ale Ecologiei Umane și permite o nouă examinare a relației dintre cele mai importante origini biologice și sociale ale apariției bolii, în dezvoltarea lor, de profilaxie și tratament [139]. Analiza noțiunii de reabilitare din punct de vedere sistemic ne permite înțelegerea acesteia ca domeniu de activitate, personajul principal în care este omul (omul însuși este un sistem deschis) și mediul înconjurător, biologic și social. Abordarea sistematică a procesului de reabilitare evită cea mai importantă întrebare a alterității în medicină – relațiile biologice și sociale în patologia umană și deschide calea pentru depășirea acestora [454]. Reabilitarea are un substrat specific al studiului – mecanisme sanogenetice în unitatea lor biosocială, metoda cercetării – utilizarea de sarcini specifice, varietatea de metode speciale de reabilitare, precum și forme specializate de organizare în structura de îngrijire a sănătății.

Această concepție sanogenetică consecventă este descrisă de către T. Furdui, 2004 [20]. Autori care înțeleg, sanogeneza, ca un sistem dinamic de mecanisme de apărare și adaptare (de natură fiziologice și fiziopatologice), care apar în stadiul de boală pre-existentă, care se dezvoltă de-a lungul procesului de boală și care vizează restaurarea organismului uman prin autoreglare [348]. Esența reabilitării include aplicarea a complexului de măsuri farmacologice, chirurgicale, fizice, terapii climatice și de altă natură, care asigură restaurarea funcțiilor pierdute sau slăbite ale organismului. Autorii consideră că reabilitarea medicală la etapa actuală ar presupune un tratament, care acoperă executarea la timp și calitativ măsurile diagnostice și terapeutice pe toată perioada, precum și de monitorizare pentru a se asigura că examinarea medicală de incapacitate temporară de muncă a fost una calificată. Reabilitarea profesională, este instruirea sau reinstruirea profesională a pacienților care au pierdut mai mult sau mai puțin o parte din capacitatea de muncă disponibilă pentru ei, din motive de sănătate – este realizarea expertizei medicale de incapacitate de muncă, temporară sau de durată, și încadrarea rațională a acestora în câmpul muncii [31; 32]. Reabilitarea socială prevede reintegrarea în societate a bolnavilor, încadrarea rațională în câmpul muncii, reducerea pierderilor economice (III Raport OMS al Comisiei pentru reabilitare). Unii autori, prin reabilitarea socială, percep încadrarea rațională în câmpul muncii a bolnavilor și a persoanelor cu handicap [30]. Conceptul de reintegrare a pacientului în societate cuprinde și încadrarea rațională a acestuia în câmpul muncii, reducerea pierderilor economice [119].

N.S. Pilipchiuk (1978), privind conceptul de „reabilitare”, consideră mai corectă delimitarea reabilitării medicale de cea clinică. Drept motiv pentru această delimitare este faptul că recuperarea medicală include și elemente de

reabilitare clinice, profesionale și sociale, presupun activități menite a pregăti pacientul să trăiască în capacitatea posibilităților, echivalente forțelor rămase după boală, dar cu utilizarea maximal a rezervelor fizice. Reabilitarea clinică, conform autorilor, trebuie să fie determinată de aplicarea tratamentului terapeutic complex, oferind un tratament al procesului patologic și restabilirea funcțiilor perturbate ale organismului. De rând cu reabilitarea medicală, inclusiv reabilitarea clinică și funcțională, pe larg este descrisă și reabilitarea socio-profesională. Reabilitarea cuprinde și un șir de măsuri psihologice și sociale, de producere, menite să restabilească starea generală de sănătate a pacienților, reîncadrarea lor în muncă sau în alte lucrări social-utile. Reabilitarea medicală, profesională și socială sunt privite ca etape a unui proces unitar și consecvent [289; 345]. Reabilitarea poate fi considerată ca funcție activă a societății, care, în dependență de orientare și rezultat poate fi: clinică, funcțională, de muncă, profesională, de familie, socială etc. Diferența dintre ele este setul de caracteristici care reflectă aspectul calitativ specific al reabilitării generale. Reabilitarea este o parte integrantă a statutului sociologic al populației și trebuie să fie inclus în programul de stat de ocrotire a sănătății [485].

Reabilitarea medicală a fost în general considerată ca fiind acea parte a medicinei care devine relevantă atunci când metodele de prevenție nu au fost eficiente sau când există o refacere incompletă după o boală sau leziune. Delimitarea clară între asistența medicală curativă și cea de recuperare este actual depășită, implicând multe dezavantaje și riscuri. De aceea, în domeniul terapiei intensive, se manifestă azi un interes crescând pentru „aducerea” medicinei de reabilitare în unitățile de Terapie Intensivă, plecând de la faptul că pacientul critic necesită perioade lungi de refacere, existând astfel posibilitatea apariției complicațiilor cu risc funcțional, generatoare de dizabilitate și care vor necesita îngrijiri specializate din domeniul reabilitării medicale. Specialitatea medicală care se ocupa de dizabilitate este Reabilitarea Medicală [485].

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), reabilitarea reprezintă „folosirea tuturor mijloacelor cu scopul de a reduce impactul condițiilor generatoare de dizabilități și handicap și de a permite persoanelor cu dizabilități să reușească să se integreze optimal în societate”. Noțiunile „funcționare” și „participare” reprezintă, alături de „factorii contextuali” – de mediu și personali – elemente de bază în orice proces de reabilitare medicală. Uniunea Europeană a Medicilor Specialiști (UEMS) – secțiunea Medicină Fizică și de Reabilitare definește Medicina Fizică și de Reabilitare (MFR) „o specialitate medicală independentă preocupată de promovarea funcționării (*functioning*) fizice și cognitive (*inclusiv comportament*), a participării (*participation*), inclusiv calitatea vieții și modificarea factorilor personali și de mediu

(*personal and environmental factors*). Astfel, ea este responsabilă de prezentul și viitorul persoanei. Reabilitarea este un proces continuu, care începe din secțiile/departamentele de acuți, până la ambulatorii și locații comunitare.

Savantul O. Pascal [80], prezentând dezvoltarea asistenței de reabilitare neurologică în Republica Moldova, relatează, că recuperarea neurologică este o problemă medico-socială de o importanță majoră. La ora actuală în Republica Moldova sunt înregistrați circa 173 mii de invalizi. Potrivit Consiliului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității, bolile sistemului nervos ocupă locul III din structura invalidității generale, cedând întâietatea numerică doar bolilor aparatului circulator și celor oncologice. În același timp, dizabilitatea neurologică după severitatea și impactul său social, nu poate fi comparată cu oricare alta. Conform datelor Consiliului Republican de Expertiză Medicală a Vitalității pe parcursul ultimilor 5 ani a fost înregistrată creșterea invalidității primare pe motivul bolilor neurologice. Potrivit datelor în anul 2014, invaliditatea primară cauzată de afecțiuni neurologice a fost de 11524 cazuri, iar în anul 2018 a atins numărul 14021. Conform datelor cabinetului științifico-metodic al Institutului de Neurologie și Neurochirurgie, în anul 2018 în republică au fost înregistrate 13428 cazuri de accident vascular cerebral (AVC), dintre care doar 1783 (13,3%) de pacienți cu AVC au beneficiat de asistență de reabilitare medicală. Aceasta se datorează faptului că în republică există doar 2 secții specializate de neurorecuperare cu 30 de paturi în cadrul Institutului de Neurologie și Neurochirurgie și Spitalului clinic municipal „Sfântă Treime”, precum și 10 paturi în Spitalul clinic municipal Bălți, ceea ce acoperă necesitatea populației în asistență de reabilitare neurologică mai puțin de 15%. Aceasta, la rândul său, constituie una din cauzele dezvoltării dizabilităților neurologice constante în rândul populației Republicii Moldova [80]. Serviciul de neurorecuperare, din mai multe motive obiective și subiective, în decursul mai multor decenii precedente nu a beneficiat de atenția cuvenită, ceea ce a condus la faptul că persoanele cu dizabilități neurologice au un acces limitat la servicii de reabilitare adecvată. Aceasta, la rândul său, limitează considerabil reintegrarea persoanelor cu dizabilități în viața socio-economică a țării, aducând pierderi economice mari pentru societatea contemporană.

Conform unor studii internaționale recente, eficiența economică a măsurilor de recuperare, întreprinse pe parcursul primului an, depășește cheltuielile ulterioare de către stat de 17 ori [248; 290] prin:

- diminuarea costului de întreținere a persoanei dizabiliate, prin creșterea independenței funcționale;
- posibilitatea de a continua activitatea profesională de către persoanele (membrii familiei și al.) încadrate în procesul de îngrijiri;
- reinsertia socio-profesională a persoanei dizabiliate în cazul restabilirii bune a funcțiilor pierdute sau creării mecanismelor de compensare.

Cele menționate anterior de către O. Pascal [80], justifică întreprinderea unor măsuri de optimizare și dezvoltare a asistenței de reabilitare, necesitate stipulată în Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007. Astfel a fost propus organizarea asistenței de reabilitare în cadrul sistemului medico-sanitar la diferite etape:

- asistență de reabilitare medicală acordată în faza acută a bolii;
- asistență de reabilitare medicală acordată în faza subacută a bolii;
- asistență de reabilitare medicală acordată în stadiul sechelar al bolii.

Reabilitarea în fazele de început ale refacerii după o maladie sau leziune severă este mult sprijinită de un mediu adecvat, în care sunt abordate temerile și anxietățile pacientului. În primele săptămâni abilitatea de a acorda atenție unui program de antrenament sau de a efectua exerciții terapeutice poate fi relativ limitată.

În literatura dedicată reabilitării s-a scris mai mult despre rezultatele funcționale ale reabilitării în AVC decât despre rezultatele oricărei alte afecțiuni dizabilitante. Rezultatele descrise în unele dintre aceste lucrări sunt deseori contradictorii, induc în eroare și creează confuzie. Acest lucru se datorează, în mare parte, diferențelor în ceea ce privește designul studiilor, metodologia folosită, criteriile de includere în eșantion, practicile de reabilitare și definițiile rezultatelor reabilitării [454; 455]. Este important de reținut că rezultatele reabilitării după AVC pot fi evaluate în mai multe moduri, cum ar fi evaluarea morbidității medicale, a mortalității, a nivelului de deficit, a duratei de spitalizare, a costurilor îngrijirilor medicale, a limitărilor funcționale, a destinației după externare și după reevaluare, a gradului handicapului sau al funcționării sociale, a calității vieții și a satisfacției în viață.

Utilizarea din ce în ce mai intensă a serviciilor de reabilitare medicală pentru pacienții cu AVC, ca și conștientizarea crescândă a rolului reabilitării la nivelul comunității medicale, au stimulat atât dorința specialiștilor clinicieni și a cercetătorilor, cât și presiunea din partea asiguratorilor și a factorilor de decizie politică pentru a demonstra eficacitatea reabilitării. Drept consecință, literatura medicală a fost, recent, martora unui interes în creștere în ceea ce privește investigațiile științifice asupra eficacității reabilitării în AVC.

Cercetările anterioare asupra eficacității reabilitării au constat, în mare parte, în descrieri ale rezultatelor observate, obținute după participarea pacientului la programe de reabilitare, dar cercetările mai recente au raportat rezultate empirice derivate din studii clinice controlate în perspectivă, aplicarea principiilor epidemiologiei în cercetarea clinică, dezvoltarea și utilizarea tehnicilor de meta-analiză și publicarea Ghidului de practică clinică pentru reabilitarea post-accident vascular cerebral de către Agenția Statelor Unite pentru Politici și Cercetare privind Îngrijirile Medicale (*U.S. Agency for Health Care Policy and Research, Ai ICPR*) [245].



Poate că literatura privind studiul reabilitării post-AVC este mai bogată decât literatura privind programele de reabilitare pentru oricare altă condiție dizabilantă, dar cercetarea privind eficacitatea reabilitării este afectată de probleme potențiale și practice legate de metodologia studiilor realizate, ceea ce poate scădea impactul rezultatelor studiilor clinice de înaltă calitate asupra eficacității reabilitării. De exemplu, este necesar să se controleze recuperarea naturală sau să se demonstreze într-un alt mod faptul că reducerea nivelului de dizabilitate ce se obține ca rezultat al programului de reabilitare are dimensiuni mai importante decât ar fi de așteptat să se întâmple doar în urma reabilitării naturale spontane. Faptul că numeroși factori afectează rezultatele reale și măsurate ale pacienților în urma reabilitării limitează, de asemenea, capacitatea de a studia eficacitatea eforturilor de reabilitare [365].

Există o eterogenitate considerabilă în ceea ce privește situația clinică a pacienților la internare, deoarece AVC poate afecta o varietate de domenii ale funcționării fizice, cognitive, comunicative, emoționale, sociale, profesionale și economice, în numeroase feluri. Există diferențe considerabile în ceea ce privește designul și metodologia utilizate în studiile de cercetare privind reabilitarea după AVC. Deficiențele tehnice ale multor studii de cercetare constau în designuri necorespunzătoare ale studiului, dimensiuni reduse ale eșantioanelor, populații de studiu înalt selecționate, imposibilitatea controlului fac-tomului timp, încă de la debut, intervenții descrise incomplet, utilizarea de modalități de măsurare nevalidate pentru rezultate și metodologii statistice inadecvate [443].

O altă dificultate derivă din faptul că mulți dintre factorii ce influențează rezultatele intervenției terapeutice după AVC, ca nivelul motivației, adaptabilitatea și stilul de a face față situației, capacitatea de învățare, numărul și gradul de severitate a comorbidității, nivelul susținerii din partea familiei sau a altor persoane și prezența resurselor comunității, sunt specifici fiecărei persoane în parte și nu depind de intervenția de reabilitare. Ținerea sub control a acestor factori și utilizarea lor pentru a face comparații între diferitele grupuri de pacienți sunt dificile. Însăși diversitatea în ceea ce privește tipurile, distribuția, tiparul și gravitatea deficitelor neurologice poate crea confuzii în ceea ce privește interpretarea rezultatelor cercetării.

Aplicabilitatea rezultatelor anumitor studii este limitată din cauza lipsei detaliilor privind tipul intervenției de reabilitare. Deosebit de dificilă este încercarea de a deosebi rezultatele eforturilor de reabilitare de efectele recuperării neurologice spontane. Rezultatele obținute de mai multe studii clinice randomizate controlate ce comparau rezultatele pacienților cu AVC tratați în secții pentru AVC de către echipe specializate pentru reabilitarea în AVC cu rezultatele pacienților tratați în secții de medicină generală furnizează unele indicații privind eficacitatea reabilitării.



Garraway et al. au făcut publice rezultatele unuia dintre primele studii clinice randomizate controlate legate de reabilitarea după AVC [261]. Cei 155 de pacienți internați randomizat într-o secție de reabilitare au început tratamentul de reabilitare mult mai de timpuriu, au avut șanse semnificativ mai ridicate de a beneficia de terapie ocupațională și fizică și au obținut independența funcțională într-o proporție semnificativ mai mare (de 50% față de 32%) până la momentul externării, decât cei 156 de pacienți internați în secții de medicină generală. Aceste îmbunătățiri în sfera rezultatelor funcționale ale pacienților tratați de către echipe specializate în reabilitarea după AVC s-au pierdut până la evaluarea realizată la 1 an după AVC, posibil din cauza lipsei de instruire corespunzătoare a familiei lor pacienților.

Smith et al., au făcut publice rezultatele unui studiu clinic asupra a trei tipuri diferite de programe de reabilitare, de intensități diferite [497]. Cei 46 de pacienți care au beneficiat de terapie „intensivă” au obținut rezultate mai bune decât cei 43 de pacienți care au beneficiat de terapie „convențională”, care, la rândul lor, au obținut rezultate mai bune decât cei 44 de pacienți care au fost încurajați să continue exercițiile fizice, dar iară să beneficieze de un program de reabilitare organizat. Detaliile legate de descrierea intervențiilor din programele respective au fost limitate. Într-un alt studiu clinic randomizat controlat în perspectivă, Suand et al. au comparat rezultatele clinice ale unui număr de 110 pacienți internați într-o secție de terapie neintensivă pentru AVC ai cele ale unui număr de 183 de pacienți internați în secții de medicină generală. Demersurile pentru stabilirea diagnosticului în faza acută și programele de tratament au fost standardizate. Secția pentru AVC a beneficiat de o abordare în echipă a îngrijirilor, de un program de instruire orientat către personal, de eforturi de reabilitare bine orientate și instaurate de timpuriu, de participarea activă a membrilor familiilor pacienților și de instruirea pacienților și a familiilor acestora. Cercetătorii au găsit că pacienții care erau internați în secția pentru AVC au obținut un nivel mai ridicat de independență în ceea ce privește igiena personală și îmbrăcarea, ca și în ceea ce privește mersul, față de cazul pacienților internați în secția de medicină generală. De reținut, rata spitalizării, la trei luni, era de doar 15% pentru pacienții din secția de AVC, față de 39%, pentru pacienții din secția de medicină generală, o diferență semnificativă din punct de vedere statistic, ce a persistat și după 1 an de zile.

Într-un alt studiu clinic randomizat controlat bine efectuat, realizat în Europa, Indredavik et al. au comparat rezultatele clinice a 110 pacienți cu AVC acut care au fost tratați într-o secție pentru AVC, cu rezultatele a 110 pacienți cu caracteristici similare care au fost tratați într-o secție de medicină generală. Îngrijirile acordate în secția de AVC au indus atât îngrijirile specifice AVC-ului acut, cât și reabilitare organizată. Diagnosticul precoce

și intervențiile terapeutice instaurate timpuriu au fost standardizate și clar direcționate. Programul de reabilitare a fost organizat printr-o abordare terapeutică în echipă și a fost inițiat imediat după internare. S-a pus accentul pe furnizarea informației către pacient și familia acestuia. Tratamentul de care au beneficiat pacienții internați în secția de medicină generală nu a fost standardizat. Durata maximă a perioadei de tratament a fost de 6 săptămâni pentru ambele grupuri de pacienți, perioadă după care 56% dintre pacienții din secția de AVC și 33% dintre cei din secția de medicină generală se aflau la domiciliu. La 1 an distanță, 63% dintre pacienții care fuseseră internați în secția pentru AVC și 45% dintre cei ce fuseseră internați în secția de medicină generală se aflau la domiciliu. Ambele diferențe prezintă o semnificație statistică deosebită. Nivelurile statusului funcțional erau semnificativ mai ridicate pentru pacienții din secția de AVC, atât la evaluarea de la 6 săptămâni, cât și la cea de la 1 an. Interesant este faptul că nivelul mortalității la 6 săptămâni a fost de 7% pentru pacienții din secția de AVC și de 17% pentru pacienții din secția de medicină generală, iar mortalitatea la 1 an de zile a fost de 25% pentru pacienții din secția de AVC și de 33% pentru pacienții din secția de medicină generală, diferența la 6 săptămâni prezentând semnificație statistică, spre deosebire de diferența la 1 an de zile. Kalra et al. au studiat trei grupuri de pacienți cu AVC, în funcție de prognostic, și au comparat 124 de pacienți randomizați pentru tratament într-o secție de reabilitare pentru AVC cu 121 de pacienți tratați într-o secție de medicină generală [296]. Pacienții tratați în secția de medicină generală au beneficiat de mai multă terapie fizică, iar cei internați în secția de reabilitare pentru AVC au beneficiat de mai multe ședințe individualizate de tratament. Aceste date prezintă un interes deosebit. Pentru pacienții cu prognostic bun, rezultatele funcționale la externare au fost comparabile pentru cele două secții. Pentru pacienții cu prognostic mai puțin favorabil, abilitățile funcționale au fost comparabile între cele două secții, dar secția de medicină generală a prezentat o mortalitate mai ridicată și o spitalizare de durată mai mare decât secția de AVC. Pacienții cu prognostic intermediar care au fost tratați în secția de AVC au prezentat rezultate funcționale semnificativ mai bune, o rată a revenirii la domiciliu după spitalizare mai ridicată, o durată a spitalizării mai redusă și abilități funcționale superioare.

Kaste et al. au studiat rezultatele a 113 pacienți în vârstă cu AVC acut, randomizați la internare într-o secție de neurologie ce beneficia de o echipă organizată pentru îngrijirea pacienților cu AVC, care asigura îngrijiri coordonate pentru pacienții aflați în stadiul acut și pentru reabilitare, și cele a 119 pacienți în vârstă cu AVC, internați într-o secție medicală fără un program structurat pentru evaluare diagnostică, tratament în stadiul acut sau reabilitare. Pacienții internați în secția pentru îngrijirea persoanelor cu AVC au fost

externați, în medie, cu 16 zile mai repede și au prezentat o rată mai ridicată a revenirii la domiciliu, ca destinație după externare (75% față de 62%) față de cei care au fost tratați în secția medicală. Statusul funcțional la 1 an de zile distanță a fost semnificativ mai bun în cazul pacienților din secția de neuro-reabilitare decât în cazul pacienților din secția medicală generală [309].

Există și alte studii controlate, printre care cele ale lui Sivenius, Stevens et al. și Wood-Dauphine et al., însă unele probleme metodologice limitează aplicabilitatea rezultatelor acestor studii, și rezultatele acestor studii sunt variabile și neconcludente. Studiile privind eficacitatea programelor de reabilitare sunt trecute în revistă și sintetizate în documentul [427; 453].

Într-o meta-analiză a literaturii existente privind studiile clinice asupra reabilitării în AVC, Ottenbadiet et al. au analizat 36 de studii clinice la care au participat 3.717 pacienți. Analiza acestor studii indică faptul că pacienții cu AVC care a beneficiat de un program de reabilitare orientat asupra AVC-ului au avut rezultate superioare față de cele a aproximativ 65% dintre pacienții din câmpurile de comparație. Reabilitarea a avut efectele cele mai bune asupra aspectelor legate de abilitățile de autoîngrijire, activitățile ce necesită mobilitate, asupra ambulației, a funcțiilor de percepție vizuală-spațială, în timp ce limbajul și funcțiile cognitive au prezentat cele mai reduse îmbunătățiri după reabilitare. Autorii au găsit că îmbunătățirea performanțelor a fost corelată mai mult cu inițierea precoce a tratamentului decât cu durata intervenției [366].

Langhorne et al. a găsit o rată redusă a mortalității asociată cu rezultate funcționale îmbunătățite în cazul pacienților cu AVC care au beneficiat de un program interdisciplinar coordonat de reabilitare, cu toate că autorii au observat existența unei diversități considerabile printre studii, în ceea ce privește modalitatea de măsurare a rezultatelor funcționale utilizată pentru evaluarea eficacității, ceea ce limitează, într-o oarecare măsură, interpretarea rezultatelor obținute. Numărul studiilor clinice privind intervențiile terapeutice pentru pacienții care se află în stadiul post-acute al AVC se află în creștere. Mai multe studii compară, de asemenea, eficacitatea intervenției de reabilitare aplicate într-o varietate de situații, cum este cazul reabilitării la domiciliu, al secțiilor pentru pacienți ambulatorii sau al programelor pentru internare de zi. În general, aceste studii indică faptul că pacienții cu AVC ce prezintă dizabilități pe termen lung pot obține îmbunătățiri funcționale semnificative în urma participării la reabilitare, și că terapia fizică aplicată la domiciliu poate fi eficientă în îmbunătățirea rezultatelor [323; 383].

În afară de instituirea precoce a tratamentului de reabilitare, există numeroase alte caracteristici ale programelor de reabilitare, frecvent întâlnite, ce par să aibă importanță pentru obținerea de rezultate favorabile de către grupurile experimentale. Printre acestea se numără îngrijirile personale cu

orientare specială și antrenamentul pentru mobilitate; o abordare comprehensivă a îngrijirilor, realizată de către o echipă de specialiști, cu coordonarea intervențiilor terapeutice, de obicei prin întâlniri ale echipei și comunicare; educarea pacienților și a familiilor acestora; participarea activă a membrilor familiilor pacienților; instruirea personalului în tehnici pentru îngrijire și reabilitare în AVC; îngrijire sistematică, standardizată, uniformă și aplicată cu consecvență. Cu toate că aceasta nu diminuează importanța tratamentului individualizat, asigurarea unei consecvențe în ceea ce privește aplicarea anumitor standarde de îngrijire duce la îmbunătățirea calității și rezultatele îngrijirilor aplicate. Această consecvență asigură, în mod sigur, realizarea unor cercetări eficiente și, astfel, accentuează utilitatea rezultatelor obținute în urma acestor cercetări.

Reding și McDowell și Dobkin au dezbătut, în literatura științifică din 1989, problema existenței unor dovezi convingătoare privind utilitatea și beneficiile reabilitării după AVC. Investigarea științifică a eficacității reabilitării s-a dezvoltat de atunci, astfel încât discuția privind eficacitatea are, în acest moment, o bază științifică mai consistentă, din punctul de vedere al datelor. În ciuda limitărilor în ceea ce privește cantitatea și calitatea cercetării privind eficacitatea reabilitării în AVC, și în ciuda numeroaselor întrebări persistente privind eficacitatea intervențiilor care alcătuiesc programele de reabilitare, există dovezi din ce în ce mai numeroase că programele de reabilitare îmbunătățesc rezultatele persoanelor care prezintă dizabilități post AVC [240; 343].

Din datele propuse de către A. Gasnaș, stabilim că AVC ischemic este principala cauză de dizabilitate în rândul adulților și a treia cauză de mortalitate ca frecvență la nivel mondial [21]. Din aceste considerente este important de apreciat recuperarea neurologică și funcțională în ambele faze, acute și cronice post-accident vascular cerebral. Reabilitarea s-a dovedit a fi cea mai benefică, atunci când este inițiată precoce. Cu toate acestea, recuperarea deficiențelor asociate de accidentul vascular cerebral sunt posibile pe parcursul a luni și chiar ani. Recuperare după un accident vascular cerebral este influențată de o varietate de factori intrinseci și externi care influențează probabilitatea și gradul de reorganizare neurologică. Un interes deosebit reprezintă efectul de inițiere precoce a reabilitării, intensitate crescută a terapiei de reabilitare, la pacienții ce au suportat un accident vascular cerebral.

Deosebim recuperarea neurologică spontană sau intrinsecă. Ca regulă generală, severitatea deficitului inițial este invers proporțional cu prognoza de recuperare. Majoritatea recuperării spontane are loc în primele 3-6 luni de la accidentul vascular cerebral. Evoluția proceselor de recuperare accelerează negativ în funcție de timp și este un fenomen previzibil [421]. Skilbeck și colab. (1983) au studiat 92 de supraviețuitori după accident vascular cerebral,

cu o vârstă medie de 67,5 ani (interval = 36-89), la evaluarea finală, fie la 2 sau 3 ani după un accident vascular cerebral. Cea mai mare dinamică a recuperărilor au fost raportate în primele 6 luni, care a continuat și după 6 luni dar recuperarea a fost statistic nesemnificativ. Acest tip de recuperare a fost, până de curând, considerat ca fiind în mare parte inaccesibilă intervenției sau manipulării medicale. Deficitele neurologice consecințele unui accident vascular cerebral sunt adesea denumite deteriorări. Acestea sunt determinate în primul rând de localizare și volumul accidentului vascular cerebral.

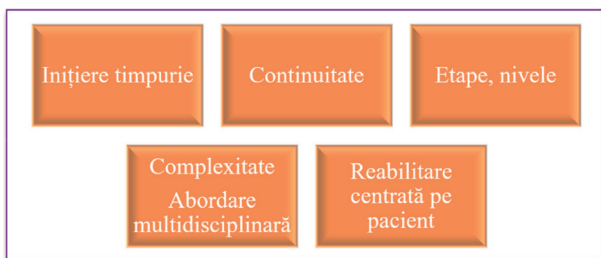
Reabilitarea funcțională se referă la îmbunătățirea independenței în domeniul cum ar fi grija de sine și mobilitatea. Recuperarea depinde de *motivația pacientului, capacitatea de învățare și de sprijinul familiei, precum și calitatea și intensitatea tratamentului*. Acest tip de recuperare este modificabil și poate fi influențat prin diferite tipuri de intervenții, dar poate să apară independent de recuperarea neurologică. Deficitele funcționale sunt adesea menționate ca handicap și sunt măsurate în termeni de funcții, cum ar fi activitățile cotidiene [280; 281].

Reabilitarea are ca obiectiv îmbunătățirea funcționării prin diagnostic și tratament al afecțiunilor, reducerea deteriorărilor, prevenirea și tratarea complicațiilor. Reabilitare este un serviciu multidisciplinar și interdisciplinar, asistență de recuperare fiind un serviciu costisitor care necesită investiții. În conformitate cu studii științifice recente, investițiile. În conformitate cu studii științifice recente, investițiile efectuate pe parcursul primului an de reabilitare, sunt nu numai recuperate, dar și economisesc cheltuielile ulterioare ale statului de 17 ori prin:

- prevenirea dizabilității ireversibile
- reducerea costurilor de întreținere a persoanei dizabiliate
- posibilitatea de a continua activitatea profesională de către membrii familiei, implicați în procesul de îngrijire
- reinsersia socio-profesională a persoanei cu dizabilitate în cazul restabilirii bune a funcțiilor pierdute [281].

Necesități în servicii de reabilitare medicală ar avea două treimi din totalul persoanelor cu dizabilități post AVC, conform studiilor OMS – *Recent Survey, China, 2012, WHO*, până la 10% din populație totală a țării necesită servicii specializate de reabilitare, *Studiu, Paat and Merilain, Estonia, 2010, WHO*. Statisticile internaționale sugerează că, circa 360 mii de persoane în Republica Moldova necesită servicii de reabilitare medicală. Anual în R. Moldova se înregistrează circa 12.000 cazuri noi de accident vascular cerebral, dintre care 8.400 necesită asistență de reabilitare primară în stadiul acut.

Principiile cheie pentru organizarea serviciilor de recuperare post AVC sunt: inițierea timpurie, complexitate, abordare multidisciplinară, centrată pe pacient, continuitate pe etape și nivele.



**Figura 1.7. Principii cheie pentru organizarea serviciilor de reabilitare**

Dependența reabilitării de factorii psihologici joacă un rol important în reabilitarea bolnavilor post AVC. Luând în considerare faptul, că accidentul vascular cerebral cu multitudinea de tulburări și simptome, mai este însoțit de tulburări emoționale, reacții catastrofale la cele întâmplare, reacții depresive și hipocondrice, ca urmare a prejudiciului profesional, a legăturilor casnice, familiale, fenomenul dependenței sociale de zi cu zi, care atrage după sine un obstacol grav pentru succesul reabilitării. De asemenea, trebuie de avut în vedere faptul că gradul de severitate al stresului emoțional nu este direct legat de gradul de severitate a sistemului motor, de vorbire și tulburărilor cognitive, precum și principalii factori care contribuie la tulburările psiho-emoționale sunt de debut brusc, și cu debut tardiv al activităților de reabilitare, teama de dependență de alte persoane, răspunsul la invaliditate, pierderile financiare și a statutului social. De aceea, trebuie de reținut permanent, că factorii psihologici joacă un rol foarte important în reabilitarea pacienților, executând o influență puternică asupra multor aspecte ale procesului de tratament și de recuperare.

### **Sinteza capitolului I**

Accidentul vascular cerebral (AVC) este definit drept o leziune cerebrală netraumatică, provocată de ocluzia sau ruperea unor vase sanguine cerebrale, ceea ce determină instalare bruscă a unui deficit neurologic caracterizat prin pierderea controlului motor, senzații modificate, deficit cognitiv și de limbaj, pierderea echilibrului sau comă. Se observă, că această definiție include un șir de surse etiologice, dar exclude afecțiunile nevasculare care pot prezenta simptome asemănătoare AVC-ului, cum ar fi convulsia, sincopa, hipoxemia, leziunea cerebrală traumatică sau tumora cerebrală.

Accidentul vascular cerebral (AVC) este principala cauză globală de dizabilitate și a treia cea mai frecventă cauză de deces. Între 55% și 75%

dintre pacienți care au suferit un AVC au limitări motorii funcționale, tulburări cognitive, psihologice etc., prezente chiar și peste ani de la eveniment, ceea ce le afectează calitatea vieții de zi cu zi, precum și activitatea profesională.

Localizarea anatomică a leziunilor la nivelul sistemului nervos central determină deficite fizice și cognitive specifice și gradul de dizabilitate. Înțelegerea sindroamelor clinice asociate cu anumite leziuni cerebro-vasculare, în cazul accidentelor vasculare cerebrale (AVC), poate fi un instrument valoros pentru eficiența procesului de reabilitare.

Incidența accidentelor vasculare cerebrale (AVC) variază de la țară la țară, fiind estimate între 100 și 200 de cazuri noi la 100.000 de locuitori. Dacă până în urmă cu un deceniu accidentele vasculare cerebrale reprezentau în țările dezvoltate o problemă majoră medicală și socială, întrucât constituiau a treia cauză de deces și prima cauză de invaliditate, date recente arată că AVC au o tendință de creștere accelerată în multe țări cu venituri mici și medii, aspect deosebit de grav, deoarece aceste țări nu-și pot permite un tratament adecvat al acestei afecțiuni și nici a sechelelor acestora.

Principalii factori de pronostic nefavorabili în dezvoltarea unui accident vascular cerebral (AVC) sunt vârsta înaintată, și comorbiditățile majore (diabetul zaharat, hipertensiunea arterială necontrolată), localizările strategice ale AVC (infarcte în teritoriul vertebro-bazilar), infarcte cerebeloase de mari dimensiuni, AVC ischemice carotidiene de mari dimensiuni și comă la debut, complicațiile majore ale *stroke*-ului ischemic (transformarea hemoragică, efectul de masă și recurența AVC), complicațiile cardiace (sindromul coronarian acut și insuficiența cardiacă).

Este demonstrat că se acordă o deosebită atenție cercetărilor legate de reabilitarea post AVC.

Reabilitarea în accidentele vasculare cerebrale continuă să reprezinte prototipul efortului de reabilitare ce vizează aproape toate problemele legate de reabilitare. Acest proces necesită efortul tuturor membrilor societății pentru eficientizarea reabilitării. Noile dovezi științifice ale necesității intervențiilor de reabilitare pentru reorganizarea nervoasă și pentru recuperarea funcțională au pus bazele cercetării reabilitării în AVC.

Anxietatea și frica sunt probleme des observate în cazul pacienților cu AVC. O echipă de specialiști în reabilitare care sunt sensibili la aceste lucruri, prezintă empatie față de pacienți și care au experiență în acest fel de probleme pot ajuta la ușurarea suferinței asociate cu dizabilitatea și cu experiența reabilitării, prin aceasta ajutând la obținerea unor rezultate îmbunătățite.

Pot fi abordate problemele legate de stima de sine, afecțiune și relații, ca și anumite sugestii practice privind poziționarea, desfășurarea în timp și tehnicile de intervenție.

Motivația pacientului reprezintă unul dintre factorii majori ce influențează gradul de participare a pacientului la programul terapeutic și rezultatul obținut. Pacienții care cooperează în efortul terapeutic și care sunt hotărâți să își îmbunătățească starea este de așteptat să participe într-o măsură mai mare la programul terapeutic. Nivelul motivației și valoarea efectului direct al acesteia asupra rezultatelor reabilitării sunt greu de apreciat. Pentru creșterea nivelului sau pentru direcționarea motivației se pot utiliza mai multe tehnici. Acestea sunt explicația, întărirea pozitivă, modificarea comportamentală și convingerea. Cert este demonstrat, că susținerea familiei influențează pozitiv rezultatul reabilitării. Intervențiile de consiliere s-au dovedit cu mult mai eficiente în ceea ce privește îmbunătățirea funcționalității familiei și adaptarea pacientului decât intervențiile educative singure.

Analiza literaturii de domeniu arată că ultimele decenii sunt marcate de eforturile savanților de a descoperi și implementa noi metode eficiente de tratament și profilaxie a accidentului vascular cerebral (AVC). Pe larg sunt cercetate principiile reabilitării acestor persoane, dar totodată rămâne în umbră sau lipsește, focalizarea investigațiilor cu prioritate la aspectele psiho-sociale ale acestui proces în speță, pe latura spirituală, relațiile și conduitele socioumane contextuale vieții și situației de dificultate în caz de AVC, identificarea resurselor psihologice de reabilitare ș.a.



## CAPITOLUL II.

### PARADIGMA REABILITĂRII EFICIENTE

#### A PERSOANELOR POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Paradigma este o construcție acceptată, care oferă unei probleme o bază pentru crearea identității de sine. Într-o activitate de cercetare paradigma susține rezolvarea problemei și determină o stare de consens într-o știință care a atins stadiul maturității. Cercetarea în domeniul reabilitării post AVC este condusă de experiențe împărtășite în comun, ce sunt încastrate în paradigme.

Paradigma prezentată este înțeleasă drept realizări științifice și exemple concrete de soluții ale reabilitării persoanelor post AVC. Vom folosi această construcție pentru că include o concepție și un model care sunt bine fundamentate pe teoriile și legile științei antropologice. Concepția, folosită reprezintă un ansamblu de idei și soluții cu referire la reabilitarea persoanelor post AVC pe parcursul cercetării. În paradigma propusă, modelul este schema teoretică elaborată pentru a reprezenta elementele fundamentale ale unui fenomen destul de vast și complex în psihologia socială.

#### **2.1. Fundamente teoretice ale eficientizării reabilitării post accident vascular cerebral**

În cercetare folosim noțiunea epistemologică de paradigmă propusă de către Thomas Kuhn, „un set de reguli, norme și metode de cercetare folosite de către o comunitate științifică în procesul de cercetare” care, în opinia sa, determină că este știința într-un domeniu determinat [319]. În cazul dat – în domeniul psihoneurologiei, psihologiei sociale în cadrul concepției de reabilitare a persoanelor post AVC, avansând și progresând prin acumularea de cunoștințe noi în acest domeniu. Într-adevăr, în reabilitarea persoanelor cu maladii cerebrovasculare s-au produs multe schimbări în privința asistenței medicale și, relativ, mult mai puține date sau acumulat în aspectul asistenței psihologice și sociale a acestor persoane. S-a produs această situație din cauză că nu s-au realizat pe larg cercetări științifice orientate spre stabilirea bazelor teoretice și metodologice ale reabilitării complexe – medicale, psihologice, sociale, profesionale ale persoanelor post accident vascular cerebral (post AVC). Referindu-ne la problema asistenței de reabilitare psihologică și socială a persoanelor post AVC, observăm că ea a fost abordată mai frecvent în aspect metodologic și mai episodic în privința stabilirii bazelor teoretice ale acestui proces. Astfel, la etapa actuală, se prezintă ca prioritate, determinarea bazelor teoretice ale reabilitării psihosociale a persoanelor post AVC cu componentele ei integre – teoriile fundamentale pentru dezvoltarea reabilitării, concepția reabilitării de succes, modelul teoretico-metodologic de eficientizare a reabilitării, resursele evaluării procesului de reabilitare.

Fără nici o îndoială, nu se pot concepe teorii sau metodologii de reabilitare post AVC, cu toate aspectele și orientările ei, fără a se raporta la teoriile filosofică, fiziologică, socială, psihologică.

Este necesară definirea reabilitării din perspectiva filosofică a fenomenului, precum și a unor aspecte ca misiunea acesteia, sursele, modelele, valorile, orientările practice specifice. Punem în prim plan domeniile de la care se alimentează filosofic, teoretic și metodologic reabilitarea. În principal, acestea sunt filosofia omului și ființei umane, persoanei, prin atribute precum libertate, responsabilitate, autodeterminare, demnitate, fericire, creativitate, unicitate etc., dar și principalele științe sociale puternic legate de filosofie precum psihologia, sociologia, pedagogia.

Esența este în reprezentarea problemei ca fenomen uman existențial prin vulnerabilitatea, reziliența situației de dificultate definite ca probleme socioumane și nu doar pur sociale. Obiect al evaluării și intervenției fiind, în această ordine de idei, suferința, nefericirea, neîmplinirea personală, eșecul, dramele personale, durerea, separarea, neadaptarea, singurătatea.

În perspectiva temei noastre ne vom baza pe aspectele care privesc procesualitatea și structura socială, dinamica și funcționarea socioumană așa ca: structură socială, relații sociale, comunitate, realitate socială, funcționare socială, mecanism psihic, sfere sau niveluri psihice (sfera afectivă, cognitivă etc.), tip psihologic, personalitate etc.

În ceea ce privește reabilitarea socială, dincolo de orice considerațiune de ordin filosofic, aproape toți autorii o reprezintă ca pe un ansamblu de practici, servicii, instituții, activități de ajutor și protejare și pregătite pentru normalizare, reintegrare a persoanelor aflate în dificultate, care din cauza unor motive de natură socială, personală (biologică, psihologică) etc. nu au capacitatea de a beneficia, prin oportunități și demersuri proprii, de o viață cât de cât normală, în limitele decente de bunăstare socioumană [70; 71; 188].

Teoria și metodologia se operaționalizează în ceea ce s-a consacrat la nivel național ca sistem de reabilitare. În Republica Moldova sistemul național de reabilitare funcționează ca un ansamblu de instituții, măsuri și acțiuni prin care statul, precum și societatea civilă, intervin pentru prevenirea sau înlăturarea efectelor temporar ori permanente ale situațiilor care pot genera marginalizarea sau excluderea socială a persoanei.

Sistemul de reabilitare a persoanelor post AVC cuprinde, în principal, servicii de stat și private pentru familii aflate în dificultate, servicii și instituții pentru persoanele cu dizabilități, instituții și servicii pentru persoanele vârstnice, servicii pentru persoanele cu dificultăți economice și de adaptare, servicii pentru diferite categorii socio-profesionale.

Un rol foarte important în această paradigmă îl are, desigur, și comunitatea locală. *Paradigma* este subordonată abordării de tip psiho-sociologic a

sistemului. Reabilitarea se bazează pe un număr foarte mare de idei care propun soluția unei conviețuiri bazate pe valori precum solidaritatea, întrajutorarea, umanismul, atașamentul, empatia; idei și valori bazate pe conceptul unei incluziuni sociale calitative. Sistemul de reabilitare funcționează, în cea mai mare parte, unitar în majoritatea țărilor ca o componentă esențială a unui sistem mai complex: sistemul de reabilitare psihosocială.

Fundamentarea filosofică a procesului de reabilitare trebuie să pornească de la conceptul-valoare de OM, în consecință, de la cel de umanism, de umanism social și solidaritate umană.

Teoria filosofică umanistă, în sensul ei larg, se fundamentează și se definește printr-un număr destul de mare de idei și valori precum ființa umana, persoana, relațiile umane, demnitatea, autodeterminarea, responsabilitatea, dezvoltarea umană, spiritualitatea și cultura, empatia, atașamentul etc., care determină starea și acțiunea de reabilitare. Așadar, sub umbrela largă a acestei abordări, se regăsesc în mod congruent dar și concurent, concepte, idei, valori aferente atât orientărilor existențialiste, constructiviste sau realiste cât și orientărilor de factură spirituală, culturală și umanitară, regăsite uneori împreună alteori separat în ideologiile care fundamentează filosofic marile mișcări de inspirație umanistă contemporană sau științele și practicile sociale numite "umaniste" precum psihologia umanistă și psihoterapia umanistă, sociologia umanistă și asistența socială umanistă, pedagogia umanistă și educația umanistă etc. În activitatea de reabilitare a persoanelor post AVC, în aria largă a conceptului, ideile de filosofie umanistă întră multe alte concepte, categorii, idei, abordări. În lucrarea dată ne vom baza pe ideile filosofiei umaniste precum:

- concentrarea pe persoană, individualitate, eul, respectul pentru persoană, pentru fiecare persoană;
- ideea de solidaritate umană, umanitarism, altruism;
- concentrarea reflecției filosofice și promovarea priorității intereselor și aspirațiilor;
- ontologic-existențiale ale omului în raport de alte entități sau forme de existență;
- reliefașea esenței umane a persoanei, în raport de tendințe și explicații de ordin cibernetic, biologist, structuralist-mecanicist, mistic etc.;
- reflecția asupra unei etici a binelui personal-uman, a individualității umane, a personalității umane;
- reflecția asupra unei atitudini optimiste asupra vieții;
- ideea implicării resurselor umane în stări de criză a personalității.

O altă tendință importantă a filosofiei umaniste contemporane este asimilarea valori sau practici din alte științe socio-umane în care orientarea și practicile umaniste sau impus și consacrat cu mai multă vigoare. Avem în

vedere în principal sociologia umanistă și psihologia umanistă, care aduc în prim-planul cunoașterii fenomenului uman concepte și idei precum: libertatea socială, fericirea colectivă și prin celălalt, autodeterminarea socială, focalizarea pe aspectele deosebite ale existenței socioumane. Mulți sociologi și psihologi vorbesc despre o așa-zisă congruență ontologic-umană personalitate-mediul social. Funcționalitatea și echilibrul personal și social fiind crucial influențate de calitatea și nivelul acestei congruențe.

În consecința, reabilitării ca proces complex al ocrotirii sănătății se instituie, în principal, în jurul ideii filosofice de ființă umană cu cele două sensuri consacrate:

- pe de o parte de Eu-I, personalitate, unicitate de drept existențial, limitată însă temporal și spațial, de subiect și experiență nemijlocită, interacțiune și conviețuire determinate, cu atributul liberului arbitru, voinței, libertății și responsabilități;
- pe de altă parte, valoare cu atributul umanului, spiritualității, de specie și existență superioară cu atributele raționalității, inteligenței, empatiei, altruismului, creației etc.

Autodeterminarea, dezvoltarea, empowermentul (împuternicirea) și autonomizarea persoanei sunt valori și resurse cruciale ale practicii în reabilitarea contemporană, deoarece aduc în procesul de reabilitare și reintegrare a persoanei în dificultate un factor determinant de succes și eficiență durabilă.: contribuția, implicarea, participarea asumată a acesteia. În acest sens, *teoria acțiunii*, ca soluție atât epistemologică cât și praxiologică, promovează acțiunea umană și socială, activismul social, schimbarea structurii, imuabilității; reliefează aspectul că doar atunci când pacientul se autonomizează și prin propriile forțe și resurse umane interne acțiunea terapeutică a profesionistului și-a îndeplinit obiectivul [374]. Dacă se urmăresc doar obiective comportamentale ori socio-economice punctuale impuse și nu realizate prin antrenarea personalității și activismului constant și asumat al pacientului, atunci este previzibil eșecul „acțiunii” de intervenție. În virtutea acestei teorii, schimbarea este condiționată de transferul acțiunii de la psiholog la bolnav [374].

Teoria participării promovează, în reabilitare psihosocială, atât participarea „strategică” a echipei de reabilitare, cât și prezența sa spirituală, nu doar formală sau instituțională, în activitatea de evaluare și intervenție. Experiența aplicării diferitelor programe și proiecte de schimbare, dezvoltare și empowerment, destinate categoriilor vulnerabile, arată că eficiența activităților întreprinse este condiționată, în mare măsură, de gradul de implicare și participare al subiecților [223].

La acestea se adaugă și teoriile dezvoltării, empowermentului (împuternicirii) și autonomizării persoanei și comunității. În procesul reabilitării

dezvoltarea personală este un obiectiv fundamentale ale practicii cercetării. Conștiința umană ridicată, dezvoltarea spirituală, dezvoltarea socioumană, dezvoltarea socio-afectivă, inteligența emoțională, realismul și echilibrul, speranța, gândirea pozitivă și optimismul rezistența la eșec și frustrare, dezvoltarea profesională, autonomia personală și socială, dezvoltarea interpersonală, echilibrul existențial, autocunoașterea, adaptabilitatea, personalitatea matură sunt factori de reziliență și calități care se constituie în predicatori ai eficienței și adaptabilității socioumane a pacientului. Rogers, Frankl, Maslow, Allport, Buhler – reprezentanți ai psihologiei umaniste – consideră tendința de autoactualizare, resortul fundamental al dezvoltării personale și umane individuale, al adaptării, integrării și autonomizării sociale.

O teorie de bază, în perspectiva fundamentării teoretice a reabilitării persoanelor post AVC, o reprezintă teoria dezvoltării psihosociale a persoanei, elaborată de Erik Erikson (1998) [247]. Autorul identifică opt stadii ale dezvoltării umane și personale. Cunoașterea acestora este importantă pentru explicarea diferitelor cauze care au generat instalarea a unor tulburări afective ori de adaptare post AVC. Erikson consideră că fiecare etapă de dezvoltare este caracterizată prin crize și conflicte, sarcini specifice de rezolvat, pe care fiecare persoană este obligată să le parcurgă. De fapt, personalitatea individului este un efect al modului cum au fost soluționate aceste crize, specifice fiecărui stadiu. De aceea, aceste stadii de dezvoltare au mai fost numite și crize de dezvoltare. Persoana care nu va fi capabilă să depășească în mod adaptativ crizele va avea probleme în parcurgerea următoarelor stadii iar dezvoltarea personală, umană și socială ulterioară va avea de suferit, chiar dacă experiențele nesoluționate corespunzător dintr-un anumit stadiu pot fi compensate parțial ulterior. Dezvoltarea personală reprezintă un obiectiv esențial în toate domeniile practicii de reabilitare și adaptare socială a persoanei post AVC [340]. Valorile acestor teorii sunt parte a teoriei și metodologiei universale a reabilitării. Din păcate, în practica acestui proces observăm acoperirea lui deseori numai cu elemente de ajutor social.

Un număr foarte mare de idei propun soluția reabilitării bazate pe valori precum solidaritatea, întraajutorarea, umanismul, atașamentul, empatia; idei și valori bazate pe conceptul unei ființe umane morale, empatică, spirituale, binevoitoare, protectoare și protejată și a unei societăți care așează la bazele existenței și funcționării sale umanismul și solidaritatea umană, care-și folosește resursele și pârghiile pentru a interveni în scopul reabilitării persoanelor aflate în dificultate [463].

Abordările sistemului reabilitării se regăsește și în sistemul de teorii suport, ori specifice ca: teoria atașamentului, teoria îngrijirii, participării, teoria acțiunii sociale, teoria empatiei, teoria fericirii.

Orice individ pentru a evita starea de dificultate ar trebui să beneficieze de un minim de condiții din punct de vedere biologic, psihologic-spiritual, economic și socio-cultural. Acestea fiind dimensiuni constituționale ale existenței omului, de care trebuie să se țină cont [70; 71]. Asigurarea multora dintre aceste condiții intră în sarcina societății, comunității, familiei, dar persoana trebuie să vină și cu propriul activism sau contribuție [410]. Astfel că problema, în esență, va reflecta cele două perspective: socială și psihologică.

Interesul în procesul de reabilitare este focalizat pe ajutor și îngrijire, iar aspectul spiritual, uman, afectiv, sufletesc fiind mult neglijat. În majoritatea cazurilor, acțiunea tinde să se concentreze pe aspectul economic, neglijându-se latura umană, social-afectivă sau psihologică, unde se ascunde adeseori adevărata cauză și resursă de recuperare [89].

În activitatea curentă de reabilitare, persoana este încurajat să pretindă și dobândească drepturile sale legitime fundamentale și să nu fie la mila altora, sau să cerșească ajutor. Teoriile filosofice structuraliste și structuralist-funcționaliste, schimbării și progresului social și politic, teoriile anti-discriminatorii și anti-opresive și teoriile neo-structuraliste fundamentează, în principal, epistemologic și doctrinar, paradigma de reabilitare psihosocială. Aspectele pe care își propune să le abordeze și rezolve sunt psihosociale și umane, în special excluderea socială, discriminarea persoanelor cu dizabilități, concentrându-se, prin urmare, asupra inegalităților, problemelor care pot fi rezolvate de un sistem efectiv de reabilitare. Promovând abordarea reabilitării structuralist-sistemică și determinist-holistică cu paradigma structural-funcționalistă progresistă în rezolvarea problemelor sociale și psihologice ale persoanelor post AVC. Numai o activitate în mod colectiv și coerent, strategic și sistemică împreună cu persoanele post AVC, vor realiza schimbări de atitudine, cultură și va rezolva probleme psihosociale ale reabilitării.

Paradigmă de reabilitare, într-un mod subtil, gradual, se afirmă cu tot mai multă vigoare, iar procesul final legat de ofensiva psihologiei, filosofiei și sociologiei umaniste. Reabilitarea se bazează în mare parte pe ideile psihologiei și psihoterapiei umaniste, dar și pe teoriile și paradigmele interpretative, subiective, existențialiste umaniste din filosofie și științele socialului. Necesitatea unei abordări umaniste a reabilitării, cu accent pe teoria și practica persoanei și comunității, a devenit evidentă. În acest context, reabilitarea post AVC apare ca o soluție de criză dar și ca o expresie a unei dezvoltări specifice de asistență și a sistemului de sănătate, dezvoltări și evoluții specifice în teorie și practică. În ceia ce privește fundamentarea filosofică a reabilitării, raportarea se realizează la teoria și metoda filosofiei de orientare expres umanistă, la filosofia umanistă.

Deosebit de necesară, paradigma reabilitării devine teoria asistenței sociale. Teoria asistenței sociale umaniste promovează cu prioritate, dezvoltarea personală, fiind și o resursă inepuizabilă aflată la dispoziția echipei de reabi-

litare în lucrul cu pacientul. Dezvoltarea personală este condiționată de nivelul dezvoltării culturale și socioumane a comunității în care conviețuiește persoana sau de calitatea relațiilor interpersonale și de grup [94; 201]. Nivelul cultural al comunității și calitatea relațiilor interpersonale sunt factori importanți de dezvoltare organizațională și comunitară, pe care teoria asistenței sociale umaniste îi promovează, îndeosebi datorită funcției socializatoare a acestora. Multe situații sociale problematice ale reabilitării se explică tocmai prin mari vicii în ceea ce privește calitatea culturii organizaționale, relațiilor interumane și comunicării. Dacă alături de obiectivul dezvoltare personală a membrilor acestor organizații se va promova și obiectivul dezvoltare comunitară cu siguranță numărul și gravitatea problemelor sociale va scădea. Dezvoltarea organizațională, creșterea calității relațiilor interumane reprezintă în opinia noastră o resursă încă puțin utilizată, de aceea o considerăm o categorie crucială a teoriei asistenței sociale umaniste.

Pentru atingerea scopurilor reabilitării, se folosesc pe larg conceptele de persoană și personalitate, și aici cu o dublă abordare: existențialist-pozitivă și spiritualist-umanitaristă. Domeniul de sinteză psihologic-sociologic în care tema este abordată cu predilecție este cel al personalității, domeniul teoretic care studiază personalitatea umană, încorporând cunoștințe, idei, teorii din sfera gândirii și culturii umaniste, a psihologiei umaniste, sociologiei umaniste și altor științe și practici de orientarea umanistă, dezvoltând, în consecință, o perspectivă multidisciplinară, asupra fenomenului uman.

Paradigma eficientizării reabilitării post AVC încorporează personalitatea, concentrându-se pe concepte și probleme precum personalitate puternică, dezvoltare personală, nivel de autocontrol, experiențe optime, speranță și optimism, fericire, bunăstare, satisfacție, capacitatea de adaptare, autodeterminare, eficacitate, perseverență, creativitate, inteligență emoțională, emoții pozitive, sens în viață și implicare. Într-un scop orientat spre succes.

Conceptia centrală a reabilitării, este cea de personalitate, care în opinia noastră, este o organizare coerentă și un set de informații ale persoanei, surse constituționale, structurale, psihologice și intelectuale ale calităților și comportamentelor de adaptare, integrare și incluziune ale persoanei. În strânsă legătură cu conceptele de personalitate este și conceptul de dezvoltare personală. Teoriile personalității umaniste reprezintă personalitatea și persoana ca un tot întreg și le studiază concentrându-se pe paradigme și probleme precum: personalitate umană, dezvoltare umană, unicitate, spiritualitate, abordarea ideografică, suflet, ego, ontogeneză, construcționism, altruism, empatie, atașament, existență în sine. Conceptul central de personalitate umană este o organizare și o existență unitară orientată spiritual, sumă transmergentă de valori umane, fundamentată pe un set de formațiuni precum sufletul, ego-ul uman, conștiința umană, caracterul uman, și altele – surse



structural-constituțională și psihologic-intelectuale ale trăsăturilor și comportamentelor umane și spirituale ale persoanei.

Un alt concept-valoare esențial al filosofiei umaniste, crucial în psihologia socială umanistă, este cel de relații umane și asociat acestuia de microcomunitate umană. Astfel, prin conceptul filosofic-umanist de relații umane se evidențiază rolul predominant al unor fenomene și procese care își au originea cu precădere în motivația, psihologia și personalitatea actorilor implicați. Este vorba în principal de fenomene și procese socio-emoționale, empatice, de atașament etc., de așa-zisa interacțiune umană interpersonală, nu oricum însă, ci valorizată spiritual-cultural și este orientată către persoană dar și către celălalt, către binele și fericirea celuilalt, al tuturor persoanelor antrenate în relație [71].

Dezvoltarea personală și complexitatea ființei umane, flexibilitatea metodică, dezvoltarea sinelui (*Self*-ului) și valorificarea potențialului de spiritualitate al personalității umane, promovarea securității și dezvoltarea rezilienței persoanei sunt, după Payne (2011), principiile definitorii ale practicii reabilitării. Prezintă interes și o serie de teorii care stau la baza reabilitării sociale cu important suport psihologic – teoria empatiei, teoria fericirii, teoria atașamentului sau teoria îngrijirii [376].

Teoriei empatiei i se acordă prioritate în reabilitarea psihosocială, deoarece se consideră că în practică calitățile empatice și compatetice ale medicilor și echipei de reabilitare sunt mai importante decât cele de atașament; prin empatie și compatie se poate opera cu mai multă eficiență pe termen lung determinând schimbări socioumane consistente. Versiunea unei empatii de tip proactiv [397], este atât o relație cognitivă și afectivă de interacțiune și comuniune emoțională dar și un instrument formativ utilizat în îndeplinirea scopurilor specifice, în principal în reabilitarea umană și auto-nomizarea socială a clientului [397].

Teoria atașamentului este utilă pentru că teoretizează importanța afectivității în relațiile interumane și conviețuirea socială, cu precădere în ceea ce privește rolul legăturii de atașament bolnav post AVC – echipa de reabilitare în formarea armonioasă, eficientă și adaptativă a personalității și conduitei sociale. Atașamentul intra-familial fiind astfel un factor crucial al menținerii coeziunii familiale și prevenirii intrării în situații de dificultate post AVC. Teoria atașamentului s-a îmbogățit an de an, înglobând relațiile cu ceilalți membri ai anturajului social. La orice vârstă, o ființă umană este atrasă de alte ființe umane, fiind înclinată în mod natural spre relații de afecțiune cu semenii. Nevoia de celălalt devenind o problemă ontologică, trebuința socio-afectivă ocupă un loc important în economia internă a personalității.

Se pleacă de la ipoteza că eficiența personală socială este strâns legată de gradul de fericire al persoanei [282], bunăstarea psihologic-spirituală fiind

un resort de energie și autodezvoltare [89]. Teoria fericirii se întemeiază pe următoarele principii:

- fiecare om, indiferent de vârstă, sex, naționalitate, statut social, profesiune are dreptul la o viață demnă la împlinire personală;
- indicatorul esențial al calității vieții omului este reprezentat de gradul de satisfacție internă, de fericire și mulțumire de sine a persoanei;
- obiectul investigației pentru determinarea nivelului de satisfacție, fericire, realizare personală și de îndeplinire a obiectivelor asistențiale îl reprezintă personalitatea;
- fericirea este sursă de dezvoltare personală, eficiență socială și factor de dobândire a capacității de reintegrare socială autonomă.

Nu doar fericirea, ci și satisfacția, speranța, optimismul, accentul pe construirea personalității pozitive, active, cercetarea și valorificarea experienței pozitive sunt căi pe care le propune reabilitarea pentru facilitarea accesului persoanei la fericire și mulțumire de sine. Dezvoltarea este condiționată de orientarea activă spre viitor, experiențele nefericite trebuie uitate, în schimb trebuiesc valorificate experiențele pozitive. Trăirea pozitivă, este sursă de energie, care conferă confort și dinamism, îmbunătățește climatul social, inter-personal general, recondiționează mediul de viață, ambianța, ce devine stimulativă, favorizantă prin contagiune, influență socială și instituire organizațională [41]. Abordând perspectivele posibile, ne convingem că fericire este produsul unui sistem de personalitate care predispune persoana la împlinire personală, eficiență socială, emoții și sentimente pozitive [*ibidem*], anume de care are nevoie fiecare persoană post AVC în procesul de reabilitare.

Fără a desconsidera practica îngrijirii corpului și bunăstarea materială, teoria îngrijirii prevede focalizarea pe îngrijirea sufletului și personalității persoanei în suferință. Grijă pentru suferința sufletească, sunt preocupări evaluative și curative ale membrilor echipei de reabilitare. În această paradigmă îngrijirea are o semnificativă dimensiune recuperativă și integrativă a persoanei. Echipa de reabilitare este interesată, pe lângă bunăstarea materială, hrană, confort de bunăstarea spirituală a persoanei în suferință, de demnitatea și de condiția de ființă umană cu toate drepturile pe care le presupune acest statut existențial [376]. Calitatea relațiilor interumane de atașament și empatie, calitatea empatetică, umană și culturală a comunității în care conviețuiește pacientul, calitatea climatului socio-moral sunt factori importanți care fac parte din aceeași grijă pentru îngrijirea sufletului și personalității și pentru sporirea șanselor de reabilitare și integrare socială. Îngrijire înseamnă așadar îngrijire a corpului, dar și a sufletului afectiv sau spiritual, a personalității psihologice și praxiologice sau îngrijire a personalității socio-morale. În această viziunea îngrijirea este parte crucială a procesului de reconstrucție a arhitecturii complexe, ontologice, psihologice și socio-morale a personalității

ții, de reconstrucție și optimizare a contextului sociouman în care conviețuiește, este nu doar un gest umanitar, ci un proces curativ.

Desigur, utilitatea acestor teorii, cu importante valențe și origini filosofice, se vor verifica în practica concretă de reabilitare a persoanelor post AVC. Sporirea rolului proceselor empatice-afective, stabilirea relațiilor de egalitate dintre terapeut și pacient, centrarea pe client, dezvoltarea umană și spirituală, focalizarea intervenției pe resursă umană, spirituală și nu pe problemă, sunt condiții de realizat pentru o reabilitare de succes [376]. De altfel, centrarea pe pacient, dezvoltarea personală și spirituală, empatia în relația de intervenție, congruența profesionist-client, exteriorizarea și valorizarea sentimentelor și emoțiilor, intervenția non-directivă, centrarea pe punctul de vedere al clientului nu al problemei, subiectivitatea, actualizarea de sine etc. au devenit valori și metode curente, de orientare umanistă în toate tipurile de intervenție sau domenii ale practicii sociale [448].

Astăzi o mare parte a teoriilor și metodologiilor au fost preluate, cu precădere prin intermediul psihologiei, psihoterapiei, filosofiei, sociologiei, pedagogiei de către teoria și practica reabilitării, au devenit instrumente epistemologice și metodologice cruciale ale teoriei și ale practicii clinice. Teoriile și metodele reabilitării moderne, inclusiv a asistenței de reabilitare, prin valorile și metodele terapeutice-umaniste promovate, aduc succese și calitatea așteptată. Pe baza paradigmei propuse, se instituie o stare generală de optimism, favorabilă dezvoltării personale și adaptării sociale și se identifică resursele pentru a determina și conferi persoanei dinamism, optimism și eficiență. Un rol fundamental în aceste tehnici de schimbare îl are paradigma propusă, care reprezintă un vehicul cu care se orientează în scop de reabilitare umană și integrare socială.

În activitatea de reabilitare se propune, în baza teoriilor analizate, renunțarea la paradigma deficienței și orientarea spre valorificarea capacităților reziduale și proiective ale persoanei, propunând asigurarea conceptului de management prin valori [14] foarte util în managementul reabilitării post AVC. În paradigma reabilitării post AVC toate acțiunile au o semnificativă dimensiune recuperativă și integrativă. Astfel, pe lângă bunăstarea materială, bunăstarea spirituală a persoanei în suferință, este primordială [376]. Calitatea relațiilor interumane de atașament și empatie, calitatea empatetică, umană și culturală a comunității în care conviețuiește clientul, calitatea climatului socio-moral sunt factori importanți care fac parte din aceeași grijă pentru îngrijirea sufletului și personalității și pentru sporirea șanselor de reabilitare și integrare socială. Personalitatea și conduita fiecărui angajat dintr-un serviciu, dintr-o instituție de reabilitare constituie condiții și factorii importanți în procesul de reabilitare, sau în asigurarea unor condiții umane optime pentru confortul beneficiarilor. Așadar, de reținut ca personalul care

lucrează cu persoane post AVC trebuie să întrunească un minimum de condiții de ordin sufletesc, uman, educațional, psihologic sau moral, prin calitățile psihologic-sufletești și conduitele lor umane sursă de fericire și reabilitare pentru beneficiari. Aceste persoane favorizează prevenirea și rezolvarea conflictelor la toate nivelele, sporește gradul de mulțumire de sine a clienților și personalului și reliefează sentimentul pozitiv al apartenenței la echipa de reabilitare pentru beneficiarii din instituții.

Eficiențizarea reabilitării persoanelor post AVC se bazează pe un șir de teorii psihologice fundamentale: teoriile personalității (A. Maslow, C. Rogers, B. Skinner), teorii ale emoțiilor (M. Arnold, W. Cannon, K. Izard, R. Lazarus, П.К. Анохин, П.В. Симонов), teorii ale crizelor (E. Erikson, Б.Г. Ананьев, Л.С. Выгодский, А.Н. Леонтьев), teoria privind afilierea fiecăreia dintre bolile psihosomatice unui anumit tip de personalitate (F. Dunbar), teoria conflictelor specifice (F. Alexander), teoriile despre studierea intervenției factorului psihic în etiopatogenia bolilor (M. Balint, I.-B. Iamadescu, B. Luban-Plozza, A. Meneghetti), teoria stresului (H. Selye).

Sunt valoroase lucrările clasice ale lui I. Pavlov și M. Head, care au evidențiat importanța activității subcorticale și a comportamentului organismului în exprimarea emoțiilor [129; 134].

Teoria cognitivă emisă de M. Arnold și apoi conturată de R. Lazarus completează teoriile cognitiv-fiziologice precedente, bazându-se pe datele unei experiențe în care se opera cu doi factori: componente neurovegetativă a cortexului cognitiv-social, se urmărea modul în care un anumit dublaj informațional, însoțind modificările fiziologice controlate, determina tipul de evaluare subiectivă în procesul evoluțional [16; 19; 59; 131; 213].

Stanley Schachter și Jerome E. Singer au elaborat o teorie care exprimă relația între factorii fiziologici și cei psihologici, explicând că emoțiile provin din modificările fiziologice suportate și interpretarea acordată evenimentelor petrecute în mediul habitual; deci include factorii sociali și cognitivi, numindu-se în final, teoria cognitiv-fiziologică a emoțiilor [407].

Teoriile dezvoltării personale sau, autoactualizarea, conform savanților Kurt Goldstein și Gheorghii Ivanovici Ghiurdjiev, reprezintă un concept vast, care include în sine tendința persoanei spre descoperirea și dezvoltarea unor calități personale, procesul de autodezvoltare pentru atingerea anumitor scopuri și rezultate propuse. Creșterea personală, este o autocunoaștere, căutarea eu-lui, tendința și mobilizarea către autentic, către anumite sensuri, individualizare, dezvoltare psihologică, spirituală, tendință de creștere a potențialului de adaptare personală, autoconfirmare, independență socială [269]. Dezvoltarea personală, autocunoașterea, autocontrolul sunt inevitabile pentru o armonie cu sine și cu lumea înconjurătoare, pentru a găsi sensul vieții și locul în societate, indiferent de situații.

În reabilitarea psihosocială o mare însemnătate au teoriile neuropsihologice și psihofiziologice, la care ne vom adresa pe larg în cercetare:

- a) neuropsihologice – localizarea funcțiilor psihice superioare în cortexul cerebral; asimetria funcțională a emisferelor cerebrale și aspectele ei. Dezvoltarea reabilitării este în conexiune cu teoriile neurofiziologice și psihofiziologice:
- b) psihofiziologice – teoria clasică a reflexelor condiționate a lui I.P. Pavlov, П.К. Анохин [100];
  - fenomenul dominantei A.A. Uhtomskii, V.S. Russinov;
  - teoria rezistenței stării patologice cerebrale de N.P. Behterev;
  - fenomenul sincronizării activității bioelectrice a zonelor cortexului cerebral, conform N.M. Livanov;
  - specificul psihofiziologic al stărilor funcționale conf. N.N. Danilova;
  - fenomenologia și psihofiziologia stărilor de conștiință, S. Groff, V.V. Cozlov;
  - teoria regresiei fiziologice, M.E. Sandomirskii, L.S. Belgorodskii.

Teoria montării subiectului, prin rolul specific al stării interne de acțiune și factorilor orientării, direcționării și determinării conștientului, prezintă mecanismele activismului personalității și se demonstrează ca una prioritară în fundamentele teoretice de dezvoltare a reabilitării. Prin teoria montării, în cazul dat, se alimentează psihoterapia renunțării pacientului post AVC la gândurile negative care persistă.

Reabilitarea persoanelor post AVC se focalizează cu prioritate pe latura psihologic-spirituală a persoanei, pe suferințele, impasarile existențiale, dramele personale, pe aspectele morale, socioumane, culturale și spirituale de personalitate și este absolut necesar ca personalitatea să se deosebească prin calități precum empatie, bunăstare sufletească, sensibilitate spirituală, multiculturalitate etc.

Pentru a optimiza procesul de reabilitare este necesar ca paradigma să confere cadrul teoretic și metodologic de abordare a relației cu clientul în care accentul să cadă nu atât pe latura comportamentală, biologică, social-statistică ori economică, ci pe resorturi și laturi sufletești, socio-umane ale pacientului. Capacitatea empatică, bunăstarea sufletească, fericirea, virtutea, dezvoltarea personală, altruismul, agreabilitatea, inteligența, cultura, idealismul, vizionarismul sunt caracteristici fundamentale ale psihoneurologului, psihologului clinician pentru eficiență și îndeplinirea obiectivelor reabilitării.

## 2.2. Conceptualizarea procesului de eficientizare a reabilitării post accident vascular cerebral

Date recente, prezentate de Biroul Național de Statistică (1 decembrie 2019) estimează creșterea numărului persoanelor cu dizabilități în Republica Moldova până la 180,4 mii din populație, fiecare a șaptea persoană având o formă severă de dizabilitate, în medie la 10 mii locuitori revin 520 persoane cu dizabilități. În ultimii 5 ani numărul acestora a crescut cu 2,7%, respectiv se înregistrează și o cotă înaltă a pacienților de profil ortopedotraumatologic plasat pe locul 3 în componența dizabilitaților primare. Studiile efectuate la nivel European atestă un număr de 50 milioane persoane cu dizabilități în UE, ce reprezintă 10% din populație (40% din aceștia prezintă deficiențe locomotorii), iar la nivel mondial s-au estimat aproximativ un miliard de persoane cu dizabilități (adică 15% din populație).

Reabilitarea medicală, psihologică, socială post AVC constituie una din problemele cele mai acute, de perspectivă, deschisă pentru cercetări și practică, pentru valorificarea domeniului dat. Reabilitarea privită ca un sistem complex de influențe asupra schimbărilor calității vieții persoanelor post AVC cu ajutorul metodelor speciale, care orientează apelul către personalitatea acestuia și către grupul social – terapeutic format întru susținerea lor. Reabilitarea este direcționată mai întâi de toate spre responsabilizarea funcțiilor psihice superioare (nu spre adaptarea defectului), spre rezolvarea problemelor care ar permite atingerea scopului final – reabilitarea statutului personal și social, întoarcerea în mediu social normal, la activitatea de muncă și incluziunea în societate [160].

Indispensabil cercetarea reabilitologică întreprinsă de noi, necesită o bază teoretică și metodologică profundă și solicită o interpretare care să mizeze pe poziții teoretice specifice. Aceste idei sunt capabile să se nască doar pe tărâmul problemei înseși, exprimate în concepții de dezvoltare. Problema reabilitării bolnavilor cu leziuni cerebrale necesită puțină clarificare a pre-istoriei sale prin intermediul unui context al examinării problemei cu referire la corelația dintre psihic și substratul său. Fiecare poziție teoretică într-un fel sau altul a generat practica sa, uneori, coexistând onorabil, alături de altele. Astfel, analiza concepțiilor psihologilor, psihoneurologilor, medicilor, filosofilor, dar și a practicii clinice existente permite să înaintăm conceptual viziunea reabilitării ca una din problemele – cheie ale antropologiei contemporane.

Pe parcursul dezvoltării științelor, devine arhirecunoscut că tulburările în activitatea creierului influențează asupra manifestărilor psihicului, schimbă calitatea gândirii, a percepției, a memoriei și altor procese psihice. Dacă „expirarea creierului” nu este corosivă, dar invadează corpul în exces, atunci „el provoacă suferință; mintea se tulbură, iar bolnavul se deplasează înainte

și înapoi, gândindu-se despre toate și văzându-le pe toate altfel decât aievea, descoperind caracterul bolii sale cu zâmbete ironice și vedenii stranii.” (Hippocrate) [117]. Astăzi medicina constată o legătură strânsă dintre devierile psihice și dereglările activității sistemului nervos central. Datele clinice indică direct, asupra acestei legături. De exemplu, destul de frecvent, în clinică se poate observa că bolnavul cu leziune în emisfera stângă a encefalului este mai agresiv sau suportă mai multe emoții negative decât pozitive [157]. În afară de aceasta, prin metoda electrostimulării encefalului, omului i se pot declanșa emoții precum: mania, spaima, sau satisfacție [156]. Pe lângă dereglări ale sferei emoționale din vina creierului, putem observa și dereglări spontane ale acțiunilor, percepției, memoriei, vorbirii. Examinarea pozițiilor diametral opuse, apărute în diverse epoci istorice, ne permite să ne apropiem mai amplu de înțelegerea acelor fundamente metodologice, pe care se bazează reabilitarea psihologică. Consemnând starea actuală a problemei, se poate urmări dinamica ei în toate aceste inovații au fundamentat obiectul neuropsihologiei și psihologiei reabilitării. A.P. Лурия și discipolii săi au studiat rolurile sistemelor izolate ale encefalului în realizarea activității psihice [145] ca o determinare care se poate considera mai deplină, evidențiind funcțiile psihice superioare în contextul înțelegerii specifice înguste a psihicului și conferindu-i alt context, cel al activismului. Revizuirea conceptului funcției psihice, aplicată de L.S. Rubiņstein, ne permite să analizăm corect legătura psihofiziologică, să prognozăm dereglările psihice apărute drept consecință a tulburărilor cerebrale, și ceia ce este nu mai puțin important, să ajutăm persoana să-și restabilească funcțiile psihice superioare pierdute, să-l reabilităm psihosocial.

Conceptia se bazează pe ideile lui Л.С. Выготский despre caracterul sistemic al reabilitării funcțiilor psihice superioare, despre integritatea activității psihice. Un pas decisiv înainte s-a dovedit a fi o altă abordare esențială de înțelegere a legăturii dintre psihic și creier, propusa de Luria, care explică legătura directă dintre funcția psihică și zona creierului. Luria a reușit să evite acea „*aplicare nemijlocită a conceptelor psihologice pe canavaua morfologică care, după părerea lui I.P. Pavlov, alcătuiește eroarea principală a psihomorfologismului. Anume factorii, adunându-se într-un complex unitar, iau forma sistemului, care permite a explica, pe de o parte, componenta structurală a funcțiilor psihice superioare a reabilitării neuropsihologice în urma topicii diverse a patologiei creierului*” [155].

Posibilitatea reabilitării funcțiilor psihice superioare a fost pe larg studiată la mijlocul secolului al XX-lea de către Л.С. Выготский și А.Р. Лурия, induse pe *conceptul despre plasticitatea sistemului nervos central (SNC)*, constituind substratul conștiinței, dar și pe principiile de caracter social mediat și arbitrar al funcțiilor psihice superioare [102].



Л.С. Цветкова [156; 160], consideră că o posibilitate de restabilire a funcțiilor psihice superioare dereglate în cazul leziunilor locale ale creierului este fundamentarea instruirii de restabilire a bolnavilor. Idei progresive se arată într-un șir de lucrări unde sunt prezentate principiile și modele de reabilitare a bolnavilor cu leziuni cerebrale. Deși procesul însuși de reabilitare, este dependent de probleme, mijloace și metode de interacțiune a bolnavului cu specialistul [101; 102; 118; 135; 137; 138].

În ansamblu, reabilitarea constituie o ramură nu numai a medicinei, dar și a psihologiei, importanța căreia nu mai trezește nici o îndoială. Ea reprezintă procesul complex al acordării de ajutor bolnavului, proces care include, în sine, activități în diferite direcții – medicală, psihologică, pedagogică, socială. Ca reabilitarea să ajute bolnavului, fiind esențială, este necesar relevarea unui comportament – cheie, în jurul căruia s-ar construi acest proces. După părerea noastră, acest comportament este deja cunoscut în psihologia dezvoltării, drept principiu al evidențierii situației sociale, a dezvoltării, transformat prin analogie, în „situația socială a însănătoșirii, a reabilitării”.

Conceptul „situației sociale a însănătoșirii, a reabilitării” include propria activitate a bolnavului în contextul situației generale. Dacă există un complex de măsuri care modelează această situație, atunci propriile posibilități ale bolnavului sub forma regenerării focarelor lezate, ca răspuns la influențele exterioare, la mobilizarea activismului propriu, își vor asuma rolul de propulsori pentru procesul reabilitării timpurii. Pentru o reușită sigură, este necesar ca tot complexul de măsuri care se introduc, să creeze aceste premize ale reabilitării. Toate procedeele existente de reabilitare sunt unite într-un complex, care creează această situație de însănătoșire și în care nu doar psihologul trezește și modelează însănătoșirea, dar și bolnavul își mobilizează propriul activism comportamental în această situație. Psihologul decide începerea primei etape a reabilitării psihologice, pregătește bolnavul pentru instruirea de reabilitare, creează bolnavului condiții prielnice pentru reabilitare.

Avem posibilitatea de a remarca însemnătatea conceptelor neuropsihologiei și utilizarea lor care oferă posibilitatea aplicării unei abordări neuropsihologice în analiza tulburărilor funcțiilor psihice superioare la bolnavii care au trecut prin dereglări cerebrale, dar și a unei prognozări în construirea propriei concepții de reabilitare. Problema biologicului și socialului în lumina științei psihofiziologice, desemnează forma modernă a rezolvării ei și determină posibilitățile metodologice ale reabilitării neuropsihologice post AVC. Gândirea științifică modernă, legată de supravegherea și restabilirea sănătății, deja nu poate accepta bolnavul numai ca un complex de organe, dar ca pe o personalitate care posedă conștiință, psihic și care e conectată la mediul social. Astfel, constatăm faptul că problema reabilitării nu poate fi examinată doar ca una psihologică sau socială, dar ca una multidisciplinară,

reprezentând într-un tablou integral experiența medicală, socială, psihologică, pedagogică de restabilire a capacităților și abilităților pierdute.

Psihicul deschide organismului posibilitatea reflectării lumii înconjurătoare și a planificării interacțiunii cu el [115]. Pentru problema înaintată, o mare însemnătate are conceptul lui П.К. Анохин despre „sistemul funcțional” ca o bază psihofiziologică a funcțiilor psihice. Deosebit de necesară este considerația lui П.Я. Гальперин, conform căruia psihicul se include în reacționarea organismului cu mediul în cazul imposibilității unei reacționări automate. Reflectarea psihică a situației nu acționează de la sine, dar ea nu este nici un epifenomen, ea constituie condiția inevitabilă a acțiunilor noi, neautomatizate, de calitate [100].

Fundamentală în această cercetare se consideră concepția cultural-istorică a lui Л.С. Выготский și abordarea sistemică-activistă a lui А.Н. Леонтьев. În aceste concepții formele superioare ale proceselor psihice au o structură complicată în mod special; ele se depozitează în procesul ontogenezei, constituind, prin sine inițial, forme desfășurate ale activității concrete, care treptat, „se răsucesc” și capătă un caracter al „acțiunilor mintale” interioare [112; 113].

Supravegherea procesului de restabilire constituie o formă de studiere a funcțiilor psihice superioare. Cum arată cercetările școlii neuropsihologice luriene [122; 141; 158], reabilitarea nu constituie o concentrare de proceduri discrete, orientate spre ocolirea unuia sau altui defect depistat la bolnav, ci un program integral, care cumulează formarea, preformarea și reformarea noilor formațiuni. Respectiv, fenomenologia stării funcțiilor psihice superioare a focarelor de leziune cerebrală, constituie nu pretextul, dar sursa nemijlocită a desfășurării programului de reabilitare, care capătă un tablou obiectiv al simptomelor tulburării funcțiilor psihice superioare – mici verigi și modalități, remedii pentru învățarea reabilitării.

În zona atenției noastre, se află reabilitarea persoanelor post AVC, atât în perioada acută, cât și la celelalte etape – subacută și sechelară. Savanții neurologi [99; 136], demonstrează că patogeneza reabilitării și însănătoșirea în cazul AVC, sunt condiționate de localizarea focarului, de mărimea lui, vârsta bolnavului, maladiile concomitente. Astfel, pentru o reabilitare efectivă și restabilirea bolnavului, este inevitabil să ținem cont nu numai de starea creierului, dar și de starea organismului în ansamblu. Aceasta înseamnă că activitățile de reabilitare trebuie să fie orientate nu numai spre recuperarea funcțiilor psihice superioare, dar și spre schimbarea activismului persoanei (în același timp și a comportamentului) întregului organism. Participarea activă a bolnavului în procesul de reabilitare, implicarea potențialului său ca subiect activ, trebuie luate în considerație în procesul construirii concepției. Influențele sociale asupra procesului de reabilitare este valoros și deseori determină bazele acțiunii eficiente asupra adaptării și incluziunii persoanei.

La etapa actuală, schimbarea condițiilor sociale și economice din țara noastră are un profund impact asupra persoanelor aflate în dificultate. Pentru aceste categorii de persoane post AVC, în conformitate cu cerințele internaționale, au fost promovate o serie de politici sociale și servicii de asistență și intervenție care au drept scop:

- garantarea unei participări totale și active în viața comunității;
- asistarea pentru a-și conduce viața independent, în acord cu propriile dorințe;
- prevenirea sau eliminarea apariției deficiențelor, prevenirea agravării și diminuarea consecințelor lor;
- prevenirea apariției barierelor sociale în calea persoanelor în dificultate și diminuarea consecințelor barierelor actuale;
- evitarea sau eliminarea oricăror forme negative de discriminare asupra persoanelor cu dizabilități.

Aceste politici într-un volum mai mic, sunt promovate pentru persoanele post AVC. Astfel, ne dorim ca persoanele post AVC, privind integrarea și relaționarea lor cu instituțiile comunității sau cu semenii din comunitatea din care fac parte, reabilitarea lor, să fie concepută într-o manieră interdisciplinară distinctă, în funcție de varietatea formelor de deficiență și inadaptarea consecutivă tipului de deficiență. În concepția lansată, sunt determinate prioritățile și componentele fundamentale, ale reabilitării psihologice și sociale, acestea fiind complexe și implică:

- cunoașterea particularităților specifice dezvoltării psihice și a tuturor componentelor personalității;
- atitudinea și reacțiile persoanei în raport cu deficiența sau cu incapacitatea sa și atitudinea și relațiile pe care le are cu cei din jur;
- modul de manifestare a comportamentului în diferite situații;
- identificarea disfuncțiilor la nivel psihic;
- identificarea căilor de terapie, recuperare, compensare a funcțiilor și proceselor psihice afectate;
- asigurarea unui cadru de securitate și confort afectiv pentru menținerea echilibrului psihic și dezvoltarea armonioasă a personalității post AVC;
- asigurarea unui cadru optim de pregătire, astfel încât fiecare subiect supus educației și instruirii în procesul reabilitării să asimileze un minimum de cunoștințe și deprinderi practice necesare integrării sociale (diversificarea ofertelor educaționale și dezvoltarea activităților de tip incluziv);
- inserția în planurile biologic, psihologic, social și cultural actuală sau în schimbare pe axele: familială, școlară, profesională și socială;
- acțiuni de combatere a manifestărilor de inadaptare socială sau de marginalizare a persoanelor post AVC;

- promovarea și susținerea unor servicii eficiente pentru protecția și asistența post AVC;
- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunității față de persoanele aflate în dificultate, precum și posibilitățile de valorificarea potențialului aptitudinal și relațional al acestor persoane în folosul comunității.

Cadrul conceptual al asistenței de reabilitare clinică, psihologică, pedagogică și socială ale acestor persoane este axat pe intervenția în scop terapeutic, recuperator, compensator și instructiv-educativ, pentru a favoriza la maxim inserția lor socio-profesională, considerându-se ca fiind o notă comună a acestor persoane riscul apariției unor stări de instabilitate, marginalizare, dezechilibru sau în situații mai grave, chiar ruperea totală a raporturilor dintre individ și societate.

Astfel, scopul fundamental al reabilitării este centrat pe menținerea, refacerea și dezvoltarea capacităților individuale necesare pentru rezolvarea unor probleme sau situații dificile, pe care persoana nu le poate soluționa de una singură și asigurarea unui suport pentru persoanele care nu au posibilitatea să își dezvolte propriile capacități și competențe necesare desfășurării unor activități socialmente utile și care să favorizeze integrarea persoanelor post AVC social, într-o măsură mai mare sau mai mică, în funcție de potențialul specific fiecăruia.

Scopul reabilitării mai este de a maximiza potențialul, de a restabili o persoană care are o tulburare sau o incapacitate de serviciu sau de muncă, ca urmare a unei vătămări sau a unei boli la cel puțin aceeași stare fizică și psihologică și cel puțin aceeași social, profesional și educațional, așa cum a avut înainte de boală, centrat pe pacient, conștientizat de către pacient, acceptat de către pacient și membrii familiei.

Obiectivele specifice ale reabilitării psihosociale ale persoanelor post AVC au în vedere următoarele direcții:

- prezentarea analitică, descriptivă, comparativă a persoanelor post AVC;
- prezentarea particularităților specifice activității persoanelor post AVC, consecință a modificărilor biopsihice și/sau socio-educative;
- prezentarea și analiza sistemului de depistare–diagnoză–terapie–recuperare–educație/profesionalizare–adaptare–integrare pentru categoriile de persoane post AVC;
- stabilirea metodelor și mijloacelor de activitate clinică, psihologică și socială cu persoanele post AVC;
- elaborarea acțiunilor de profesionalizare și încadrarea în unități productive sau ateliere protejate a persoanelor post AVC;
- elaborarea strategiilor de integrare socială a persoanelor post AVC aflate în dificultate, prin valorificarea tuturor resurselor existente la nivelul comunității;

- monitorizarea evoluției și a gradului de adaptare-integrare a persoanelor cu AVC în câmpul relațiilor sociale;
- elaborarea unor strategii, programe de intervenție și ameliorare post AVC;
- promovarea activității comune la nivel familial, comunitar și social referitoare la persoanele post AVC.

Cadrul conceptual include analiza aparatului categorial al reabilitării post AVC. Astfel, prin *deficiență* se înțelege pierderea, perturbarea cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice sau psihologice și desemnează o stare de anormalitate funcțională, adesea cu semnificație patologică, stabilă sau de lungă durată, care afectează capacitatea și calitatea procesului de adaptare și integrare școlară, profesională sau în comunitate a persoanei în cauză. Regulile standard (1993) nu mai consideră termenul „deficiență” ca fiind unul de bază, analizându-l înglobat în „dizabilitate”/ „incapacitate”. În aspectul funcțional, *incapacitatea*, reprezintă o pierdere, o diminuare totală sau parțială a posibilităților fizice, locomotorii, mintale, senzoriale, neuropsihice etc., consecință a unei deficiențe care împiedică efectuarea normală a unor activități [22]. Indiferent de forma de manifestare (fizică, senzorială, mintală etc.), incapacitatea conduce la modificări ale capacității de adaptare, la un anumit comportament adaptiv, la performanțe funcționale care determină apariția unor forme, mai mult sau mai puțin grave, cu efecte în dezvoltarea nivelului de autonomie personală, profesională sau socială. Incapacitatea reprezintă perturbarea sau limitarea capacității de îndeplinire normală a unei activități sau a unui comportament; această tulburare poate avea un caracter reversibil sau ireversibil, progresiv sau regresiv.

Concepția demonstrează larg sensul *dizabilității* unei persoane, fiind considerat un dezavantaj social, rezultat dintr-o deficiență sau incapacitate care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol într-un context social, cultural, în funcție de vârsta, sexul sau profesia persoanei respective. Altfel spus, *dizabilitatea* este o particularitate a relației dintre persoanele cu incapacitate și mediul lor de viață, fiind evidențiat atunci când aceste persoane întâlnesc bariere culturale, fizice sau sociale, împiedicându-le accesul la diferite activități sau servicii sociale care sunt disponibile, în condiții normale, celorlalte persoane din jurul lor. Dificultățile întâlnite de persoanele cu *handicap* sunt multiple și complexe, ceea ce face dificilă sistematizarea lor. Dificultățile stabilite deschid posibilități de planificare și realizare a terapiilor și a activităților de ameliorare a stărilor post AVC.

Deosebit de amplă și orientată praxiologic este clasificarea deficiențelor propusă de A. Gherguț, care are propune următoarea clasificare a grupelor de dificultăți:

a) *dificultăți de ordin general*

- dificultăți de deplasare și mișcare;
- dificultăți de exprimare și comunicare;
- dificultăți de adaptare la modul de viață cotidian și la rigorile vieții sociale;
- dificultăți de întreținere pentru persoanele;

b) *dificultăți de ordin profesional*

- dificultăți legate de instruirea și pregătirea profesională;
- dificultăți de plasare în locuri de muncă adecvate profesiei sau absența unor locuri de muncă în condiții protejate (atelieri protejate, secții speciale de producție pentru persoane cu handicap etc.).

c) *dificultăți de ordin psihologic și social*

- bariere psihologice care apar între persoanele cu și fără handicap ca urmare a dificultăților întâmpinate în activitățile cotidiene, profesionale și sociale, precum și din cauza unor prejudecăți și a unor reprezentări deformate cu privire la posibilitățile și activitatea persoanelor post AVC.

În așa caz, acțiunile de optimizare a procesului de reabilitare post AVC vor fi orientate spre înlăturarea deficitelor prezente: minimizarea infirmității, creșterea gradului de independență funcțională, integrarea socială, creșterea calității vieții, prevenirea recurențelor și complicațiilor, reducerea costurilor.

*Deficiența* poate determina o incapacitate care, la rândul ei, antrenează o stare ce face persoana să suporte cu dificultate exigențele mediului în care trăiește. De aici apar o serie de urmări atât asupra echilibrului vieții interne a persoanei respective, cât și în planul relațiilor cu cei din jur fapt care poate determina includerea persoanei cu deficiență într-un cerc vicios, afectând, uneori destul de puternic procesul dezvoltării și structurării armonioase și echilibrate a personalității acesteia.

Conceptual ne-am bazat pe un șir de acte internaționale, precum Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății (CIF) a Organizației Mondiale a Sănătății (2001), care a oferit un limbaj standardizat și unitar, precum și a unui cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări adiacente stării de sănătate. Pentru cercetarea realizată deosebit de necesar este prezentarea terminologiei pe larg folosită în promovarea reabilitării [454; 479].

*Dizabilitatea* este un termen de bază utilizat în diverse rapoarte și studii internaționale și apare în definiția OMS (1980) drept o consecință a unei boli, ceea ce a reprezentat un pas înainte față de concepția strict medicală de până atunci. *Dizabilitatea* face parte din experiența umană, fiind o dimensiune a umanității; ea este una dintre cele mai puternice provocări în ceea ce privește acceptarea diversității, deoarece limitele sale sunt foarte fluide, în categoria persoanelor cu dizabilități putând intra oricine, în orice moment, ca urmare

a unor împrejurări nefericite, boli sau accidente. Pentru înțelegerea corectă a acestui termen trebuie să-l punem în relație cu alte două concepte, respectiv *starea de sănătate* (care evidențiază prezența unor boli – acute sau cronice, tulburări, leziuni sau traume) și *funcționarea* (care se referă la funcțiile corpului, structurile corpului, la activitățile și gradul de participare a persoanei la viața cotidiană, evidențiind astfel aspectul pozitiv al interacțiunii dintre individ și factorii de mediu). În acest context, dizabilitatea evidențiază limitările de activitate și participare ale persoanei la viața cotidiană și relevă aspectul negativ al interacțiunii dintre individ și mediu.

Noile orientări conturate de CIF, sunt de bază în concepția propusă. Ele pot identifica o serie de implicații și consecințe care permit înțelegerea mai corectă a situației/statutului persoanei cu o formă sau alta de dizabilitate ca rezultată a interacțiunii mai multor factori: cei care țin în principal de individ (condiții de sănătate în legătură cu diverse structuri și funcții ale organismului), factori care țin de activitate și participare, dar mai ales factorii contextuali (mediul și factorii personali), Astfel, afectarea sării de sănătate (boli, afecțiuni, traumatisme etc.) sau prezența unei deficiențe poate fi o premisă, dar care nu conduce obligatoriu la dizabilitate. Practic, diagnosticul medical în sine nu mai este suficient pentru a fundamenta determinarea stării de dizabilitate. Acesta trebuie corelat cu rezultatele unei evaluări psihosociale care să evidențieze modul de funcționare în activitatea și participarea socială, felul în care factorii de mediu, inclusiv cei familiali, se constituie ca facilitatori sau bariere, precum și influența factorilor personali asupra evoluției și dezvoltării persoanei. Este evidentă nevoia de participare socială (incluziune) și de egalizare a șanselor (prin programe la nivel comunitar, prin mijloace și sisteme de suport etc.) pentru persoanele cu dizabilitate, ca forme de promovare a drepturilor umane. Conceptul de dizabilitate în reabilitare este o stare socială și nu o condiție medicală. O influență puternică o are mediul neadaptat, fiind cel care „dizabilitează” o persoană din cauza barierelor arhitecturale pe care acesta le întâmpină.

Potrivit Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități, *dizabilitatea* este definită ca fiind „rezultatul interacțiunii dintre o persoană care are o infirmitate și barierele ce țin de mediul social și atitudinal de care ea se poate lovi”, iar Organizația Mondială a Sănătății relatează că „Dizabilitatea este reprezentată de orice restricție sau lipsă (rezultată în urma unei infirmități) a capacității (abilității) de a îndeplini o activitate în condiții considerate normale pentru o ființă umană”. La nivelul Uniunii Europene, dizabilitatea este văzută ca o problemă a întregii societăți, aceasta presupune pregătirea și adaptarea continuă în toate sferele vieții pentru primirea și menținerea acestor persoane în curentul principal al vieții sociale.

Cercetarea realizată susține concepția că asistența de reabilitare se referă



la un proces destinat să ofere persoanelor post AVC posibilitatea să ajungă la niveluri funcționale fizice, psihice și sociale corespunzătoare, furnizându-le acestora instrumentele cu ajutorul cărora își pot schimba viața în direcția obținerii unui grad mai mare de independență. Anume în cazul reabilitării persoanelor post AVC se pot utiliza în cuplu noțiunile de *abilitare* și *reabilitare*, prima referindu-se la acele funcții care nu mai pot fi recuperate prin intervenții de specialitate; în schimb, prin mecanismele de compensare se pot forma acele abilități sau capacități de bază necesare pentru integrarea socială și profesională.

Concepția reabilitării persoanelor post AVC a luat în considerație că Organizația Internațională a Muncii (OIM), UNESCO și Organizația Mondială a Sănătății au elaborat un *Document de poziție comună cu privire la reabilitarea bazată pe comunitate* (RBC). Aceasta reprezintă o strategie din cadrul de dezvoltare generală a comunității pentru reabilitarea, îmbunătățirea calității vieții, egalizarea șanselor și incluziunea socială a tuturor persoanelor cu dizabilități. Reabilitarea bazată pe comunitate se referă la toate categoriile de vârstă și este implementată prin eforturile concertate ale persoanelor cu dizabilități, familiilor acestora și comunităților de care aparțin, precum și ale serviciilor de educație, medicale, sociale și profesionale existente la nivelul comunității. Concepția noastră orientează spre dezvoltarea și valorificarea potențialului persoanelor post AVC prin intermediul serviciilor și oportunităților create la nivelul comunității, în beneficiul tuturor membrilor acesteia. Persoanele post AVC trebuie să trăiască în comunitate ca membri activi ai societății. În contextul dezvoltării conceptului de reabilitare a persoanelor post AVC nu putem ocoli o altă activitate în societate legată de *incluziunea socială*, care se referă la schimbarea atitudinilor și a practicilor din partea indivizilor, instituțiilor și organizațiilor, astfel încât toate persoanele, inclusiv cele post AVC să poată contribui și participa în mod egal la viața și cultura comunității din care fac parte. Operațional, acest termen poate fi înțeles și astfel: nediscriminare + acțiune pozitivă = incluziune socială.

Concepția se bazează pe *principiile șanselor egale în reabilitare*, care prevede reabilitarea persoanelor post AVC, care merge într-un pas cu șansele pacienților. *Șansele egale* pentru persoanele cu AVC reprezintă rezultatul acțiunii prin care diferite sisteme ale societății și mediului, precum serviciile, activitățile, informarea și documentarea, sunt puse la dispoziția tuturor, în particular, a persoanelor cu dizabilități. Crearea de șanse egale, demonstrează procesul prin care diferite sisteme sociale și de mediu (infrastructura, servicii, activități informative, documentare) devin accesibile fiecăruia și, în special, persoanelor cu dizabilități post AVC. Cadrul conceptual prevede asigurarea acestora cu reabilitare post AVC și *servicii de sprijin*, care permit atât independența în viața de zi cu zi, cât și exercitarea drepturilor persoanelor

post AVC. Astfel persoanele post AVC au aceleași drepturi fundamentale ca și ceilalți cetățeni de aceeași vârstă, fără discriminare pe motive de sex, limbă vorbită, religie, opinii politice, origine națională sau socială, stare financiară sau orice altă caracteristică a acestora sau a familiilor lor. De asemenea, aceste persoane au dreptul la tratament medical, psihologic și funcțional, la reabilitare medicală și socială, pregătire și educare/reeducare profesională, la servicii de consiliere, la asistență pentru încadrare în muncă, precum și la alte servicii care să le permită dezvoltarea și manifestarea aptitudinilor și capacităților de care aceștia dispun și să le faciliteze procesul de incluziune socială.

*Principiile generale ale reabilitării* trebuie să promoveze autonomia, abilitatea persoanelor de a-și trăi propria viață după un concept integru, cu asigurarea unei bune calități a vieții, ca pentru oricare membru al societății. Serviciile oferite trebuie să fie adecvate și echitabile, deschise spre schimbare și învățare. Atenție mare se atrage asupra respectării unor principii etice ale reabilitării psihosociale, respectiv respectul pentru autonomie, non-violență, promovarea dreptății, creșterea calității serviciilor. Concepția înainteașă principiile generale care le vedem drept următoarele:

- *principiul autonomiei*, definit ca o libertate și se referă la capacitatea serviciilor de a păstra și promova independența personală prin experiențe pozitive și de a întări și dezvolta calitățile personale [454].

- *principiul continuității*, definit ca abilitate a serviciilor de a oferi intervenții pacienților neîntrerupt.

- *principiul accesibilității*, definit prin utilizarea de servicii ușor și rapid, putând fi accesate oricând și oriunde de către pacienți și aparținătorii acestora.

- *principiul echității*, se referă la distribuirea corectă a resurselor cu prioritizarea oferirii serviciilor în raport de nevoi iar metoda de calcul a alocării fondurilor să fie făcută explicit.

- *principiul responsabilității*, se referă la relația dintre personalul specializat și pacient, prin care se respectă dreptul la confidențialitate și încredere.

- *principiul coordonării*, se referă la necesitatea realizării unor planuri coerente și comprehensive de intervenție pentru fiecare pacient; fiecare plan conținând pe lângă scopuri clare și intervenții specifice, informații cu privire la serviciile care se impun și responsabili acestora, precum și relațiile dintre echipa de reabilitare și diverse instituții implicate pe parcursul unei perioade mai lungi de reabilitare.

- *principiul eficienței*, caracterizând un serviciu care cu resurse minime obține rezultate optime.

- *principiul individualizării și orientării* serviciilor de asistență de reabilitare spre nevoile particulare a persoanei, pornind de la premiza că persoana este unică în ceea ce privește cunoștințele, educația, preferințele, pregătirea,

nevoile, cultura și experiența de viață și deci, se impune o adaptare a serviciilor și intervențiilor de recuperare cu considerarea acestor particularități.

– *principiul viziunii integrative*, având la bază modelul biopsihosocial și pornește de la premiza că procesul de reabilitare trebuie să cuprindă și să integreze o varietate de aspecte ale vieții individului ce includ mintea, corpul, spiritul și societatea.

– *principiul centrării pe problemele practice* ale vieții de zi cu zi, subliniază necesitatea dezvoltării abilităților specifice pentru atingerea scopurilor personal relevante. Procesul de reabilitare trebuie să vizeze dezvoltarea abilităților în acord cu interesele și obiectivele personale cu promovarea autonomiei și autodeterminării [454].

– *principiul de întărire a rezultatelor pozitive* obținute, minimalizarea așteptărilor negative generate de boală, încrederea, respectul față de persoană și drepturile sale, combaterea discriminării și stigmatizării, esențiale pentru reușita reabilitării psihosociale.

– *principiul calității serviciilor*, reprezintă un principiu fundamental în succesul de reabilitare, referindu-se atât la intervențiile terapeutice, cât și la activitatea membrilor echipei multidisciplinare, ce se completează și se potențează reciproc.

În concepția reabilitării post AVC se va ține cont de principii conceptuale precum:

- în centrul reabilitării stă persoana ca întreg și nu boala;
- se intervine pe funcționare și comportament și nu pe simptom;
- există un potențial de dezvoltare și de schimbare chiar și la persoana cu cele mai severe dizabilități;
- stabilirea unui parteneriat între personal și pacient prin abordare narativă, cu scopul unei mai bune comunicări;
- serviciile de reabilitare sunt orientate spre necesitățile practice și zilnice ale fiecărei persoane;
- toate intervențiile se bazează pe principiul autodeterminării și autoeficienței, făcându-se eforturi pentru implicarea persoanei post AVC să participe activ la program;
- serviciile de reabilitare oferă oportunități pentru indivizi de a participa pe cât mai mult posibil în rolurile și relațiile normale din cadrul comunității;
- intervențiile au scopul de a satisface necesitățile individuale ale fiecărei persoane.

Deosebit de importante pentru cercetarea efectuată au fost principiile neuropsihologiei, propuse de către savanții ruși Л.С. Цветкова și М.М. Кабанов [132; 133; 158; 159; 160; 161]. Acest concept se coordonează de principiile reabilitării psihologice propuse de către acești savanți și le-am luat ca bază, fiind următoarele:

- *Principiul unității metodelor biologice și psihologice de influență*; în acord cu acest principiu, reabilitarea se constituie un sistem nu numai psihosocial, dar și clinico-biologic, necesitând, pentru funcționarea lui eficientă, înțelegerea esenței sale fiziologice și patofiziologice. A contrapune reabilitarea tratamentului este incorect: și reabilitarea, și tratamentul reprezintă, prin sine, un proces unitar sistemic, care se divizează, în principal, în plan analitic, în aceea că „se uită” mai mult înainte și este orientat spre om în întregime (reabilitarea) și în aceea că „se uită” la prezentul din care dispune și este orientat, în principiu, spre boală (tratamentul);

- *Principiul multilateralității eforturilor și ale acțiunilor pentru realizarea programului de reabilitare* după următoarele sfere: psihologică, profesională, familială, pedagogică, educativă, et al. Așa se subliniază rolul important în sistemul programelor de reabilitare, pe lângă clinicienii reprezentanți ai altor specialități mixte;

- *Principiul parteneriatului*, adică intermedierea, prin persoana bolnavului, a tuturor influențelor și măsurilor de tratament al reabilitării. Acest principiu, încă o dată, ne subliniază faptul că principalul component al întregului program de reabilitare îl constituie apelul către persoana bolnavului.

- *Principiul gradării eforturilor* depuse, al influenței, al măsurilor.

M.M. Кабанов consideră că „unitatea” influențelor biologice și psihosociale petrecute „gradat”, orientate spre diferite părți ale activității vitale și mediate prin persoană, constituie esența abordării de reabilitare sistematică față de omul bolnav [132].

În procesul reabilitării post AVC ne-am folosit și de un alt sistem de principii ale reabilitării neuropsihologice propus de Л.С. Цветкова, prezentând *principiile psihofiziologice, psihologice și psihopedagogice ale reabilitării* [158]. Aceste principii propuse de Л.С. Цветкова apropie de realitatea reabilitării, sunt valabile, active și descind posibilitatea în complex psihologic, psihopedagogic și psihofiziologic.

*Alte principii clinice importante* în reabilitarea persoanelor post AVC considerăm că sunt: precocitatea tratamentului recuperator, conștientizarea și participarea activă a pacientului, compleanța pacient-echipă de reabilitare, individualizarea și complexitatea programului recuperator, respectarea etapelor de recuperare, continuitatea, succesivitatea și progresivitatea tratamentului complex până la recuperare integrală sau optimă, cooperarea interdisciplinară, evaluarea eficacității programului de recuperare la diverse etape și a rezultatelor reabilitării finale. Considerăm că este deosebit de important în procesul de reabilitare să depășim adaptarea bolnavului la defect prin diferite forme ale activității de reabilitare, să folosim întreg spectru al momentelor și componentelor statutului social al individului, astfel considerând necesară continuitatea tratamentului, luându-se în considerare rolul bolnavului însuși.

Un postulat al succesului reabilitării este timpul intervenției. Nu putem omite factorul timpului, care din momentul debutului accidentului vascular cerebral, este radical semnificativ pentru intervențiile de tratament și reabilitare. Conceptul este orientat spre succes prin abordarea sistemică a reabilitării, integrând intervențiile farmacologice cu cele psihosociale [158]. Această orientare efektivă în reabilitarea persoanelor post AVC se prezintă ca extrem de actuală. Asemenea orientare sintetică în clinică, într-adevăr preia rezolvarea problemei vieții active a persoanei post AVC și orientează persoana la o viață activă, importantă pentru el și societate [*ibidem*].

Concomitent, concepția stipulată că dimensiunile de timp influențează asupra reabilitării în cadrul dereglărilor acute ale circulației sangvine cerebrale (AVC), delimitează câteva perioade de decurgere a bolii, care caracterizează debutul, perioada acută, restabilirea și etapa consecințelor. Aceste etape determinate sunt necesare pentru stabilirea conținutului intervențiilor de reabilitare post AVC. Prezentăm una dintre cele mai tipice periodizări ale decurgerii unui accident vascular cerebral (AVC) [124]:

- perioada acută (până la o lună);
- perioada de restabilire precoce (până la 3 luni);
- perioada tardivă de reabilitare (până la un an);
- perioada consecințelor (până la trei ani);
- perioada consecințelor îndepărtate (sechele) (peste 3 ani).

Toate aceste perioade, inițial, se caracterizează printr-o viteză determinată a regresului spontan al simptomelor, care, treptat, încetinește. Deci, dacă în perioada acută, calculul se poate face pe ore, atunci în perioadele mai târzii – pe luni.

Considerăm oportun prezentarea tipurilor de dereglări ale circulației sangvine cerebrale (AVC), care stau la baza concepției clinice și psihosociale a reabilitării. Printre acestea, cel mai frecvente sunt:

1. *Dereglările acute de tip ischemic în bazinul arterei cerebrale media (AVC în bazinul ACM)*. Acestea mereu sunt însoțite de tulburări ale mișcărilor de tip hemipareze sau hemiplegii, în același timp, diferența manifestării în diferite membre (mâini, picioare) este palpabilă: dacă, într-un membru pareza atinge nivelul plegiei, atunci în celălalt atinge un grad înalt de pareză și în observațiile clinice, anume aceste simptome, mai întâi de toate, se iau în considerație de către medici. La acești bolnavi, destul de frecvent, se pot observa dereglări ale vorbirii de tip dizartrii sau afazii (afazii aferente și aferente – motorii, acustic-mnezice, amnezice, mai rar – dinamice și semantice). În perioada acută, pe lângă dereglări ale vorbirii, sunt clar vizibile și dereglări mnezice.
2. *Dereglările acute ale circulației sangvine cerebrale de tip ischemic în bazinul arterei cerebrale – anterioare (AVC în bazinul ACA)*, decurg

mult mai greu, frecvent sunt însoțite de tulburări de orientare în spațiu, de pierdere a spiritului critic. Pentru bolnavii cu acest sindrom sunt caracteristice elementele afaziei dinamice și a apraxiei reglatorii.

3. *Dereglările acute de tip ischemic în bazinul arterei cerebrale posterioare (AVC în bazinul ACP)*, frecvent însoțite de schimbări ale percepției vizuale de tipul hemianopsiei, dereglări ale analizei spațiale. Asemenea schimbări se observă pe fundalul dereglărilor specifice ale memoriei.
4. *Dereglările acute de tip ischemic în bazinul arterei bazilare interne (AVC în bazinul ABI)*, destul de frecvent se manifestă numai prin simptome neurologice. Dar, în prima săptămână, la acești bolnavi, se pot constata simptome neuropsihologice nesemnificative, pe care le putem atribui la cele generale cerebrale; tendința spre îngustarea volumului memoriei auditiv-vocale, scăderea slab pronunțată a atenției spontane, o oarecare extenuare.

Rolul reabilitării în scopul facilitării performanțelor funcționale și reducerii restricțiilor de participare este indubitabil și reprezintă de fapt obiectivele de bază ale acestui proces, iar cuantificarea acestor parametri conform gradului deficienței sau dizabilității aprobate de cadrul conceptual al Clasificării Internaționale a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății (CIF).

În opinia noastră, *reabilitarea* este reprezentată drept un ansamblu de practici, servicii, activități de ajutor, protecție și pregătire pentru normalizare, reintegrare a persoanelor aflate în dificultate, care din cauza unor motive de natură economică, socială, personală (biologică, psihologică) etc., nu au posibilitatea (temporar sau permanent) de a beneficia, prin oportunități și demersuri proprii, de o viață cât de cât normală, în limitele decente de bunăstare materială și socioumană. Reabilitarea este un domeniu de activitate complex – medical, social, psihologic și profesional, prin care se urmărește restabilirea cât mai deplină a capacității funcționale pierdute de către o persoană în urma unui accident vascular cerebral (post AVC), precum și dezvoltarea unor mecanisme compensatoare care să-i asigure în viitor posibilitatea de muncă sau de autoservire, respectiv o viață independentă economic și social. Astfel, abordarea reabilitării post AVC prezintă o prioritate *medico-psiho-socială*, fiind argumentată de ascensiunea dizabilității populației de vârstă activă, prejudiciind economic societatea.

Actualitatea conceptului de *reabilitare* este pregnantă prin pledoaria duratei medii de viață, favorizând indicele *calitatea vieții* prin reducerea deficiențelor funcționale. În acest caz accidentul vascular cerebral (AVC) prezintă un subiect de abordare vastă medico-psiho-socială, prin cauzarea prejudiciilor economice de anvergură în societate, determinate de incidența crescută și deteriorarea funcționalității populației de vârstă activă.

Conceptul prezentat este un *ansamblu de politici* care sunt prognozate pentru a ajuta la prevenirea unor efecte negative ale fenomenului post AVC. În concept își are un loc prioritar modalitatea de conexiune a funcționalității și incluziunii în societate ca urmare a dizabilității și abordarea optimă a serviciilor raportate dizabilității, în scopul anihilării dizabilității.

Definiția de *reabilitare*, propusă de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS), indică la „utilizarea tuturor mijloacelor menite să reducă impactul condițiilor de invaliditate și handicap și să permită persoanelor cu dizabilități să obțină o integrare socială oportună”.

Analiza tuturor concepțiilor cu referire la reabilitare, diagnosticarea situației post AVC, ne-a permis să înaintăm concepția *program de reabilitare*, componentă complexă a acestui proces. Astfel reabilitarea persoanelor post AVC este:

- un proces global și continuu de intervenție inițiat pentru a sprijini persoanele post AVC în dezvoltarea personală și integrarea totală obținută pe baza unor obiective definite și cu durată limitată;
- o reuniune coerentă de mijloace, servicii de sprijin și de asistență acordate într-o manieră simultană sau succesivă persoanelor cu dizabilități pentru reinsertia socială a acestora;
- un program complex de asistență medicală care stimulează potențialul funcțional al pacientului, astfel încât acesta să ajungă la un nivel de activitate socio-profesională satisfăcător pentru categoria sa de vârstă, sex și pregătire;
- reabilitare este total independentă, cu metode, principii și obiective definite de aplicare, ce are scopul final de diminuare a gradului de dizabilitate, creșterea nivelului de participare și sporirea calității vieții a individuumului;
- reabilitarea urmărește normalizarea unei stări deficitare, refacerea capacităților funcționale ale individului, afectate în urma unui accident vascular cerebral (AVC), care au determinat apariția unei deficiențe sau tulburări,

*Aspectele reabilitării* sunt: medicale (reabilitare fizică), morfologice, psihologice, educaționale, profesionale, sociale, juridice, etice și estetice. Procesul trebuie să aibă ca finalitate includerea persoanei într-o viață profesională și socială cât mai normală posibil, orientată către un loc de muncă plătit, adaptat capacităților sale și în care să își poată valorifica la maximum potențialul aptitudinal și profesional.

Unul dintre pilonii reabilitării este faptul că recunoașterea rolului catalizator al activismului în formarea psihicului său, indică faptul că omul însuși posedă o mulțime de mijloace de luptă cu propria suferință și, pe parcursul reabilitării, trebuie să-i ajutăm să le găsească și să le însușească. Momen-



tul-cheie, în jurul căruia se propune a construi sistemul de reabilitare al bolnavului, îl constituie, în psihologia dezvoltării, *principiul desemnării situației sociale a dezvoltării a lui Л.С. Выготский* [112]. Aceasta permite de a introduce activismul propriu al bolnavului în contextul situației prezente. Dacă este un complex de condiții, care formează această situație, atunci *propriile posibilități* ale bolnavului sub forma regenerării focarelor cerebrale afectate, sub forma răspunsului la influențele exterioare, sub forma mobilizării activismului personal, apar în rolul de forțe motrice pentru începutul procesului de reabilitare. Încât reabilitarea să reușească, este necesar ca întregul complex de măsuri, care se includ din exterior, să creeze aceste condiții favorabile de reabilitare.

Concepția dezvoltă ideile că reabilitarea psihologică, construită pe pozițiile tuturor concepțiilor cultural-istorice și ale teoriei activității, recunoaște rolul conducător, transformator al activității omului în formarea și restabilirea funcțiilor psihice superioare dereglate. Ea argumentează că reabilitarea psihologică timpurie poate fi desfășurată cu bolnavii care au suportat accident vascular cerebral (AVC). Reabilitarea bolnavilor post AVC devine un sistem, în care creator de sistem devine principiul evidenței „situației sociale a însănătoșirii”, iar reprezentantul acestei evidențe este psihologul, care desfășoară reabilitarea psihologică. În procesul reabilitării, psihologul rezolvă problema stimulării, trezirii și a modelării propriului activism al bolnavului în cu scopul însănătoșirii.

Abordarea concepțiilor procesului de reabilitare a reliefat o serie de *sarcini*, care necesită rezolvare pentru a conferi procedurilor de reabilitare un caracter unitar. Aceste sarcini prevăd:

1. *Determinarea specificului de lucru cu bolnavii post AVC* – dezvoltarea patogenezei generale a focarelor cerebrale post AVC, pentru a cumula procedurile medicale cu cele psihologice, în special: îngrijirea bolnavilor, supravegherea lucrului personalului medical, evaluarea stării bolnavului, observarea schimbărilor secundare, cunoscute din vasta practică a reabilitării (de exemplu, comentariile personalului medical, ale vecinilor de salon ai bolnavilor etc.), după alegerea metodelor de restabilire, adecvate pentru persoana în cauză.
2. *Coordonarea lucrului psihologului cu personalul medical* – adică elaborarea de bun acord a procedurilor psihologice împreună cu bolnavul, dar și a mersului general al tratamentului, colaborarea cu medicul curant și cu personalul medical în ceea ce privește schema concretă de lucru cu bolnavul; determinarea celui mai bun timp pentru desfășurarea activităților de reabilitare în *structura regimului* general al zilei, concret, specific limbii de comunicare a fiecărui bolnav, dar și în structura problemelor curente ale reabilitării.

3. *Analiza rolului anturajului microsocioal al bolnavului în reabilitare* – adică argumentarea eficacității acțiunii, influenței anturajului social (a vecinilor din salonul de spital, a personalului medical, a apropiaților bolnavului) pe parcursul reabilitării bolnavului, dar și căutarea criteriilor de influență.
4. *Includerea în lucru a anturajului apropiat bolnavului* – lucru de reabilitare descoperă obiectiv inevitabilitatea colaborării obligatorii și strânse a psihologului cu toți membrii anturajului microsocioal al bolnavului, în același timp, și cu apropiații bolnavului, cum s-a determinat, capabili de a influența starea bolnavului.
5. *Pregătirea și includerea bolnavului către reabilitare* – formarea și cultivarea unui fondal grijului al interacțiunii cu bolnavul, orientarea spre dezvoltare a acestei relații și a succesului procedurilor de reabilitare.
6. *Formarea variantelor tactice ale activității psihologului* – determinarea unei atitudini a psihologului însuși: el nu poate fi un experimentator sustras, nu poate asigura similitudinea procedurilor experimentale și a procedurilor influenței experimentale; în multe cazuri, activitatea sa amintește intervenția planificată, pe etape, a formării acțiunilor mintale și, dacă e să caracterizăm conținutul operațional al reabilitării, atunci, în esență, este vorba despre o metodă specială de reconstrucție, de finalizare a construcției și restabilire a posibilităților bolnavului [155; 156; 160; 161].

Rezolvarea obiectivelor propuse, depinde de fundamentele teoretico-metodologice, evidențiate de noi anterior. Ne-am bazat pe construcția lui Выготский, întrucât, imaginându-ne conștiința omului și funcțiile psihice superioare ca produs al socializării, care se dezvoltă într-o anumită situație socială, se poate clădi întregul sistem al reabilitării, adunând procedurile discrete în jurul unui principiu unitar. În perioada acută, psihologul se orientează asupra stării bolnavului, iar activismul pacientului devine orientare de bază pentru realizarea complexului procedurilor de reabilitare. La baza concepției sunt luate legile funcționării creierului care dezvăluie aspectele activității lui: rezolvă probleme de reliefare a unității structurale și funcționale; probleme de corelare între structură și funcție ș.a. Conceptual, vin cu un potențial informațional mare și inovațiile cu referire la localizarea proceselor psihice; structurile, interconexiunile și corelațiile proceselor psihice în cazul patologiilor.

Un alt grup de informații se referă la posibilitățile și căile compensatorii și de restabilire a funcțiilor psihice superioare. Extinderea șirului metodic al reabilitării psihologice se va desfășura prin căutarea noilor metode ale instruirii de reabilitare, dezvoltării activismului comportamental al bolnavului, orientării bolnavului în propria stare etc. În baza informațiilor obținute cu referire la modalitățile de reabilitare, am stabilit mai multe căi:

- a) O cale de reabilitare a funcțiilor psihice superioare se aplică în cazurile când locul predominant în dereglarea funcției îl ocupă inactivarea ei (blocarea sau inhibarea funcțiilor). Scopul principal al activității în limitele acestei căi devine așa-numita înviore a funcției, înlăturarea, restabilirea conductibilității de sinaptică. Conform lui Л.С. Цветкова, modalități de trezire, de înviore sunt descrise și cele mai frecvent sunt [158]: – *farmacologice*, pentru înlăturarea blocării maxime dintre limite, pentru modificarea metabolismului și restabilirea dereglării conductibilității; – *antrenamentele*, care permit schimbarea nivelului la care se poate realiza funcția, a înlătura toate greutățile care apar în cazul activităților complicate, involuntare, organizate și care permit atragerea posibilităților rămase ale funcțiilor psihice în formele obișnuite de desfășurare a activității; – *activarea interacțiunilor senzoriale*, aici putem sublinia rolul interacțiunii analizatorilor, stimularea canalelor senzoriale, activizarea mobilității funcționale etc.
- b) O cale de restabilire a funcțiilor psihice superioare se desfășoară în cazuri mult mai complicate, când, la baza dereglării funcțiilor psihice superioare se află distrugerea ireversibilă a elementelor nervoase și de aceea restabilirea funcției dereglate în forma ei anterioară este imposibilă. În această situație este efectuată activitatea, numită de Цветкова „reînviore de restabilire” [156], adică aceasta este reconstruirea funcțiilor dereglate bazată pe elementele nervoase păstrate, iar uneori și modificarea componenței ei psihofiziologice în așa fel, încât funcția anterioară s-a desfășurat cu metode noi și cu ajutorul unei organizări nervoase absolut noi.
- c) O altă cale de restabilire – calea vicariatului, se construiește pe posibilitățile deplasării funcțiilor dereglate în unitățile conservate ale emisferelor cerebrale. Totuși, după cum indică Цветкова, „o asemenea formă de restabilire a funcțiilor se întâlnește mult mai rar, decât s-a presupus, și această formă are loc în cazul când este vorba de funcțiile primite prin participarea ambelor emisfere” [156]. Ea consideră că, în cazurile unor leziuni înalt diferențiate ale scoarței cerebrale (zonele mișcării, sensibilității, vorbirii) este minimă posibilitatea ca sectoarele țesutului nervos, amplasate în apropierea focarului lezional să poată descoperi excitabilitatea ridicată și se preia asupra sa funcțiile sectorului lezat.
- d) O altă cale este cea a „instruirii spontane”. Acest termen este inclus de către Л.С. Цветкова în locul noțiunii incorecte de „restabilire spontană”. Bolnavul, în viziunea savantei, în procesul însănătoșirii nu este izolat, dar, permanent se află în contact cu oamenii, de aceea nu este corect să vorbim despre restabilirea spontană a funcțiilor psihice supe-

rioare, din contra, schimbarea lor este determinată de anturajul social al bolnavului. A șasea cale de restabilire a funcțiilor psihice superioare reprezintă restabilirea funcțiilor blocate prin calea de schimbare a amplasării personalității și a includerii ulterioare a funcției blocate în sistemul proceselor psihice existente activ.

Noi mai propunem și alte căi de stimulare și trezire a funcțiilor psihice superioare, cum ar fi:

- 1) stimularea canalelor senzoriale (vizual, auditiv, olfactiv, tactil, gustativ, proprioceptiv) la nivelul fiziologic și psihologic, implicarea câtorva canale senzoriale pentru trezirea funcțiilor intraanalizatoare, organizarea posibilităților de schimbare a mobilității funcțiilor canalelor senzoriale;
- 2) includerea rezervelor personale (personalității) pentru promovarea și eficientizarea procesului de reabilitare la persoane post AVC;
- 3) formarea și susținerea psihologică a familiei, aparținătorilor, implicați în reabilitarea acestora;
- 4) promovarea unui management științific al realizării procesului de reabilitare;
- 5) promovarea didacticii instruirii specifice, fundamentarea căilor optime a instruirii de reabilitare;
- 6) stimularea și păstrarea activismului comportamental al pacientului la toate perioadele de reabilitare;
- 7) stimularea, trezirea motivației către succes în perioada medicației și reabilitării pacienților post AVC;
- 8) implicarea psihoterapiilor de succes în reabilitarea post AVC;
- 9) susținerea rolului personalității în procesul de reabilitare psihosocială: terapii de ameliorare a activității sociale.

Monitorizarea permanentă a pacienților post AVC ne-a permis să evidențiem cele mai frecvente dereglări: tulburările afazice; tulburări ale realizării mișcărilor și acțiunilor spontane sub formă de paralizii, pareze și apraxii; diverse tulburări ale percepției vizuale sub formă de hemianopsii și agnozii și tulburări de memorie. Conceptual vom prezenta numai unele aspecte de reabilitare a funcțiilor motorii, celelalte prezentându-le la metodologiile de aplicare.

La restabilirea acestor funcții dereglate, este posibil de utilizat următoarele verigi:

- sistemele păstrate de analizatori, în principiu ochii, dar și sensibilitatea dermato-chinestetică a mâinii sau piciorului păstrate;
- imaginea spațială păstrată despre corelația obiectelor și a pozițiilor corpurilor în spațiu;
- nivelul păstrat al spontaneității la îndeplinirea acțiunilor.

Pentru restabilirea funcției motorii dereglate, prima cale de înviorare este restabilirea sensibilității generale și a forței musculare; mai departe, „se trezesc” mișcările pierdute, care, în continuare, se diferențiază. Toate se desfășoară după logica modelului specific, când activismul subiectului se reduce la zero. Prima etapă așa și se numește: *restabilirea acțiunilor pasive*. Ulterior, pe măsură ce se restabilește sensibilitatea, pacientul este îndemnat la însărcinări pentru îndeplinirea mișcărilor simple: învârtitură, ridicarea și coborârea membrelor, așezări cu îndoirea genunchilor, mersul etc. În practica noastră, am utilizat asemenea modalități, dar completate cu activități motorii ale bolnavului fixate ca *orientare de bază*, și nu obiectivele exterioare ale mișcării (mărimea, forța), dar cele interioare, substanțiale (posibilitatea executării unei sarcini determinate: încheierea nasturilor, pieptănatul, folosirea lingurii etc.). Astfel, noi am rezolvat una dintre principalele probleme ale reabilitării – *inițierea activității concrete a bolnavului*. Desigur, cea mai discutabilă continuă a rămâne problema limitelor activității acceptabile a bolnavului la diferite etape ale reabilitării post AVC. Este important de luat în considerație activitatea bolnavului (chiar de la început) la organizarea și punerea în aplicare a reabilitării. Pentru rezultatul final al restabilirii este important nu faptul că mâna bolnavului, în stare pasivă, poate fi ridicată cu vreo câteva grade mai sus, dar faptul că poate face, sau poate încerca să o facă el singur. Este important nu doar masajul, kinetoterapia în forma sa tradițională, când bolnavul este relaxat și pasiv la maxim, dar contează activitățile bolnavului implicat, împreună cu specialistul, având elemente de reflexivitate corporală.

Generalizând, vom sublinia că deplinătatea restabilirii acțiunilor se manifestă, înainte de toate, în contextul restabilirii pentru bolnav a sensului situației în care el s-a pomenit, în desfășurarea activității concrete, adecvate pentru starea sa. În acest fel, din analiza metodologică a procesului psihologic al reabilitării, mai putem conchide că ea (analiza) trebuie să se sprijine pe un plan metodologic, în acest caz, pe principiile lui Л.С. Выготский și a discipolilor săi despre conștiință, ca o particularitate specifică a psihicului uman, în contextul relațiilor sociale. Totodată, realizarea acestei abordări poate fi urmărită în cadrul concepției, constituirii planificate pe etape a lui П.Я. Гальперин și prin abordarea conceptuală a lui А.Р. Лурия și Л.С. Цветкова față de problema posibilităților și a căilor de restabilire a funcțiilor psihice superioare. În afară de aceste cerințe metodologice, noi trebuie să delimităm și să precizăm *principiile metodice*. Acestea ar putea fi cele *psihofiziologice, psihologice și psihopedagogice* ale abordării reabilitologiei sistemice față de omul bolnav, în opriina lui М.М. Кабанов [132].

*Principiile metodice* concrete de reabilitare devin cele psihofiziologice, psihosociale și psihopedagogice [158], dar și principiile abordării sistemice de reabilitare a bolnavului. Cadrul metodologic exprimă necesitatea respectării

unor asemenea cerințe, ca atitudinea permanentă față de bolnav, conform uniformității sarcinilor strategice, dar și continuitatea sarcinilor tactice la transferarea bolnavului în alte condiții sociale. Căile de restabilire a funcțiilor psihice superioare dereglate în perioada acută post AVC, este etapa incipientă a reînvățării restabilirii funcțiilor blocate prin metoda de schimbare a personalității și a includerii ulterioare a funcțiilor blocate în sistemul proceselor psihice, care funcționează activ pe fonul aplicării terapiei medicamentoase pentru trezirea funcțiilor inactive. Conținutul reabilitării psihologice post AVC constă în asigurarea unei astfel de interacțiuni cu bolnavul când realizarea acestor necesități devine posibilă.

Conceptia prezintă o analiză multiaspectuală a stărilor psihologice, comorbidităților care apar post AVC și reliefează căile de ameliorare a acestora. Cunoașterea conceptuală a posibilităților schimbării psihosociale post AVC orientează spre fundamentarea unui sistem integru și individualizat de influență pozitivă asupra calității vieții acestor persoane.

Accidentul vascular cerebral (AVC) presupune mai degrabă *pierderea unor roluri*, decât achiziționarea unor noi (de exemplu, rolul de soț, rolul de persoană activă), presupune pierderea existenței rolurilor (de exemplu, rolul de părinte își pierde din conținut). Evenimentele din mediul social (socio-profesional, socio-cultural, relațional) intervin în mod particular în existența persoanei post AVC, determinând modificări psihologice sau tulburări psihice. Dintre aceste evenimente de ordin social fac parte: retragerea din activitate, renunțarea la unele activități, scăderea potențialului biologic, îmbolnăviri somatice, invalidări etc.

Retragerea din *activitatea profesională* reprezintă o schimbare majoră de statut și rol în viața unei persoane, iar acest moment poate constitui un factor major de stres ce determină tulburări de adaptare. Semnificația retragerii din activitate și adaptarea la noua situație depind de atitudinea față de muncă, starea de sănătate, situația financiară, relația cu cei apropiați. Schimbarea socială a individului afectează mai degrabă bărbații deoarece aceștia sunt angajați mai total în activitatea profesională în timpul vieții active decât femeile, acestea fiind angajate în paralel în activități casnice, în care se pot transfera total post AVC.

Suferă schimbări *profilul psihologic al persoanei* post AVC. În sfera funcțiilor psihice elementare ale persoanei post AVC pot fi observate anumite particularități: se schimbă timpul reacțiilor la diferiți stimuli senzoriali; abaterile în nivelul conștienței este exprimat prin creșterea și încetinirea timpului de reacție; scăderea proceselor inhibitorii favorizează iritabilitatea, labilitatea emoțională; reducerea capacității de învățare, de adaptare; fragmentarea perioadei de somn-veghe. Funcțiile intelectuale suferă unele modificări, cum ar fi scăderea memoriei pentru datele recente, precum se schimbă și echilibrul fizic, psihic și social.

*Adaptabilitatea organismului* scade ca urmare a schimbărilor de reglare, control, integrare, transmitere și reacție a modificărilor celulare și tisulare, crește sensibilitatea la stres, iar mecanismele fiziologice se transformă cu ușurință în numeroase și diverse procese patologice. Adaptarea la stres este facilitată de o personalitate flexibilă și de opțiuni oferite de viața activă. Reducerea opțiunilor și creșterea numărului de factori potențial agresivi constituie motive ale apariției stresului la persoanele post AVC. Reducerea capacității fizice, schimbarea aspectului somatic, pierderea rolului social activ și de putere reprezintă câțiva din factorii ce determină apariția stresului post AVC, dar și cauzele de reducere a adaptării acestora față de stres.

Accidentul vascular cerebral (AVC) nu prezintă numai o schimbare cantitativă sau calitativă a unor funcții psihice, ci în primul rând o *restructurare a personalității*. Modificările psihologice post AVC constau în:

- Modificarea atenției (atenția de scurtă durată fiind cea care suferă mai mult în detrimentul celei de lungă durată, astfel scade capacitatea de concentrare);
- Modificări ale gândirii (în urma accidentului vascular cerebral are loc reducerea numărului de neuroni, intervenind modificări la nivelul memoriei, gândirii cu o scădere a spontaneității și flexibilității);
- Modificări afective (stări depresive, anxioase, tendințe de izolare și de singurătate, influențate de numeroși factori cum ar fi tulburări somatice sau sentimentul de izolare post AVC);
- Modificări de vorbire și comunicare post AVC, devenind mai greoaie odată cu deteriorarea gândirii, a memoriei și a atenției; afazia post AVC.

Astfel, complexitatea, variabilitatea și asincronismul funcțiilor psihice schițează un profil psihologic specific post AVC.

*Dimensiunile psiho-sociale* post AVC dau posibilitate pentru o mai mare eficacitate în asistență pe toate planurile vieții. Prin încetarea activității profesionale (încetarea de cele mai multe ori bruscă), are loc o nivelare socială și psihologică. Pacientul post AVC pierde sentimentul unității sociale, pierde rolul social activ, pierdere ce se constituie într-un standard care acționează asemenea agentului patogen, determinând de multe ori așa zisa patologie de retragere. Demisia din viața activă impusă de AVC, este echivalentă pentru unele persoane cu o dramă, o moarte socială și are puternice implicații psihice. La pierderea rolului social productiv se adaugă pierderea prestigiului social, a responsabilității câștigate cu trudă de-a lungul vieții, pierdere de roluri și statuturi în familie, prin urmare alți factori psihosociale cu efect stresant. Se micșorează gradul de integrare a individului, activitatea de grup, a raporturilor interpersonale, prin incapacitatea de îndeplinire a rolurilor sociale din structura societală.

*Procesul de socializare* se află într-o legătură directă cu particularităților biologice și psihice ale dezvoltării umane. Astfel socializarea persoanelor



post AVC este dezavantajată față de rolurile sociale active și familiarizarea cu alte roluri participative. Lipsesc mecanismele și factorii care trebuie să asigure socializarea persoanelor post AVC pentru acoperirea cerințelor, rolului pe care îl ocupă. Această lipsă și dezinteresul din partea societăților, face ca multe persoane post AVC să se izoleze fără nici un rol social. Pentru atingerea sentimentului de satisfacție personală, aceste persoane trebuie să-și stabilească unele obiective personale și să adopte un comportament adecvat, prin intervențiile sistemului de reabilitare complexă.

*Personalitatea* este un determinant critic în reabilitarea și adaptarea persoanelor post AVC, reprezentând punctul central în jurul căruia se organizează celelalte variabile ale modelelor de adaptare, socializare, incluziune. Adaptarea poate fi abordată atât într-o manieră hedonistă (etalonul bunei adaptări fiind starea de bine asumată și asigurată la cote maxime) sau punându-se accent pe aspecte legate de competența, adaptarea reușită însemnând atingerea autoactualizării. În cazul prezent, avem de-a face cu o adaptare autoplăstică, realizată prin modificarea organismului, dar mai ales cu o adaptare aloplăstică, realizată prin modificarea activă a mediului înconjurător.

Pentru o reabilitare de succes a persoanelor post AVC, este nevoie de:

- autonomie suficientă pentru a permite continuitatea integrității persoanei;
- relații agreabile cu familia, rudele, semenii care sunt doritori să ajute, fără a se pierde respectul pentru cel ce primește ajutor;
- un confort personal rezonabil pentru corp, intelect și respectiv față de mediul ambiental persoanei;
- stimularea minții și imaginației în moduri care nu suprasolicitează forța fizică;
- mobilitate suficientă pentru a permite diversitatea în jurul persoanei;
- implicarea intensă în viața de zi cu zi.

Aceste variabile pot fi considerate ca împrejurări de viață optime post AVC și reprezintă în principal ceea ce ar dori să aibă ca stil de viață și control asupra mediului. Monitorizând persoanele cu tulburări post AVC, ni s-au schițat modurile principale de acomodare a acestora la cerințele vieții: dorința de a rămâne activi și capacitatea de a o face; hotărârea de a-și continua munca, chiar dacă nu sunt complet apti pentru activitățile anterioare; frustrarea, anxietatea depresia și învinovățirea – ca rezultat al vieții pe care o găsesc fără sens.

Propunem o dimensiune care va fi utilizată, indiferent de gradul de satisfacție pe care l-au avut anterior persoanele post AVC, constituită din activități sau relații semnificative de compensare a stresului negativ la care sunt expuși. Principalele *surse de moral ridicat* ar fi: distracțiile de socializare, activități productive, control fizic, securitate financiară, mobilitatea și mișcarea, supraviețuirea, s. a. Reabilitarea propusă prevede micșorarea discon-

fortului fizic, sau pierderilor senzoriale, singurătății, plictiselii, inactivității, imobilității, disconfortului mental, responsabilității sociale. Persoanele post AVC dezvoltă mecanisme compensatorii pentru a face față inevitabilelor pierderi în urma tulburărilor vasculare. Dificultățile reabilitării sunt rezultatul stresurilor psihologice și sociale la care sunt supuse aceste categorii de bolnavi, pe măsura ce încearcă să facă față diverselor probleme. Persoanele post AVC sunt supuse stresului social specific. Pierderea veniturilor, rolurilor și poziției avute anterior, izolării prin incapacitate, pierderii funcționării cognitive. Pierderea rolului și a statutului de a fi membru angajat și responsabil al comunității, aduce un sentiment de lipsă de sens și de inutilitate. Izolarea prin incapacitate și pierderea funcționării cognitive, pe lângă consecințele psihologice și sociale, este și rezultatul declinului fiziologic, marea majoritate a pacienților fiind de vârste înaintate.

Se atestă o mare diferență individuală în ceea ce privește potențialul adaptiv la problemele post AVC. Am observat, că cel mai ușor adaptabile sunt persoanele post AVC cu o pregătire intelectuală mai modestă și care nu provin din familii numeroase. Dificultățile de adaptare sunt mai crescute la persoane cu pregătire mai superioară. Pericolul inadaptării constă în posibilitatea de a fi un punct de plecare pentru alte dezechilibre mult mai grave – anxietate, nevroze, psihoze, iar factorii de mediu, de natură psihosocială intervin cu o mai mare frecvență și intensitate. Astfel, echilibrul psihic și biologic al persoanelor post AVC devine instabil, iar rezistența organismului și capacitatea de reabilitare se reduce în urma acestui proces. De aceea, este foarte important de stabilit cât de complexe sunt modificările post AVC în cadrul psihologic și social pentru a prognoza elaborarea metodologiei eficiente de ameliorare a situației.

Motivarea bolnavilor post AVC și orientarea lor spre activități recuperatorii, se dovedește extrem de dificilă, datorită unui set de motive, printre care amintim lipsa informării despre boală, teama de efort fizic, impresia de slăbiciune fizică. Cu toate acestea, activitatea fizică și stilul de viață mai activ, au un efect de îmbunătățire a stării generale și a calității vieții, atât în faza de debut a bolii, cât și în procesul de recuperare. Concomitent cu deficitul fizic și funcțional post AVC, apar și o serie de modificări și scăderi ale proceselor și abilităților cognitive, prezentând un declin chiar de la debutul atacului cerebral: abilitățile viso-spațiale, gândirea și raționamentul abstract, viteza memoriei de lungă durată, astfel persoanele fiind rupte de la viața socială, economică, culturală, spirituală, civică.

Nivelul socializării, adaptării, integrării, reabilitării se află într-o relație directă cu dezvoltarea personală. Așa calități precum – menținerea sentimentului de stimă față de propria persoană, rezolvarea vechilor conflicte personale, adaptarea față de schimbările de mediu, păstrarea unei stări personale

de bine, acceptarea și adaptarea la scăderea forței fizice și reducerea stării de sănătate, acceptarea și adaptarea față de diminuarea rolului personal în societate – depinde succesul și calitatea reabilitării și incluziunii sociale a persoanelor post AVC. Simptomele fizice, somatice, psihologice post AVC, sunt elemente importante în măsurarea calității vieții, care apar ca urmare a distresului emoțional și social resimțit de persoana post AVC (anxietate, depresie, manifestări neurologice, tulburări de adaptare). Caracteristicile psihologice post AVC prezintă indicii de bază ai calității vieții acestor persoane.

Din păcate, cunoaștem încă foarte puțin despre psihologia accidentului vascular cerebral (AVC) și a stărilor psihosociale post AVC, despre intervenția profilactică și metodele de readaptare și reabilitare psihosocială. Plecând de la acest fapt, constatăm că *se impune astfel analizarea aspectelor psihologice caracteristice persoanelor post AVC* cum ar fi: alterarea funcțiilor senzorial-perceptive, modificările funcțiilor cognitive sau intelectuale, tulburarea funcțiilor conative, adică ale afectivității și voinței, modificarea conștiinței și personalității ș.a. Necesitatea evaluării psihologice a accidentului vascular cerebral (AVC) și rolul metodelor de reabilitare psiho-socială în prevenirea apariției deteriorărilor cu toate implicațiile ce rezultă ulterior, este dictată de *necesitatea fundamentală a unui program de eficientizare a reabilitării*, care va spori calitatea vieții, adaptarea psihosocială și incluziunea persoanelor post AVC. Sunt necesare programe clare, concrete, personalizate de intervenție psihologică, medicală și socială., ce vizează aspectele medico-psiho-sociale de reabilitare și rolul modului de viață post AVC.

Combaterea izolării și conservarea demnității post AVC presupune schimbarea mentalității, crearea unei opinii favorabile față de problemele acestui grup de persoane. Una din căile, care să presupună o cunoaștere a fenomenului, a factorilor de risc, ar fi *educația*, schimbările firești, aspectele patologice, tehnica îngrijirilor fizice și psihologice. În consecință, se impun eforturi pentru difuzarea și însușirea unei concepții realiste despre accidentul vascular cerebral (AVC) și starea post AVC, căreia trebuie să I se asigure o desfășurare demnă, plină de respect, ferită de griji, pentru a fi bine suportată și verificată, în folosul familiei și societății.

Una dintre dimensiunile importante ale reabilitării post AVC este managementul acestui proces. În Republica Moldova sunt carențe în vederea evaluării caracteristicilor morbidității și dizabilității post AVC, monitorizarea medico-psiho-socială a acestora nefiind desăvârșită. În acest context, se propune implementarea directivelor metodologice de optimizare al managementului serviciului de reabilitare, confirmând necesitatea formării unor directive organizaționale a serviciului de reabilitare bazate pe cercetări medico-psiho-sociale complexe. Înlăturarea impedimentelor în atingerea acestui deziderat rămâne a fi oportun, având drept scop reducerea restantului dis-

funcțional și optimizarea incluziunii persoanelor cu dizabilități din punct de vedere social și profesional. Un loc de frunte îl va ocupa stabilirea unui management ce ar facilita evaluarea prognosticului în scopul raționalizării curății persoanelor post AVC. Conceptul propune oferirea informațiilor metodologice de diagnosticare și intervenții în domeniul reabilitării, prin evaluarea potențialului recuperator al reabilitării.

Actualmente în Republica Moldova perpetuează un cadru legislativ ce definește evaziv activitatea Serviciului de Reabilitare, iar estimarea nevoilor stringente în recuperare rămân neelucidate, astfel modalitățile de organizare nesatisfăcătoare a programelor de stat crează condiții pentru deteriorarea stării fizice a persoanelor cu maladii cronice (nefiind elucidate datele cu privire la eficiența serviciului de reabilitare post AVC) [11; 479; 485].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a stabilit standardele calității prin prisma *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*, insistând la toate nivelele organizaționale asupra realizării asistenței de reabilitare medicală și psihosocială acordate persoanelor cu dizabilități, pentru favorizarea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități și abolirea impedimentelor rezultate din interferența condiției de sănătate și ambient [445].

Conform prevederilor art. 41 al Legii nr. 60 din 30.03.2012 „Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități în scopul prevenirii apariției dizabilității în rândul populației RM, instituțiile medico-sanitare, autoritățile publice centrale și locale, persoanele juridice de drept public sau de drept privat, antreprenorii individuali care folosesc munca salariată, alte structuri implicate sunt obligate să ia măsuri medicale și sociale orientate spre: diagnosticarea, tratamentul, reabilitarea și profilaxia primară a maladiilor; menținerea și ocrotirea sănătății populației etc.” [11].

În acest context, reabilitarea persoanelor post AVC prin diverse modalități de intervenție curativă: staționar sau ambulator își manifestă eficacitatea nu doar raportată la o anumită persoană, dar și în cadrul întregului sistem; aceste intervenții având menirea de a preîntâmpina stabilirea unui grad de dizabilitate și de a promova incluziunea socială a persoanei, cu sau fără grad de dizabilitate. Incluziunea socială reprezintă ansamblu de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, exprimate prin activitate profesională, accesibilitate pentru instruire, educație, sănătate, precum și asigurarea independenței fizice, securității, justiției și culturii, destinate combaterii excluziunii sociale. „Incluziunea socială reprezintă totalitatea măsurilor și acțiunilor desfășurate cu scopul de a asigura abilitatea participării în societate, indiferent de originea lor sau de caracteristici specifice, care pot include: rasa, limba, cultura, genul, dizabilitatea, statutul social, vârsta precum și alți factori” [67].

La etapa actuală Republica Moldova realizează multiple acțiuni în vederea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități pe diverse segmente: muncă, sănătate, educație etc. Ratificarea de către Republica Moldova a „Convenției Organizației Națiunilor Unite privind drepturile persoanelor cu dizabilități” prin Legea Nr. 169 din 09.07.2010, a fost urmată de adoptarea unui șir de acte naționale care vin să realizeze dezideratul incluziunii sociale, impunând o serie de măsuri care garantează drepturile persoanelor cu dizabilități.

În reabilitarea persoanelor post AVC, deosebit de necesare sunt variabilele psihologice așa ca: creșterea activității pacientului, (în contextul activității obiect – demonstrare), schimbarea stării climatului microsocioal (în contextul comunicării), folosirea posibilităților, implicării sarcinilor care corespund nu numai zonei cerebrale deteriorate, dar și zonei proxime de restabilire. Destul de importantă este orientarea bolnavului către rolul primordial al activității personale în reabilitarea sa. Stabilirea cât mai precoce a relațiilor de comunicare a bolnavului, conștientizarea rolului personal, primordial în reabilitare, motivarea pacientului spre rezultate eficiente a procesului de reabilitare, influențează pozitiv acest proces și schimbarea calității vieții.

Conceptual am determinat că procesul de reabilitare este specific pentru persoanele post AVC și trebuie realizat conform etapelor dezvoltării bolii. Bineînțeles că reabilitarea post AVC în perioada acută este posibilă, necesară și efektivă. Toate schimbările observate la persoanele post AVC în perioada acută sunt complexe și implică majoritatea structurilor fiziologice și psihologice. Concomitent, intervențiile de reabilitare se realizează în complex, etapizat, conform principiilor desemnate de concepție. Analiza formelor activismului bolnavului pe parcursul reabilitării permite să evidențiem un grup de metode ale instruirii de restabilire, care ar putea fi utilizate în practică. Algoritmul acțiunilor programului de reabilitare post AVC este etapizat cronologic și se prezintă în felul următor:

*Acțiuni de management pentru perioada de reabilitare precoce (până la 6 luni de la debutul AVC)*

– Faza acută a AVC (primele 1-14 zile de la debutul AVC). Scopurile intervenției în faza acută sunt: limitarea sau remiterea deficitului neurologic, prevenirea complicațiilor. Reabilitarea nu reprezintă o etapă separată în cadrul intervenției în faza acută ci reprezintă o parte integrată a unui plan medical continuu care cuprinde managementul fazei acute, postacute și cronice. Procedurile recuperatorii din faza acută vizează preponderent prevenția apariției escarelor, a pneumoniei (inclusiv, de aspirație), tromboflebitei, contracturilor și posturilor vicioase. Concomitent, se realizează și evaluarea în vederea alcătuirii unui program recuperator pe termen lung. Evaluarea inițială la această etapă prevede: evaluarea complicațiilor și infirmităților curente; factorii de risc pentru AVC repetate; comorbidități medicale; statusul cognitiv și

conștiența: evaluarea disfagiei; mobilitatea și asistența pentru mobilitate etc. Evaluarea necesităților de reabilitare: evaluarea infirmităților; dereglărilor de comunicare; dereglărilor motorii; deficitului cognitiv; dereglărilor vizuale și spațiale; dereglărilor psihoemoționale; dereglărilor senzitive; evaluarea psihosocială și suportul familiei; evaluarea funcțională (FIM).

- Faza postacuta precoce (de la a 15 zi până la 1 lună de la debutul AVC). În aceasta etapa se poate aprecia restantul funcțional și apar procesele de reorganizare care constituie substratul recuperării. Pacientul trebuie să parcurgă anumite secvențe esențiale ale reabilitării: menținerea poziției în șezut cu și fără sprijin (control eficient al musculaturii posturale); realizarea ortostaiunii care creează premisele reluării mersului; reluarea motilității voluntare a membrilor; reluarea funcțiilor de comunicare; învățarea activităților de autoservire din poziția așezat (îmbrăcarea, dezbrăcarea, igiena personală, alimentarea); lărgirea câmpului impresiv și expresiv; includerea nivelelor automatizate, neconștientizate a activității verbale, remedierea funcțiilor cognitive (tulburări de atenție, memorie, limbaj, percepție spațială, calcul, praxie). *Procedurile recuperatorii* vizează promovarea controlului voluntar al membrilor paretice, reeducarea deglutiției, vorbirii. Kinetoterapia are un rol esențial în această etapă atât prin stimularea neuroplasticității și implementarea unor tehnici compensatorii adecvate cât și prin reducerea complicațiilor specifice (spasticitate, scheme anormale de mișcare, complicații de decubit).

- Faza postacută tardivă (de la 1 la 6 luni). Un program intens de reeducare motorie împreună cu susținerea farmacologică a proceselor de neuroplasticitate cerebrală asigură în această perioadă câștiguri maxime din punct de vedere motor, psihocognitiv și al autonomiei pacientului. Este de dorit ca recuperarea să se desfășoare în centre specializate. Toate metodele terapeutice sunt eficiente în aceasta etapa. Recuperarea nu trebuie limitată doar la deficitul motorii; obiectivele acestei etape fiind nu doar câștigarea unui nivel minim de autonomie, ci reintegrarea socială și profesională a pacientului. Este extrem de importantă intervenția tuturor membrilor echipei de recuperare (medici, psiholog, logoped, kinetoterapeut, asistent social). Procedurile aplicate trebuie să prevină și să rezolve complicațiile deja apărute înainte de cronicizarea acestora. Intervențiile din această etapă prevăd: facilitarea farmacologică a procesului de neurorecuperare, promovarea controlului motor (mobilitatea, sensibilitatea, mobilitatea controlată, coordonarea); reeducarea mersului; însușirea activităților de autoservire și ortostatism; includerea în activitatea verbală cu scop determinant; implicarea tehnicilor de stimulare a abilităților compensatorii a funcțiilor cognitive; monitoringul depresiei post AVC și a anxietății.

*Acțiuni de management pentru perioada de reabilitare tardivă (de la 6 luni la 1 an de la debutul AVC)*

Terapia de recuperare trebuie continuată pentru menținerea și ameliorarea performanțelor obținute anterior. Lipsa unui tratament recuperator adecvat va genera apariția unor complicațiilor cronice (redori, anchiloze, retracții, posturi vicioase) cu impact negativ asupra calității vieții și creșterea costurilor sociale. Acțiuni de bază la această etapă sunt: învățarea mișcărilor paliative; Însușirea activităților de autoservire prin promovarea mișcărilor paliative; automatizarea mișcărilor uzuale; includerea activă și conștientă în activitatea verbală, în compensarea defectelor de vorbire și înțelegere; aplicarea metodologiilor și tehnicilor de intervenție asupra atenției, memoriei, percepției spațiale, calculării și praxisului în funcție de eterogenitatea deficitului cognitiv; managementul depresiei post AVC și a anxietății; analiza comprehensivă și intervenții asupra funcțiilor psihosociale.

*Acțiuni de management pentru perioada cronică (sechelară) de reabilitare (mai mult de 1 an de la debutul AVC)*, constau în întreținerea funcțiilor în stările cronice, prevenirea deteriorării și dizabilitării progresive. La această perioadă se acordă atenție la: creșterea performanței ocupaționale pentru ADL-uri, muncă și distracție; menținerea rezultatelor obținute și prevenirea degradării vorbirii impresive și expresive; focusarea asupra compensării și optimizării deficitului cognitiv; intervenții terapeutice cognitive generale în depresia post AVC și stările de anxietate; asigurarea înțelegerii comprehensive a funcționării psiho-sociale a pacientului, îngrijitorului, a mediului, resurselor, obiectivelor și integrării în comunitate.

Direcționarea terapiei spre deficitalele specifice ale fiecărui pacient duce la rezultate mai bune decât o abordare uniformă.

Tulburările cognitive întâlnite în accidentul vascular cerebral (afazie, neglijări, tulburări ale funcțiilor executive), tulburările de dispoziție (depresie și anxietate) au un impact negativ puternic asupra gradului de autonomie final al pacientului. Acestea sunt dependente de localizarea leziunii și pot include afectarea memoriei, afazie, dezinhibiție, tulburarea inițiativei, planificării, flexibilității mentale, abulie, mutism akinetic, tulburări de schema corporală, neglijări, psihoze, tulburări de procesare a informațiilor spațiale. Obiectivele reabilitării trebuie reevaluate periodic în funcție de evoluția clinică a pacientului. Funcțiile corticale simple tind să se recupereze mai repede decât cele complexe (atenție, memorie, limbaj, alte funcții integrative). Tratamentul recuperator este dirijat spre stimularea crescută a hemicorpului sau hemispațiului afectat, asociată cu furnizarea de repere suplimentare controlaterale. Antrenarea sistematică a explorării vizuale a spațiului, furnizarea de repere vizuale, senzitive sau proprioceptive, în special asociate cu mobilizarea membrilor pot aduce beneficii ale funcției antrenate (sensibilitate, percepția câmpului



vizual). Terapiile vizual-motorii necesita dirijarea atenției asupra unui obiect sau poziții în spațiu – asamblarea unor componente, desenare, indicarea unei locații. Creșterea conștientizării deficitului se poate face prin feedback verbal sau vizual al acțiunilor la nivelul hemispațiului neglijat. Tulburările de memorie în accidentul vascular cerebral sunt și ele relativ frecvent întâlnite. Tehnicile de recuperare nu par să aibă efect semnificativ asupra tulburărilor constituite și stabile de memorie. Terapia este orientată spre îmbunătățirea codificării informației – pacienții sunt antrenați să vizualizeze informația și să o codifice repetat, fără a-i atașa semnificații sau a ghici ce reprezintă. Aceste strategii nu potentează recuperarea memoriei, ci maximizează folosirea capacităților reziduale. În situații severe este indicată folosirea unor metode ajutoare (carnet, pager, computer) care s permit un anumit grad de independență funcțional). Reacția catastrofală caracterizează, în special, leziunile emisferice stângi și se refera la izbucniri de furie, depresie i frustrare în momentul în care pacientul este confruntat cu sarcini pe care nu le poate rezolva.

Tratamentul recuperator, în special – terapia comportamentală, melo-terapia, terapie ocupațională, terapia în grup sau stimularea cognitivă au demonstrat rezultate pozitive în ceea ce privește unii parametri (cognitivi), dar sunt necesare studii mai aprofundate pentru certificarea acestora. Succesul recuperării după AVC poate fi compromis în funcție de complicațiile medicale. Acestea au un impact negativ asupra progresului recuperării și constituie factori predictivi puternici pentru un rezultat funcțional nefavorabil și pentru mortalitate. În timpul recuperării cele mai frecvente complicații sunt: depresia, demența post-*stroke*, epilepsia vasculară, oboseala, durerea la nivelul umărului, căderi accidentale, tulburări sfincteriene, pneumonia de aspirație. În acest sens, vom utiliza un set de măsuri în scop de: – a depăși sau ameliora aceste deteriorări; – a elimina sau reduce barierele în calea participării în mediul ales de persoană; – a susține reintegrarea lor în societate.

Succesul reabilitării va fi evaluat după *calitatea vieții* – un complex de criterii, care rămâne prioritar la toate etapele. Acesta reprezintă un concept care include un set vast de caracteristici fizice și psihice, apreciate în contextul vieții sociale și este dependent de factori multipli, inclusiv situația financiară, habitatul, profesia, mediul social, ș.a. Se demonstrează percepția indivizilor asupra poziției lor în viață în contextul culturii și sistemelor de valoare în care trăiesc și în raport cu obiectivele lor.

### **2.3. Model de eficientizare a procesului de reabilitare post accident vascular cerebral**

Orice individ pentru a evita starea de dificultate ar trebui să beneficieze de un minim de condiții din punct de vedere biologic, psihologic-spiritu- al, economic și socio-cultural. Acestea fiind dimensiuni constituționale ale

existenței omului, de care în politica reabilitării psihosociale trebuie să se țină cont [71]. Astfel, reabilitarea se concentrează pe latura social-economică și mai puțin pe cea psihologic-individuală. Interesul este focalizat pe ajutor și îngrijire (preponderent fizică), aspectul spiritual, uman, afectiv, sufletesc fiind mult neglijat.

Promovând o reprezentare structuralist-sistemică și determinist-holistică a reabilitării, se propune o abordare sistemică și asupra Modelului de eficientizare a reabilitării post AVC. În activitatea de modelare a reabilitării persoanelor post AVC, ne-am bazat pe ideile umaniste, precum:

- concentrarea pe persoană, individualitate, eu, respectul pentru persoană, pentru fiecare persoană;
- ideea de solidaritate umană, umanitarism, caritate, altruism;
- concentrarea reflecției filosofice și promovarea priorității intereselor și aspirațiilor ontologic-existențiale ale OMULUI în raport de alte entități sau forme de existență;
- reliefaarea naturii și esenței umane a persoanei, personalității;
- reflecția și promovarea unei etici a binelui personal-uman, a individualității umane;
- reflecția asupra și promovarea unei atitudini optimiste asupra vieții.

Psihologia umanistă, ne învață cum, în situații de criză, să aducem în prim plan cunoașterea fenomenului uman prin conceptele și ideile precum: libertatea socială, speranța pentru o societate mai bună, autodeterminarea socială, focalizarea pe aspectele deosebite ale existenței sociumane. Psihologi umaniști vorbesc despre o așa-zisă congruență ontologic-umană personalitate mediu social. Noi vom constitui modelul reabilitării persoanelor post AVC în jurul conceptului de ființă umană cu cele două sensuri consacrate: pe de o parte de *eu*, individualitate, personalitate, unicitate, pe de altă parte, de ființă, valoare cu atributul umanului, spiritualității, de specie și existență superioară cu atributele raționalității, inteligenței, empatiei, altruismului, creației etc.

Idea principală a Modelului de eficientizare a reabilitării psihosociale se concentrează pe personalitate liberă, autonomă, creativă, responsabilă, autodezvoltativă. Acțiunea umană, activismul reliefează succesul reabilitării și atunci când clientul se autonomizează și prin propriile forțe și resurse interne atinge scopul, acțiunea terapeutică și-a îndeplinit obiectivul. Schimbarea este condiționată de transferul acțiunii (competențelor praxiologic-umane) de la profesionist la client [228].

Experiența aplicării diferitelor programe și proiecte de schimbare și dezvoltare destinate categoriilor vulnerabile, arată că eficiența activităților întreprinse este condiționată, în mare măsură, de gradul de implicare și participare al subiecților [223]. Dezvoltarea personală, prin dezvoltare umană, și

autonomizare, prin dezvoltarea spirituală, sunt obiective fundamentale ale practicii psihologului. Dezvoltarea spirituală, socioumană, socio-afectivă, inteligența emoțională, realismul și echilibrul, speranța, gândirea pozitivă și optimismul, rezistența la eșec și frustrare, dezvoltarea morală interpersonală, echilibrul existențial, adaptabilitatea, personalitate maturizată – sunt factori de reziliență și calități care se constituie în predictorii ai eficienței și adaptabilității socioumane a persoanelor post AVC.

Dezvoltarea personală reprezintă un obiectiv esențial în toate domeniile psihopracticii sociale [340], de reabilitare și adaptare a persoanei. Pentru atingerea scopului reabilitării, conceptele de *persoană* și *personalitate*, au o dublă abordare: existențialist-pozitivă și spiritualist-umanitaristă. Personalitatea umană și persoana, reflectate în manieră complexă, încorporând cunoștințe, idei, teorii din sfera gândirii și culturii umaniste, existențialiste, psihologiei umaniste, dezvoltând, în consecință, o perspectivă multidisciplinară, interdisciplinară, profundă, *umană*, asupra fenomenului uman individual, a omului ca individ și personalitate. Sfera de aplicabilitate a cunoștințelor și soluțiilor pe care le promovează este foarte largă dar focalizarea se orientează spre domenii precum asistență socială, educație, management organizațional, psihoterapie etc. promovăm Modelul reabilitării post AVC, securitatea și dezvoltarea rezilienței persoanei – ca principiu definitoriu al practicii reabilitării [376].

Satisfacția, speranța, optimismul, accentul pe construirea personalității active sunt căi pe care le propune *Modelul de eficientizare a reabilitării* pentru facilitarea accesului persoanei la o integrare socială și mulțumire de sine. Dezvoltarea este condiționată de *orientarea activă spre viitor*, evitând experiențele nefericite, valorificând *experiențele pozitive*. Trăirea pozitivă, este sursă de energie, conferă confort și dinamism, îmbunătățește climatul social, inter-personal general [411].

Fără a desconsidera practica îngrijirii corpului și bunăstarea materială în procesul reabilitării, este nevoie de o focalizare pe îngrijirea sufletului și personalității persoanei în suferință. Grija pentru suferința sufletească, pentru pierderile și traumele pe care le-a suferit sau suferă clientul sunt preocupări evaluative și curative ale echipelor de reabilitare. Relația de egalitate dintre terapeut și client, sporirea rolului proceselor empatic-afective spontane în relația terapeutică, centrarea pe client, focalizarea intervenției pe resursă (umană, spirituală) și nu pe problemă devin priorități ale procesului de reabilitare.

Astfel, în procesul reabilitării, se instituie o stare generală de optimism, favorabilă vindecării, dezvoltării personale sau adaptării sociale. Rolul fundamental al evaluării și intervenției apreciative în reabilitare este de a identifica resurse și determina momentele care îi conferă persoanei dinamism, optimism și eficiență.

Procesul de elaborare a proiectului de intervenție după modelul umanist-cultural presupune acordarea de prioritate identificării nevoilor și resurselor spirituale de reabilitare/normalizare.

Asistentul social umanist trebuie să fie, de aceea, și un intelectual cu grad ridicat de cultură generală, cu o conștiință socială și morală ridicată, cu trăsături de personalitate precum adaptabilitate, flexibilitate și deschidere la nou, multiculturalitate, cu o pregătire științifică, filosofică și profesională foarte riguroasă. Modelul de intervenție are obiective de autonomizare psihosocială a persoanei post AVC. Modelul propus presupune acordarea de priorități identificării resurselor personale, spirituale de reabilitare. Obiectivele cuprind cu precădere dezvoltarea personală, integrarea socială, responsabilizare bolnavului față de sănătatea personală.

Educația „culturală” reprezintă, fără îndoială, o mare provocare pentru sistemul de pregătire a personalului pentru o reabilitare umanistă. Angajații cu personalitate complexă, dezvoltată spiritual, moral, intelectual și cultural vor transmite și vor stimula dezvoltarea trăsăturilor spirituale și la asistați, transmițând de fapt energie pozitivă, calități estetice, ludice, intelectuale, spirituale, contribuind astfel, în mai mare măsură, la dezvoltarea lor personală, creșterea stimei de sine, a conștiinței sociale, a capacității de inițiativă și a autonomiei sociale, conducând astfel spre îndeplinirea adevăratei misiuni a reabilitării psihosociale post AVC.

Pentru zona asistenței de reabilitare psihosocială este nespuse de relevantă sublinierea autorilor Rod Plotnik, că fiecare individ deține capacitatea potențială individuală de a se ridica din punct de vedere uman, social și spiritual, totul depinde însă de activismul său intern și voința de schimbare sau împlinire, auto-împlinire.

Bineînțeles, că ne dorim, întru beneficiul persoanelor cu AVC, să implementăm un model umanist de reabilitare. Caracteristicile unui model umanist de reabilitare psihosocială post AVC, are principalele dimensiuni:

- Clientul implicat în activități social psihologice de reabilitare, este o personalitate, o individualitate existențială concretă, un suflet, un simplu element al unei entități sociale sau un nume într-un dosar.
- Fiecare persoană dispune în mod constituțional de capacitățile elementare de dezvoltare personală și socială, de integrare socială eficientă. În general, ea este reprezentată în viziunea orientărilor terapeutice umaniste ca o resursă în sine de dezvoltare personală și integrare socială prin însăși condiția și funcția personalității. În activitatea și îngrijirea persoanelor cu dizabilități post AVC, psihologul trebuie să-i perceapă și reprezinte în primul rând ca resursă și actor principal al propriei recuperări sociale, psihologice și deloc ca „inapți”, „incapabili”, „neadaptați”. Aplicarea principiilor orientărilor „pozitive” mai

ales în zona psihoterapiei, conduce, la definiția unui client activ, determinat, orientat conștient către propria reabilitate.

Limitarea definiției subiectului la nevoile de bază și construcția epistemologic-metodologică, în scop de intervenție sau asistență, a subiectului cu dizabilități post AVC, constituie nu doar o eroare profesională dar și morală, încălcând principiile și valorile de bază ale ideii de demnitate umană și principiile privind constituția culturală, morală și spirituală a ființei umane în general.

- Principiul asistenței umaniste percepe și definește clientul nu ca pe un pacient ci ca pe o persoană demnă, cu toate drepturile sociale, morale și psihologic-acționale, cu abilitatea naturală de a se ridica din situația în care se află temporar. Rolul serviciilor psihosociale este acela de a conferi acestuia cadrul de a-și valoriza în mod demn potențialitățile. Părțile se situează pe poziții de egalitate în ceea ce privește demnitatea și drepturile fundamentale.
- Persoana este un ansamblu unitar, unic dar și aflat într-un proces continuu de schimbare, de unificare a experienței și reflectare a ei în voință, conștiință și ansamblul personalității. Abordarea umanistă solicită activismul epistemologic și axiologic al clientului, creșterea încrederii în forțele și abilitățile proprii de părăsire a sistemului de reabilitare.

Modelul se axează pe abordările psihologice ale normalității, care presupune că:

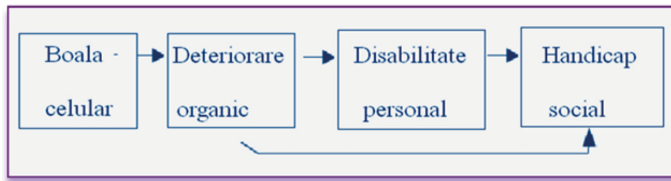
- persoanei îi sunt satisfăcute principalele nevoi psihologice (afective, epistemologice, relaționale, spirituale);
- persoana se simte utilă, valorizată, importantă, energetică;
- sunt satisfăcute nevoile contingente, cele de dezvoltare optimă și funcțională, cu perspectivă efectivă de integrare și realizare socială;
- persoana are o stimă de sine adecvată, are o perspectivă optimistă de realizare a obiectivelor personale;
- persoana locuiește, muncește în locații și medii sociale care favorizează sentimentele pozitive, se simte împlinit personal și profesional;
- în economia internă, a trăirilor predomină emoțiile pozitive cu privire la sine, mediu, persoane, viață, viitor.

Modelul de reabilitare psihosocială este identificat cu o serie de alte modele precum dezvoltarea psihică, creștere, adaptare etc., implicând în sine aspecte ca:

- Creșterea gradului de cunoaștere de sine, stimă de sine (Maslow);
- Maximizarea și valorificarea potențialului intern de dezvoltare, optimizare, eficientizare personală și socială (C. Rogers) [397];
- Instituirea stării de bine psihologic-emoțional, satisfacție, stare de bine, hedonism (Seligman) [411];

- Dezvoltare socio-emoțională, controlul emoțiilor, dezvoltarea inteligenței emoționale (Erikson) [247];
- Auto-cunoaștere, realism și echilibru;
- Dezvoltarea voinței, rezistenței la eșec și frustrare;
- Dezvoltarea speranței și orientare spre viitor;
- Atitudine pozitivă, optimism, gândire activă;
- Educație estetică;
- Valorificare maximală a aptitudinilor;
- Dezvoltare profesională;
- Dezvoltare interpersonală;
- Depășirea crizelor, diminuarea neliniștilor existențiale;
- Maturizare a personalității, adaptabilitate.

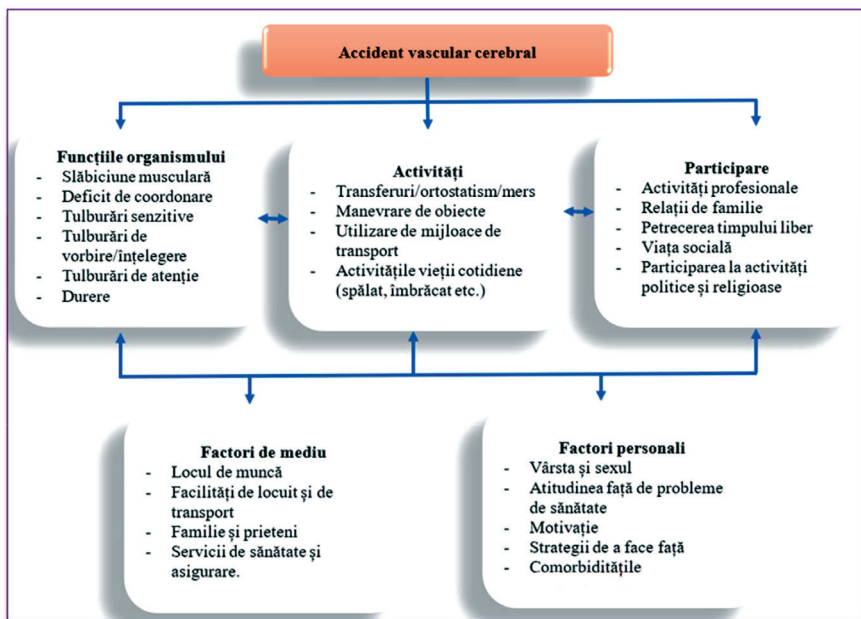
Elaborarea unui model de reabilitare psihosocială are nevoie de compararea cu multe alte modele probate în acest proces. Astfel, pe parcursul timpului, s-au schimbat mai multe modele de reabilitare. Modelul „Disfuncție–Invaliditate–Handicap” (Figura 2.1) este fundamentat pe clasificarea dizabilității, deteriorării și handicapului.



**Figura 2.1. Modelul „Disfuncție–Invaliditate–Handicap”**

Organizația Mondială a Sănătății a propus Clasificarea internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății în 2001 (CIF). Aceasta a avut o importanță fundamentală pentru o mai bună analiză a consecințelor bolilor și pentru practica reabilitării. Evaluarea impactului bolii asupra unui individ diferă când este privit din perspectivă medicală sau de reabilitare. Din punct de vedere al bolii, capacitatea de funcționare, dizabilitatea și sănătatea persoanei sunt privite – întâi de toate – drept consecințe sau impact al unei boli sau a unei stări de sănătate. Intervențiile sunt orientate spre procesul bolii, iar scopul final al acestor intervenții este de a evita consecințele asupra individului. Pentru a evalua rezultatele intervenției relevante pentru persoana respectivă, atât gradul de funcționare cât și sănătatea trebuie măsurate. Din perspectiva reabilitării, funcționarea și sănătatea persoanei este privită ca fiind asociată cu, și nu doar o consecință a stării de sănătate și bolii. În plus, funcționarea nu reprezintă doar un rezultat, ci și punctul de pornire a evaluării clinice și al intervenției, ceea ce este de asemenea important pentru managementul calității.

Mai mult, funcționarea trebuie percepută ca interacționând strâns atât cu caracteristicile persoanei cât și cu mediul. Astfel procesul de reabilitare țin-tește funcționarea, mediul și factorii personali care se pot schimba. În conse-cință, reabilitarea începe cu o înțelegere profundă a factorilor care determină funcționarea și interacțiunea acestora cu factorii personali și de mediu indife-rent de acțiune. Componentele modelului bio-psiho-social al funcționării și dizabilității, cu aplicare la persoanele post AVC, precum și înțelegerea inter-acțiunilor dintre acestea pot fi observate în *Figura 2.2.*



*Figura 2.2.* Modelul Reabilitării în cadrul Funcționalității, Dizabilității și Sănătății

Modelul bio-psiho-social de îngrijire a persoanelor post AVC se concentrează pe funcția unei persoane într-un plan individualizat și este asigurat de o echipă de furnizori de servicii medico-psiho-sociale – echipa multidisciplinară. Este clar că fiecare individ are factori psihologici și sociali unici, ce influențează impactul pe care o anumită boală îl are asupra capacității lui de a funcționa. Modelul abordării în echipă este prezentat în *Figura 2.3.*

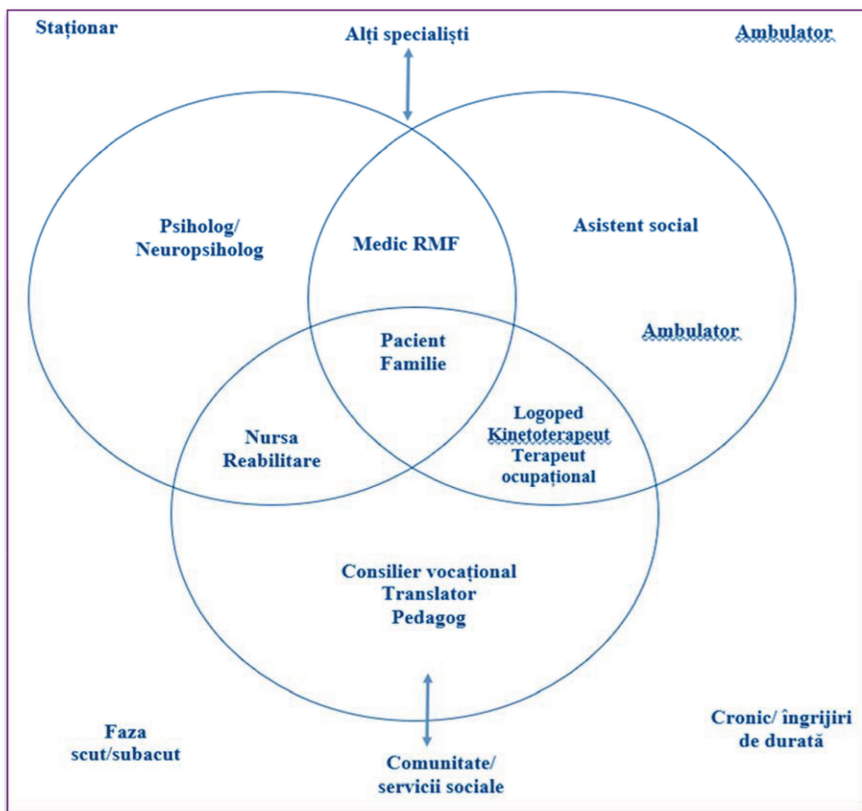
După cum se poate urmări, modelele au în centru persoana și procesul de reabilitare.

Într-o altă figură prezentăm Modelul procesului de reabilitare, abordarea pe sisteme (*Figura 2.4*). Săgețile duble merg de la centrul modelului (care este persoana și procesul de reabilitare) spre cei trei factori de fundal perso-



nal. Aceștia sunt factori unici pentru individ și influențează răspunsul acestuia la o anumită situație sau stres. Este vorba de:

(1) *factori organici*, inerenți individului, precum genetica, ori istoria familială;



**Figura 2.3. Modelul abordării în echipă**

(2) *factori psihosociali*, incluzând stiluri de viață, sisteme de credință, stiluri de personalitate sau influențe culturale;

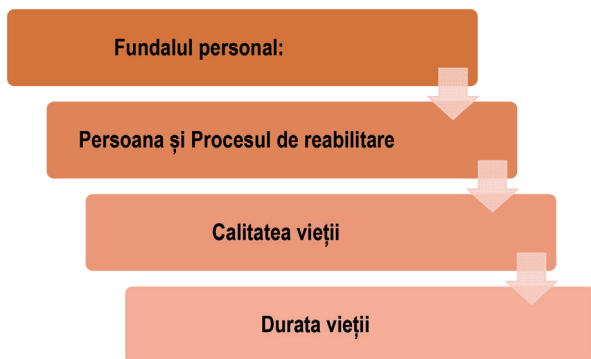
(3) *factori de mediu*, subsumând mediul fizic, veniturile pacientului, accesul acestuia la îngrijiri medicale, la transport, sau la resurse educaționale. Săgeți duble mai există între centrul modelului (*persoana și procesul de reabilitare*) și *calitatea vieții*. Factorii ce o influențează sunt numiți *factori de supraviețuire*, respectiv factori de *productivitate*, ori de *relații sociale și de muncă*. De această dată, este vorba despre:

(1) *probleme ale supraviețuirii*, ce includ menținerea sănătății și prevenirea complicațiilor medicale suplimentare, dacă nu inutile;

(2) *probleme ale productivității*, subsumând participarea semnificativă a pacientului la viața socială, prin adaptarea la locul de muncă, educație și recreere;

(3) *relațiile sociale și de muncă*, acoperind abilitatea de a dezvolta și de a menține relații.

În cele din urmă, consistența întregului model este efectul ciclului de viață asupra dizabilității. În mod clar, noul model explicativ atinge obiectivele propuse, de a fi neliniar, de a ilustra complexitatea handicapului și în egală măsură complexitatea procesului de reabilitare.



**Figura 2.4. Procesul de reabilitare – abordarea pe sisteme**

Prezintă interes modelele procesului de reabilitare în baza activismului persoanei. Doar este știut, că toți bolnavii, care au suportat leziuni cerebrale grave (inclusiv AVC), au nevoie de suport recuperator în timp. Rezumând ideile reabilitării, se ajunge la desemnarea modelelor reabilitării în baza activismului bolnavului post AVC. Ele includ patru metode: reabilitare specifică, generală, personală, neuropsihologică.

*Modelul specific* se caracterizează printr-o acțiune selectivă asupra funcțiilor dereglate, când în mare parte, se acceptă admiterea teoretică a faptului că bolnavul reprezintă, în mod relativ, o sumă simplă a capacităților vorbirii, mișcării, gândirii ș.a. Respectiv reabilitarea este orientată, în mod *specific*, asupra funcției „dereglate” și se desfășoară sub forma gimnasticii, masajului, reflexoterapiei ș.a.

*Modelul general* presupune o acțiune amplă asupra bolnavului în toate direcțiile reabilitării. Acest tip de reabilitare se întâlnește în centre specializate de reabilitare, dar și în sanatorii și proficatorii. Modelul dat se prezintă ca unul *complex*, în esență – unul *specific*. Cu toate acestea, succesul psihologic al modelului dat se atinge pe seama activizării tuturor posibilităților bolnavului în perioada subacută și cea tardivă a restabilirii.

*Modelul personal* prevede impactul asupra laturii personale a bolnavului, dar și formarea amplasărilor obiectivelor asupra însănătoșirii eficiente (în special, prin metodele psihoterapiei raționale). În comunitatea psihologică modernă, noi putem vedea marșul învingător al diferitor versiuni ale unei psihoterapii orientate personal, umaniste, în care omul devine valoarea supremă, iar scopul devine schimbarea atitudinii față de ea. Sensul interacțiunii cu bolnavul devine, nu nemijlocit, boala, dar personalitatea în toată multitudinea manifestărilor ei. Influența asupra laturii motivaționale, dictate de necesități a personalității bolnavului, într-adevăr este capabil să declanșeze un efect de reabilitare bruscă: activitățile de tratament, în multe cazuri, pot fi incapabile, pe când „sprijinul” pe personalitatea bolnavului este în stare să facă minuni.

Un exemplu de sinteză al *modelului general-total* se consideră reabilitarea bolnavilor cu focare de AVC, propusă de О.Г. Коган, В.Л. Найдин [138]. Acești autori consideră că „reabilitarea bolnavilor cu boli cerebro-vasculare constituie o îmbinare a activităților medicale, psihologice, sociale, cuprinzând toate perioadele decurgerii procesului cerebrovascular și diferitele sale forme clinice, care stipulează de rând cu tratamentul de reabilitare, măsurile de prevenire a complicațiilor și a recidivelor” [138].

*Modelul reabilitării neuropsihologice a bolnavilor*, elaborat de Л.С. Цветкова [160], presupune, nu pur și simplu o reabilitare în sensul deplin al acestui cuvânt, ca „reabilitare a capacităților pierdute”, dar organizarea unei veritabile dezvoltări a bolnavului în condiții de viață noi pentru el. Într-adevăr, pentru fiecare om, leziunile cerebrale, în cazul oricărui deznodământ al perioadei acute, pot constitui schimbări cardinale ale cursului vieții sale. Bolnavul nu trebuie să rămână pasiv față de derularea tratamentului și al restabilirii. Nu se discută faptul ca el să se alinieze cunoștințelor medicului sau asistentului, dar atât orientarea bolnavului în maladia sa, cunoașterea mijloacelor de însănătoșire (farmacologice, fizioterapeutice, kinetoterapice, psihologice ș.a.), cât și organizarea propriei activități independente de restabilire – constituie obiective actuale, dar și posibile.

Obiectivele acestui model, Л.С. Цветкова le caracterizează ca „restabilirea funcțiilor psihice tulburate” (nicidecum adaptare la defect) și ca „depășire a schimbărilor personalității bolnavului, a reacțiilor negative”. Soluționarea lor se obține prin intermediul instruirii de restabilire [161].

După cum demonstrează un șir de cercetări, starea de neliniște, simțită de om în situația de incertitudine și instabilitate, este asociată cu factorul temporal, care luat în considerație, permite a ieși la nivelul de creare a măsurilor și metodelor concrete, pentru a acorda ajutor psihologic omului. Astfel, activismul suprasituativ poate să exprime prin punerea „suprasarcinii”, pentru a cărei rezolvare este nevoie de un timp determinat, când este nevoie,

consecvent, de rezolvat câteva sarcini. „A se situa deasupra situației”, a da alt sens importanței ei, adică a preciza ierarhia consecutivității în rezolvarea sarcinilor legate de comportament, repartizându-le din nou după importanța lor în timp, înseamnă calea efectivă de a scoate starea de neliniște și formarea metodelor adecvate de a o depăși [aceiași sursă, p.35]. Mijloacele unui asemenea tip pot să se afle atât în interiorul subiectului însuși, cât și în anturajul său (medical sau al rudelor), dar se mai pot desfășura în contextul reabilitării psihologice. Modelul reabilitării psihologice indiscutabil, trebuie să cumuleze modelul personal al reabilitării [160], având în vedere influența asupra întregii activități a bolnavului.

Așadar, calea generală și individuală a reabilitării bolnavului cu leziuni cerebrale post AVC poate fi construită numai cu evidența obligatorie a unui fundament psihologic în domeniul reabilitării, cum ar fi personalitatea premorbidă. Reabilitarea psihologică, în acest mod, înseamnă o artă adevărată a sintezei posibilităților concrete ale subiectului concret în condiții concrete ale boii sale.

În baza comparării diferitor modele de eficientizare a procesului de reabilitare a persoanelor post AVC, am elaborat un model complex care antrenează elemente ale unui sistem cu: scopuri și obiective, principii, acțiuni, resurse psihosociale, moduri de organizare a activității, evaluarea realizării activității, modalități de reglare, resurse umane și materiale etc. Valorificarea de eficientizare a reabilitării ca sistem vizează mai multe etape, acțiuni, are dimensiuni normativ valorice și instrumental metodologice etc. În sens teoretic conceptual, orice acțiune prevăzută de model trebuie să includă:

- abordarea sistemică a modelului pentru creșterea eficienței reabilitării;
- documentarea și elaborarea conceptuală, cercetarea reflexivă și aplicativă;
- afirmarea creativă;
- stabilirea obiectivelor/competențelor;
- organizarea acțiunilor;
- elaborarea strategiei și proiectarea metodologiei;
- conducerea;
- îndrumarea realizării;
- proiectarea intervențiilor;
- finalizarea acțiunii;
- implementarea;
- evaluarea rezultatelor prin diferite metode și instrumente;
- monitorizarea procesului de dezvoltare.

Modelul include mai multe dimensiuni:

*Dimensiunea conceptual-teoretică a reabilitării se axează pe teorii fundamentale ale diferitor științe. Referindu-ne la problema asistenței de reabilitare psihologică și socială a persoanelor post AVC, se prezintă ca prioritate,*

determinarea bazelor teoretice ale reabilitării psihosociale cu componentele ei integre – teoriile fundamentale pentru dezvoltarea reabilitării. Se definește reabilitarea din perspectiva teoriilor fundamentale filosofice, fiziologice, sociale, psihologice, precum și a unor aspecte ca misiunea acesteia, sursele, modelele, valorile, orientările practice specifice. Punem în prim plan teoriile de la care se alimentează reabilitarea, în principal, acestea fiind:

- filosofia (omului, a ființei umane, a persoanei) prin atribute precum: libertate, responsabilitate, autodeterminare, demnitate, fericire, creativitate, unicitate etc.; științele sociale, legate de filosofie, precum: psihologia, sociologia, pedagogia;
- teoriile filosofiei umaniste, sociologiei umaniste, psihologiei umaniste: teoria dezvoltării psihosociale a persoanei, teoriile personalității umaniste, teoriile filosofice structuraliste și structuralist-funcționaliste, teoria empatiei, teoria fericirii, teoria atașamentului, teoria acțiunii, teoria participării;
- teorii psihologice fundamentale: teoriile personalității, teorii ale emoțiilor, teorii ale crizelor, teoria conflictelor specifice, teoria stresului, teoria cognitivă, teoriile dezvoltării personale, teoria montării subiectului, teoriile neuropsihologice, teoriile psihofiziologice, teoriile psihoterapiei (cognitive, cognitiv-comportamentale ș.a.).

Prin model, conceptual, reabilitarea este privită ca un sistem complex de influențe asupra schimbărilor calității vieții persoanelor post AVC cu ajutorul metodelor speciale, care orientează apelul către personalitatea acestuia și către grupul social – terapeutic format întru susținerea lor, fiind direcționată mai întâi de toate spre responsabilizarea funcțiilor psihice superioare, spre rezolvarea problemelor care ar permite atingerea scopului final – reabilitarea statutului personal și social, întoarcerea în mediu social normal, la activitatea de muncă și incluziunea în societate. Aceste rezultate pot fi atinse prin aplicarea unui program complex de asistență medicală, psihologică, socială, care stimulează potențialul funcțional al pacientului, astfel încât acesta să ajungă la un nivel de activitate socio-profesională satisfăcător pentru categoria sa de vârstă, sex și pregătire. Definim reabilitarea drept un „set de măsuri care să asiste indivizii ce se confruntă, sau se pot confrunta, cu dizabilități, pentru a atinge și a menține o funcționare optimă în interacțiunea cu mediul lor”. Precum și „utilizarea tuturor mijloacelor menite să reducă impactul condițiilor de invaliditate și handicap și să permită persoanelor cu dizabilități să obțină o integrare socială optimă” (OMS). Scopul reabilitării constă în minimizarea infirmității, creșterea gradului de independență funcțională, prevenirea recurențelor și a complicațiilor, integrarea socială, creșterea calității vieții.

Modelul se axează pe *principii* de reabilitare: inițiere timpurie, continuitate, etape – nivele, complexitate – abordare multidisciplinară, centrată

pe pacient (conștientizat de către pacient și membrii familiei și participării active). *Criteriile* reabilitării se prezintă: SMART: S – specific, M – măsurabil, A – atins, R – realist, T – timp util (în care poate fi realizat). Sunt determinate *funcțiile* reabilitării prin utilizarea tuturor mijloacelor menite să reducă impactul condițiilor de invaliditate și handicap și să permită persoanelor cu dizabilități să obțină o integrare socială optimă. *Conținuturile* reabilitării includ evaluare/apreciere, stabilirea obiectivelor programului de intervenție, tehnici și metode, priorități de lucru, durata programului, eficiența programului aplicat, necesitatea modificărilor programului de intervenție. *Indicatori* ai reabilitării sunt funcționare fizică, cognitivă, comportamentală, adaptare, calitatea vieții, modificarea factorilor personali și de mediu.

Premise teoretice ale reabilitării:

- *Perspectiva epistemologică a reabilitării*, care constă în cunoașterea științifică a reabilitării umane în cadrul diferitelor științe (medicale, fiziologice, psihologice, sociale);
- *Paradigmele actuale ale reabilitării: reguli, norme și metode de cercetare* folosite în procesul de cercetare a reabilitării; realizări științifice și exemple concrete de soluții ale reabilitării persoanelor post AVC;
- *Concepții moderne de intervenție de reabilitare*: timpul – înseamnă creier; reabilitare centrată pe client; complexitate – abordare multidisciplinară; principiu SMART; reabilitare – educare, învățare, reînvățare.
- *Cadrul teoretic ideologic*:
  - 1) Cartea Albă a specialității de medicină fizică și reabilitare în Europa – document legislativ al specialității de reabilitare;
  - 2) Raport Mondial privind dizabilitatea – OMS;
  - 3) Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (OMS);
  - 4) Modelul CIF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) – instrument statistic, de cercetare, de investigație clinică, de politică, de educație;
  - 5) Modelul abordării în echipă;
  - 6) Modelul reabilitării (1980) Disfuncție–Invaliditate–Handicap;
  - 7) Modelul integrat și multiprofiluri – tendințele internaționale actuale și recomandările OMS;
  - 8) Modelul îngrijirilor de lungă durată.

Pentru o reabilitare eficientă de calitate, furnizarea serviciilor de reabilitare trebuie să se petreacă în condiții cât mai bune, să fie disponibile (*acces*), furnizate în cel mai scurt timp (*promptitudine*) și în mod corect (*acuratețe tehnică*), reducând la minimum riscurile privind siguranța. Sunt implicate totodată abilitățile și eforturile susținute ale profesioniștilor și coordonarea echipei de reabilitare. Vorbim de calitate în reabilitare atunci când structu-

rile implicate în aceste servicii generează o îmbunătățire continuă a funcționării, sănătății și calității vieții persoanelor, dincolo de orice îmbunătățiri care s-ar obține prin îngrijirea non-profesională.

*Dimensiunea organizațional – regulatorie a reabilitării și structurile implicate:*

- Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale (MSMPS);
- Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CNDDCM);
- Direcțiile specializate în asistență socială (DAS);
- Servicii de reabilitare pe trei nivele (SRN): Nivel 1 (N<sub>1</sub>) – comunitate (local). Echipe locale (raionale) nespecializate de reabilitare acordă suport general multi-profesional de reabilitare și terapie; Nivel 2 (N<sub>2</sub>) – regional (zonal). Servicii de reabilitare specializată inter-raională/regională, conduse de un specialist instruit și acreditat în reabilitare, care să lucreze atât în spital cât și în instituții comunitare. Echipa multidisciplinară specializată de reabilitare oferă recomandări și sprijin pentru echipele locale generale de reabilitare; Nivel 3 (N<sub>3</sub>) – național. Servicii terțiare complexe de reabilitare specializată de complexitatea înaltă, în centre separate sau cu multiple profiluri de reabilitare specializată pentru populație.
- Instituții de reabilitare (IR): staționar, spital de zi, asistență primară (ambulatoriu), domiciliu, stațiuni balneare și sanatorii, instituții de îngrijiri de lungă durată;
- Catedra (de Reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”) (CRMMFTM);
- Societatea Specialiștilor în Reabilitare Medicală și Medicină Fizică din Republica Moldova (SSRMMFRM);
- Administrația publică locală (APL).

Reabilitarea persoanelor are ca deziderat principal furnizarea de servicii complexe de calitate, ceea ce implică o varietate de *resurse* umane, materiale și financiare. Insuficiența sau lipsa unora dintre aceste resurse va avea ca rezultat diminuarea calității îngrijirilor de reabilitare, cu repercusiuni asupra stării de sănătate a pacienților. În domeniul reabilitării post AVC, pacienții au patologii complexe care necesită tratamente de lungă durată, echipe de specialiști formate din medici de recuperare și alte categorii profesionale (kinetoterapeuți, ergoterapeuți, fizioterapeuți, asistenți medicali, logopezi, psihologi etc.) și de aparatură specializată. Pentru eficientizarea reabilitării se propune creșterea implicării pacientului în acest proces. Persoanele care folosesc servicii de reabilitare au nevoi diferite și pot selecta ca rezultate abilitățile cognitive și de comunicare mai mult decât abilitățile fizice, deși se acordă o importanță mai mare rezultatelor fizice. Stimularea voinței și a sti-



mei de sine, stimularea motivațională și creșterea E-ului, ședințe de comunicare, sondaje privind nevoile pacienților și îmbunătățirea furnizării de informații educaționale, sunt o parte de măsuri de implicare activă a pacientului în propria reabilitare. Activitatea echipei terapeutice multidisciplinare are ca misiune organizarea, administrarea, aplicarea și evaluarea programului de reabilitare a bolnavilor. Echipa multidisciplinară include pacientul și membrii familiei, medic reabilitolog, kinezoterapeut, psiholog clinician, logoped, terapeuți ocupaționali, asistenți medicali, ergoterapeuți, asistent social, jurist, la necesitate fiind cooptați și alți specialiști – nutriționist, psihiatru, ortoped etc.

Pentru a îmbunătăți calitatea programelor de reabilitare propunem implicarea interesată a membrilor familiei, folosind diferite metode de formare a membrilor familiei implicați în procesul de reabilitare, printre care eforturi pe comunicare cu medicii și specialiști în reabilitare, comunicarea și îngrijirile centrate pe pacient, care determină o satisfacție mai mare a pacientului și o complianță mai bună la tratamentul de reabilitare; informații despre starea persoanei bolnave și opțiunile de tratament, decizii cheie cu privire la tratamentul esențial, responsabilitatea pentru gestionarea procesului de îngrijire. Este nevoie de mai multe studii pentru a defini metodele și circumstanțele implicării adecvate a familiei în reabilitare, astfel încât satisfacția și rezultatele să fie îmbunătățite. Beneficiari de reabilitare sunt utilizatorii de servicii de reabilitare, persoanele post AVC și familiile acestora.

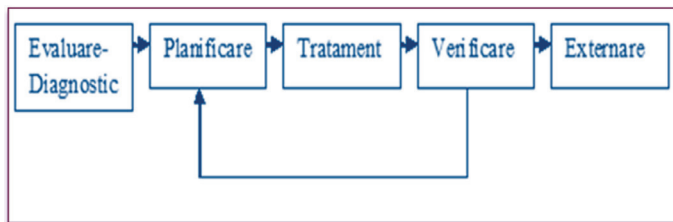
*Dimensiunea instrumental-metodologică a reabilitării* reprezintă politica de dezvoltare și de optimizare a reabilitării și cuprinde: *Estimarea politicilor*: revizuirea politicilor, sistemelor și serviciilor convenționale și pe cele specifice dizabilității pentru a identifica lipsurile și barierele și pentru a planifica acțiuni pentru a le depăși; *Strategii*: elaborarea unei strategii naționale referitor la dizabilitate, reabilitarea fiind considerată la nivel global – strategia de sănătate a secolului XXI; reglementarea furnizării de servicii prin introducerea standardelor de servicii și prin monitorizarea și impunerea respectării acestor servicii; *Plan de acțiune*: elaborarea unui plan de acțiune național referitor la dizabilitate, stabilind linii clare de responsabilitate și mecanisme de coordonare, monitorizare și raportare în toate sectoarele. Drept dimensiuni ale reabilitării le considerăm pe cele: medicale, psihologice, profesionale, social-economice, juridice, etice, estetice.

*Metodologia reabilitării:*

- a. Evaluare clinico-diagnostică a restantului funcțional;
- b. Evaluare psihodiagnostică: cognitiv, afectiv, personalitate, resurse personale, limbaj și comunicare, motivație, voință, stima de sine, calitate a vieții etc.
- c. Proiectarea intervenției de reabilitare;

- d. Implementarea intervenției de reabilitare: terapii cognitiv comportamentale; terapii educaționale; terapii de relaxare; terapii dezvoltare personală; terapii de sugestie; meloterapii, ergoterapii, terapii ocupaționale; terapii psiho-sociale; terapii de suport familiei etc.
- e. Elaborarea/optimizarea reabilitării;
- f. Reevaluarea psihofuncțională;
- g. Monitorizarea reabilitării.

Deoarece unul dintre obiectivele importante ale recuperării medicale este de a îmbunătăți starea funcțională a pacienților, sunt necesare *metode sigure și valide de efectuare a evaluării funcționale*. Evaluarea calității și măsurarea rezultatelor serviciilor de recuperare oferă o imagine asupra modului în care acestea răspund nevoilor persoanelor cu diverse dizabilități. O recuperare de calitate este un câștig, atât pentru individ (îmbunătățirea funcționalității, creșterea independenței și a calității vieții), cât și pentru societate. Procesul de îngrijire clinică presupune evaluarea (diagnosticul și consemnarea stării de fapt), planificarea (care include și decizia), tratarea, verificarea (măsurarea rezultatului), urmate de o nouă evaluare cu scopul de a modifica, continua sau întrerupe tratamentul, ceea ce duce la o altă metodă de tratament sau, în cele din urmă, la externarea pacientului (Figura 2.5). Practica clinică implică toate aceste etape, inclusiv verificarea succesului oricărei secvențe anterioare de diagnostic–planificare–tratament. În acest sens, măsurarea rezultatelor clinice este intrinsecă și esențială pentru practica clinică. Eforturile pentru îmbunătățirea calității și a rezultatelor serviciilor de recuperare abordează toate elementele acestui ciclu de bază.



**Figura 2.5. Ciclul procesului de management al reabilitării clinice**

*Evaluarea psihologică* este o componentă esențială a managementului reabilitării persoanelor post AVC. Informațiile obținute de la instrumentele de evaluare, furnizează date despre tipul și severitatea dizabilităților la un anumit moment, astfel fiind stabilite obiectivele terapeutice și monitorizarea evoluției bolii, măsurând în același timp modificările clinice care pot să apară. Utilizarea predictivă a instrumentelor de evaluare psihologică oferă criterii obiective pentru planificarea tratamentului și evaluarea obiectivelor stabilite. Diagnosticul, pregătirea și evaluarea au rolul de a adapta interven-

țiile la condițiile pacientului și de a echilibra beneficiile posibile în contrast cu riscurile posibile.

Metoda clasică, orientată pe rezultate, presupune evaluarea de rutină a rezultatelor dimoduri: „rezultat al vieții”, în sensul general de refacere a rolului și a calității vieții; „calitatea vieții asociată stării de sănătate” și „rezultatele îngrijirilor” sau „rezultatele recuperării”. Deși reabilitarea îmbunătățește aspecte ale calității vieții persoanelor, nu se poate afirma că poate produce în mod obișnuit îmbunătățiri foarte mari în viața pacientului.

Direcții de evaluare psihodiagnostică: cogniție, afectivitate, personalitate, resurse personale, stima de sine, motivație, voință, activism comportamental, calitate a vieții etc.

*Proiectarea intervenției de reabilitare*, pentru reabilitarea persoanelor post AVC cu probleme complexe și cu condiții personale diferite, calitatea asistenței de reabilitare implică proiectarea și un anumit grad de adaptare a planului de recuperare la individ. În acest caz, implicarea pacientului este deosebit de importantă, deoarece implicarea motivațiilor persoanei este esențială pentru succesul terapiilor.

*Implementarea unui proiect de reabilitare*, presupune asigurarea calității și îmbunătățirea calității sistematice în reabilitare, cu implementarea unor procese care folosesc metode științifice noi în elaborarea unui plan de intervenție, colectarea datelor referitoare la problemele sistemului și ale pacienților, acționând pentru îmbunătățirea proceselor, verificarea rezultatelor și reevaluarea în mod regulat. Reabilitare eficientă presupune implementarea standardizată a unor terapii cu un raport risc/beneficiu favorabil. Pentru o reabilitare de calitate e nevoie de alegerea unei intervenții terapeutice specifice care abordează în mod optim deficiențele funcționale și limitarea activității pacientului. În cele mai multe cazuri metodele psihoterapeutice folosite la persoanele post AVC sunt în deosebi: cele de intervenție educațională, cele cognitiv-comportamentale, cele de grup, cele de consiliere, de relaxare, de sugestie, dezvoltare personală, meloterapie, ergoterapii, terapii ocupaționale etc. La acestea pot fi adăugate și intervențiile psiho-sociale dar și psihoterapia de suport atât pentru familia pacientului cât și pentru echipa de reabilitare.

*Elaborarea/optimizarea reabilitării*. Conform OMS, normele sociale sunt definite prin șase roluri cheie: orientare, independență fizică, mobilitate, profesie, integrare socială și independență economică. Pentru a îndeplini aceste roluri sociale, individul folosește o varietate de abilități funcționale care duc la comportamente complexe și la îndeplinirea sarcinilor. Elaborarea sistematică de noi programe de intervenție de reabilitare, sporește optimizarea funcțională generală a persoanei în proces de reabilitare și este o componentă esențială a managementului reabilitării.

*Reevaluarea psihofuncțională*, un alt model folosit în serviciile de reabilitare, constituie evaluarea programului de recuperare și măsurile de monito-

rizare a rezultatelor. Sistemele de reevaluare au fost concepute pentru a oferi o imagine de ansamblu asupra rezultatelor programului, iar *monitorizarea rezultatelor programelor de reabilitare* este parte componentă a bazelor conceptuale ale evaluării funcționale, furnizate de modelele de dizabilitate propuse de Nagi și Wood [138] pentru Organizația Mondială a Sănătății (OMS) [454; 493] și Centrul Național de Cercetare în Reabilitare Medicală (CNCRM) [479]. Modelul CNCRM-ului are rolul de a facilita eforturile de cercetare prin care se investighează modul în care persoanele cu dizabilități ar putea interacționa cu programul de recuperare în scopul obținerii unei adaptări cât mai bune la mediul înconjurător.

*Reabilitarea personalității la nivel biologic, psihologic, social, spiritual*, personalitatea este un determinant critic în reabilitarea și adaptarea persoanelor post AVC, reprezentând punctul central în jurul căruia se organizează celelalte variabile ale modelelor de adaptare, socializare, incluziune. Numai o abordare integrată a procesului de reabilitare, poate schimba o personalitate și să formeze o gândire sănătoasă în ea, datorită efectului complex al reabilitării și al modului de lucru profund cu subconștientul și modul de a gândi al bolnavului. Acestea sunt *măsuri medicale, psihologice, sociale și educaționale* care contribuie la restabilirea, formarea sau corectarea normelor de comportament. Pacientul, interacționând cu profesioniștii (medici, reabilitologi, psihoterapeuți și psihologi), crește în plan spiritual, apar valori de viață, o nouă viziune asupra lumii și o regândire a valorilor vieții, are loc înnoirea motivației și reevaluarea în scopul aprecierii și identificării ulterioare a priorităților, precum și dezvoltarea calităților unei personalități.

Ca urmare a oferirii suportului la nivel biologic, social, psihologic, educațional și spiritual, persoanele în proces de reabilitare post AVC, își recâpătă sănătatea și personalitatea, acestea contribuind la o adaptare socială și o calitate a vieții mai favorabilă.

*Adaptare psihosocială*, în urma procesului de reabilitare, adaptarea poate fi abordată atât într-o manieră hedonistă, etalonul bunei adaptări fiind starea de bine asumată și asigurată la cote maxime, sau punându-se accent pe aspecte legate de competența, adaptarea reușită însemnând atingerea autoactualizării. În cazul prezent, avem de-a face cu o adaptare autoplasică, realizată prin modificarea organismului, dar mai ales cu o adaptare aloplastică, realizată prin modificarea activă a mediului înconjurător. Adaptarea se asociază cu programe de suport social, angajare, asigurarea cu locuri de muncă protejate, cu locuințe protejate și alte aspecte necesare pentru persoanele cu dizabilități și a familiilor acestora.

*Calitatea vieții*, menținerea maximal posibilă a sănătății, îmbunătățirea indicatorilor de sănătate, prevenirea și reducerea nivelului incapacității temporale și stabile de muncă, prin aplicarea coordonată și combinată de

măsurile în domeniul reabilitării: medical, clinic, funcțional, psihologic, social și pedagogic – reprezintă o reabilitare eficientă, reabilitarea personalității la nivel biologic, psihologic, social, spiritual, o adaptarea psihosocială favorabilă și îmbunătățirea calității a vieții.

Conceperea unui model de reabilitare este un proces managerial de creație bazat pe raportarea lui la: dinamica și necesitățile actuale, la perspectivele sistemului de sănătate, generate de evoluțiile societății și formulate în diverse documente de politici de sănătate, la tendințele actuale și la criteriile internaționale general acceptate în domeniul reformelor în sănătate. De aceea acestui aspect al cercetării i-am acordat o atenție deosebită. El, fiind atât de complex, are nevoie de valorificarea tuturor elementelor constituente. Varianta propusă este influențată de perspectivele conceptelor altor modele.

Modelul propus de noi (*Anexa 5*) vine drept răspuns la politicile de reabilitare, la imperativele noilor schimbări și este o metodologie de stabilire a ansamblului de acțiuni pentru accelerarea reabilitării la diferite etape ale maladiei. Acest model, după părerea noastră, este flexibil și susține conceptul înaintat, potrivit căruia elementele aflate în componența activității de reabilitare prezintă toate etapele de funcționare a acestuia, aflându-se în permanentă schimbare. Modelul reabilitării antrenează o mulțime de elemente caracteristice unui sistem managerial: scopuri și obiective; resurse umane; principii; moduri de organizare a activității; modalități de reglare. Totodată, el implică identificarea, precizarea, analiza, corelarea, ordonarea, operaționalizarea, derularea acțiunilor de realizare a obiectivelor reabilitării.

Dimensiunile prezentate în model sunt punctul de plecare în fundamentarea teoretică și praxiologică a reabilitării. Capacitatea acestora este diferită și, bineînțeles, implică acțiuni manageriale specifice. Dimensiunea teoretică se caracterizează prin cunoașterea ce vizează principalele concepte, teorii și modele de interpretare modernă a reabilitării, fundamentarea metodologiilor eficientizării impactului reabilitării asupra calității vieții, înțelegerea principalelor direcții de evoluție în domeniul sănătății, interpretarea dintr-o perspectivă teoretică a deciziilor, schimbărilor și transformărilor promovate în procesul reabilitării în ultimele decenii.

Condiție nu mai puțin valoroasă este dimensiunea practică ce vizează, pe de o parte, dobândirea abilităților specifice de integrare și adaptare a persoanelor, pe de altă parte, asigurarea optimizării și personalizarea procesului de reabilitare, concentrându-se pe personalitatea beneficiarilor reabilitării. Tratarea sistemică integră a modelului, perspectivele procesului, asigură posibilitatea de a raporta la nevoile sociale, de a structura conform paradigmei alese. Modelul de eficientizare a reabilitării propus mai este privit și din perspectiva structurilor, adică a structurilor de conducere la diferite niveluri. Modelarea reabilitării reprezintă un sistem de abordări fundamentale și specifice fenomenului dat.

Din perspectiva abordărilor fundamentale, în model se deduc reperele ce țin de dimensiunea teoretică centrată pe valori și personalitate, pe conceptul de sistem. Modelul este fundamentat transdisciplinar în contextul integrării demersurilor filozofice, manageriale, pedagogice, psihologice și sociale și se axează pe un sistem de principii generale și specifice, structurate pe dimensiuni ale paradigmei reabilitării, se bazează pe un ansamblu de factori interni și externi care determină evoluția procesului de reabilitare.

Propunem modelul de reabilitare cu un caracter tolerant și incluziv, oferind persoanelor posibilitatea de actualizare și dezvoltare a potențialului individual în conformitate cu preferințele lor particulare și valorificarea resurselor personale. Modelul este complex și include nu numai reabilitarea clinică, dar important că susține și conceptul de participare socială care necesită adaptarea mediului social la nevoile persoanelor post AVC pentru a elimina barierele sociale sau profesionale pentru participare. În modelul de eficientizare, reabilitarea se prezintă în mod specific ca fiind un proces de schimbare activă prin care o persoană cu AVC dobândește cunoștințele și abilitățile necesare pentru o funcționare optimă din punct de vedere fizic, psihologic și social. Conform modelului, reabilitarea psihosocială, construită pe pozițiile concepției cultural-istorice și ale teoriei activității, recunoaște rolul conducător, transformator al activității omului în formarea și restabilirea funcțiilor psihice superioare dereglate. Pentru reabilitarea psihosocială acest tablou se schimbă în unul contradictoriu: activismul subiectului însuși se află pe primul loc, urmând metodele de reabilitare, pe care persoana le poate însuși în decursul reabilitării și în sfârșit – metodele concrete de prelucrare a unor posibilități operaționale ale omului. Principiul activismului subiectului este considerat de către noi, fundamental în desfășurarea reabilitării psihosociale post AVC. Reabilitarea persoanelor post AVC trebuie să devină un sistem, în care creator de sistem devine principiul evidenței „situației sociale de însănătoșire”, iar reprezentantul acestei evidențe este psihologul, care desfășoară reabilitarea psihosocială.

Modelul de eficientizare a reabilitării are la bază conceptul cheie „client abordat și reprezentat în perspectiva umanistă”, iar principalele dimensiuni și caracteristici ale acestuia sunt reflectate în cele ce urmează. Modelul prezintă clientul (persoana post AVC) implicat în activitatea de reabilitare psihosocială, care este o personalitate, o individualitate existențială concretă și trebuie perceput și abordat ca unicitate psihologică, socială, ca problemă socială și situație de dificultate diferențiată, concretă și particulară. Clientul este reprezentat ca o resursă în sine de dezvoltare personală și integrare socială prin însăși condiția și funcția personalității, resursă și actor principal al propriei reabilitări sociale, psihologice sau morale. Reprezentarea persoanei presupune o abordare de tip holistic, unitar, respingând tendințele de

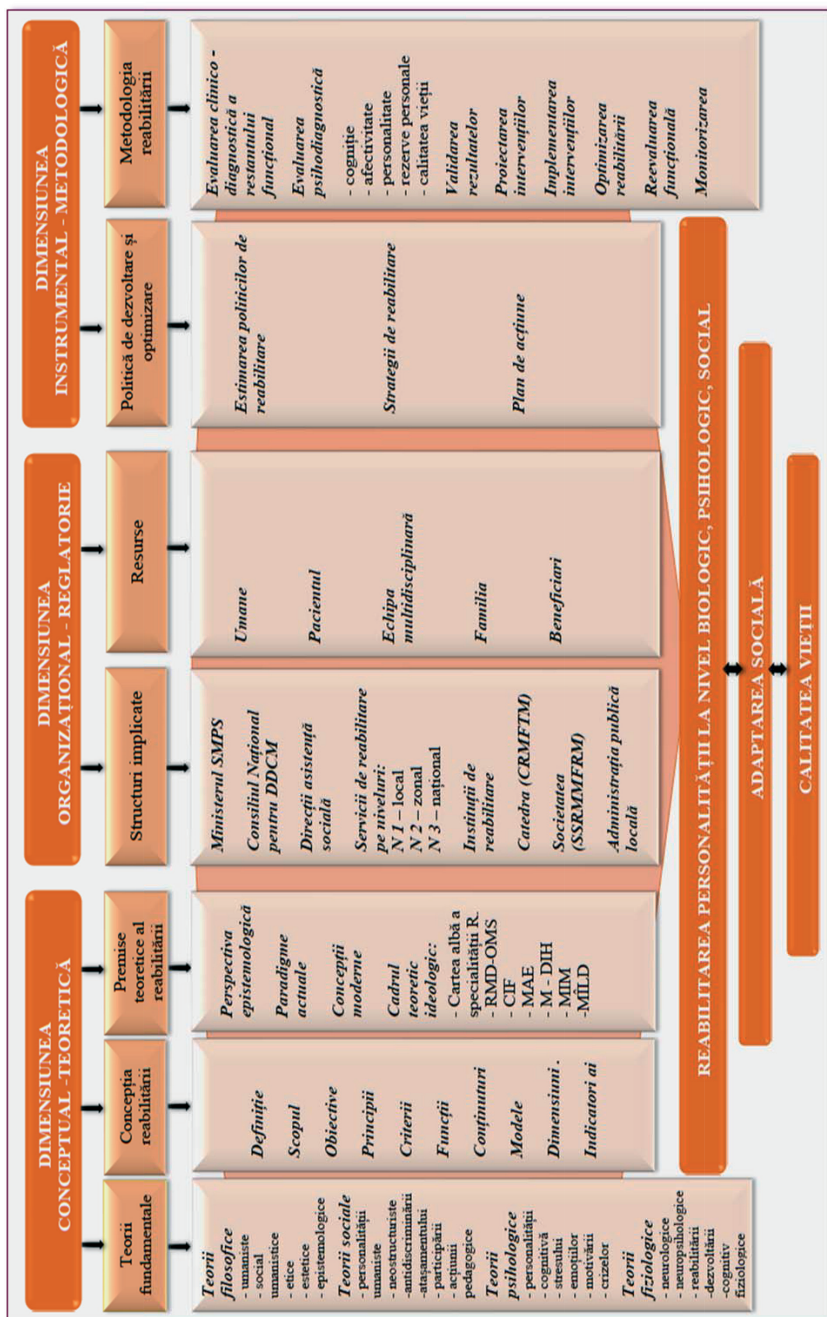


Figura 2.6. Modelul de eficientizare a reabilitării post accident vascular cerebral



disociere și definire secvențială. Conform viziunii holistice, persoana este un ansamblu unitar, unic dar și aflat într-un proces continuu de schimbare, de unificare a experienței și reflectare a ei în voință, conștiință și ansamblul personalității. Abordarea umanistă solicită activismul epistemologic și axiologic al clientului (persoanei post AVC), dezvoltarea conștiinței de sine, creșterea încrederii în forțele și abilitățile proprii de părăsire a sistemului de reabilitare.

## *Sinteza capitolului II*

Orice individ pentru a evita starea de dificultate ar trebui să beneficieze de un minim de condiții din punct de vedere biologic, psihologic-spiritual, economic și socio-cultural. Acestea fiind dimensiuni constituționale ale existenței omului, de care în politica reabilitării psihosociale trebuie să se țină cont [71]. Astfel, reabilitarea se concentrează pe latura social-economică și mai puțin pe cea psihologic-individuală. Interesul este focalizat pe ajutor și îngrijire (preponderent, fizică), aspectul spiritual, uman, afectiv, sufletesc fiind mult neglijat.

Concepția reabilitării persoanelor post AVC a luat în considerație că Organizația Internațională a Muncii (OIM), UNESCO și Organizația Mondială a Sănătății au elaborat un Document de poziție comună cu privire la reabilitarea bazată pe comunitate (RBC). Aceasta reprezintă o strategie din cadrul de dezvoltare generală a comunității pentru reabilitarea, îmbunătățirea calității vieții, egalizarea șanselor și incluziunea socială a tuturor persoanelor cu dizabilități.

Referindu-ne la problema asistenței de reabilitare psihologică și socială a persoanelor post AVC, observăm că ea a fost abordată mai frecvent în aspect metodologic și mai epizodic în privința stabilirii bazelor teoretice ale acestui proces. Astfel, la etapa actuală, se prezintă ca prioritate, determinarea bazelor teoretice ale reabilitării psihosociale a persoanelor post AVC cu componentele ei integre – teoriile fundamentale pentru dezvoltarea reabilitării, concepția reabilitării de succes, modelul teoretico-metodologic de eficientizare a reabilitării, resursele evaluării procesului de reabilitare. Nu se pot concepe teorii sau metodologii de reabilitare post AVC, cu toate aspectele și orientările ei, fără a se raporta la teoriile filosofică, fiziologică, socială, psihologică.

Este necesară definirea reabilitării din perspectiva filosofică a fenomenului, precum și a unor aspecte precum misiunea acesteia, sursele, modelele, valorile, orientările practice specifice. Punem în prim plan domeniile de la care se alimentează filosofic, teoretic și metodologic reabilitarea. În principal, acestea sunt filosofia omului și ființei umane, persoanei, prin atribute precum libertate, responsabilitate, autodetermi-

nare, demnitate, fericire, creativitate, unicitate etc., dar și principalele științe sociale puternic legate de filosofie precum psihologia, sociologia, pedagogia.

Esența este în reprezentarea problemei ca fenomen uman existențial prin vulnerabilitatea, reziliența situației de dificultate definite ca probleme socioumane și nu doar pur sociale. Obiect al evaluării și intervenției fiind, în această ordine de idei, suferința, nefericirea, neîmplinirea personală, eșecul, dramele personale, durerea, separarea, neadaptarea, singurătatea.

În baza comparării diferitor modele de eficientizare a procesului de reabilitare a persoanelor post AVC, am elaborat un model complex care antrenează elemente ale unui sistem cu: scopuri și obiective, principii, acțiuni, resurse psihosociale, moduri de organizare a activității, evaluarea realizării activității, modalități de reglare, resurse umane și materiale etc. Valorificarea de eficientizare a reabilitării ca sistem vizează mai multe etape, acțiuni, are dimensiuni normativ valorice și instrumental metodologice etc. În sens teoretic conceptual, orice acțiune prevăzută de model trebuie să includă: abordarea sistemică a modelului pentru creșterea eficienței reabilitării; documentarea și elaborarea conceptuală, cercetarea reflexivă și aplicativă; afirmarea creativă; stabilirea obiectivelor/competențelor; organizarea acțiunilor; elaborarea strategiei și proiectarea metodologiei; conducerea; îndrumarea realizării; proiectarea intervențiilor; finalizarea acțiunii; implementarea; evaluarea rezultatelor prin diferite metode și instrumente; monitorizarea procesului de dezvoltare.

Modelul de eficientizare a reabilitării are la bază conceptul cheie „client abordat și reprezentat în perspectiva umanistă”, iar principalele dimensiuni și caracteristici ale acestuia sunt reflectate în cele ce urmează. Modelul prezintă clientul (persoana post AVC) implicat în activitatea de reabilitare psihosocială, care este o personalitate, o individualitate existențială concretă și trebuie perceput și abordat ca unicitate psihologică, socială, ca problemă socială și situație de dificultate diferențiată, concretă și particulară. Clientul este reprezentat ca o resursă în sine de dezvoltare personală și integrare socială prin însăși condiția și funcția personalității, resursă și actor principal al propriei reabilitări sociale, psihologice sau morale. Reprezentarea persoanei presupune o abordare de tip holistic, unitar, respingând tendințele de disociere și definire secvențială.

### CAPITOLUL III.

## ROLUL FACTORILOR PSIHOSOCIALI ÎN EVOLUȚIA ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL

### 3.1. Factori demografici în evoluția accidentului vascular cerebral

Factorii care cresc riscul de accidente vasculare cerebrale sunt multipli. Aceștia se împart în factori care pot fi modificați prin tratament și schimbarea modului de viață și factori care nu pot fi modificați. Factorii care pot fi modificați sunt reprezentați de: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, nivelul sanguin crescut al colesterolului, fumatul de țigarete, consumul excesiv de alcool, obezitatea, sedentarismul, fibrilația atrială, infarctul miocardic acut, cardiomiopatii, valvulopatii cardiace, stările de hipercoagulabilitate sanguină, utilizarea anticoncepționalelor orale. Factorii care nu pot fi modificați sunt: vârsta, sexul, rasa, istoricul familial de evenimente cerebrovasculare, antecedente personale de evenimente cerebrovasculare [480].

Factorii demografici sunt prezenți la acțiunea multor combinații de influență și bineînțeles, uneori este imposibil să-i separăm și să-i delimităm anume pe ei. Conform opiniilor Leon et al, particularitățile psihosociale ale persoanelor sunt determinate de situația socio-culturală și politică a țării de origine, iar disfuncția psiho-socială este prezentă în evoluția bolilor. Aceste probleme includ depresia, furia, anxietatea, izolarea socială, bunăstarea subiectivă din punct de vedere psihologic, social și fizic și diverse alte variabile psiho-sociale [322]. Lett et al., sunt de părere că factorii psihosociale, demografici și comportamentali precum nivelul educațional, vârsta, genul, etnia și mediul corelează pozitiv cu calitatea vieții persoanelor. Unele studii observaționale au demonstrat existența unor asociații între tulburările psihosociale și riscul de evenimente vasculare inițiale sau recurente [329]. Dar totuși, în acest complex de factori bio-psiho-sociali, factorii demografici au o influență aparte, dar posibil nehotărâtoare. În urma analizei literaturii, demonstrăm ilustrativ (*Figura 3.1*) factorii cei mai frecvent întâlniți, care se implică în dezvoltarea accidentului vascular cerebral (AVC) [55; 57; 249].

Un număr mare de studii au luat în considerare rolul pe care caracteristicile socio-demografice (genul, vârsta, nivelul educației, venitul și, mai general, statutul socioeconomic) îl au în adaptarea persoanelor care suferă un atac vascular cerebral. Vârsta, sexul și caracteristicile ereditare sunt considerate determinanți de bază ai stării de sănătate, însă asupra lor indivizii au control redus [92; 491].

În același timp, după cum menționează unii autori, deși *moștenirea genetică* are un rol important în predispoziția pentru anumite probleme de sănătate, factorii sociali sunt esențiali în păstrarea și îngrijirea sănătății. Poziția

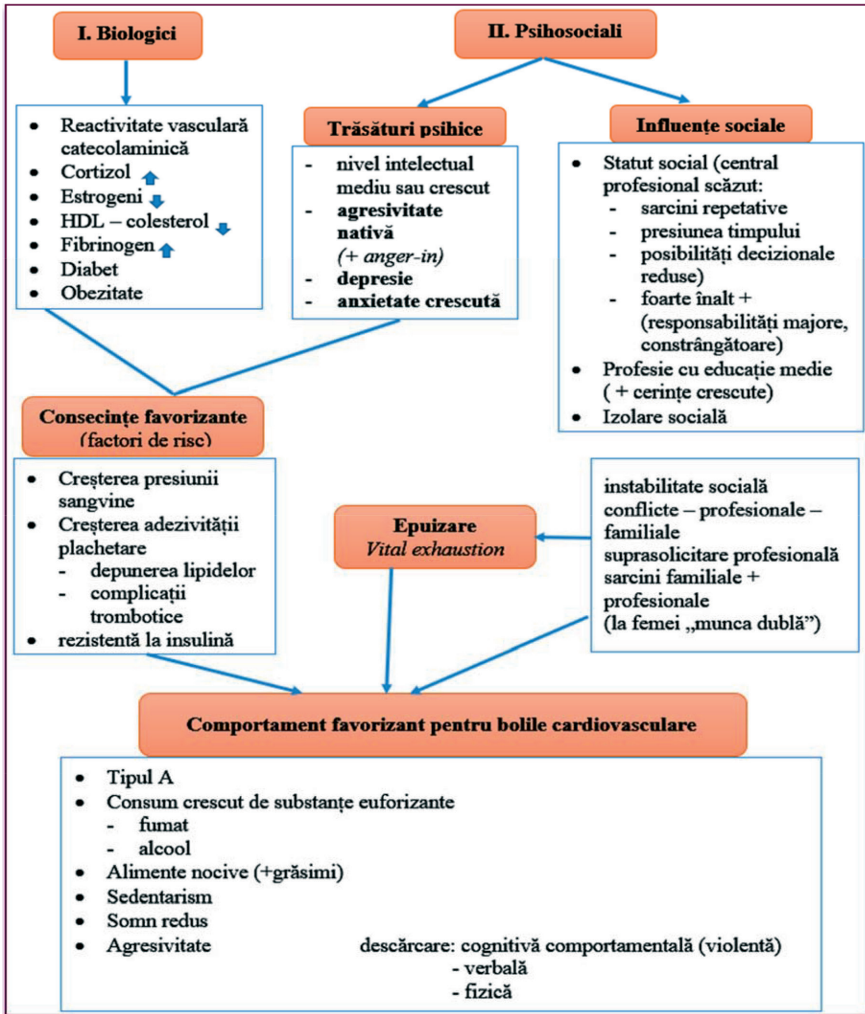


Figura 3.1. Factori etiopatologici implicați în evoluția AVC [57; 192]

socială reprezintă un factor complex care contribuie la starea de sănătate prin componentele sale: vârstă, gen, statut socio-economic (nivel educațional, ocupație, venit). Componentele poziției sociale constituie factori importanți în determinarea stării de sănătate, prin condițiile de viață și de muncă pentru care pot opta oamenii, fie prin oportunitatea alegerii unui stil de viață sănătos și a unor servicii medicale de calitate. Un rol considerabil în sănătatea indivizilor îl joacă rețelele sociale și ale comunităților în care este inclusă și

familia [92]. Factorii socio-economici cu un impact deosebit asupra stării de sănătate sunt: nivelul sărăciei, rata șomajului, structura cheltuielilor în gospodărie, excluziunea socială. După cum menționează unii autori [458], venitul reprezintă un factor universal în determinarea inegalităților în sănătate atât la nivel individual, cât și la nivel societal. Acest lucru este evidențiat și de către alți autori [473] care demonstrează că există o strânsă legătură între capitalul educațional, starea de sănătate și resursele economice.

Printre factorii comportamentali cu impactul cel mai puternic asupra stării de sănătate se evidențiază fumatul, consumul de alcool, consumul de droguri, dieta, inactivitatea fizică. Fumatul a luat amploare în Republica Moldova după anul 1990 atât în rândul bărbaților, cât și al femeilor, dar mai ales în rândul tinerilor. În Republica Moldova numărul fumătorilor înregistrează 27% din populație, ocupând locul 4 în topul statelor europene cu număr mare de fumători (după Armenia, Belarus și Ucraina). Vârsta medie a minorilor care încep să fumeze este de 15 ani [488]. Potrivit celor mai recente studii, rata mortalității în rândul fumătorilor este de 2-3 ori mai mare decât la nefumători în toate grupurile de vârstă. Fumatul este responsabil pentru cazurile de boli cerebrovasculare.

Condițiile sociale și economice precare afectează sănătatea indivizilor pe parcursul vieții. Oamenii care se află în partea inferioară a scării sociale au riscul de îmbolnăviri serioase și deces prematur cel puțin dublu în comparație cu indivizii aflați în topul scării sociale. Gradientul social în sănătate se extinde de-a lungul societății într-asa fel că chiar și în limitele unei categorii, persoanele situate mai jos pe scara socială au mai multe îmbolnăviri și decesuri premature decât cei aflați mai sus.

*Factorii sociali care determină sănătatea umană sunt considerați:*

- gradientul social;
- stresul;
- condițiile de dezvoltare în copilărie;
- izolarea socială;
- locul de lucru;
- șomajul;
- suportul social;
- dependența de substanțe;
- alimentația;
- mediul de trai;
- transportul.

Circumstanțele sociale și psihologice pot condiționa stresul de lungă durată, anxietatea continuă, nesiguranța, autoaprecierea joasă, izolarea socială, lipsa de control asupra vieții la lucru și acasă, având efecte puternice negative asupra sănătății. Cu cât mai jos se află indivizii în ierarhia socială, cu atât

mai frecvent sunt întâlnite problemele de acest gen. Experiențele negative din copilărie și creșterea fizică înceată devin încorporate în biologia individului pe parcursul dezvoltării și formează bazele capitalului individual biologic și uman, care afectează sănătatea pe parcursul vieții. Viața este scurtă acolo unde calitatea ei este proastă. Prin condiționarea dificultăților, antipației și ostilității, sărăcia, izolarea socială și discriminarea costă vieți. Sărăcia, privația și excluderea socială au un impact major asupra sănătății și mortalității precoce, iar șansele de a trăi în sărăcie sunt mult mai mari la anumite grupe sociale. Sărăcia și marginalizarea socială sporește riscurile de dizabilitate și boală, dependența de substanțe, izolare socială și viceversa, formând cercuri vicioase, care aprofundează situația grea în care se află individul.

Accidentul vascular cerebral (AVC) rămâne a fi una din cele mai importante probleme sociale și a cercetărilor în Neuroștiințe și Psihologie. Numărul imens de persoane crescute în permanență, dezabilitate și dezadaptare lor, mortalitatea sporită, cheltuieli economice considerabile pentru tratament și îngrijire determină actualitatea cercetărilor în domeniul dat. La etapa contemporană se determină cert câteva direcții prioritare în studiul problemei date:

- 1). *cunoașterea factorilor de risc și elaborarea de strategii de profilaxie și reabilitare eficiente, pe de o parte,*
- 2). *dezvoltarea unui serviciu integrativ performant pentru ridicarea calității vieții pacienților.*

Este știut că factorii etno-economici-sociali și tradițiile locale joacă un rol excepțional în apariția AVC. Identificarea factorilor de risc, tratamentul personalizat al persoanelor din grupurile de risc sporit va reduce numărul celor care ar putea avea un AVC, a celor cu dizabilități și a celor decedați.

Conform *National Stroke Association*, printre factorii de risc ce nu pot fi modificați, se numără vârsta. Vârsta este cel mai puternic factor de risc pentru AVC, fiind de 25 ori mai mare la populația de 75-84 ani decât la populația de 45-54 ani. Astfel, riscul de AVC se dublează cu fiecare decadă după vârsta de 55 ani [493].

Conform academicianului St. Groppa et al., efectele cumulative ale vârstei asupra sistemului cardiovascular și natura progresivă ai factorilor de risc ai accidentului vascular cerebral pe parcursul unei perioade prelungite de timp măresc substanțial riscul de ictus [48; 49]. Vârsta singură probabil că nu joacă un rol major în determinarea cursului evoluției și a îngrijirilor acordate pacientului cu AVC. Mai degrabă este posibil ca vârsta avansată să servească drept indicator pentru prezența comorbidităților medicale, a AVC-urilor anterioare și a susținerii sociale limitate. Experiența clinică indică faptul că numeroși adulți vârstnici finalizează cu succes o reabilitare completă, se întorc la domiciliu și în comunitate și contribuie la activitățile familiei și societății. Frecvența deficitelor fizice multiple și a problemelor de ordin social, însă, este mai mare în cazul persoanelor în vârstă față de persoanele mai tinere, și

aceasta este foarte probabil să afecteze rezultatele reabilitării. În consecință, adulții mai în vârstă necesită deseori monitorizare medicală mai atentă, perioade mai lungi de timp pentru recuperare, intensități mai reduse ale exercițiilor fizice și susținere psihosocială mai consistentă pe durata programului de reabilitare, decât adulții tineri [48].

În unele studii, nu s-a găsit nici o relație între vârstă și rezultat, iar gradul îmbunătățirii funcționale (mai degrabă decât statusul funcțional la externare) era folosit ca măsurător al rezultatului. Aceste constatări sugerează că adulții tineri au tendința de a prezenta grade mai puțin severe de dizabilitate la internare decât cele ale adulților mai în vârstă. S-a sugerat că efectul negativ al vârstei avansate asupra rezultatului funcțional se explică doar prin existența comorbidităților și a frecvenței AVC-urilor anterioare.

Un alt grup de cercetători, la fel sunt de părere precum că vârsta este factorul de risc cel mai important pentru accident vascular cerebral. Riscul de a dezvolta AVC crește cu vârsta, dublându-se cu fiecare decadă după 55 ani. Cel puțin 66% din toate persoanele cu AVC au vârsta de 65 de ani sau mai mult. Deși, boala este apanajul vârstelor înaintate, un număr mare de evenimente vasculare cerebrale apar la persoane sub 65 de ani. În ultimele două decenii s-a constatat o incidență crescută a AVC la tineri [349]. Riscul de accident vascular cerebral crește odată cu vârsta, dar accidentele vasculare cerebrale pot să apară la orice vârstă. În raport cu vârsta de debut, accidentele vasculare cerebrale sunt împărțite în trei grupe: la copil (nou-născut – până la 15 ani), la adultul tânăr (15-50 de ani), la vârstnici (peste 50 de ani). Populația tânără adultă se confruntă cu o creștere a cazurilor de accident vascular cerebral grav. Prevenirea și controlul factorilor de risc pentru accidentul vascular cerebral în rândul adulților tineri poate salva vieți, reduce handicapul, reduce costurile de îngrijire a sănătății sociale, și îmbunătățește calitatea vieții.

L.M. Brass et al., 2006, consideră că cele mai multe AVC apar la indivizii de peste 65 de ani răspândirea atacurilor cerebrale la cei cu vârste peste 40 de ani este de doar 0,5%; la grupul cu vârstă între 60 și 79 de ani, procentul de răspândire depășește 6% [202]. Vârsta, fiind unul din principalii factori de risc al producerii accidentului vascular cerebral, dar ceilalți factori menționați anterior și care în mare măsură pot fi modificați, exercită în combinație un efect de potențare a riscului. Astfel, în cazul unui bărbat de 60 de ani, riscul de producere al unui AVC în următorii 10 ani este de 3%, crește la 8% dacă tensiunea arterială sistolică este de 170 mmHg, la 12% dacă fumează și la 17% dacă este diabetic. Acest exemplu subliniază importanța prevenirii și tratării tuturor factorilor de risc și în primul rând ne referim la cei mai importanți, respectiv HTA și tabagismul [442].

Într-un alt studiu longitudinal care a urmărit relația dintre starea de sănătate, prezența dizabilităților severe și calitatea relației maritale în cuplurile



de tineri, adulți aflați la mijlocul vieții, respectiv persoane în vârstă, Yorgason, Booth și Johnson (2008) au raportat asocieri mai puternice între declinul de sănătate generale și deprecierea calității relației maritale în cuplurile ale căror parteneri erau tineri sau se aflau la apogeul carierei, comparativ cu cuplurile formate din persoane în vârstă. Totuși, în subeșantionul reprezentat de cuplurile de vârstnici, anumite aspecte ale calității relației maritale au fost impactate negativ de starea de sănătate, deși efectele au avut mărimi scăzute [460; 462].

Conform savanților Kopp, Skrabski și Székely (2016), vârsta și educația reprezintă factorii demografici cei mai importanți ai stării de sănătate. O dată cu înaintarea în vârstă, aproximativ după vârsta de 55, apoi – cea de 60 de ani, capacitatea de autoevaluare a stării de sănătate scade semnificativ, paralel cu creșterea valorii indexului de intruzivitate a maladiei, a sindromului depresiv, a deznădejdiei, a epuizării vitale și a anxietății, ceea ce duce la scăderea calității vieții și la creșterea riscului îmbolnăviri și de deces prematur. Spre exemplu, în cadrul populației cu vârsta de peste 65 de ani, riscul depresiei medii sau severe, clinice este de trei ori mai mare decât în rândul indivizilor sub această vârstă [317].

Lai, Tang și Chung au aplicat criteriul vârstei în analiza lor, făcută în legătură cu calitatea vieții. Din perspectiva calității vieții, singurul punct în care au putut identifica diferențe semnificative, a fost dimensiunea relațiilor sociale, adică gradul de implicare și funcționalitate socială a persoanelor în vârstă a fost mai redus, comparativ cu persoanele tinere. În același timp, diferite grupe de vârstă arătau diferite corelații cu factorul calității vieții. În cazul persoanelor tinere, profesia și educația, în cazul persoanelor în vârstă, stadiul bolii și timpul scurs de la declanșarea ei se aflau în corelații pozitive cu calitatea vieții. În cazul celor din urmă, s-a identificat o corelație negativă între calitatea vieții și vârstă, bolile fizice anterioare [3; 5].

Savanții Anderson și Vlassoff sunt de părerea că diferențele de gen în ceea ce privește consecințele psihosociale pe care sănătatea și bolile cronice le au includ modalitățile în care bolile afectează psihicul bărbaților și al femeilor, comportamentele pe care aceștia le manifestă în relație cu evoluția bolii și cu prezervarea sănătății personale, indicatorii recuperării medicale, disponibilitatea și adecvarea rețelelor de suport social, dar și răspunsurile pe care femeile și bărbații care suferă de boli cronice, dizabilitante, stigmatizante le elaborează în contextul relațiilor sociale [446]. Diferențele de sex în domeniul adaptării pacienților la solicitările bolilor cerebrovasculare oferă un portret asemănător variațiilor observate în populația generală. De exemplu, femeile bolnave cronic tind să raporteze un nivel mai ridicat al simptomelor de depresie [176]. Pentru fiecare decadă succesivă după vârsta de 55 de ani, rata accidentului vascular cerebral este dublă atât la bărbați cât și la femei. Riscul de

a dezvoltat accident vascular cerebral este de 1,25 ori mai mare la bărbați, dar, pentru că femeile tind să trăiască mai mult decât bărbații, paradoxal, după vârsta de 70 de ani, mai multe femei decedează de accident vascular cerebral [349]. Accidentul vascular cerebral este mai frecvent la bărbați decât la femei până la vârsta de 75 de ani, după care femeile sunt mai afectate. Astfel, în cazul unui bărbat de 60 de ani, riscul de producere al unui AVC în următorii 10 ani este de 3%, crește la 8% dacă tensiunea arterială sistolică este de 170 mmHg, la 12% dacă fumează și la 17% dacă este diabetic. Acest exemplu subliniază importanța prevenirii și tratării tuturor factorilor de risc și în primul rând ne referim la cei mai importanți, respectiv HTA și tabagismul [48].

Bărbații, de asemenea, au o rată mai mare a incidenței accidentelor vasculare cerebrale în funcție de vârstă decât femeile (în baza ratelor specifice de vârstă calculate după straturi și definite de rasă/etnie). Excepțiile sunt de la 35 până la 44 ani și la cei mai în vârstă de 85 ani, grupuri în care femeile au o ușoară creștere a incidenței atacului cerebral în funcție de vârstă față de bărbați. Astfel de factori, cum ar fi folosirea contraceptivelor orale (CO) și gravitatea contribuie la creșterea riscului de ictus la femeile tinere și la decesele timpurii legate de cord la bărbați cu boli cardiovasculare pot contribui la un risc relativ mai înalt al AVC la femeile în etate. Femeile reprezintă 61,5% din decesele din cauza atacului cerebral în SUA în 2012 (100 500 decese printre femei au fost atribuite accidentului vascular cerebral versus 62 662 printre bărbați). În total, 1 din 6 femei decedează din cauza atacului cerebral în comparație cu 1 din 25 care decedează de cancerul glandei mamare. Indiferent de vârstă, procentul femeilor care decedează în urma unui AVC este mai mare decât cel al bărbaților. Femeile prezintă accidente vasculare cerebrale mai multe decât bărbații de la an la an deoarece femeile trăiesc în medie mai mult decât bărbații, iar la o vârstă înaintată accidentul vascular cerebral apare mai des. Studiarea bazei de date, arată că măsurătorile longitudinale ale lui Kurtz, Kurtz, Stommel, Given și Given (2002), respectiv cele ale lui Stommel, Kurtz, Kurtz, Given și Given (2004) arată că sexul feminin influențează în mod semnificativ, respectiv ridică cu 1,56 puncte ( $p < 0,03$ ) valoarea atinsă pe scala de depresie, amplificând simptomatologia sindromului depresiv [320].

Analizele longitudinale și reprezentative ale lui Schmidt și colab. (2015) arată că unul din factorii prognostici cei mai importanți ai calității vieții a fost, alături de starea de sănătate precară și statutul de necăsătorit, sexul masculin. În același timp, subiecți masculini incluși în cercetare, s-a constatat o funcționalitate fizică mai redusă și un grad mai ridicat de epuizare, concomitent cu o mai deficitară autoevaluare a stării de sănătate. Alte cercetări, spre deosebire de cele menționate mai sus, nu au constatat corelații semnificative între AVC, depresie, funcționalitate fizică, respectiv sexul pacienților. Studiul

sintetic al lui De Florio și Massie (1995) vorbește de existența unor deosebiri semnificative în funcție de sex, în legătură cu frecvența și proporția stărilor depresive [245]. Influența factorilor de risc specifici sexului asupra incidenței și mortalității accidentului vascular cerebral este în mare parte necunoscută.

Creșterea economică, ameliorarea condițiilor de trai și celor sanitare au adus cu sine tranziția epidemiologică de la boli infecțioase la boli cronice, inclusiv AVC și cancer. Condițiile de locuit sunt, din punct de vedere igienico-sanitar, factori cel puțin la fel de importanți ca și fumatul sau alcoolismul. Spre exemplu, în aglomerațiile urbane se înregistrează mai frecvent AVC, simptome depresive asociate unor tulburări psihice de adaptare sau alte manifestări care reprezintă un risc medical sau sanitar. Rezultatele cercetărilor arată că, după ajustarea la vârstă și educație, numărul mare al zilelor de concediu pe caz de boală sau alți indicatori de sănătate deosebit de negativi caracterizează persoanele din mediul urban sau din locațiile rurale izolate. Tipul de domiciliu este asociat deteriorării stării de sănătate mai puțin în cazul vârstnicilor și mai ales în cadrul populației active, de vârstă medie [348]. Presiunea vieții în sărăcie este deosebit de dăunătoare. Cu cât mai lungă este perioada de trai în circumstanțe de sărăcie, cu atât mai mare este probabilitatea de a suferi de probleme de sănătate, în special de maladii cerebrovasculare.

Relațiile sociale la locul de muncă au importanță pentru sănătate. O serie de studii la locul de lucru demonstrează că sănătatea suferă atunci când oamenii nu au posibilități să aplice aptitudinile posedate și au autoritate mică în luarea deciziilor. Controlul insuficient asupra lucrului propriu este strâns legat de incidența maladiilor cerebrovasculare (AVC), durata aflării pe buletin și a dizabilității. Efectele șomajului asupra sănătății sunt legate atât de consecințele lui psihologice, cât și efectele asupra sănătății mintale (în special, anxietatea și depresia), boli cerebrovasculare și factorii de risc vascular. Persoanele cu studii universitare au o mai mare probabilitate de abordare a unui stil de viață sănătos în perioada următoare stabilirii diagnosticului. Persoanele cu studii mai reduse nu își cunosc, de obicei, starea reală sau experimentează dificultăți de comunicare în relația medic-pacient precum și alți cercetători, au demonstrat recent existența unei funcționalități semnificativ mai bune la pacienții cu studii primare, comparativ cu funcționalitatea pacienților cu studii mai înalte, cu toate că subiecții mai puțin educați au raportat mai frecvent manifestări și simptome fizice, respectiv valori mai scăzute ale atitudinii pozitive și ale capacității de reducere a stresului [352]. În comparație cu subiecții căsătoriți, divorțați sau văduvi, cei necăsătoriți raportează cel mai mic număr de zile de concediu pe caz de boală și au cel mai redus nivel de depresie (punctaj mediu: 4,9 vs. 10,5; 11,3 și 16,2). Cercetările reprezentative ale lui Shapiro și Keyes (2008) atestă că bunăstarea

și confortul social al persoanelor căsătorite nu este semnificativ mai mare decât în cazul celor necăsătorite, dar e semnificativ mai mare față de cuplurile coabitante [415].

Persoanele, care se bucură de mai puțin suport emoțional și social de la cei apropiați, mai des se îmbolnăvesc, mai des fac depresie, au riscul mai mare de complicații și au grade mai avansate de dizabilitate cauzată de bolile cronice. Relațiile rele cu apropiații pot duce la probleme de sănătate mintală și somatică. Volumul de suport emoțional și social, de care se bucură persoanele în familie, variază în funcție de statutul lor social și economic. Coeziunea socială, definită drept calitatea relațiilor socio-familiale și existența încrederii, obligațiunilor reciproce și a respectului în familie, sau în societate în sensul larg, ajută la protejarea oamenilor și a sănătății lor. Inegalitățile sunt destructive pentru relațiile bune familiale și sociale.

Rezultatele unor cercetări demonstrează clar faptul că, în regiunea central-est europeană, statutul socio-economic slab, în special sărăcia relativă și traiul în medii defavorizate, sunt factori determinanți ai mortalității prin *stroke*. În sistemul de relații dintre statutul socio-economic, sărăcia relativă și mortalitate intervin numeroși factori psihosociale, cu rol de mediere, dintre care cei mai importanți sunt depresia, epuizarea vitală, neîncrederea socială și capitalul social redus [307]. Privațiunile socio-economice și înapoierea socială pot contribui la creșterea ratei morbidității și mortalității prin creșterea simptomelor depresive, ceea ce înseamnă că o situație economică și socială relativ gravă duce la procente mai însemnate ale morbidității nu prin sine, ci prin intermediul unei simptomatologii depresive mai accentuat.

Nivelele mai mari de șomaj cauzează mai multe boli și decese premature. Șomajul pune sănătatea la risc, iar riscul este mai mare în regiunile în care șomajul este mai răspândit. Dovezile din mai multe țări demonstrează că chiar după ajustarea la alți factori, șomerii și familiile lor au nivele mai înalte de mortalitate. Efectele șomajului asupra sănătății sunt legate atât de consecințele lui psihologice, cât și efectele asupra sănătății mintale (în special, anxietatea și depresia), boli cerebrovasculare și factorii de risc vascular. Persoanele, care se bucură de mai puțin suport socio-economic, mai des se îmbolnăvesc, mai des fac depresie, au riscul mai mare de complicații și au grade mai avansate de dizabilitate cauzată de bolile cronice. Societățile cu grade mari de inegalitate în venituri au tendința de a avea mai puțină coeziune socială, au riscuri mai mari de îmbolnăviri dizabilitante [317].

Indivizii se întorc spre alcool, droguri și tutun, și suferă din cauza utilizării lor, însă acest consum este influențat de condițiile și circumstanțele sociale. Folosirea drogurilor este atât un răspuns la insuccese sociale, cât și un factor important în agravarea inegalităților în sănătate. Ea oferă utilizatorilor senzația de scăpare de la stres și dificultăți, însă face problemele și mai grave.

Dependența de alcool, consumul ilicit de droguri, fumatul – toate acestea sunt strâns asociate cu semnele de dezavantaj social și economic.

Insuficiența produselor alimentare și varietatea lor redusă cauzează malnutriția și boli deficitare. Consumul excesiv (la fel, o formă de malnutriție) contribuie la apariția bolilor vasculare, diabetului, obezității – factori de risc pentru AVC. Sărăcia alimentară există alături cu abundența alimentară.

Statutul socio-economic determină, de asemenea, șansele și posibilitățile de tratament. Potrivit rezultatelor analizelor făcute, persoanele cu statut socio-economic modest, care au suportat AVC și depresie majoră asociată, doar 12% beneficiază de tratamente antidepressiv, în timp ce, în cazul persoanelor cu statut mai bun, acest procent atinge 80%. În același timp, lipsa ajutorului și intervenției psihologice se constată mai ales la persoanele cu statut socio-economic modest, tineri, de sex feminin, necăsătoriți și afectați de situații comorbide, conform lui Barg și colab. (2017). Acest lucru se întâmplă în ciuda concluziilor unui studiu publicat nu demult, conform căruia intervenția psihosocială suportivă dă rezultate foarte bune în special la persoanele cu statut socio-economic modest, aparținând unor minorități etnice și care manifestă, înainte de intervenție, o stare marcată de stres emoțional, conform lui Taylor și colab. (2013) [435].

Studii în domeniu constată că variațiile în starea de sănătate a populației atât între țări, cât și printre diverse categorii, se identifică ca inegalități în domeniul sănătății, care în proporție de la 25% până la 75% sunt rezultatul nu atât al factorilor sănătății fizice, cât al factorilor sociali care sunt susceptibili la eșecurile politicilor din sferele vieții sociale, economice și de sănătate [52]. Astfel, cauzele principale ale nivelului scăzut al sănătății populației Republicii Moldova sunt:

- 1) o bună parte a populației au venituri scăzute, posibilități reduse de a menține un mod de viață sănătos (malnutriție, lipsa de odihnă, stres psihologic, abuz de alcool pentru a compensa stresul) și marginalizarea populației (șomaj, degradarea profesională și culturală);
- 2) accesibilitatea redusă a serviciilor medicale cheltuielilor pentru sănătate plătite personal din buzunar de către cetățenii Republicii Moldova (circa 45% din totalul cheltuielilor pentru sănătate). Acestea depășesc cheltuielile din buzunar înregistrate în Europa și Uniunea Europeană practic de 4 ori, precum și din majoritatea țărilor de referință, cu excepția Georgiei, unde astfel de cheltuieli prezintă 62% în total.

Calitative pentru păturile social vulnerabile, provocate de funcționalitatea scăzută a asigurării medicale, comercializarea serviciilor medicale, prețuri ridicate pentru medicamente și servicii.

Dizabilitatea cronică post AVC complică capacitatea pacienților și al familiilor acestora de a face față solicitărilor, mai ales atunci când statutul socio-economic este scăzut și condiția medicală cronică este stigmatizantă. Astfel, pacienții nu mai pot activa în câmpul muncii încă din stadii timpurii, ceea ce conduce la creșterea dificultăților materiale, cu impact direct asupra capacității pacienților și a familiilor de a face față solicitărilor bolii cronice. Reisine, Fifield, Walsh și Feinn (2001) au evaluat asocierile longitudinale dintre factorii socio-demografici, anumite aspecte clinice, status-ul în câmpul muncii și o serie de variabile sociale (de exemplu, suportul social), pe de o parte, respectiv abilitatea pacienților post AVC de a rămâne activi în câmpul muncii. Statutul socio-economic scăzut crește riscul discriminării pacienților și familiilor acestora, inclusiv în ceea ce privește accesul la serviciile medicale [446].

Un alt factor de influență este *heterogenitatea genetică și ambientală* stă la baza diferențelor în ceea ce privește incidența diferită a AVC de la o populație la alta [451]. *Afroamericani și hispanicii* au un risc de 2 – 3 ori mai mare de a face un AVC ischemic și de a deceda din aceasta cauză în comparație cu caucazienii [349]. Efectele rasiale și etnice asupra riscului de AVC este dificil de a le lua în considerare separat. Americanii africani și unii americani hispanici au o incidență a accidentului vascular cerebral și o rată a mortalității mai mare în comparație cu Americanii Europeni. În Studiul Riscului Aterosclerozei în Comunități (ARIC) negrii au avut o incidență a accidentelor vasculare cerebrale cu 38% mai înaltă decât albi. Cauzele posibile pentru incidență și rata mortalității din cauza AVC mai înaltă la negri include o prevalență mai înaltă a hipertensiunii, obezității și diabetului la populația de negri. Și totuși, o incidență mai înaltă a acestor factori de risc nu explică toate riscurile de exces. Studiile epidemiologice au arătat o creștere în incidența accidentului vascular cerebral printre populația rasial-etnică ce se identifică a fi hispanici. Ratele de incidență sunt, de asemenea, relativ mai înalte la unele grupuri de Asiatici. Numeroase studii publicate în reviste de specialitate sugerează că negrii, hispanicii, indienii americani și nativii din Alaska au risc mai mare de a avea un accident vascular cerebral decât albi sau asiatici non-hispanici.

În așa fel putem concluziona, că efectul factorilor demografici și socio-economici asupra accidentelor vasculare cerebrale (AVC) nu este univoc. Unele studii comparativ, care iau în dezbatere rolul vârstei sau al sexului, arată că persoanele în vârstă sau de sex feminin au un punctaj mai scăzut pe scala funcționalității fizice sau a calității vieții, în comparație cu persoanele mai tinere sau de sex masculin [262]. În același timp, femeile și pacienții de vârstă medie au niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate față de bărbați sau față de pacienții mai tineri de 30 ani sau mai în vârstă de 70 ani [166]. Nici cercetările mai recente nu au reușit să tranșeze problema rolului factorilor demografici în evoluția AVC. Dar se poate vorbi de o corelație semnificativă

între autoeficacitate și educație, dar nu același lucru este valabil și pentru vârstă, situația familială, stadiul bolii și nivelul de activitate fizică [79].

La persoanele post AVC, vârsta, sexul, statutul marital, educația și statutul economic și financiar nu corelează în mod consecvent și inechivoc cu disfuncțiile emoționale, probabil datorită faptului că rolul acestor factori de fundal este infim, nerelevant în comparație cu stresul major provocat de dizabilitatea post AVC. Efectul factorilor demografici (sex, vârstă, domiciliu) asupra calității vieții este nesemnificativ la acest grup de persoane, spre deosebire de datele constatate la nivelul populației generale. Cercetările privitoare la persoanele cu dizabilități post AVC arată că, din perspectiva calității vieții, factorii psihosociali și medicali joacă un rol mult mai important decât factorii demografici.

Totodată noi suntem de părere că starea și nivelul de influență a multor factori în AVC ne demonstrează care ar fi orientarea conținutului programelor complexe de reabilitare și posibilitățile de includere socială largă al acestor persoane.

### **3.2. Factori sociali tradiționali ai accidentului vascular cerebral**

Metoda eficientă de combatere a accidentelor vasculare cerebrale (AVC) este prevenirea acestora, deoarece aplicațiile terapeutice sunt relativ limitate, odată ce acesta s-a produs. Asistăm în ultimele decenii la o ameliorare considerabilă a prognosticului vital și funcțional dacă pacientul este tratat inițial într-o unitate neuro-vasculară specializată (*stroke-unit*) și ulterior este preluat de serviciile de reabilitare. Studiile indicat că există anumite măsuri eficiente de prevenire, care pot fi grupate în două categorii [48]:

- depistarea și tratamentul factorilor care favorizează producerea accidentelor vasculare (factorii de risc) și implementarea unor factori care scad frecvența acestora (factori protectori);
- prevenirea producerii diverselor tipuri de accidente vasculare cerebrale, respectiv hemoragia cerebrală și infarctul cerebral.

Aceste studii au ajutat la identificarea factorilor de risc pentru AVC și au adus dovezi convingătoare privind măsurile ce trebuie luate pentru a reduce această afecțiune. Astfel, factorii controlabili includ: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, hipercolesterolemia, afecțiuni ale arterelor coronare, diverse afecțiuni cardiace (fibrilația atrială, endocardita), fumatul, consumul excesiv de alcool, utilizarea cocainei, lipsa activității fizice, obezitatea sau folosirea unor medicamente precum anticonceptionalele orale și terapia de înlocuire hormonală la femeile aflate la menopauză [289].

Conform WFN (*World Federation of Neurology* – Federația Mondială de Neurologie) și WSO (*World Stroke Organisation* – Organizația Mondială a AVC), prima metodă de tratare a accidentului vascular cerebral este prevenția



lui. Prevenția, mai presus de toate, presupune conștientizarea factorilor care duc la un accident vascular cerebral (AVC) și combaterea lor atât de către individ, cât și de către societate [332]. Factorii care cresc riscul unui accident vascular cerebral sunt multipli și sunt factori care pot fi modificați prin tratament și schimbarea modului de viață și factori care nu pot fi modificați.

Dintre factorii care pot fi modificați fac parte: hipertensiunea, diabetul zaharat, nivelul sanguin crescut al colesterolului, fumatul de țigarete, consumul excesiv de alcool, obezitatea, sedentarismul, fibrilația atrială, infarctul miocardic acut, cardiomiopatii, valvulopatii cardiace, stările de hipercoagulabilitate sanguină, utilizarea anticoncepționalelor orale.

Dintre factorii care nu pot fi modificați sunt: vârsta, sexul, rasa, istoricul familial de evenimente cerebrovasculare, și alții despre care am informat mai sus. Factorii de risc cei mai des întâlniți sunt: vârsta înaintată, hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, diabetul, fibrilația atrială, fumatul etc. [242].

Studiul INTERSTROKE, efectuat pe un număr de 13.447 de cazuri de AVC între anii 2007-2015, în 32 de țări, a demonstrat contribuția factorilor de risc în apariția AVC-ului și proporția în care aceștia intervin. Studiul „Interstroke” prezintă 10 *factori de risc*, care sunt răspunzători pentru 91% dintre accidentele vasculare cerebrale [364]:

- 1) Hipertensiunea arterială: 47,9%;
- 2) Fumatul activ: 12,4%;
- 3) Masa corporală peste limita admisă: 18,6%;
- 4) Regim alimentar necorespunzător: 23,2%;
- 5) Sedentarism: 35,8%;
- 6) Diabet: 3,9%;
- 7) Consumul de alcool excesiv: 5,8%;
- 8) Factori psiho-sociali: 17,4%;
- 9) Boli cardiace: 9,1%.

Diminuarea riscului de producere a AVC este bine stabilită în cazul următorilor factori: activitatea fizică regulată, consumul moderat de alcool, scăderea aportului alimentar de sare și de grăsimi și creșterea aportului de potasiu, greutate, scăderea aportului de sare, intensificarea activității fizice și creșterea aportului de fructe și legume) a fost demonstrată de numeroase studii [478].

Trebuie menționat că 35% din cazurile de AVC au o etiologie strâns legată de fumat și consumul de alcool, iar 30-60% înregistrează, în antecedente, un stil de viață nesănătos. Acest fenomen se explică prin faptul că 46% dintre pacienții adulți renunță la fumat, 47% dintre ei adoptă o alimentație mai sănătoasă, însă 30,1% fac mai puțină mișcare, conform lui Blanchard și colab. Cu toate acestea, stresul psihosocial, disconfortul afectiv-emoțional, tratamentele de reabilitare prelungite și efectele secundare condiționate pot determina o refugiere a pacientului în compensarea prin tutun sau prin

alcool, ceea ce corespunde, prin caracterul autodestructiv, unui act suicidal lent [197].

Comportamentul de sănătate hazardat poate accentua efectele distresului vascular, ceea ce sporește, implicit, vulnerabilitatea psihosocială a persoanei. Acest lucru poate induce un întreg șir de comportamente nesănătoase, cum ar fi reducerea activităților fizice și inactivismul. Eficacitatea unui program de modificare a stilului de viață (scăderea în greutate, scăderea aportului de sare, intensificarea activității fizice și creșterea aportului de fructe și legume) a fost demonstrată de numeroase studii [177].

*Fumatul* reprezintă un alt viciu social foarte răspândit. Dovezile care leagă fumatul de evenimentele trombotice vasculare sunt extrem de convingătoare. Consumul de tutun poate crește riscul de apariție a AVC acționând prin mecanisme diferite, inclusiv endoteliale, citotoxicitate, efect mitogen asupra mediei vasculare, activarea trombocitelor, creșterea vâscozității sângelui, și reducerea nivelului seric al HDL [194]. Fumul de țigară conține peste 4000 de substanțe chimice diferite, inclusiv metale grele și alte toxine care promovează dezvoltarea de radicali liberi, care induc disfuncții endoteliale vasculare și reacții inflamatorii cronice și care conduc la dezvoltarea și accelerarea procesului aterosclerotic. Fumatul provoacă, de asemenea, dezvoltarea unui status procoagulant prin creșterea concentrației de fibrinogen, o scădere a activității fibrinolitice, o creștere a agregabilității trombocite și implicit apariția policitemie [414]. Nu în ultimul rând fumatul scade fluxul sanguin cerebral, ceea ce poate crește și mai mult riscul de formare a cheagurilor și implicit a riscului de accidente vasculare cerebrale ulterioare printr-un flux încetinit sau fenomene de stază vasculară. Mai recent, consecințele dăunătoare ale fumatului pasiv au fost de asemenea evaluate în cadrul mai multor studii care au adus dovezi valide în ceea ce privește riscul crescut de a dezvolta AVC în cazul indivizilor cu expunere secundară la fumul de țigară. De asemenea, s-a constatat că fumatul crește riscul de apariție a infarctului cerebral de 2 ori la vârstnici și de 3 ori la tineri și la sexul feminin. Acest risc scade la jumătate odată cu renunțarea la fumat în următorii 2-5 ani, dar rămâne superior față de nefumători [417; 460].

Nicotina, cea mai puternică substanță inhalată cu fumul de tutun, exercită o influență dăunătoare asupra vaselor sangvine, a inimii și a sistemului nervos. Atât fumatul activ, cât și cel pasiv, reprezintă un risc major pentru boala aterosclerotică. Riscul de boală este corelat cu consumul total de țigări (număr de pachete fumate pe zi sau în corelație cu numărul anilor). Cu cât debutul fumatului se produce mai repede de 15 ani, cu atât riscul vascular crește. Mecanismele prin care fumatul crește riscul de boală sunt: activarea plachetară și leucocitară, creșterea colesterolului total, creșterea fibrinogenului circulant, vasoconstricție arterială, efecte de agravare a ischemiei

cerebrale din cauza monoxidului de carbon, creșterea frecvenței cardiace și a tensiunii arteriale, disfuncție endotelială cu promovarea fisurii plăcilor vulnerabile [424].

Numeroase studii epidemiologice au indicat fumatul drept un factor de risc major pentru AVC. Fumatul este un factor independent de risc pentru AVC atât la femei cât și la bărbați. Datele din literatura de specialitate arată că fumatul dublează riscul de AVC, iar persoanele care opresc fumatul își scad riscul de a dezvolta un AVC cu 50%.

Fumatul este principalul factor de risc modificabil pentru accidentul vascular cerebral (AVC), care duce frecvent la invaliditate și chiar la deces. Riscul de AVC este de 2 ori mai mare la fumători comparativ cu nefumătorii și crește odată cu numărul de țigări fumate zilnic. Se estimează că până la 11% din cazurile de AVC se datorează tabagismului. Cauza este reprezentată de nicotină și de monoxidul de carbon din fumul de țigară, ce reduc cantitatea de oxigen din sânge și afectează pereții vaselor sangvine. Pentru femei, fumatul asociat cu luarea de anticoncepționale orale crește semnificativ riscul de AVC. În prezent, se dispune de dovezi concrete că tabagismul în sine este o cauză de AVC. Există o strânsă legătură între tipul de AVC, cantitatea de tutun consumată și efectele renunțării, riscul relativ al fumătorilor înrâți (> 40 țigări pe zi) este de 2-4 ori mai mare decât cel al nefumătorilor (OMS).

Prin urmare, fumatul este un factor de risc independent pentru accidentul vascular cerebral, în special pentru AVC ischemic. Toți fumătorii care renunță la acest obicei vor beneficia de reducerea riscurilor de AVC ischemic, indiferent de gradul de expunere anterioară la fumul de țigară. La 2 ani după sevrajul tabagic, riscurile scad cu 50%, iar în termen de 5 ani, riscul de AVC revine la normal (este egal cu cel al populației generale). Rolul favorizant al fumatului activ sau pasiv în producerea AVC este în prezent bine stabilit, deoarece s-a constatat că fumatul crește riscul de apariție a accidentului vascular cerebral (AVC) de 2 ori la vârstnici și de 3 ori la tineri și la sexul feminin [407]. Acest risc scade la jumătate odată cu renunțarea la fumat în următorii 2-5 ani, dar rămâne superior față de nefumători. Din cauza frecvenței în creștere a tabagismului, riscul asociat fumatului este considerabil în cazul accidentului vascular cerebral.

Cu toate acestea, nu dispunem de cercetări comparative bine fundamentate științific, care să clarifice dacă, după momentul diagnosticării și începerii tratamentului, renunțarea sau nerenunțarea la fumat produce o mai mare afectare a confortului psihic, după cum nu sunt clarificate, efectele somatice și psihice ale renunțării la fumat în cazul persoanelor cu AVC. Reîntoarcerea la obiceiul fumatului, reluarea vechilor comportamente vicioase îi caracterizează mai ales pe pacienții care suferă de depresie pe fondal de AVC.

Legătura consumului de alcool cu riscul de AVC este una complexă. Consumul excesiv de alcool crește riscul hipertensiv și riscul de apariție a accidentelor vasculare cerebrale hemoragice sau de hemoragie subarahnoidiană. De asemenea, consumul excesiv de alcool (90g/zi timp de 5 ani) reprezintă un factor de risc în apariția cardiomiopatiei dilatative, fibrilației atriale – factori de risc major pentru AVC. Dovezi puternice indică faptul că alcoolismul și consumul abuziv de alcool sunt factori de risc pentru toate subtipurile de AVC. Consumul ușor spre moderat de alcool poate crește nivelul colesterolului și poate reduce concentrația plasmatică de fibrinogen și agregarea plachetară [339]. Consumul ridicat de alcool poate duce la hipertensiune, hipercoagulabilitate, reducerea fluxului sangvin cerebral și o probabilitate mai mare de fibrilație atrială. Un studiu recent a relevat faptul că persoanele de vârstă mijlocie care consumă zilnic alcool au un risc de 2 ori mai mare de a dezvolta AVC la vârste cuprinse între 60 și 75 ani 25. Același studiu plasează consumul cronic de alcool ca factor de risc înaintea hipertensiunii arteriale (HTA) și a diabetului zaharat. În studii epidemiologice s-a atestat că un consum moderat de alcool, în special vinul roșu, cu un consum zilnic de până la 150-300ml/zi, are un efect protector vascular. Totuși, nu se poate recomanda persoanelor un consum moderat de alcool în scopul reducerii riscului vascular, din cauza lipsei unor studii randomizate [55].

Republica Moldova continue să rămână una din cele mai expuse țări în privința consumului excesiv de alcool, răspândirii maladiei alcoolismului cronic și consumului abuziv de droguri, mai ales în rândul tineretului [1; 2]. Numeroase studii au demonstrat că un consum a mai mult de 2 pahare de vin zilnic crește riscul apariției AVC, multiplicând cu 5 riscul de accident hemoragic și cu 3 riscul de infarct cerebral. Creșterea riscului depinde de cantitatea de alcool consumată și vizează consumul pe termen lung, precum și cel pe termen scurt [229].

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), după fumat și hipertensiunea arterială, alcoolul este al treilea factor de risc pentru accidentul vascular cerebral și moarte prematură pentru populația generală din Uniunea Europeană (UE). Pentru adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 și 24 ani, alcoolul este însă principalul factor de risc al AVC, fiind responsabil pentru 7% din anii de viață trăiți cu incapacitate sau pierduți prin deces prematur [337; 476].

Dependența de droguri este de obicei o boală cronică recidivantă asociată cu o serie de probleme sociale și de sănătate. Drogurile care dau dependență, precum cocaina, amfetaminele și heroina, au fost asociate cu un risc crescut de AVC. Aceste droguri pot cauza schimbări bruște de presiune sangvină, pot induce schimbări de tip vasculită, pot duce la embolizări pe baza unei endocardite infecțioase și pot induce perturbări hemostatice și hematologice care duc la creșterea vâscozității sangvine și a agregabilității plachetare. Stu-

dii epidemiologice arată o creștere a riscului de AVC ischemic cât și de AVC hemoragic. Unele studii asociază abuzul de droguri cu creșterea riscului de AVC de 6,5 ori (95% CI 3,1-13,6) independent de vârstă, având un risc relativ de 11,2 (95% CI 3,2-42,5) pentru persoanele cu vârstă sub 35 de ani [476].

Abuzul de droguri majorează riscul AVC-ului de 6,5 ori în toate grupurile de vârstă. Când o persoană este identificată că are probleme cu drogurile, ea necesită o îndreptare la o consultație competentă [478].

Efectul protectiv al activității fizice poate fi parțial mediat prin rolul său în reducerea presiunii sanguine și în controlarea altor factori de risc pentru bolile cardiovasculare, pentru diabet și pentru obezitate. De asemenea, alte mecanisme biologice au fost asociate cu activitatea fizică, dintre care menționăm scăderea nivelului plasmatic de fibrinogen și a activității trombocitare, și creșterea nivelului plasmatic de activator tisular al plasminogenului și al concentrației HDL [326]. Lipsa exercițiului fizic regulat moderat este asociat cu un risc crescut de accident vascular cerebral. Un astfel de efect ar putea acționa, cel puțin parțial, prin reducerea tensiunii arteriale [349].

Din perspectiva funcționalității fizice, mișcarea și viața activă asociată tratamentului crește performanța reabilitării. Avantajele menținerii unui stil de viață care nu exclude activitatea fizică țin de diminuarea fenomenelor de anxietate și depresie, îmbunătățirea capacității de control, a autoevaluării, a nivelului de satisfacție și mulțumire și a calității vieții [55]. Activitatea fizică cunoaște o etapă de scădere în perioada acută a AVC și înaintea începerii reabilitării la o altă etapă. Motivarea persoanelor post AVC și orientarea lor spre activități fizice moderate, dar regulate se dovedește extrem de dificilă, datorită unui set de motive, printre care amintim lipsa informării, teama de efortul fizic și impresia de slăbiciune fizică. Cu toate acestea, activitatea fizică și stilul de viață pe cât posibil de activ, susținut în ciuda dizabilităților post AVC persistente, au un efect de îmbunătățire a stării generale și a calității vieții, atât în faza de debut a bolii, cât și în stadiile de reabilitare sechelară.

Sedentarismul reprezintă o adevărată problemă pentru lumea dezvoltată, el fiind asociat cu o creștere a riscului de AVC de 1,5-2 ori față de persoanele active. Mai multe studii demonstrează că exercițiul fizic reprezintă un factor protector față de apariția atacului cerebral. Mecanismele prin care activitatea fizică joacă un rol de protecție vasculară sunt: menținerea unei greutate corporale adecvate, scăderea trigliceridelor, creșterea insulino-sensibilității, creșterea nivelului colesterolului, reducerea tensiunii arteriale [400].

Activitatea fizică excesivă, în plan psihologic activitatea fizică reduce distressul, anxietatea și depresia și, de asemenea, ea este implicată în longevitate [55]. De asemenea, atunci când cantitatea de efort depășește limitele de toleranță ale unei persoane cu AVC, există pericolul agravării bolii sau chiar de moarte subită. Este necesară o conlucrare a medicilor cu fiziokinetoterapeuții în dozarea efortului fizic pentru o mai bună evoluție a bolii.

Comportamentul alimentar, de asemenea, este un factor de risc social al accidentelor vasculare cerebrale. Obezitatea este un factor de risc major cu prevalență în creștere în țările dezvoltate, din cauza factorilor de mediu social, a particularităților de dietă și a sedentarismului. O dietă bogată în colesterol, grăsimi saturate și săracă în fructe, legume și pește crește riscul de accident vascular cerebral, în timp ce un consum crescut de vitamina C și acid folic ar reduce impactul acesteia printr-un efect antioxidant și reducerea concentrației de homocisteină. Un studiu extensiv cu peste 7000 de participanți a demonstrat faptul că dieta mediteraneană scade riscul de dezvoltare a diabet zaharat și AVC prin reducerea efectelor nocive fenotipice a polimorfismul factorului de transcripție TCF7L2 (rs7903146) intens studiat în nutrițioinică [227].

Obezitatea este asociată și cu factorii de risc psihosociali, ea fiind mai frecventă în rândurile populațiilor cu un statut socio-economic scăzut. Obezitatea crește de 2 ori riscul de producere a AVC și dacă se asociază și cu alți factori de risc, bunăoară HTA, diabetul zaharat sau hipertrigliceridemia, crește șansele de apariție a AVC. Studiile epidemiologice au arătat că obezitatea este factor de risc important pentru AVC, statusul supraponderal și obezitatea fiind corelate și cu alți factori precum: dislipidemia, diabetul, hipertensiunea. Efectul este parțial mediat de asocierea cu ceilalți factori de risc, dar este semnificativ și ca factor independent [55]. Obezitatea poate determina ateroscleroza vaselor prin intermediul dislipidemiei, al hipertensiunii arteriale și al diabetului zaharat. Datele recente au arătat că asocierea dintre obezitate și AVC implică și alți factori. O situație specifică este paradoxul obezității, întâlnit la persoane cu AVC, cu hipertensiune arterială sau boală aterosclerotică. Este definit ca un pronostic mai bun pe termen scurt sau lung la pacienții supraponderali sau obezi.

Un alt factor de risc pentru AVC este obezitatea cu greutate normală. Este definit prin indicele masei corporale (IMC) normal și țesut adipos în exces. Obezitatea cu greutate normală este asociată cu sindromul metabolic și componentele sale, stres oxidativ crescut și mortalitate vasculară crescută la femei. Nu în ultimul rând, trebuie menționat rolul major jucat în aterogenează de grăsimile saturate, fapt bine cunoscut în rândul populației și reflectat în modificările dislipidemice prezente la bolnavii cu AVC. Conduitele sanogenice contemporane la adulți au fost evaluate și codificate în ultimii ani, constituind unul dintre subiectele majore ale Psihologiei sănătății [3].

### **3.3. Ecoul psihosocial al accidentului vascular cerebral**

Factorii sociali, interiorizați în cursul vieții individului, reprezintă un grup de factori, care ar avea un rol important în declanșarea maladiilor, în special factori provocatori ai accidentelor vasculare cerebrale. Savanții C. Buddeberg,

J. Willi, consideră că nișa ecologică favorabilă ansamblului de relații sociale determinate de poziția sa în familie, profesie, societate, ce îi oferă o nișă în care se simte bine, și care produce un nou tonus afectiv pozitiv al individului [210]. Iar savantul Fritzsche este de părere, că: experiențe ale unor bune legături primare (materne), interacțiunile și legăturile afective pozitive în copilărie, atmosfera familială liniștită, armonioasă, reprezintă un alt grup de factori sociali în declanșarea și evoluția unor boli, precum AVC [257].

Un alt grup de factori psihosociali în evoluția unor maladii, inclusiv accidentul vascular cerebral, ar fi:

- Aprobarea socială;
- Statut material superior (igiena, educație școlară, educație medicală, nivel scăzut al stresului grijilor materiale, cu posibilități superioare de îngrijire medicală etc.);
- Satisfacție profesională;
- Experiențe psihosociale pozitive (hobby-uri, eustress-uri majore sau frecvente, contactul cu arta, cu natura etc.);
- Influențe educaționale (familiale, școlare, academice, autodidactice) favorabile.

Savantul Linton prezintă nevoile psihologice fundamentale satisfăcute, drept grup de factori psihosociali în evoluția maladiilor și mai cu seamă AVC [65]: nevoia de securitate pe termen lung; nevoia de afiliere; nevoia de nouătate a experienței. Capacitatea și posibilitatea de utilizare adecvată a suportului social, autorul o distinge de 4 tipuri: 1) emoțional, 2) informațional, 3) material, 4) de stimă socială (de prestigiu).

Vulnerabilitatea la stres reprezintă un ansamblu de parametri biologici, psihologici și sociali capabili să favorizeze instalarea, amplitudinea, persistența și consecințele negative ale accidentului vascular cerebral. Totuși, reacția de stres poate afecta sănătatea la nivelul „*locus minoris resistentiae*” (locul minime rezistențe) reprezentat de țesuturi, organe și aparate cu o fragilitate morfo-funcțională indusă genetic sau dobândită prin agresiuni fizice, chimice și microbiologice.

Anxietatea față de sănătate este frecvent asociată cu accidentul vascular cerebral, reprezentând un simptom frecvent întâlnit la indivizi. Principalul aspect al anxietății față de propria sănătate poate să fie prezența credințelor iraționale și disfuncționale legate de sănătate și boală ce derivă din experiențele trecute personale sau ale celorlalți (frica de a avea un AVC, de a fi paralizat, frica de dizabilitate, frica de lipsa unui întreținător sigur în caz de îmbolnăvire etc.). Aceste îngrijorări sunt parte a unui cerc vicios, caracterizat de o percepție selectivă și de o interpretare eronată a simptomelor, toate acestea determinând o creștere a preocupărilor anxioase excesive legate de propria stare de sănătate [183]. Acest concept se referă la temeri generale legate de



boală, îngrijorări legate de durere, preocupări legate de corp și tendința de a amplifica senzațiile somatice [251].

Alți factori sociali, care pot influența evoluția maladiilor, în special AVC, pot fi considerați: factorii profesionali, generatori de stres profesional (SP), mediul profesional și șomajul – la ziua de azi, o sursă majoră de distres contemporan. Pentru mulți oameni profesia poate să constituie o sursă importantă de stresuri psihice, începând cu cele minore, dar zilnice, și sfârșind cu SP majore generate de conflicte serioase și durabile [308]. O sinteză a factorilor psihosociali care contribuie la stresul profesional, efectuată de Theorell indică următoarele condiții [438]:

- solicitări excesive (cantitative și calitative);
- lipsa posibilității de decizie;
- lipsa suportului social din partea superiorilor și colegilor de serviciu;
- recompense reduse în plan material, psihologic și social.

Dintre efectele stresului profesional cităm: creșterea tensiunii arteriale, dereglări imunitare, scăderea testosteronului, depresia și tulburările de somn, referitor la riscul pentru apariția atacului cerebral, acesta poate surveni la bărbați în 40% din cazurile de suprasolicitare profesională având o durată de 5-10 ani [413].

Șomajul este contextul psihosocial cu rol extrem defavorizant pentru îmbolnăvire. Este un stresor major care depinde de un complex de factori [438]:

- nivelul de aspirații și posibilități ale individului;
- nivelul de anxietate bazală;
- nivelul financiar;
- posibilități de reconversie profesională;
- suportul social (informațional și afectiv);
- sistemul de asigurări (compensator în țările dezvoltate).

Distress-ul creat de șomaj se manifestă atât în etapa premergătoare (anxietate foarte crescută) cât și în etapa de căutare a unui nou loc de muncă (depresie în cazul duratei prelungite și condițiile de mai sus negative). Efectele asupra sănătății sunt majore, culminând cu apariția accidentelor vasculare cerebrale, infarctelor miocardice, scăderea imunității și tentative de suicid. Substratul acestor sindroame clinice este justificat de tulburări psihofiziologice evidențiate prin hipertensiune arterială și a lipidelor serice [438].

Factorii care oferă o vulnerabilitate la stresul psihic sunt de natură psiho-individuală, psihosocială, biologică și conjuncturală, deci nu toți subiecții supuși acțiunii unui stresor reacționează la fel. Conform butadei lui Selye „ nu contează ce ți se întâmplă, ci cum reacționezi la ce ți se întâmplă” [413]. Stresul alimentează emoțiile negative precum anxietatea și depresia. Procesul este și invers: atât anxietatea, cât și depresia pot accentua sentimentele de stres.

Anxietatea și depresia – precum toate emoțiile – au componente cognitive, neurobiologice și comportamentale. Deși anxietatea este adesea comorbidă cu depresia, cea din urmă este o emoție distinctă. De obicei, caracterizată ca un sentiment negativ, anxietatea poate oferi protecție atunci când declanșează răspunsuri de coping care protejează individul de amenințări. În acest fel anxietatea poate fi adaptivă (anxietatea bazală nonpatologică), dar devine maladaptivă atunci când crește sau persistă la un asemenea grad, încât individul nu mai poate funcționa eficient în viața de zi cu zi. În acest stadiu anxietatea poate avea consecințe negative pentru individ, provocând boala. Depresia semnificativă din punct de vedere clinic este estimată la 15% dintre persoanele oricărei populații (la femei chiar 25%), fiind un factor provocator al maladiilor cerebrovasculare, inclusiv AVC.

Unele studii, au dezvăluit o asocieră pozitivă între stresul psihic, anxietate, depresie și hipertensiune arterială – factor etiologic al AVC. Aceste asociații sunt bidirecționale, persoanele cu hipertensiune arterială fiind mult mai susceptibile de a avea anxietate sau depresie și cei cu anxietate sau depresie fiind mult mai susceptibili de a avea hipertensiune arterială, factor hotărâtor în evoluția AVC. Studiile longitudinale indică un risc crescut de dezvoltare a hipertensiunii arteriale la persoanele care suferă de anxietate, studiile arătând legăturile dintre simptomele anxietății ale diverselor tulburări vasculare, inclusiv atacul cerebral și simptomatologia lui [339]. Tulburările afective, în special cele depresive și anxietatea, ocupă un loc central nu numai în cadrul accidentelor vasculare cerebrale (AVC), ci și în ansamblul morbidității generale.

Cercetările arată astăzi că stresul este factor primar în accidentul vascular cerebral (AVC). Stresul psihic reprezintă un factor de risc pentru AVC mai mare decât majoritatea celorlalte boli cronice grevate de mortalitate din zilele noastre. Deci stresul este un elementul fundamental, existând o corelare directă între gravitatea accidentului vascular cerebral și organismul vulnerabil. Stresul produce o stare generală de vulnerabilitate, de asemenea stresul de lungă durată produce modificări persistente. Stresul psihic grăbește apariția unor AVC (scade vârsta debutului), programate genetic pentru vârsta maturității (exemple relevante fiind hipertensiunea arterială și AVC-ul apărut la tineri) [57]. Indiferent de acțiunea imediată sau în timp, exercitată de stresul psihic asupra AVC, ea se intrică cel mai adesea cu cea a unui complex de factori de risc evitabili, cum sunt fumatul, excesul de alcool, sedentarismul, consumul de grăsimi și supragreutatea, somnul redus etc.

Conform studiului Almeda [192], evidențiază o dublare a mortalității în cazul în care sunt cumulați mai mult de trei dintre factori de risc componenți. De asemenea, aceștia sunt, la rândul lor, generați de factori psihosociale diverși, dar în special de stresul psihic [31]. Intervenția stresului psihic

(SP) în patogeneza AVC, exercitată într-un context plurietiologic și adesea pluripatogenic, are loc în următoarele modalități:

- a. În planul declanșant direct al tulburărilor cerebro-vasculare:
  - *alternativ cu alți factori* (SP poate precipita un puseu hipertensiv, sau în caz extrem, constituie chiar o cauză de deces);
  - *sumativ* (în asocieri) cu alți factori (un SP cu un efort fizic, pot declanșa un AVC).
- b. În planul evoluției bolii:
  - participă la edificarea modificărilor vasculare, favorizând scăderea vârstei debutului;
  - agravează evoluția bolilor vasculare, favorizând apariția complicațiilor, ori a decesului.

Mecanisme generale demonstrate sau posibile privind relația dintre stresul psihic (SP) și accidentul vascular cerebral (AVC) constau: în cursul SP se produc modificări de tipul unei hiperactivități simpato-adrenergice cu implicații hemodinamice și metabolice având influențe asupra activității inimii și a creierului, a circulației sistemice (creșterea rezistenței vasculare periferice, cu hipertensiune arterială consecutivă), generând modificări potențial patologice. Astfel, din studiul argumentelor epidemiologice și de laborator, în favoarea existenței unei relații de cauzalitate între SP și AVC, rezultă că ar putea fi invocată posibilitatea că stresurile psihice, majore sau prelungite pe durate de ordinul a câtorva decenii, să poată contribui la apariția precoce AVC consideră că – dacă SP este un factor de risc minor pentru subiectul sănătos, el capătă un caracter din ce în ce mai serios, odată ce boala este constituită. Deși mecanismele psihofiziologice prin care SP se inseră la nivelul fiecărei verigi a AVC diferă, ele apar pe fondul unei reacții totuși generale, de antrenare a vaselor, ca un tot organo-funcțional [344; 426].

Analiza unor expresii emoționale negative (anxietate, depresie, mânie), relevă existența unor modificări vasomotorii (vasoconstricție cu creșterea tensiunii arteriale), percepute prin măsurători obiective, dar cel mai adesea subiectiv [321]. În maladiile cerebro-vasculare, inclusiv AVC, participarea factorului psihogen, reprezentat cu precădere de stresul psihic (SP), la constituirea și modularea evoluției lor, în raport cu ceilalți factori etiopatogeni, este inegală, pe primul plan situându-se hipertensiunea arterială [54].

Depresia și simptomele depresive în sine conferă un risc crescut pentru evenimente cerebro-vasculare, și anume accidente vasculare cerebrale (AVC), atât la indivizi deja cunoscuți cu AVC, cât și la cei sănătoși. Ea determină exacerbarea, prelungirea și amplificarea simptomelor de AVC, acestea fiind mai evidente chiar și în condițiile unui management terapeutic eficient al accidentului vascular cerebral. Depresia este asociată cu un pronostic mai defavorabil al bolii, fiind un predictor important al unor evenimente repetate

de AVC ulterioare și fiind asociată cu o rată mai mare a mortalității. Riscul asocierii accidentului vascular cerebral cu depresia este la fel de mare, precum și acela al factorilor de risc tradiționali (hipercolesterolemia, fumatul, hipertensiunea arterială) și este, totodată, independent de aceștia.

Depresia acționează ca o puternică influență asupra comportamentului individului, care are mai puțină grijă de el și de sănătatea sa, conferind mai puțină atenție dietei, fiind adesea consumator de alcool, fumând mai mult, având un grad mai scăzut de motivație și energie în efectuarea activității fizice, căutând, în același timp, cu mai mare greutate și latență ajutor medical. Simptomele depresive reprezintă și un factor de disconfort în ceea ce privește relaționarea socială și un impediment în adoptarea mecanismului de coping adecvat [54]. Depresia conduce și la izolarea socială a persoanelor cu AVC, ceea ce agravează, prin mecanism de cerc vicios, depresia. Relația dintre depresie și accidentele vasculare este una bidirecțională: la persoanele care au suferit un accident cerebrovascular (AVC), prevalența depresiei este de 18-61%, cu mențiunea că există situații în care diagnosticul tulburării afective este greu de stabilit [296; 316; 422], dar și simptomele depresive reprezintă un factor de risc independent pentru apariția unui AVC [267]. Depresia este considerată cea mai frecventă consecință neuropsihiatrică a unui AVC, instalată în primele 6-24 luni după acesta [267].

Depresia post-AVC se asociază cu o deteriorare cognitivă crescută, acest fenomen fiind observat la 35-87% dintre persoanele evaluate, principalele deficite cognitive fiind la nivelul funcționării executive, memoriei, limbajului și vitezei de procesare [256]. De asemenea, o rată mai mare a mortalității, o afectare crescută a funcționalității fizice și a limbajului, prelungirea duratei de spitalizare și scăderea calității vieții au fost raportate la persoanele cu depresie post-AVC [256; 314; 352].

În procesul de reabilitare post AVC, diferențierea tristeții normale de depresia clinică se dovedește delicată și dificilă. Analiza făcută de către Pas-sik și colab. arată că evaluarea pacienților și a medicilor concordă în proporție de doar 79% la cazurile de depresie subclinică, ușoară, în 33% la depresiile medii, în 13% la depresiile grave. Rezultatele lor sugerează că medicii curanți subapreciază, în mare măsură, sindromul depresiv al pacienților post AVC cu manifestări de depresie clinică. Printre cauzele subaprecierii depresiei se numără: teama de stigmatizare legată de bolile mentale, lipsa informării despre serviciile psihologice, neîncrederea în aceste informații sau accesul dificil, limitat la acestea. Trebuie subliniat faptul că persoanele în proces de reabilitare post AVC se adaptează relativ rapid la specificitățile sistemului medical, astfel încât, dacă sistemul se bazează doar pe medicație, atunci pacienții rămân doar în relații tehnice, de necesitate cu medicii curanți sau cu personalul medical, ceea ce îngreunează major explorarea și intervenția

psihosocială. Conform savantului Greenberg, nu trebuie neglijat nici faptul că nu toate persoanele doresc să fie evaluate pentru sindrom depresiv. Atitudinea pozitivă și spiritul combativ, obligatorii în procesul de reabilitare post AVC de durată, sunt fenomene atât de încetățenite cultural că pot induce pacienților sau familiilor lor opinia eronată că sentimentele negative, acceptarea sau asumarea simptomelor depresive afectează starea de sănătate și influențează în mod negativ șansele unei reabilitări. Medicul curant trebuie să fie conștient de diagnosticul de depresie post AVC, deoarece acesta ar putea fi ascuns de o serie de simptome, inclusiv afazie, agnozie, apraxie și tulburări de memorie. Un studiu longitudinal efectuat de Myers și Dewar a permis constatarea că depresia post AVC a contribuit la reinternări și la neglijarea tratamentului recuperator mai frecvent decât la bolnavii fără depresie [356]. Prezența depresiei la un individ sănătos somatic este apreciată de către Carney, ca un factor de risc dublu pentru apariția unui AVC și triplu pentru deces. La o persoană cu risc de AVC, persistența depresiei produce modificări la nivelul creierului, unde se produc anomalii microstructurale în cortexul cingulat anterior și cortexul prefrontal dorso-lateral [213; 387].

Un impact psihosocial în evoluția accidentului vascular cerebral are și *anxietatea*. Anxietatea reprezintă o emoție negativă, care se produce ca răspuns la amenințările percepute, amenințări ce pot proveni din surse interne sau externe și pot fi reale sau imaginare. În ciuda varietății de manifestări a anxietății, dovezile indică faptul că toate reacțiile anxioase au componente similare la nivel cognitiv, neurobiologic și comportamental. Posibila legătură dintre anxietate și riscul pentru evenimentele bolilor cerebrovasculare, inclusiv AVC, are implicații pentru persoanele care au semne sau simptome de anxietate și nu doar pentru persoanele diagnosticate cu o tulburare de anxietate clinică [287]. Anxietatea poate juca un rol important în ceea ce privește atacul cerebral (AVC). O analiză atentă a anxietății ne dezvăluie modul prin care aceasta poate avea un impact puternic asupra bolilor cerebrovasculare, atât ca un factor declanșator, cât și ca un impediment în recuperare, constituind un veritabil cerc vicios extrem de periculos, anxietate – AVC – anxietate. Factorii de stres psihosocial, asociați cu tulburările anxioase, cresc activitatea vegetativă prin axa hipotalamo-hipofizară, care crește, la rândul ei, nivelul catecolaminelor circulante. Această excitație sporită este asociată cu un risc crescut de hipertensiune arterială, și în consecință – declanșarea de AVC. Într-un alt studiu, anxietatea a fost raportată la circa 30% din pacienții cu accident vascular, fiind mai frecventă la persoanele cu o personalitate vulnerabilă, predispusă la reacții anxioase. Persoanele care raportează simptome de anxietate mai mare ar avea un risc crescut de accident vascular cerebral, independent de alți factori de risc demografic, biologic și comportamentali cunoscuți pentru accident vascular cerebral. Au fost examinate potențialele

confuzii și căile (adică, comportamentele de sănătate) prin care anxietatea poate influența riscul de accident vascular cerebral, precum și dacă asociațiile dintre anxietate și accident vascular cerebral variază în funcție de sex sau rasă [484].

Legătura dintre anxietate și AVC a fost studiată de către Maya Lambiase și colab. Rezultatele arată că nivelurile ridicate de anxietate menținute pe parcursul anilor se asociază destul de puternic cu prevalența AVC-urilor. Îngrijorător este faptul că persoanele foarte anxioase, comparativ cu cele puțin anxioase, au un risc cu 33% mai mare de a avea un AVC. Anxietatea și depresia sunt tulburări cu rate foarte mari de comorbiditate, dar relația anxietate-AVC este semnificativă statistic independent de nivelurile de depresie – cu alte cuvinte, anxietatea este un factor de risc independent [484].

Într-o notă încurajatoare, savanții semnaleză, că anxietatea este o problemă emoțională și comportamentală modificabilă, prin urmare riscul de AVC asociat anxietății poate fi redus semnificativ prin procedurile deja validate de psihoterapie cognitiv-comportamentală. Într-un comentariu la studiul publicat, se afirmă că rezultatele esențializează nevoia prioritară ca medicii de familie să dețină cunoștințele și instrumentele necesare pentru a evalua și trata din timp problemele de anxietate ale pacienților lor. Chiar și o creștere modestă în scorurile de anxietate se asociază cu o creștere a riscului de AVC, prin urmare o educație mai bună cu privire la managementul anxietății este importantă [484].

Persoanele cu anxietate în proces de reabilitare post AVC prezintă simptome fizice care le împiedică să își îndeplinească programul recuperator. Asemenea simptome includ: stări de neliniște, oboseală, dificultăți de concentrare, iritabilitate, tensiune musculară, insomnie. Îngrijorările acestora sunt legate de diferite aspecte ale vieții cotidiene, precum starea de sănătate, probleme financiare, respingere sau performanță. Anxietatea influențează gândirea și comportamentul. Persoanele cu anxietate au certitudinea că li se vor întâmpla lucruri groaznice, prezic că li se vor întâmpla evenimente cumplite, chiar și în cazurile în care probabilitatea acestora este foarte redusă.

### *Sinteza capitolului III*

Comportamentul bolnavului post AVC este supus unor factori de natură variată, grupați în funcție de resursele personale și sociale ale bolnavului, de gravitatea bolii, modelați de factori sociali (sistemul de îngrijire a sănătății, de protecție socială) și de factorii conjuncturali care generează un disconfort menit să-i afecteze dispoziția, culminând cu instalarea depresiei și provocând în primul rând, anxietatea legată de nesiguranța evoluției viitoare. Una și aceeași boală, cu o agregare aproxi-

mativ constantă de factori nocivi pentru sănătatea unui bolnav, este trăită în mod diferit de diferiți subiecți, în funcție de reactivitatea biologică și psihologică și de interacțiunea socială a acestuia, dar și în funcție de factorii conjuncturali.

Vârsta persoanei are multe influențe în procesul reabilitării. Astfel persoanele de vârstă avansată sunt mai vulnerabile, fac erori de medicație, au probleme cu vederea, memoria sau auzul, au disfuncții în urmărirea instrucțiunilor terapeutice, deteriorări cognitive; barierele fizice, imobilizarea, parezele și plegiile, slăbiciunea, tremurăturile de vârstă ale pacientului.

Există numeroase diferențe între sexe în ceea ce privește factorii biopsihosociali. Comportamentele, privind sănătatea, sunt puternic modificate de factorii biologici de mediu și de cei culturali. Însă există legătură între sex și abilitatea de a adopta comportamente sanogenice în procesul reabilitării. Femeile adoptă mai mult decât bărbații comportamente preventive, iar acest fenomen este explicat de diferențe biologice și hormonale legate de sex. Femeile amână procedurile preventive și diagnostice din cauza rolurilor sociale multiple, cu dublă solicitare, acasă și la serviciu.

Stresul psihic grăbește apariția unor accidente vasculare cerebrale (scade vârsta debutului), programate genetic pentru vârsta maturității (exemple relevante fiind hipertensiunea arterială și AVC-ul apărute la tineri). Indiferent de acțiunea imediată sau în timp, exercitată de stresul psihic asupra AVC, ea se suprapune cel mai adesea cu cea a unui complex de factori de risc evitabili, cum sunt fumatul, excesul de alcool, sedentarismul, consumul de grăsimi și supragreutatea, somnul redus etc.



## CAPITOLUL IV. PROFILUL SOCIO-DEMOGRAFIC ÎN ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL

### 4.1. Factori psihocomportamentali de risc pentru accidentul vascular cerebral

Metoda cea mai eficientă de combatere a accidentelor vasculare cerebrale este prevenirea acestora, deoarece metodele terapeutice sunt relativ limitate. O ameliorare considerabilă a prognosticului vital și funcțional, este posibil atunci când pacientul este tratat inițial într-o unitate neuro-vasculară specializată (*stroke-unit*) și ulterior este preluat de serviciile de reabilitare. Studiile epidemiologice și terapeutice consacrate accidentelor vasculare cerebrale au devenit tot mai numeroase și indică că există anumite măsuri eficiente de recuperare a lor prin depistarea și tratamentul factorilor care favorizează producerea accidentelor vasculare cerebrale și implementarea unor factori protectori care scad frecvența acestora.

Rezultatele identificării factorilor demografici, ce au un impact asupra stării de sănătate a populației post AVC, stabilirea comportamentelor nesănătoase cu efect negativ asupra stării de sănătate, vor fi folosite în scopul prognozării programelor de reabilitare a acestor persoane.

Ne-am propus să analizăm principalii factori de producere a accidentelor vasculare cerebrale, patologie extrem de răspândită, ce prezintă costuri economico-sociale ridicate. Acești factori de risc sunt reprezentați în principal de hipertensiunea arterială, fumatul, consumul de alcool, hipercolesterinemia și diabetul zaharat și pot fi suprimați prin tratament și schimbarea regimului de viață și a celui alimentar. Acest studiu ne oferă posibilitatea evidențierii legăturii dintre starea de sănătate a populației și anumiți factori demografici (sex, vârstă etc.), identificând principalii factori nocivi în declanșarea de accidente vasculare cerebrale (AVC). Informația colectată în cadrul cercetării a permis realizarea unor analize asupra situației socio-economice a persoanei, precum și stabilirea impactului diferitor programe de reabilitare în astfel de studii. Informația colectată în cadrul acestei cercetări vine să completeze profilul socio-demografic al persoanelor post AVC. Ulterior, studiul va servi drept fundament pentru dezvoltarea anumitor măsuri de prevenție a riscurilor de îmbolnăvire cu AVC și la scăderea incidenței maladiilor cerebrovasculare.

*Studiul principalilor factori socio-demografici de producere a accidentului vascular cerebral*

*Obiectivul principal* al studiului a vizat:

- 1) identificarea factorilor cu efecte negative asupra stării de sănătate la persoanele care au suportat un accident vascular cerebral (AVC);

2) descrierea caracteristicilor privitor la prezența-absența hipertensiunii arteriale, la activitatea fizică desfășurată, dietei caracteristice populației studiate;

3) evaluarea consumului de alcool și tutun în rândul subiecților de studiu.

A fost analizată documentația medicală (acumularea datelor de interes din fișele medicale ale bolnavilor tratați în secțiile neurovasculare ale Institutului de Medicină de Urgență), ancheta sociologică, realizată prin intermediul chestionarului alcătuit.

Au fost selectați pentru studiu pacienții internați în Clinica *Neurologie Boli Cerebrovasculare* a IMU cu AVC constatat pe parcursul unui an, 2017-2018. Pentru efectuarea studiului s-a procedat la obținerea Consimțământului Informat pentru fiecare pacient recrutat pentru studiu. Studiul s-a desfășurat cu aprobarea Comisiei de Etică a IMU. Populația țintă a fost reprezentată de persoane cu vârste cuprinse între 18 și 85 ani, din rândul celor care au suportat un AVC, urmau tratament în secțiile specializate de *stroke* și aveau o situație cognitivă relativ satisfăcătoare, ulterior fiind repartizați pe grupuri de vârstă: 18-57 ani, 57-62 ani și 62+ ani. Eșantionul a fost format din 600 de subiecți. Procedura de eșantionare este de tip probabilist la nivelul fiecărui strat pentru: grupa de vârstă, gen, mediu de rezidență. Marja de eroare a eșantionului este de  $\pm 3\%$  la un interval de încredere de 95%. Instrumentul de cercetare folosit pentru colectarea datelor cantitative a fost un chestionar, elaborat de către noi (Anexa 4).

*Metodologie de lucru.* În urma completării consimțământului informat, s-a procedat la demararea aplicării unui chestionar, elaborat pentru bolnavii cu AVC. Chestionarul aplicat a inclus, în principal, întrebări închise. Întrebările au fost elaborate pe baza a 5 teme de interes care vizează anumite aspecte ale stării de sănătate (istoricul medical de hipertensiune arterială (HTA), activitatea fizică, dieta, consumul de alcool, consumul de tutun). Culegerea datelor s-a realizat și prin analiza fișelor medicale ale pacienților internați în perioada 1 ianuarie 2017 – 31 decembrie 2018 în Clinica *Neurologie – Boli cerebrovasculare* a Institutului de Medicină Urgență. Chestionarele aplicate au avut durate medii de aplicare între 15 și 30 minute, în dependență de statutul cognitiv al bolnavului cu AVC. Ulterior, datele obținute în urma evaluării au fost analizate statistic.

### *Descrierea grupului de studiu, conform rezultatelor*

#### *1. Date demografice*

- Populația studiată are următoarea structură în funcție de sex și mediu de rezidență: 51,9% femei și 48,1% bărbați, mediul urban 62,3% și 37,7% rural.
- Cea mai mare parte a respondenților (56,5%) au absolvit cel mult liceul sau școala profesională și de meserii, iar 29,1% dintre respondenți sunt absolvenți de studii superioare.

- Conform distribuției populației pe grupe de vârstă, categoria de vârstă 57-62 de ani este categoria cuprinsă în cea mai mare parte în eșantion (38,6%), urmată de categoria de vârstă 62+ care reprezintă 34,2% dintre respondenți.
- În conformitate cu distribuția populației de studiu pe categorii de venituri, aproximativ un sfert dintre respondenți au venituri sub 5000 lei (27,2%).
- Aproximativ două treimi dintre respondenți sunt căsătoriți (65,9%), iar 12,5% dintre participanții la cercetare declară că sunt singuri.

**Tabelul 4.1. Caracteristicile socio-demografice ale respondenților studiului**

Caracteristica socio-demografică		%
Mediul de rezidență	Urban	62,3%
	Rural	37,7%
Gen	Feminin	51,9%
	Masculin	48,1%
Vârstă	18-57 ani	27,2%
	57-62 ani	38,6%
	62+ ani	34,2%
Venit	Sub 1000 lei	27,2%
	1001-1500 lei	13,8%
	1501-3000 lei	24,4%
	3001-4000 lei	18,4%
	Peste 4001 lei	16,2%
Educație	Cel mult gimnaziu	14,3%
	Cel mult liceu, școală profesională / de maiștri	56,5%
	Învățământ superior	29,2%
Statut marital	Singur (-ă)	12,5%
	Uniune consensuală / într-o relație	11,3%
	Căsătorit (-ă)	65,9%
	Divorțat (-ă)	6,4%
	Văduv (-ă)	3,9%

## 2. Indici corporali

Am utilizat datele indicate în fișa medicală a persoanelor din staționar la internare (greutate, înălțime), conform cărora s-a calculat indicele de masă corporală (IMC) a persoanelor studiate. Formula de calcul este raportul dintre masa corporală și înălțime:  $IMC \text{ (indicele de masă corporală)} = \frac{\text{Masa (kg)}}{\text{Înălțime (m)}^2}$  - masa corpului în kilograme, împărțit la înălțimea în metri la pătrat și se calculează în kg pe metru pătrat,  $kg/m^2$ .

**Tabelul 4.2. Distribuția respondenților în funcție de statusul nutrițional și grupa de vârstă**

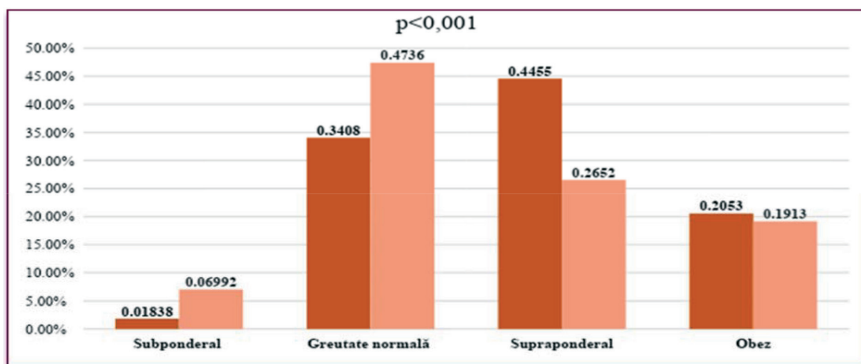
Indicele de masă corporală		Subponderal	Greutate normală	Supraponderal	Obez
Vârstă	18-57 ani	8,1%	57,7%	26,4%	7,8%
	57-62 ani	3,1%	41,3%	37,5%	18,1%
	62+ ani	1,8%	26,2%	39,8%	32,1%
<b>Total</b>		<b>4,0%</b>	<b>40,7%</b>	<b>35,3%</b>	<b>20,0%</b>

În funcție de indicele de masă corporală, s-a utilizat următoarea clasificare:

- Subponderal - IMC < 18,5 kg/m<sup>2</sup>
- Normoponderal - IMC - 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>
- Supraponderal - IMC - 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>
- Obez - IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>.

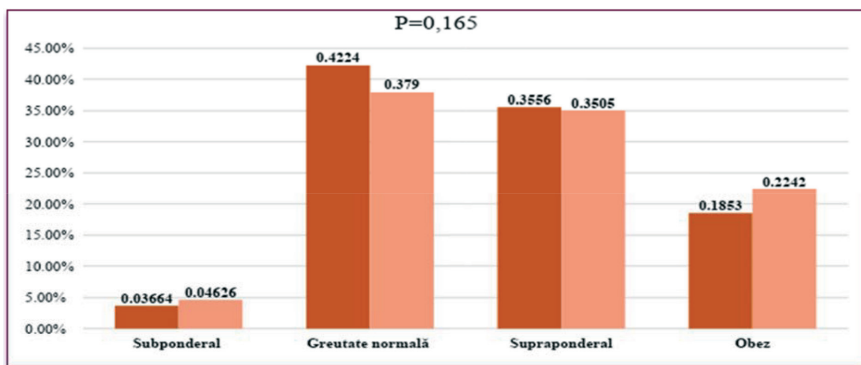
Distribuția respondenților în funcție de statusul nutrițional diferă semnificativ în funcție de grupa de vârstă ( $p < 0,001$ ), ponderea mai mare a persoanelor supraponderale și obeze fiind întâlnită la grupe de vârstă mai mare. O cincime dintre respondenți suferă, conform raportării la calculul indicelui de masă corporală, de obezitate, iar o treime sunt supraponderali; 40% dintre respondenți sunt normoponderali. Vârsta subiecților se corelează pozitiv semnificativ statistic ( $\rho = 0,342$ ;  $p < 0,001$ ) cu indicele de masă corporală, adică cu cât crește vârsta respondentului cu atât crește și indicele de masă corporală al acestuia și invers. Genul masculin are o pondere semnificativ mai mare a supraponderalității și obezitității comparativ cu genul feminin ( $p < 0,001$ ).

Obezitatea crește de 2 ori riscul de producere a accidentului vascular cerebral și dacă se asociază și cu alți factori de risc, ca de exemplu hipertensiunea arterială (HTA), diabetul zaharat sau hipercolesterolemia, crește șansele de apariție a AVC.



**Figura 4.1. Distribuția respondenților în funcție de statusul ponderal și gen**

Statusul ponderal nu diferă semnificativ statistic în funcție de mediul de rezidență al respondenților ( $p=0,165$ ).



**Figura 4.2.** Distribuția respondenților în funcție de statusul ponderal și mediul de rezidență

### 3. Istoricul medical de hipertensiune arterială (HTA)

HTA este cel mai important factor de risc modificabil al accidentului vascular cerebral, indiferent de vârstă, sexul pacientului sau tipul acestuia (ischemic sau hemoragic). HTA crește riscul de apariție a infarctului cerebral de 4 ori și cel al hemoragiei cerebrale de 10 ori [402]. Riscul care se atribuie HTA este important din cauza prevalenței crescute a acestei boli, care se întâlnește la 60% dintre persoanele peste 60 de ani și la 90% dintre subiecții peste 85 de ani, care au o presiune arterială superioară valorii de 140/90 mm Hg. Riscul de apariție a accidentului vascular cerebral este direct proporțional cu creșterea valorilor tensiunii arteriale. O analiză recentă asupra unor subiecți normotensivi, cu o TA inferioară valorii de 140/90 mmHg a arătat că riscul de apariție a accidentului vascular cerebral era mai mare la cei cu tensiuni arteriale la limită (valori de 135/85 mmHg) față de cei cu o tensiune arterială optimă, cu valori mai mici de 120/80 mmHg [444]. Eficacitatea scăderii tensiunii arteriale asupra riscului de producere a AVC a fost demonstrată de multiple studii și meta-analize în cadrul prevenției primare și a celei secundare. Reducerea riscului este considerabilă, deoarece s-a constatat că scăderea tensiunii arteriale diastolice cu 5 mm Hg pe o perioadă de 5 ani reduce riscul de producere a AVC în ansamblu cu 40% și a hemoragiilor cerebrale cu 80%, indiferent de vârsta pacientului (60 de ani sau 80 de ani) [423].

În studiu, datele au fost colectate din fișele de observație a bolnavilor din staționar. Toți subiecții au fost identificați cu tensiune arterială crescută, fiind semnificativ mai mare la grupele de vârstă mai mari.

Aproximativ 23,2% dintre subiecții cercetați au afirmat că au avut tensiunea arterială crescută în ultimele 12 luni. În ceea ce privește frecvența tensiunii arteriale crescute declarate în urma investigațiilor din ultimul an, nu există diferențe semnificative în funcție de genul respondenților și nici în funcție de mediul de rezidență. Grupele de vârstă mai mare, declară și în acest caz cu o frecvență semnificativ mai mare, că li s-a confirmat prezența tensiunii arteriale crescute și în ultimele 12 luni. Toate persoanele identificate cu tensiune arterială crescută, au afirmat că urmează tratament hipotensiv în ultimul an.

**Tabelul 4.3. Distribuția respondenților în funcție de declarația privind tensiunea arterială crescută**

<i>Vi s-a spus că aveți tensiune arterială crescută de către un doctor sau asistent medical?</i>		<b>La un anumit moment %</b>	<b>P value</b>	<b>În ultimul an %</b>	<b>P value</b>
Mediul de rezidență	Urban	29,4%	0,535	22,8%	0,881
	Rural	31,1%	-	24%	-
Gen	Feminin	34,2%	<0,001	27,7%	0,079
	Masculin	24,9%	-	18,2%	-
Vârstă	18-57 ani	10,2%	<0,001	5,5%	<0,001
	57-62 ani	24,1%	-	17,7%	-
	62+ ani	49,8%	-	41,5%	-
<b>Total</b>		<b>30,0% dintre cei care au declarat că li s-a măsurat TA</b>		<b>23,2% dintre cei care au declarat că li s-a măsurat TA</b>	

#### 4. Comportamentul alimentar

Sfaturile pe care medicii le oferă pacienților se încadrează la măsuri de prevenție primară. Este cunoscut faptul că recomandările medicale pot să scadă expunerea la factorii de risc cunoscuți ca fiind implicați în etiologia bolilor. Principalele recomandări medicale evaluate au inclus reducerea grăsimii în dietă, menținerea unei greutate corporale sănătoase sau scăderea în greutate, încurajarea consumului de cel puțin 5 porții de fructe și legume pe zi, cunoscut fiind faptul că în etiologia plurifactorială a atacului cerebral aceștia sunt cei mai frecvent incriminați factori de risc. De asemenea, scăderea expunerii la factorii de risc vizată prin recomandările medicale include reducerea consumului de sare, a consumului de zahăr. Alimentele care sunt consumate de 6-7 ori pe săptămână sunt fructele (70% dintre respondenți) și legumele (68%).

**Tabelul 4.4. Distribuția respondenților în funcție de respectarea recomandărilor medicale primite**

<b>În ultimii 3 ani v-a sfătuit un medic să:</b>	
Să reduceți grăsimea în dietă	45%
Să mențineți o greutate corporală sănătoasă sau să scadă în greutate	41%
Să începeți sau să faceți mai multă activitate fizică	41%
Să reduceți sarea în dietă	39%
Să reduceți consumul de zahăr în dietă	39%
Să mâncați în fiecare zi cel puțin 5 porții de fructe și/sau legume	38%
Să renunțați sau să nu începeți să consumați tutun	23%

### 5. Activitatea fizică

Mersul pe jos pentru 30 minute zilnic sunt activități fizice pe care le efectuează 71% dintre subiecți, timp de 6 zile pe săptămână. Ponderea respondenților care merg pe jos cel puțin 30 minute zilnic este semnificativ mai mare în rândul femeilor, în rândul respondenților din mediul rural și al persoanelor cu vârste 57-62 ani. Sport sau activități recreative de intensitate medie sau crescută efectuează 20% dintre subiecții chestionați, pentru aproximativ 3 zile pe săptămână. Respondenții din mediul urban, de sex masculin și cu vârste cuprinse între 18 și 57 ani sunt cei care efectuau în cea mai mare proporție sporturi sau activități recreative de intensitate crescută sau medie. Din cunoștințele personale, intervievații consideră că durata minimă recomandată pentru practicarea activităților fizice (pentru un adult) este de 30 minute pe zi (81%).

**Tabelul 4.5. Distribuția respondenților în funcție de efectuarea activităților recreative/sportive**

<b>Faceți vreun fel de sport sau activități recreative?</b>			<b>P value</b>
Mediul de rezidență	Urban	25%	<0,001
	Rural	11%	
Gen	Feminin	12%	<0,001
	Masculin	29%	
Vârsta	18-57 ani	35%	<0,001
	57-62 ani	20%	
	62+ ani	8%	
<b>Total</b>			<b>20%</b>

Cei mai importanți factori menționați de către respondenți în practicarea activităților fizice sunt motivația personală, sprijinul familiei și al prietenilor și disponibilitatea de timp și de bani. Existența unei game largi de practicare



a activităților fizice este un factor mult mai puțin important pentru respondenți.

**Tabelul 4.6. Distribuția respondenților în funcție de motivația efectuării activităților fizice**

<i>Care dintre următorii factori este cel mai important pentru dumneavoastră în practicarea activităților fizice?</i>	
Motivația personală	37%
Sprijinul familiei și al prietenilor	26%
Disponibilitatea de timp și bani	22%
Existența în apropierea locuinței a unei infrastructuri adecvate pentru practicarea activităților fizice	12%
Existența unei game largi de practicare a activităților fizice	3%

Cel mai motivant factor în practicarea activităților fizice este menținerea sănătății. Practicarea activităților fizice pentru un aspect fizic plăcut sau pentru competitivitate nu îi motivează într-o mare măsură pe respondenți. Cei mai interesați de menținerea sănătății prin practicarea sportului sunt respondenții de sex masculin. De asemenea, cu cât vârsta respondenților crește, cu atât interesul pentru menținerea sănătății prin sport crește. Femeile, în comparație cu bărbații, sunt mai interesate de scăderea în greutate prin efectuarea activităților fizice. Atât bărbații, cât și femeile practică activități sportive recreative pentru menținerea stării de bine.

#### 6. Consumul de alcool

Numeroase studii au demonstrat că un consum a mai mult de 2 pahare de vin zilnic crește riscul apariției AVC, multiplicând cu 5 riscul de accident hemoragic și cu 3 riscul de infarct cerebral. Creșterea riscului depinde de cantitatea de alcool consumată și se referă la consumul pe termen lung, ca și la cel pe termen scurt [389].

**Tabelul 4.7. Distribuția respondenților în funcție de consumul de alcool declarat**

<i>Ați consumat vreodată alcool de orice fel, cum ar fi bere, vin, spirtoase, sau de alte feluri?</i>		Da	P value
Sex	Feminin	69%	<0,001
	Masculin	93%	
<b>Total</b>		<b>81%</b>	

Doar 19% dintre subiecții din studiu nu au consumat vreodată o băutură alcoolică de orice tip. Procentul respondenților de sex masculin care au consumat alcool la un moment dat este mai crescut cu 24% de procente față de respondenții de sex feminin.

Mai mult de jumătate dintre respondenți (50,7%) au consumat alcool până la îmbolnăvire. Cei mai mulți dintre aceștia (15,3%) au consumat alcool 1-2 zile pe săptămână. În același timp, consumul de alcool cu o frecvență săptămânală mai crescută de 3-4 zile se înregistrează la 3,9% dintre respondenți.

**Tabelul 4.8. Distribuția respondenților în funcție de frecvența consumului de alcool în ultimul an**

<b>Cât de des ați consumat pe parcursul ultimelor 12 luni cel puțin o băutură alcoolică?</b>	
Mai puțin de o dată pe lună	13,5%
1-3 zile pe lună	13,8%
1-2 zile pe săptămână	15,3%
3-4 zile pe săptămână	3,9%
5-6 zile pe săptămână	0,8%
Zilnic	3,3%

Respondenții din mediul urban (56%) sunt cei care au consumat într-o mai mare măsură alcool decât cei din mediul rural (42%). Respondenții de sex masculin au consumat alcool într-o proporție cu aproximativ 26% mai mare decât respondenții de sex feminin. Categoria de vârstă care a consumat alcool cu cea mai mare frecvență în ultimul an este cea a respondenților cu vârste cuprinse între 18-57 ani (57%). Aproximativ 93% dintre respondenți consideră că numărul maxim de unități standard de alcool pe care le poate consuma zilnic un bărbat, fără a fi în pericol, este de 2 unități, iar pentru femei cantitatea zilnică indicată a fost de o singură unitate de către 98% dintre respondenți. Un procent de 23% dintre subiecți au renunțat, la un moment dat, la consumul de alcool din cauza problemelor de sănătate la recomandarea medicului sau al altui lucrător din sănătate.

### *7. Consumul de tutun*

Rolul favorizant al fumatului activ sau pasiv în producerea AVC este în prezent bine stabilit, deoarece s-a constatat că fumatul crește riscul de apariție a infarctului cerebral de 2 ori la vârstnici și de 3 ori la tineri și la sexul feminin [417]. Acest risc scade la jumătate odată cu renunțarea la fumat în următorii 2-5 ani, dar rămâne superior față de nefumători. Din cauza frecvenței în creștere a tabagismului, riscul asociat fumatului este considerabil în cazul acestei patologii.

În studiul nostru, afecțiunea care este cel mai frecvent asociată cu consecințele fumatului este cancerul pulmonar (98,5% dintre respondenți afirmă acest lucru), urmată de accidentul vascular cerebral (93,9%) și cancerul cavității bucale (92,7%). Există diferențe semnificative statistic, în funcție de sex,

în ceea ce privește cunoștințele pe care respondenții le dețin despre asocierea fumatului cu AVC. În ceea ce privește diferența dintre fumatul activ și fumatul pasiv, 92% dintre subiecți consideră că expunerea la fumul de țigară are același efect asupra sănătății ca fumatul activ. Cele mai menționate surse de informare cu privire la efectele nocive ale fumatului sunt TV-ul (48%), Internetul (45%) și medicul de familie (39%). Cunoștințele cu privire la accidentul vascular cerebral produs de fumat în funcție de gen: femei 94,0%, bărbați – 93,7%.

**Tabel 4.9. Distribuția respondenților în funcție de vârsta la care au fumat prima dată în funcție de gen, mediu de rezidență și grupă de vârstă**

<i>Ce vârstă aveți când ați început să fumați prima oară?</i>		<b>Sub 14 ani</b>	<b>15-18 ani</b>
Mediul de rezidență	Urban	13%	44%
	Rural	18%	31%
Gen	Feminin	12%	42%
	Masculin	17%	38%
Vârstă	18-57 ani	19%	55%
	57-62 ani	14%	36%
	62+ ani	10%	28%

Prevalența fumatului în rândul respondenților este de aproximativ 30%, iar vârsta medie la care aceștia au fumat prima dată este de 19 ani. Respondenții care au indicat că au fumat pentru prima dată la o vârstă sub 14 ani provin, în cea mai mare parte, din mediul rural, sunt de sex masculin. Respondenții fumători care au început să fumeze la o vârstă cuprinsă în intervalul 15-18 ani sunt mai frecvent din mediul urban, femei și, în continuare, cei mai tineri respondenți din eșantion. Aproximativ 82% dintre respondenții fumători care nu doresc să renunțe la fumat își motivează alegerea prin faptul că fumatul este o activitate plăcută. Un alt motiv invocat este reducerea stresului (59%).

### *Sinteza studiului*

Grupa de vârstă din lotul studiat, la care frecvența accidentelor vasculare cerebrale este semnificativ mai mare, este cea de 57-62 ani.

- Accidentele vasculare cerebrale declarate în studiul dat au o prevalență semnificativ mai mare la genul feminin.
- Toți respondenții cărora li s-a măsurat tensiunea arterială declară că au prezentat hipertensiune arterială până la AVC, frecvența acesteia fiind semnificativ mai mare la femei și la grupa de vârstă 57-62 ani.
- Ponderea supraponderalității și obezității este mai mare la grupele de vârstă mai mare, iar vârsta se corelează pozitiv semnificativ cu indicele de masă corporală, acesta crescând odată cu înaintarea în vârstă.

- Supraponderalitatea și obezitatea se întâlnesc cu o frecvență semnificativ mai mare la genul masculin, iar în ceea ce privește prevalența obezității și supraponderalității pe medii de rezidență nu se înregistrează diferențe semnificative.
- Consumul mediu zilnic de fructe sau de legume – 54% dintre respondenți consideră că ar trebui să consume zilnic 3 porții de fructe/legume.
- Modificări în dietă ar dori să facă aproape jumătate dintre respondenți, mai ales femeile, locuitorii din urban și persoanele de 57-62 ani. Cele mai frecvent enumerate modificări la alimentației includ consumul mai mare de vegetale (69%) și fructe (67%), limitarea consumului de grăsimi (61%) și consumul de alimente mai naturale (60%).
- Mare parte dintre respondenți au consumat alcool cel puțin o dată (81%), ponderea fiind mai mare în rândul bărbaților (93%).
- La fel ca și în cazul frecvenței de consum, bărbații, respondenții din mediul rural și persoanele de 18-57 de ani consumă o cantitate mai mare de băuturi alcoolice. Aproximativ un sfert dintre respondenți au renunțat la un moment dat la consumul de alcool din cauza unor probleme de sănătate.
- Prevalența declarată a fumatului este de 30%, iar vârsta medie la care aceștia au fumat prima dată este de 19 ani. Cu toate acestea, mai mult de jumătate dintre respondenți declară că s-au apucat de fumat mai devreme de 18 ani. Frecvența cu care respondenții declară că s-au apucat de fumat înainte de 14 ani este semnificativ mai mare în mediul rural, la sexul masculin și la respondenții de 18-57 ani.

Principalul motiv pentru care respondenții declară că fumează este reprezentat de eliminarea stresului. Marea majoritate a fumătorilor declară că au fost sfătuiți de către cadrele medicale să renunțe la fumat din motive de sănătate.

În majoritatea studiilor recente, valoarea colesterolului total nu reprezintă un factor de risc global al apariției AVC, dar devine un factor de risc în cadrul subgrupelor infarctelor cerebrale datorate aterosclerozei, în care creșterea nivelului trigliceridelor constituie de asemenea un factor de risc. Majoritatea studiilor și meta-analizelor consacrate hipolipemiantelor și în particular statinelor, ca tratament în prevenția primară (cu sau fără hipercolesterolemie) sau secundară după infarct de miocard, au arătat scăderea riscului de producere a AVC de 15-30% [419].

Diabetul zaharat (DZ) este un alt factor de risc major, independent al infarctului cerebral, risc care îi multiplică frecvența de 2 până la 5 ori [425]. În plus, la pacienții diabetici, infarctul cerebral poate apărea la vârste mai tinere și numărul deceselor în aceste cazuri este mai mare. Impactul celorlalți fac-

tori de risc (hipertensiunea arterială (HTA), fumat, hiperlipidemie) în asocieră cu diabetul zaharat este multiplicat cu 2 la acești pacienți, față de cei cu valori normale ale glicemiei. Recent s-a demonstrat că un control multifactorial intensiv (TA<130/80 mmHg, colesterol<170mg/dl, trigliceride<150mg/dl) scade la jumătate riscul vascular față de tratamentele convenționale [258].

Vârsta este principalul factor de risc al producerii accidentului vascular cerebral, dar ceilalți factori menționați anterior și care în mare măsură pot fi modificați prin dietă sau tratament, exercită în combinație un efect de potențare a riscului. Astfel, în cazul unui bărbat de 60 de ani, riscul de producere al unui AVC în următorii 10 ani este de 3%, crește la 8% dacă tensiunea arterială sistolică este de 170 mmHg, la 12% dacă fumează și la 17% dacă este diabetic. Acest exemplu subliniază importanța prevenirii și tratării tuturor factorilor de risc și în primul rând ne referim la cei mai importanți, respectiv hipertensiunea (HTA) și tabagismul.

*Factorii de prevenție ai AVC* au fost mai puțin studiați în comparație cu *factorii de risc*, dar merită o atenție deosebită, deoarece vorbim despre prevenirea unei boli cu un impact considerabil populațional. Diminuarea riscului de producere a AVC este bine stabilită în cazul următorilor factori: activitatea fizică regulată, consumul moderat de alcool (echivalentul a 2 pahare de vin pe zi la bărbat și al unui pahar de vin pe zi la femeie), scăderea aportului alimentar de sare și de grăsimi și creșterea aportului de potasiu, fructe și legume crude. Eficacitatea unui program de modificare a stilului de viață (scăderea în greutate, scăderea aportului de sare, intensificarea activității fizice și creșterea aportului de fructe și legume) în scopul scăderii tensiunii arteriale la pacienții cu HTA stadiul I a fost demonstrată de numeroase studii

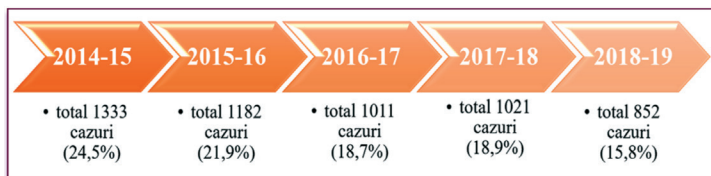
#### **4.2. Aspecte socio-demografice specifice accidentului vascular cerebral**

În cadrul cercetării, ne-am propus să efectuăm o analiză demografică retrospectivă privind accidentul vascular cerebral: *Studiu demografic privind accidentul vascular cerebral la Institutul de Medicină de Urgență în perioada anilor 2014 – 2019*, care să evidențieze următoarele aspecte:

- distribuția subiecților pe sexe;
- distribuția AVC în funcție de mediul social;
- distribuția AVC în funcție de categoriile de vârstă;
- mortalitatea prin AVC;
- factori etiopatogenici ai AVC;
- tulburările neurologice predominante post AVC;
- explorarea imagistică cerebrală (localizarea focarului de AVC).

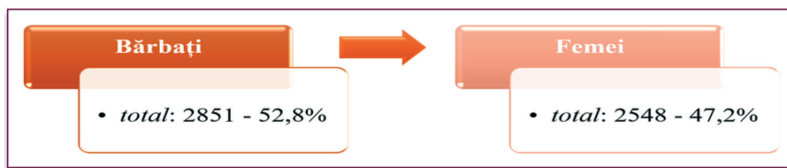
Am realizat acest *studiu clinico-statistic pe un număr de 5399 pacienți internați* în secția de Boli Cerebro-Vasculare (BCV) a Institutului Medicină

de Urgență (IMU) din Chișinău pe un interval de 5 ani, respectiv *intervalul 1 ianuarie 2014-31 decembrie 2018*, diagnosticați clinic și imagistic cu AVC (Figura 4.3). Au fost analizate atât fișele de observație clinică cât și datele statistice oferite de biroul de Statistică al IMU, datele colectate din Sistemul informațional de date medicale „Hipocrate” pentru subiecții spitalizați.



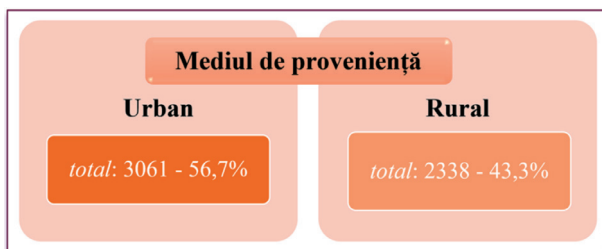
**Figura 4.3. Distribuția cazurilor de AVC pe ani**

În ceea ce privește distribuția AVC după sex, am remarcat că accidentele vasculare cerebrale au apărut mai frecvent la persoanele de sex masculin (2851pacienți) – 52,8% și mai puțin frecvent la persoanele de sex feminin (2548 pacienți) – 47,2% din cazuri (Figura 4.4). A fost atestată o prevalență a numărului de bărbați asupra numărului de femei, printre subiecții cu accident vascular cerebral ischemic, aceste date se reflectă din punct de vedere istoric în felul următor: în timp ce numărul femeilor și al bărbaților cu accident vascular cerebral ischemic era similar în 1990, acesta a crescut în timp, și această creștere a fost mai pronunțată pentru bărbați. În același timp, există o tendință spre o scădere a incidenței accidentului vascular cerebral ischemic în rândul femeilor în perioada 1990-2013, fără a se constata o schimbare semnificativă pentru bărbați [188]. Din punct de vedere istoric, din 1970 până în 2008, datele privind populația indică rate de incidență bărbați-femei în scădere de la 1,49 (vârste 35-44 ani) până la 1,21 (vârste 75-84 ani) [178].



**Figura 4.4. Distribuția cazurilor de AVC în funcție de sex**

Studiul distribuției în funcție de mediul de proveniență ne-a permis să remarcăm că au existat diferențe majore între mediul urban și cel rural (2338 pacienți) – 43,3% dintre cazuri au provenit din mediul rural și (3061 pacienți) – 56,7% dintre cazuri din mediul urban, aspecte care ridică probleme deosebite privind asistența medicală în mediul rural, modalitatea de alimentație și măsurile de prevenție în aceste zone (Figura 4.5).

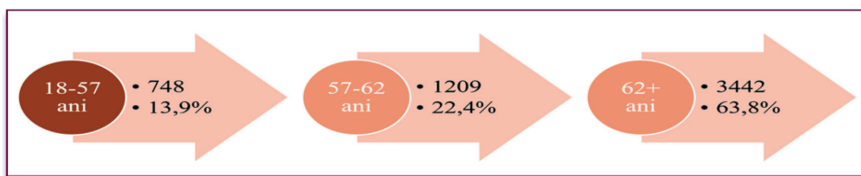


**Figura 4.5. Distribuția cazurilor de AVC în funcție de mediul de proveniență**

Dacă distribuția anuală a AVC nu a prezentat variații semnificative, dar distribuția cazurilor în funcție de sex a arătat diferențe majore între sexe. Astfel, numărul de AVC ischemice înregistrate la femei a fost de 2548 (47,2%), în timp ce numărul de pacienți de sex masculin a fost de 2851 (52,8%);

Studiul distribuției AVC pe medii de proveniență a arătat că AVC ischemice au fost ceva mai numeroase în mediul urban, unde s-au înregistrat 3061 de cazuri, reprezentând 56,7%, în timp ce în mediul rural au fost numai 2338 de cazuri, reprezentând 43,3%.

În ceea ce privește repartitia pe grupe de vârstă, incidența cea mai mare s-a înregistrat în intervalul de vârstă 62+ ani (3442 pacienți) – 63,8% din cazuri. Repartitia anuală a AVC a fost foarte apropiată de la un an la altul, accidentul vascular cerebral fiind o boală a îmbătrânirii. Incidența accidentelor vasculare cerebrale crește odată cu vârsta, dublarea incidenței are loc odată cu fiecare deceniu, după vârsta de 55 de ani [396]. Vârsta medie de accident vascular cerebral ischemic este de aproximativ 69,2 ani [198] (Figura 4.6).

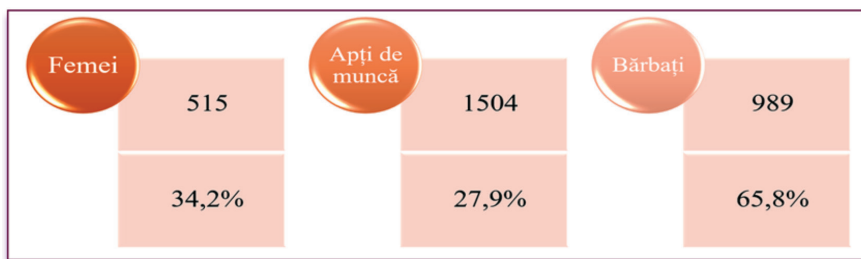


**Figura 4.6. Distribuția cazurilor de AVC după grupe de vârstă**

Mortalitatea generală la pacienții internați în perioada 2014-2019 cu AVC în secția BCV, (ilustrată în Figura 4.7), a fost de 831 pacienți, ce reprezintă 15,4%; cea mai mică mortalitate a fost înregistrată în anul 2015 când s-au găsit doar (150 cazuri) – 12,7% decedați din totalul pacienților internați cu AVC, iar cea mai mare mortalitate a fost în anul 2017 când s-a înregistrat (196 cazuri) un procent de 19,2% decese.

Din totalul de persoane cu AVC, un număr de 1504 (27,9%) au fost de vârstă aptă de muncă, numărul bărbaților predominând – 989 (65,8%), pe când cel al femeilor de vârstă aptă de muncă, a fost – 515 (34,2%).

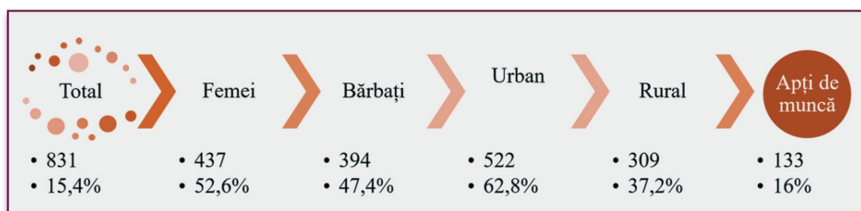




**Figura 4.7. Distribuția cazurilor de AVC după capacitatea de muncă**

Comparativ cu alte statistici internaționale, potrivit cărora mortalitatea cumulativă la o lună după AVC este de 5%, mortalitatea înregistrată în secția de BCV a IMU este mică, ceea ce nu corespunde gravității afecțiunii, deoarece majoritatea pacienților cu AVC cu prognostic nefast sunt externați la cererea familiei și decesul se înregistrează la domiciliul pacientului [288]. De Jong și alții au observat o rată a mortalității la o lună de 10% la 998 pacienți aflați la primul AVC [303].

Cazurile de mortalitate prin AVC în perioada anilor 2014-2018 sunt ilustrate în figurile 4.8-4.10.

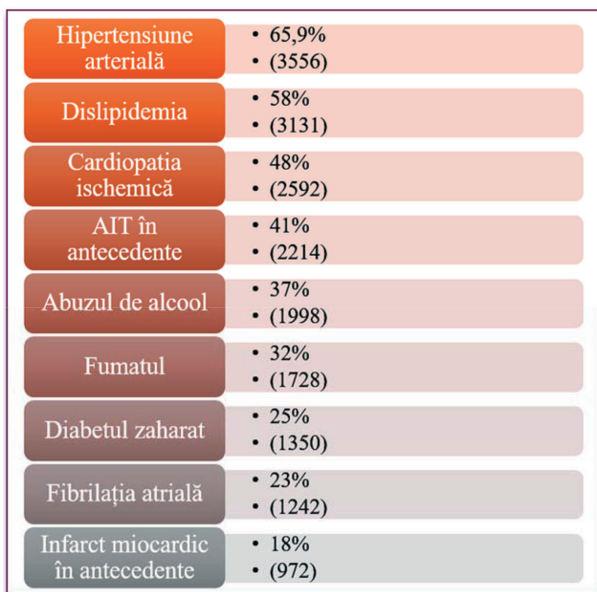


**Figura 4.8. Distribuția cazurilor de mortalitate prin AVC în perioada anilor 2014-2019**

Dintre factorii etiopatogenici analizați, conform datelor din fișele medicale, AVC s-au corelat cu HTA într-un procent foarte ridicat (65,87%), cu dislipidemia (58%), cardiopatia ischemică (48%), AIT în antecedente (41%), abuzul de alcool (37%), fumatul (32%), diabetul zaharat (25%), fibrilația atrială (23%), infarctul miocardic în antecedente (18%) (Figura 4.9).

Analiza bazei informaționale de date a IMU "HIPOCRATE" și a fișelor medicale ale bolnavilor cu AVC, ne-au permis să stabilim că hipertensiunea arterială (HTA) a fost identificată la mai mult de o jumătate din pacienții cu AVC, în fiecare an, iar valorile s-au menținut relativ constante. Aceste date vin să confirme faptul că modificările vasculare stau la baza AVC și ca hipertensiunea este principalul factor de risc care determină aceste modificări. În studiul nostru, din cele 3556 cazuri de AVC cu HTA valorile tensionale au fost:

31,6%) 1123\*) de pacienți au avut TA cu valori de peste 180/mmHg, dar sub 200/120mmHg; 26,9%) 958\*) pacienți au avut TA cu valori >200/120mmHg, de 5-8 ani; 41,5%) 1475\*) cazuri au avut TA cu valori >200/120 mm Hg, de circa 8-10 ani.



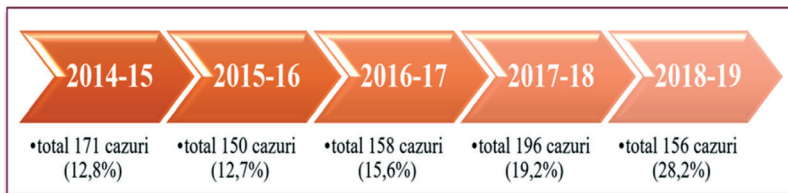
**Figura 4.9. Distribuția cazurilor de AVC după factorii etiopatogenici**

Studiul analizelor medicale din fișele pacienților și a bazei de date electronice „HIPPOCRATE”, ne-a permis să constatăm că *dislipidemiile* sunt unele dintre cele mai importante condiții ale apariției aterosclerozei vasculare. În studiul nostru, incidența dislipidemiilor a crescut de la 17,66% în anul 2014, la 46,30% în anul 2018. Se poate spune că în 5 ani valoarea dislipidemiilor a crescut mai bine de 2,5 ori, iar trendul acestora s-a menținut ascendent pe toată perioada studiată. Acest aspect poate fi explicat printr-o alimentație nesănătoasă, cu creșterea consumului de alimente bogate în grăsimi animale (grăsimi nesaturate), creșterea stresului cotidian și reducerea efortului fizic, aspecte care ridică probleme deosebite privind educația medicală în mediul rural, modalitatea de alimentație și măsurile de prevenție în aceste zone.

Tulburările de ritm cardiac, mai ales fibrilația atrială, reprezintă un alt grup de afecțiuni care pot fi asociate sau pot contribui la declanșarea AVC mai ales a celor ischemice. În studiul nostru, conform documentației medicale studiate, tulburările de ritm cardiac au fost prezente într-un procent destul de mare (23%) la persoanele cu AVC, cu alte cuvinte, unul din 5 pacienți cu

AVC a avut tulburări de ritm cardiac, ceea ce ne face să conchidem că aceste afecțiuni se corelează puternic și sunt implicate în etiopatogenia AVC.

Din totalul de 5399 de cazurilor de AVC ischemice și hemoragice din cei 5 ani, un număr de 1350 de pacienți, respectiv 25% au prezentat și diabet zaharat.



**Figura 4.10. Distribuția pe ani a cazurilor de mortalitate AVC**

Studierea documentației medicale (baza electronică de date, istoria bolii electronice, fișele medicale statistice etc.) ne-a permis să stabilim și unele statistici în plan clinic:

- Tulburările neurologice predominante la internare au fost: deficitul motorii - 81%, tulburările de limbaj și de vorbire - 68%, tulburările senzitive - 37%, tulburările de câmp vizual - 24%, tulburările sugerând afectarea teritoriului posterior - 21%, alterarea stării de conștiență a fost consemnată, la internare, la un număr relativ mic de pacienți (8,61%), explicabil prin relativa rapidă prezentare la urgență și spitalizare;
- Explorarea imagistică cerebrală de bază, în urgență și în cursul spitalizării, a fost tomografia computerizată (CT), efectuată la toți cei 5399 de pacienți. În ceea ce privește topografia vasculară a leziunilor tomografice, cele mai frecvente au fost în teritoriul arterei cerebrale media (ACM) - 72% din totalul infarctelor cerebrale;
- În evoluția pacienților cu AVC, în perioada de spitalizare, s-a înregistrat o evoluție favorabilă la 82% din cazuri, agravarea la 14,4% din cazuri și decesul la 3,6% din cazuri;
- Principalii factori de prognostic nefavorabil în lotul studiat au fost: vârsta înaintată și comorbiditățile majore (diabet zaharat (DZ), hipertensiune arterială (HTA) necontrolată); localizările „strategice” ale AVC (infarcte în teritoriul vertebro-bazilar, care afectează partea ventro-laterală a bulbului rahidian; infarcte cerebeloase de mari dimensiuni, AVC ischemice carotidiene de mari dimensiuni (teritoriul ACM complet sau ACI complet) și coma la debut; complicațiile neurologice majore ale *stroke*-ului ischemic (transformarea hemoragică, efectul de masă și recurența AVC); complicațiile cardiace (sindromul coronarian acut și insuficiența cardiacă).

Datele acumulate de noi, demonstrează că 31% din cauzele de AVC au o legătură directă cu fumatul și consumul de alcool, 37% dintre cei studiați având un stil de viață nesănătos.

Analiza statusului marital a demonstrat sunt căsătoriți – 65,9%; trăiește singur (ă) – 12,5%; divorțat (ă), solitar (ă), alte tipuri de reuniuni – 21,6%.

Activitatea realizată de către subiecții incluși în studiu este următoarea: încadrați în câmpul muncii – 27,9%; pensionari – 60,8%; șomeri – 11,3%;

Din numărul total de participanți la studiu, 78,4% au câte 1-3 copii.

Dintre cei studiați, 65,9% știau că suferă cu hipertensiune arterială (HTA) și iau medicamente prescrise de un medic.

La întrebarea dacă au avut cândva un atac de cord sau dureri în piept din cauza bolii de inimă, 41% au răspuns afirmativ, „da”.

Cu părere de rău, rezultatele demonstrează că nu au fost sfătuiți: să renunțe la fumat 68% dintre respondenții cu AVC; să reducă cantitatea de sare alimentară – 52% dintre subiecți; să reducă cantitățile de grăsimi consumate – 57% dintre respondenți; să facă activitate fizică – 58% dintre subiecții chestionați; să reducă consumul de zahăr – 49% dintre subiecți.

La întrebarea dacă practică vre-un fel de sport sau ocupații recreative în aer liber: mersul pe jos 1-2 ori pe săptămână este practicat de către 55% respondenți, iar motivația de a practica activitățile fizice ar fi: scăderea în greutate – 18%; menținerea sănătății – 22%; aspectul fizic – 14%; plăcerea – 12%.

Dintre cei chestionați, 72% consumă zilnic câte 2 porții de fructe și legume, iar 64% dintre cei intervievați și-ar dori să facă modificări în dietă, să folosească mai puțin zahăr, sare și grăsimi.

Au consumat vreo dată alcool (vin sau spirtoase), 87% pacienți; au încercat să renunțe la fumat 38% intervievați.

La finele studiului putem concluziona, că accidentul vascular cerebral este o afecțiune prevalentă în activitatea Clinicii de Neurologie a Institutului de Medicină Urgentă din Republica Moldova. Profilul fiziopatologic și de gravitate al pacienților ce se adresează Clinicii nu diferă semnificativ de cele raportate în literatura de specialitate. Existența unui număr mare de pacienți cu AVC justifică investigarea unor căi pentru optimizarea managementului intervențional și a estimării pronosticului.

În ciuda faptului că în prezent se oferă suport integral unui pacient cu AVC, sunt puține șanse pentru recuperare completă. Singurul mod de a progresa este de a proiecta noi metode de diagnostic precoce, (în interiorul ferestrei terapeutice și în faza sub-acută), inclusiv și psihodiagnostice, pentru a permite inițierea rapidă a terapiei corecte de reabilitare.

Metoda cea mai eficientă de combatere a accidentelor vasculare cerebrale este prevenirea acestora, deoarece metodele terapeutice sunt relativ limitate. O ameliorare considerabilă a prognosticului vital și funcțional, este posibil atunci când pacientul este tratat inițial într-o unitate neuro-vasculară specializată (*stroke-unit*) și ulterior este preluat de serviciile de reabilitare. Studiile epidemiologice și terapeutice consacrate accidentelor vasculare cerebrale au devenit tot mai numeroase și indică că există anumite măsuri eficiente de recuperare a lor prin depistarea și tratamentul factorilor care favorizează producerea accidentelor vasculare cerebrale și implementarea unor factori protectori care scad frecvența acestora.

Rezultatele identificării factorilor demografici din acest studiu, ce au un impact asupra stării de sănătate a populației post AVC, stabilirea comportamentelor nesănătoase cu efect negativ asupra stării de sănătate, vor fi folosite în scopul prognozierii programelor de reabilitare a acestor persoane.

Analizând factorii socio-demografici de producere a accidentelor vasculare cerebrale, patologie extrem de răspândită, ce prezintă costuri economico-sociale ridicate, am stabilit: acești factori de risc sunt reprezentați în principal de hipertensiunea arterială, fumatul, consumul de alcool, hipercolesterolemia și diabetul zaharat și pot fi suprimați prin tratament și schimbarea regimului de viață și a celui alimentar. Acest studiu ne oferă posibilitatea evidențierii legăturii dintre starea de sănătate a populației și anumiți factori demografici (sex, vârstă etc.), identificând principalii factori nocivi în declanșarea de accidente vasculare cerebrale (AVC). Informația colectată în cadrul cercetării a permis realizarea unor analize asupra situației socio-economice a persoanei, precum și stabilirea impactului diferitor programe de reabilitare în astfel de studii. Informația colectată în cadrul acestei cercetări vine să completeze profilul socio-demografic al persoanelor post AVC. Ulterior, studiul va servi drept fundament pentru dezvoltarea anumitor măsuri de prevenție a riscurilor de îmbolnăvire cu AVC și la scăderea incidenței maladiilor cerebrovasculare.

Vârsta persoanei are multe influențe în procesul reabilitării. Astfel persoanele de vârstă avansată sunt mai vulnerabile, fac erori de medicație, au probleme cu vederea, memoria sau auzul, au disfuncții în urmărirea instrucțiunilor terapeutice, deteriorări cognitive; barierele fizice, imobilizarea, parezele și plegiile, slăbiciunea, tremurăturile de vârstă ale pacientului. Există numeroase diferențe între sexe în ceea ce privește factorii biopsihosociali. Comportamentele, privind sănătatea, sunt puternic

modificate de factorii biologici de mediu și de cei culturali. Însă există legătură între sex și abilitatea de a adopta comportamente sanogenice în procesul reabilitării. Femeile adoptă mai mult decât bărbații comportamente preventive, iar acest fenomen este explicat de diferențe biologice și hormonale legate de sex. Femeile amână procedurile preventive și diagnostice din cauza rolurilor sociale multiple, cu dublă solicitare, acasă și la serviciu.

Accidentul vascular cerebral este o afecțiune prevalentă în activitatea Clinicii de Neurologie a Institutului de Medicină Urgentă din Republica Moldova. Profilul fiziopatologic și de gravitate al pacienților ce se adresează Clinicii nu diferă semnificativ de cele raportate în literatura de specialitate. Existența unui număr mare de pacienți cu AVC justifică investigarea unor căi pentru optimizarea managementului intervențional și a estimării pronosticului.

---

## CAPITOLUL V. PARTICULARITĂȚI PSIHOLOGICE ALE PERSOANELOR POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Scopul cercetării a vizat studiul particularităților psihologice ale persoanelor cu accident vascular cerebral și crearea unui profil psihologic al persoanelor post AVC. Obiectivele generale ale studiului au următorul:

1. evidențierea particularităților cognitive la persoanele post AVC;
2. evidențierea tulburărilor de limbaj și comunicare post AVC;
3. evidențierea particularităților afective la persoanele post AVC;
4. evidențierea particularităților de personalitate post AVC;
5. evidențierea particularităților motivaționale la persoanele post AVC;
6. evidențierea sferei emoțional-volitive la persoanele post AVC;
7. evidențierea particularităților stimei de sine și a imaginii de sine la persoanele post AVC;
8. evidențierea resurselor personalității la persoanele post AVC;
9. evidențierea calității vieții persoanelor post AVC.

Designul cercetării este structurat pe nouă studii derivate din obiectivele urmărite, scopul final având identificarea unui profil psihologic al persoanelor post accident vascular cerebral (post AVC). Studiile au fost exploratoare și au vizat: pacienții post AVC, documentația medicală, utilizând: Fișele medicale de observație ale bolnavilor provenite din Secțiile *Neurologie* și *Neurologie – Boli cerebrovasculare* ale Institutului de Medicină Urgentă, sistemul informațional de date medicale „Hippocrate” pentru subiecții spitalizați, teste psihometrice pentru identificarea problematicii legate de incidența disfuncțiilor cognitive, afective, ale personalității, motivației, voinței, resurselor personalității, afaziei, ale stimei de sine și ale imaginii de sine, ale calității vieții la pacienții post AVC. Descrierea profilului psihologic, vizând probleme de evaluare psihologică, direcții de intervenție psihologică și evoluție a stării clinice a pacienților, cu scopul de a formula programe de reabilitare post AVC. Abordarea cazurilor clinice a fost cognitiv-comportamentală, incluzând etapa de evaluare și psihodiagnostic, conceptualizare, pentru o ulterioară intervenție psihologică și reevaluare.

Pentru efectuarea celor 9 studii s-a procedat la obținerea Consimțământului Informat pentru fiecare pacient recrutat pentru studiu. Studiile s-au desfășurat cu aprobarea Comisiei de Etică a Institutului de Medicină Urgentă. Participanți: Studiile 1-9, subiecți cu accidente vasculare cerebrale spitalizați în secțiile „Neurologie” și „Neurologie – Boli cerebrovasculare” din incinta IMSP Institutul de Medicină Urgentă (IMU) din Chișinău, în perioada anilor 2014-2019. Participanți au fost selectați pentru fiecare studiu cu un număr

necesar de participanți cu vârste cuprinse între 18 și 85 de ani, recrutați dintre pacienții internați în spital și monitorizați ulterior în condiții de ambulatoriu la medicii de familie și neurolog. Drept criterii de includere au servit subiecții cu: AVC diagnosticat clinic și constatat prin tomografie computerizată cerebrală; vârstă peste 18 de ani și sub 85 de ani; cunoașterea limbii române; un nivel adecvat de înțelegere verbală pentru a putea citi și răspunde la chestionare; să nu prezinte afazie totală, deficite auditive sau vizuale care nu ar permite o performanță adecvată la teste; existența consimțământului informat. Criterii de excludere a subiecților au servit: vârstă sub 18 de ani și peste 85 de ani; depresie în antecedente (diagnosticată de un psihiatru); istoric de dependentă de alcool; dificultăți în înțelegerea instrucțiunilor testului; deficite vizuale sau auditive, afazie, deficiență mintală; inexistența consimțământului informat; refuzul de a participa la studiu.

Demersul metodologic al studiului realizat a urmărit evaluarea psihologică inițială a persoanelor cu accident vascular cerebral cu înregistrarea datelor de evaluare psihologică, cu accent pe domeniile de interes, descrise în lucrare. Instrumentele și materialele de lucru au fost selectate pentru fiecare studiu în parte.

După parcurgerea succesivă a proceselor, activităților și însușirilor psihice, pe baza interviurilor clinice realizate, rezultatelor la testele psihologice, observațiilor asupra comportamentului pacientului, evaluarea documentelor medicale, s-a reușit creionarea unui *Profil psihologic* al persoanelor post accident vascular cerebral (post AVC), trăsăturile semnificative fiind deduse potrivit rezultatelor studiilor realizate.

## **5.1. Identificarea statusului cognitiv la persoanele cu accident vascular cerebral**

### ***Introducere***

AVC-ul are drept consecință o gamă largă de deficite, inclusiv cele care afectează funcționarea cognitivă [434]. Dacă deficitele cognitive nu sunt identificate și compensate ele vor duce la restricții în activitatea de zi cu zi chiar când deficitele cognitive sunt ușoare [301; 395]. Prevalența prezenței deficitului cognitiv post accident vascular cerebral variază între 20% și 80% și este legată, pe de o parte de factorii demografici: vârsta, sexul, nivelul de școlarizare, profesia și pe de altă parte de factorii vasculari [433]. Studiile indică prezența deficitului cognitiv la 39% dintre supraviețuitori la 3 luni post accident vascular cerebral, la 35% după 1 an, la 30% după 2 ani, și la 32% după 3 ani. Studiile anterioare subliniază rolul crucial al deficitului cognitiv ca factor predictor în ceea ce privește afectarea capacității participative a persoanei ce a suferit un accident vascular cerebral și confirmă necesitatea depistării precoce, recomandând screening periodic al statusului cognitiv [369].



Literatura de specialitate atrage atenție asupra faptului că declinul cognitiv se poate manifesta imediat post accident vascular cerebral sau, în anumite cazuri particulare, poate exista o întârziere înainte ca deteriorarea cognitivă să devină evidentă. La un procent crescut de supraviețuitori ai unui accident vascular cerebral deficitul cognitiv s-a manifestat în termen de 3 luni de la producerea acestuia [334]. În clinica de neurorecuperare, screening-ul periodic al funcțiilor cognitive este indicat, cu atât mai mult cu cât, este bine cunoscut faptul că, 1 din 10 pacienți, va dezvolta demență post accident vascular cerebral [380]. Este de menționat și faptul că deficitul cognitiv post accident vascular cerebral poate fi reversibil, motiv pentru care se confirmă necesitatea evaluărilor repetate la intervale regulate de timp. Determinarea atât a capacităților cognitive, cât și a limitelor persoanei ce a suferit un accident vascular cerebral, este imperios necesară și de un real folos în ceea ce privește stabilirea programului recuperator. Ca urmare a stabilirii acestor caracteristici, intervenția terapeutică poate fi ghidată astfel încât, stimularea corespunzătoare, constantă, a funcțiilor cognitive deficitare să aducă un aport pozitiv procesului de recuperare în sine, de cele mai multe ori, efectul rapid și benefic al acestui tip de intervenție fiind remarcat, în special de către membrii echipei de recuperare medicală.

Conform clinicienilor, caracteristici necesar de urmărit la pacienți pentru o evaluare cognitivă, sunt: 1. Orientare în timp (ziua, data, luna, anotimpul, anul) și în spațiu; 2. Atenție; 3. Limbaj (evaluarea fluenței, articulării cuvintelor, erori fonemice și semantice, recepție verbală, lexie, grafie); 4. Memorie (anterogradă, retrogradă); 5. Funcții executive; 6. Praxie; 7. Orientare vizuospațială; 8. Evaluare neurologică generală cu o impresie generală (lentoare în gândire, comportament neadecvat, dispoziție etc.). Gradul de deficit cognitiv poate fi clasificat, în funcție de scorurile obținute la evaluarea funcțiilor cognitive cu teste psihometrice specifice sau cu baterii de testare neuropsihologice, în deficit cognitiv ușor, moderat și sever.

În clinica de Neurologie – Boli cerebrovasculare din cadrul Institutului Medicină de Urgență, conform Protocolului Ministerului Sănătății, evaluarea statusului cognitiv presupune evaluarea atenției și a capacității de concentrare, evaluarea memoriei, atât cea de scurtă durată, cât și cea de lungă durată, evaluarea posibilelor tulburări de limbaj prezente, a funcțiilor executive și a praxiei. În *Fișa de evaluare a bolnavului (Anexa 3)* a persoanelor cu AVC, întâlnim rubrica destinată *statusului mental*, cu încadrarea gradului de deficit cognitiv (ușor, moderat, sever / fără deficit cognitiv), unde sunt detaliate domeniile cognitive specifice, frecvent afectate post accident vascular cerebral. Astfel, există rubrici pentru: atenție, percepție, memorie, gândire, voință, orientare temporo-spațială, orientare la propria persoană și starea de conștiență, fiecare dintre acestea conținând date relevante în ceea ce privește

tipul de deficit și severitatea acestuia. La fel în fișă mai există o rubrică destinată notării scorurilor de screening cognitiv, și anume: scorul total obținut la *MoCA test (Montreal Cognitive Assessment)*, scorul *MMSE (Mini Mental State Examination)* (Anexa 2).

Pentru evaluarea statusului cognitiv în studiul dat, ca urmare a consultării bazei de date „*Rehabilitation Measures Database*” [494] și „*Outcome Measures in Stroke Rehabilitation*”, am studiat testele psihometrice specifice evaluării persoanelor post AVC. În prezent nu există un protocol standard pentru evaluarea și diagnosticul tulburărilor cognitive post accident vascular cerebral.

Testele și scalele utilizate în evaluarea psihologică în studiul realizat, clasificate în funcție de domeniul de interes, au fost:

- *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* (*Scala Montreal de evaluarea cognitivă*), creat în 1996 de către Dr. Ziad Nasreddine din Montreal, Quebec. Testul conține 16 itemi, structurați în subcategorii, pentru a evalua diferite domenii cognitive: funcții executive, denumire, memorie, atenție și concentrare, limbaj, capacitate de abstractizare, orientare temporo-spațială.

- *Mini-Mental State Examination (MMSE)* (*Mini test pentru examinarea stării mentale*) – este mai precis pentru screening-ul demenței (folosind un scor cut-off de 23/24), fiind recomandat a fi utilizat în acest scop. MMSE detaliază capacitatea de comunicare prin sarcinile impuse pacientului, investigând existența unei eventuale afazii, agnoziei și chiar apraxiei. Insistă mai mult și în cazul orientării temporospațiale. Conține seturi de întrebări, timp de execuție de 10 minute și următoarele subdomenii cognitive cercetate: orientarea, memoria imediată și pe termen scurt, atenția, capacitatea de calcul, limbajul, funcția visuospațială și de execuție. Importanța subdomeniilor explorate face utilă folosirea testului în condiții speciale.

- *Wechsler Memory Scale (WMS)* – baterie de testare neuropsihologică concepută pentru a evalua o varietate de funcții cognitive → performanța generală a memoriei putând fi exprimată în termeni de „coeficient mnezic”. Bateria de testare WMS I a fost publicată, pentru prima dată, în 1945 și poate fi aplicată oricărei persoane cu vârsta între 16 și 90 de ani, fiind frecvent administrată într-o evaluare neuropsihologică. Bateria este formată din șapte subteste: informații generale, orientare temporală, control mental, memorie logică, memorie cifre (digit span), memorie vizuală și asociere verbală – perechi (Anexa 2).

- *Clock Drawing Test (CDT)* – instrument de lucru pentru evaluarea funcționalității cortexului frontal și temporo-parietal, oferă un screening rapid al praxiei și al abilităților vizuo-spațiale. Acesta poate fi relevant atât în ceea ce privește deficitul de atenție, cât și în ceea ce privește disfuncția executivă.

- *Testul „Labirint”* – instrument de lucru pentru evaluarea atenției concentrate. Proba constă în identificarea a 25 de trasee ce alcătuiesc fișa de lucru.

Liquz-Lecznar și colab. consideră că acest tip de sarcină ar putea fi valoroasă în evaluarea utilității terapierilor de recuperare cognitivă post accident vascular cerebral.

• *Testul AD2* – instrument de lucru cu importantă valoare psiho-diagnostică pentru evaluarea distributivității atenției, concentrare și mobilitate a atenției. Proba de lucru constă în identificarea a 10 numere lipsă – dintr-un total de 70 de numere de dimensiuni diferite (mai mari sau mai mici) așezate aleator, în formă de romb.

Evaluarea deficitului cognitiv post accident vascular cerebral necesită o examinare neuropsihologică dar, interviul clinic și observația combinate cu teste simple creion-hârtie poate fi de mare ajutor [458].

### ***Prezentarea studiului: Evidențierea particularităților cognitive la persoanele cu accident vascular cerebral***

*Scopul studiului* a fost prezentarea unui tablou cât mai complet al statusului cognitiv al subiecților post accident vascular cerebral pentru a oferi un profil cognitiv al persoanelor post AVC.

*Obiectivul studiului* a fost evidențierea particularităților cognitive a subiecților cu AVC aflați în proces de tratament.

Una din *ipotezele* pe care acest studiu și-a propus spre verificare a fost, precum că nivele de funcționare cognitivă la pacienții cu AVC sunt sub cele ale persoanelor din populația generală.

*Metodologia de lucru.* Ne-am propus următoarele caracteristici urmărite pentru evaluarea cognitivă la lotul de subiecți.

**Tabelul 5.1. Caracteristici urmărite pentru evaluarea cognitivă la lotul de subiecți**

<b>Nr. d/o</b>	<b>Domenii cognitive de interes</b>
1.	Orientare temporo-spațială
2.	Atenție și capacitate de concentrare
3.	Memorie și calcul mental
4.	Integrare vizuo-spațială
5.	Funcții executive
6.	Gândire abstractă
7.	Raționament logic

Studiul efectuat a inclus 125 de subiecți după accident vascular cerebral, care au fost internați în IMSP Institutul de Medicină Urgentă, în secția „Neurologie și Boli cerebrovasculare”, în perioada anilor 2014-2019.

*Instrumente utilizate pentru evaluare:* Întrucât nu există o baterie standard pentru evaluarea deficitelor cognitive restante unui accident vascular

cerebral, pentru determinarea prezenței sau absenței a tulburărilor statusului cognitiv, la toți pacienții studiului nostru, au fost aplicate două dintre cele mai utilizate teste psihometrice în cercetarea medicală: MMSE (*Mini test pentru examinarea stării mentale*) și MoCA (*Scala Montreal de evaluarea cognitivă*).

1. *Testul MMSE* – Evaluarea minimă a stării mintale (*Mini Mental state Examination*) MMSE (*Mini-Mental State Examination*) este cea mai utilizată scală pentru evaluarea cogniției. Necesită un timp scăzut de aplicare (15-20 de minute) și evaluează mai multe domenii precum: învățarea, orientarea temporo-spațială, memoria imediată, atenția și calculul mental, memoria pe termen scurt (evocarea), limbajul, funcția executivă, cititul scrisul. Interpretarea rezultatului s-a făcut de către examinator, iar scorul maxim obținut de către pacient este de 30 puncte dacă se acordă câte un punct pentru fiecare răspuns corect. Dacă răspunsul este greșit sau lipsește se acordă 0 puncte.

În funcție de scorul obținut se poate cuantifica severitatea disfuncției cognitive:

- forma ușoară – MMSE= 20-26;
- forma moderată – MMSE= 11-19;
- forma gravă – MMSE= 3-10.

Testul MMSE este cel mai folosit instrument pe plan mondial pentru evaluarea funcției cognitive. Interpretarea rezultatelor se face de către examinator (în acest sens este necesară o pregătire de specialitate). Indicații principale: evaluarea orientării, memorie imediată, atenție și calcul mental, memorie pe termen scurt, limbaj.

O altă scală utilizată în studiu a fost *Scala Montreal de evaluarea cognitivă (scorul MoCA)*, creat în 1996 de către Dr. Ziad Nasreddine din Montreal, Quebec. Testul conține 16 itemi, structurați în subcategorii, pentru a evalua diferite domenii cognitive: funcții executive, denumire, memorie, atenție și concentrare, limbaj, capacitate de abstractizare, orientare temporo-spațială.

Dintre toți cei 125 subiecți evaluați cu scalele selectate, 100 (80%) de subiecți au prezentat diferite niveluri de tulburări cognitive, care ulterior au fost studiați, pentru a stabili gradul de afectare.

Conform rezultatelor obținute cu *Mini test pentru examinarea stării mentale (MMSE)*, am primit un scor  $\leq 23$ , ce este un indicator al afectării cognitive.

Rezultatele obținute cu *Scala Montreal de evaluarea cognitivă (scorul MoCA)* au prezentat media scorului de 23,05, prin raportarea la scorul de referință menționat anterior se constată că lotul de pacienți incluși în studiu prezintă deficit cognitiv. Un număr de 54 pacienți au scor MoCA cuprins în categoria de scoruri: 0–23, și 46 de pacienți au un scor MoCA cuprins în categoria de scoruri: 24–30.

Ulterior am evaluat *atenția* la toți cei 100 de subiecți cu tulburări cognitive cu testul de *atenție distributivă AD2*, *atenția concentrată cu testul Labirint*, *capacitatea de reprezentare spațială cu Yerkes Cubes*. Testele de atenție și reprezentare spațială au fost utilizate drept indicatori, în ceea ce privește evoluția cognitivă și viteza de execuție, aceste teste fiind rapide și ușor de aplicat, comparativ cu o baterie de testare neuropsihologică completă.

*Memoria vizuală*, subtestul 4 al *Wechsler Memory Scale (WMS)* este reprezentativ pentru pacienții ce au suferit un accident vascular cerebral, fiind folosit la subiecții noștri. Subtestul 7 al WMS pentru *memorie asociativă*, utilizat la subiecții evaluați, reprezintă un bun indicator în ceea ce privește capacitatea de învățare. Capacitatea persoanei de a reține mai multe asocieri de cuvinte la a doua, respectiv a treia citire, reprezintă un bun indicator în ceea ce privește capacitatea acesteia de a integra informații noi.

Am stabilit drept variabile principale scorurile obținute la MoCA test și MMSE, iar drept variabile secundare scorurile obținute la testele de atenție, reprezentare spațială, limbaj și scorurile obținute la subtestele WMS: orientare temporo-spațială, control mental, memorie logică, memorie vizuală, memorie cifre, memorie asociativă. Datele obținute în urma evaluării au fost analizate statistic, ulterior, cu ajutorul programului SPSS versiunea 21. Pentru determinarea mediei și medianei am folosit metoda bootstrap cu 1000 de eșantioane, eșantionare simplă, interval de încredere de 95%.

Evaluarea cognitivă inițială a avut loc cu înregistrarea datelor cu accent pe domeniile de interes.

## **Rezultate**

În urma screening-ului cognitiv, evaluat cu MMSE și MoCA test, la cei 125 de subiecți post AVC, un număr de 100 participanți au demonstrat tulburări cognitive de diferit nivel, ceia ce prezintă 80% dintre cei evaluați.

Descrierea variabilelor demografice, ce ar putea avea o influență asupra indicilor de performanță cognitivă la subiecții post AVC determinați cu diferite grade de tulburare cognitivă, au demonstrat următoarele:

*Raportul între sexe* – conform divizării pe sexe, din cei 100 subiecți cu tulburări cognitive, au fost atestate 40% (cazuri) femei și 60% (cazuri) bărbați, fiind atestată o prevalență a numărului de bărbați cu AVC asupra numărului de femei (*Figura 5.1*).

În ceea ce privește *vârsta* pacienților incluși în studiu au prezentat o prevalență vădită a intervalelor de vârstă 60-69 de ani, cu 43% cazuri, și 70-79 de ani, cu 32% cazuri, urmate de subiecții cu vârsta inclusă în intervalele 80-85 de ani (11% cazuri) și 50-59 de ani (8% cazuri). *Media de vârstă* din studiu a fost de 68,8 ani (*Figura 5.2*).

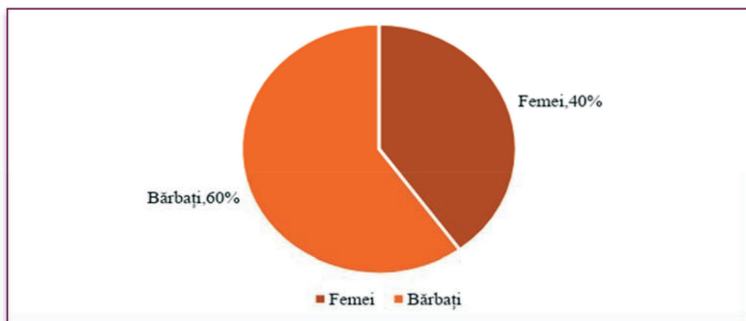


Figura 5.1. Raportul între sexe al subiecților cu tulburări cognitive

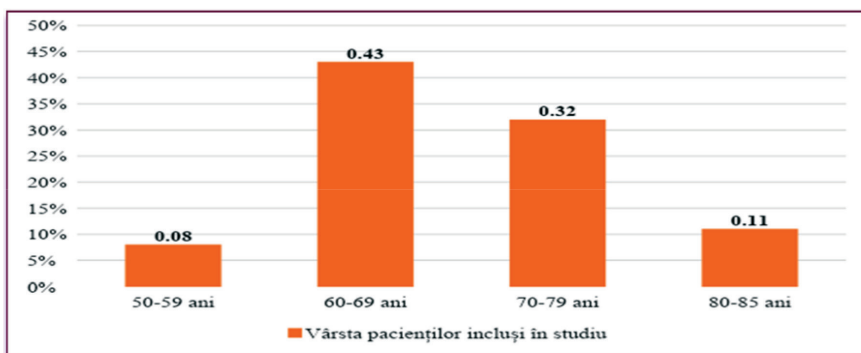


Figura 5.2. Distribuția în funcție de vârstă a pacienților incluși în studiu

Conform *mediului de proveniență* – majoritatea pacienților incluși în studiu locuiesc în mediu urban (76% urban, 24% rural) (Figura 5.3).

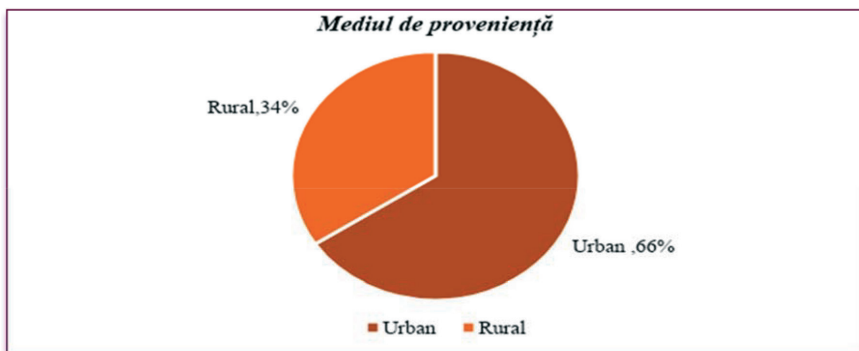
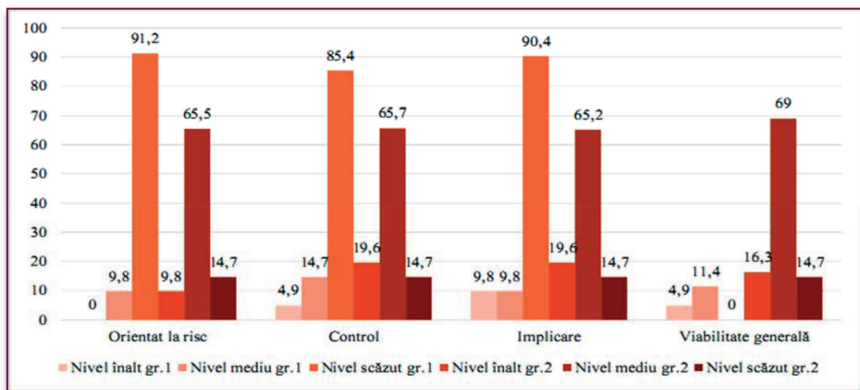


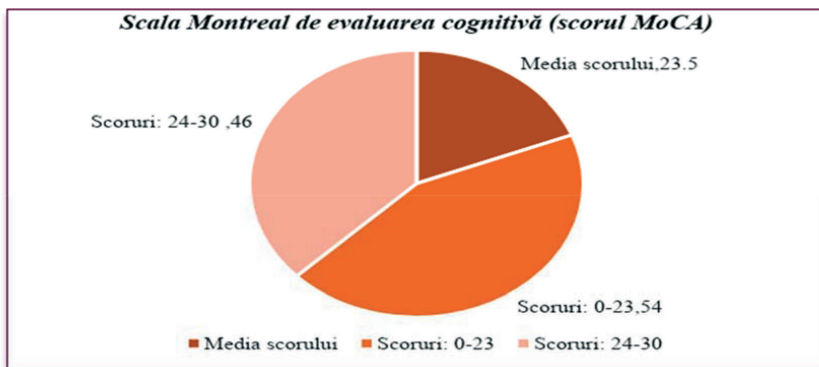
Figura 5.3. Distribuția pacienților în funcție de mediul de proveniență

Vorbind despre nivelul de școlarizare – 48% dintre pacienții incluși în studiu sunt absolvenți de studii superioare în timp ce 38% sunt absolvenți de studii liceale (Figura 5.4).



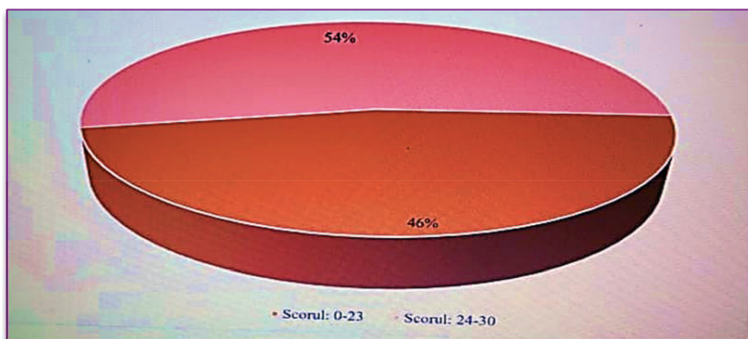
**Figura 5.4.** Nivelul de școlarizare a pacienților incluși în studiu

Conform rezultatelor obținute cu *Scala Montreal de evaluarea cognitivă* (scorul MoCA), media scorului a fost de 23,05, prin raportarea la scorul de referință menționat anterior se constată că lotul de pacienți incluși în studiu prezintă deficit cognitiv. Un număr de 54 pacienți au scor MoCA cuprins în categoria de scoruri: 0–23, și 46 de pacienți au un scor MoCA cuprins în categoria de scoruri: 24–30 (Figura 5.5).



**Figura 5.5.** Rezultatele obținute cu *Scala Montreal de evaluarea cognitivă* (scorul MoCA)

Participanții la studiu au avut un scor MoCA ajustat la nivelul de școlarizare cuprins între 14 și 28 de puncte (Figura 5.6).



**Figura 5.6. Distribuția scorurilor la MoCA**

În *Figura 5.6* se observă o proporție semnificativ crescută de participanți ce manifestă deficit cognitiv post accident vascular cerebral, conform scorurilor obținute la aplicarea MoCA ajustat la nivelul de școlarizare, 46 de pacienți au scor MoCA cuprins în categoria de scoruri: 0 – 23, și 54 de pacienți au un scor MoCA cuprins în categoria de scoruri: 24 – 30.

Conform rezultatelor obținute cu *Mini test pentru examinarea stării mentale (MMSE)*, am obținut, în mediu, un scor  $\leq 23$ , ce este un indicator al afecțiunii cognitive.

**Tablul 5.2. Distribuția pacienților în funcție de scorul MMSE**

Nivel	N	%
Normal (27-30)	25	20
Deteriorare ușoară (20-26)	27	21,6
Deteriorare moderată (11-19)	58	46,4
Deteriorare accentuată (3-10)	15	12
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100</b>

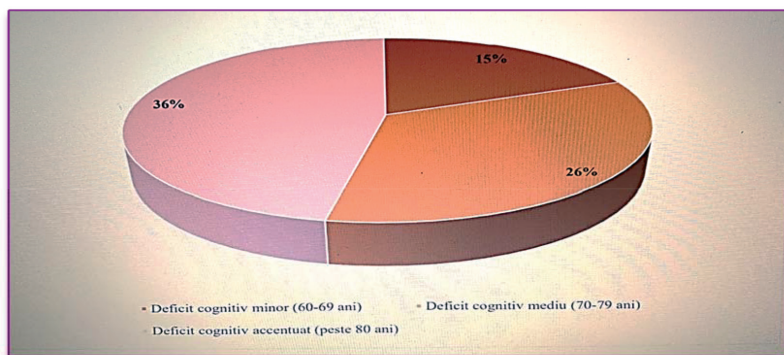
Deficit cognitiv minor s-a determinat la un număr de 15% dintre supraviețuitori cu vârsta între 60 și 69 de ani, 26% dintre supraviețuitorii cu vârsta cuprinsă între 70 și 79 de ani au prezentat un deficit cognitiv mediu și 36% dintre supraviețuitori cu vârsta peste 80 ani au dezvoltat un deficit cognitiv accentuat post accident vascular cerebral (*Figura 5.7*).

Din cele prezentate reiese că, vârsta influențează indicii de performanță cognitivă în urma producerii unui accident vascular cerebral.

Scorurile obținute la testele de atenție și reprezentare spațială, și scorurile obținute la subtestul 4 (WMS) – memorie vizuală și subtestul 7 (WMS) – memorie asociativă, ale WMS și scorul pentru evidențierea coeficientului



mnezic (QM) a fost calculat în cazul a 86 de participanți – WMS a fost aplicat persoanelor cu studii superioare și persoanelor care au finalizat studii liceale.



**Figura 5.7. Rezultatele obținute cu Mini test pentru examinarea stării mentale (MMSE)**

În *Tabelul 5.3* prezentăm rezultatele variabilelor secundare ale testelor cognitive, respectiv scorurile obținute la testele de atenție și reprezentare spațială, și scorurile obținute la subtestele WMS.

Au fost înregistrate scoruri scăzute la testele de atenție și concentrare. Media scorurilor la testul de atenție distributivă (AD) este de 4,87 (scor maxim = 10) iar DS de 2,56, cu o mediană de 5,00. Media scorurilor pentru testul de reprezentare spațială Yerkes este de 6,40 (scor maxim = 15), cu o DS de 3,67 și o mediană de 5,00.

Rezultatele datelor obținute la subtestele WMS indică, la nivelul grupului de participanți la studiu, un scor de orientare temporo-spațială, cu o medie de 4,45 (scor maxim = 5) și o DS de 0,65; capacitate de a asculta informațiile transmise pe cale orală și de a le reproduce imediat – cu o medie de 8,60 (scor maxim = 23) și o DS de 2,56; control mental cu o medie de 5,00 (scor maxim = 9) și o DS de 2,01; capacitate de a reproduce imagini din memorie, cu o medie de 7,17 (scor maxim = 14) și o DS de 2,96; capacitate de învățare imediată a asociațiilor verbale pe mai multe expuneri, cu o medie de 13,63 (scor maxim = 21) și o DS de 4,25.

Mediile calculate pentru scorurile testelor de atenție și concentrare, reprezentare spațială și mediile calculate pentru scorurile obținute la subtestele WMS sunt relativ scăzute față de scorul maxim pentru fiecare test. Media pentru atenție AD<sub>2</sub> este de 4,87 (față de 10), media pentru reprezentare spațială Yerkes este de 6,40 (față de 15), pentru limbaj a fost înregistrată o medie de 0,80 (față de 1). Dintre mediile calculate pentru subtestele WMS, la nivelul grupului de pacienți, se indică un nivel bun de orientare temporo-spațială, cu

**Tabelul 5.3. Rezultatele secundare ale testelor cognitive – scoruri obținute la testele de atenție, concentrare, reprezentare spațială și limbaj**

	Statistic Lower	95% Confidence Interval		Statistic Lower	95% Confidence Interval		
		Upper			Upper		
<b>Limbaj</b>	Mean	0,8000	0,9143'	<b>Labirint</b>			
	Median	1,0000	1,0000'			9,400	13,285
	Variance	0,165	0,081'			7,000	14,000
	Std. Deviation	0,40584	0,28403'			25,953	47,858
	Skewness	-1,568	-3,094'			5,0944	6,9179
	Kurtosis	0,483	-1,617'			-0,270	0,795
<b>Yerkes</b>	Mean	6,400	7,543	<b>AD</b>			
	Median	5,000	8,000			4,086	5,714
	Variance	13,541	16,504			3,000	7,000
	Std. Deviation	3,6798	4,0625			4,726	8,231
	Skewness	0,345	-0,197			2,1740	2,8690
	Kurtosis	-1,317	-0,157			.035	.531
					-1,713	-8,21	

o medie de 4,45 (față de 5); abilitate scăzută de a asculta informațiile transmise pe cale orală și de a le reproduce imediat – cu o medie de 8,60 (față de 23); control mental bun cu o medie de 5,00 (față de 9); capacitate bună de a reproduce imagini din memorie, cu o medie de 7,17 (față de 14); capacitate bună de învățare imediată a asociațiilor verbale pe mai multe expuneri, cu o medie de 13,63 (față de 21).

### ***Sinteza studiului***

Prevalența deficitelor cognitive post accident vascular cerebral, conform literaturii de specialitate, variază între 20 și 80% din cazuri, în funcție de rasă, țară și anumite criterii de diagnostic [433]. În studiul nostru, prevalența deficitelor cognitive la subiecții post AVC s-a dovedit a fi de 80%, fiind unul dintre factorii determinanți importanți pentru dizabilitate. Iar raportul între sexe la cei 100 subiecți cu tulburări cognitive, a atestat o prevalență a numărului de bărbați cu AVC asupra numărului de femei – (40% (cazuri) femei și 60% (cazuri) bărbați), fapt demonstrat și în literatura de specialitate [464].

În ceea ce privește vârsta pacienților incluși în studiu cu tulburări cognitive grave și medii au prezentat o prevalență vădită a intervalelor de vârstă 60-69 de ani (43%) și 70-79 de ani (32%) și 80-85 de ani (11%). Tulburări cognitive ușoare manifestându-se la subiecții cu vârste 50-59 de ani (8%), media de vârstă din studiu fiind de 68,8 ani. Studiile din literatură confirmă că, vârsta este un factor determinant în ceea ce privește declinul cognitiv post accident vascular cerebral, astfel încât, 15% dintre supraviețuitori cu vârsta între 60 și 69 de ani, 26% dintre supraviețuitorii cu vârsta cuprinsă între 70 și 79 de ani și 36% dintre supraviețuitorii cu vârsta peste 80 ani au dezvoltat demență post accident vascular cerebral [330].

Conform mediului de proveniență, în studiu au predominat cu tulburări cognitive de diferit grad, cei din mediul urban cu 76%, iar conform nivelului de școlarizare – au predominat cei cu studii superioare (48%) față de (38%) cu studii liceale, ceilalți având 8-10 clase (14%), participanți la studiul MoCA, ajustat la nivelul de școlarizare, cuprins între 14 și 28 de puncte, de obicei deficiturile cognitive post accident vascular cerebral fiind complexe, fiind afectate în același tip mai multe domenii ale cogniției, cu grade diferite de severitate [226]. Studiul nostru a demonstrat, că vârsta și nivelul de școlarizare reprezintă factori de risc pentru deficitul cognitiv post accident vascular cerebral. Studiul efectuat de Elbaz și colab. pe un lot de 4010 subiecți sugerează că un nivel educational crescut este asociat cu o mai bună performanță cognitivă [246], acesta putând reprezenta un factor important de creștere a toleranței declinului cognitiv [447]. Demența vasculară este de două ori mai mare la pacienții cu nivel scăzut de educație [362].

O treime dintre supraviețuitorii unui accident vascular cerebral prezintă deficite de memorie [351]. Persoanele care prezintă un deficit de memorie

asociat unui accident vascular cerebral au risc ai ridicat de a dezvolta demență față de celelalte persoane din aceeași categorie de vârstă [260].

La evaluarea cognitivă realizată, participanții la studiul prezentat în această lucrare, au avut un scor MoCA ajustat la nivelul de școlarizare cuprins între 14 și 28 de puncte. Nasreddine, autorul testului MoCA, specifică faptul că scorurile MoCA-test sub 26 de puncte indică prezența unui deficit cognitiv. Studiile efectuate în domeniu au arătat o mai bună sensibilitate a scorului prag de 24 de puncte la MoCA – test în detectarea MCI (100% în cazul MCI amnestică și 83,3% pentru MCI domenii multiple) față de scorul inițial de 26 de puncte (72,1%) [268; 346].

Alți autori indică chiar un scor MoCA mai mic, cu o valoare de 21, ca prag de demarcație între un status cognitiv normal și prezența unui deficit cognitiv, cu o sensibilitate de 76,8% și specificitate de 90,3% [241].

Persoanele din studiu, ce au obținut la evaluarea cognitivă o valoare a scorului MoCA sub 26 puncte, au fost încadrate în categoria persoanelor cu deficit cognitiv post accident vascular cerebral, iar rezultatelor obținute cu MMSE, au prezentat un scor  $\leq 23$ , ce este un indicator al afectării cognitive, corespunzător deficit cognitiv minor, s-a determinat la un număr de 15% dintre subiecți, 26% dintre subiecți au prezentat un deficit cognitiv mediu și 36% dintre subiecți au dezvoltat un deficit cognitiv accentuat post accident vascular cerebral. Din cele prezentate reiese că, vârsta influențează indiciile de performanță cognitivă în urma producerii unui accident vascular cerebral. Un studiu realizat pe 163 de participanți între anii 1995-1999 care a utilizat MMSE (deficit cognitiv la MMSE scor sub 24) pentru a urmări evoluția naturală a deficitului cognitiv post accident vascular cerebral indică faptul că, evaluată la 3 luni post accident vascular cerebral, la 1 an, 2 ani și, respectiv, 3 ani post accident vascular cerebral, rata prevalenței deficitului cognitiv a fost de 39%, 35%, 30% și, respectiv, 32% [375].

### ***Concluzii ale studiului***

Funcțiile cognitive sunt afectate ca urmare a producerii unui accident vascular cerebral, deficitul cognitiv restant unui accident vascular manifestându-se cu o prevalență de 20% până la 80% post accident vascular cerebral, studiul dat demonstrând 80% dintre cei evaluați.

Variabilele demografice, precum raportul între sexe, vârsta, mediul de proveniență, nivelul de școlarizare, au o influență asupra indicilor de performanță cognitivă la subiecții post AVC.

Vârsta și nivelul de școlarizare reprezintă factori de risc pentru deficitul cognitiv post accident vascular cerebral.

Cogniția încorporează mai multe domenii cognitive, deficitele cognitive restante unui accident vascular cerebral afectând una sau mai multe arii cog-

nitive, fiind în relație directă de dependență cu severitatea accidentului vascular cerebral.

Profilul cognitiv al grupului de participanți la studiu indică prezența deficitului cognitiv, pe așa domenii de interes precum: orientare temporo-spațială, atenție și capacitate de concentrare, memorie și calcul mental, integrare vizuo-spațială, funcții executive, gândire abstractă, raționament logic, mediile calculate pentru aceste scoruri fiind relativ scăzute față de scorul maxim pentru fiecare test.

Ne-am așteptat ca pacienții cu AVC să aibă un nivel de funcționare cognitivă mai scăzut decât persoanele sănătoase din populația generală, această ipoteză a fost confirmată de rezultatele studiului nostru.

Cu ajutorul studiului, am delimitat un profil general al problemelor apărute cu referire la domeniile cognitive de interes, afectate în urma unui accident vascular cerebral: atenția (atenția concentrată, susținută, selectivă, distributivă); memoria (vizuală, auditivă, de lucru, semantică etc.); funcții executive (viteza de procesare a informației, rezolvare de probleme ș.a.); percepție (orientarea temporo-spațială, vizuo-spațială, apraxie, agnozie, neatentie).

Recuperarea depinde de gravitatea simptomelor inițiale și de rezultatul diferențelor individuale, adică de rezerva cognitivă.

Informațiile obținute în urma testării psihologice ne-au conturat un tablou complet și complex în ceea ce privește statusul cognitiv al persoanei post AVC.

Realizarea profilului cognitiv al persoanelor post AVC, permite eficientizarea intervenției de optimizare cognitivă în cadrul reabilitării psihosociale a persoanelor cu accident vascular cerebral.

## **5.2. Tulburări de limbaj și comunicare în accidentele vasculare cerebrale**

### ***Introducere***

Fiecare ființă umană utilizează limbajul – acea funcție mentală care asigură capacitatea de a comunica, prin utilizarea simbolică a unui sistem arbitrar de semne (limba), a cărui natură este fie sonoră (cuvintele), fie vizuală (scris). Limbajul este produsul activităților complexe, coordonate de arii specializate din creier, reprezentând forma gândurilor noastre și înțelesul exprimării verbale [12]. Accidentele vasculare cerebrale sunt cele mai frecvente cauze ale tulburărilor de limbaj de tip afazic, care determină o lipsă sau o dificultate de comunicare interumană. Afazia reprezintă o tulburare în domeniul primar al limbajului (vocabular, semantică, fonologie, sintaxă și morfologie), care se poate manifesta în limbajul vorbit sau scris, dar care nu poate fi pusă pe seama unui deficit motor, senzitiv sau cognitiv global [243]. Pe de altă parte, afazia determinând o lipsă sau o dificultate de comunicare

interumană, poate realiza într-un interval de timp, scurt sau mai lung, un tablou clinic de demență vasculară [181]. Modul prin care o persoană expune informațiile de care dispune, își exprima personalitatea, iar afazia poate însemna izolare socială. De aceea, prezența afaziei post AVC, putem să o apreciem ca fiind tot atât de gravă sau poate chiar mai gravă decât handicapul motor de tip hemiplegic sau hemiparetic, la un pacient cu accident vascular cerebral de tip ischemic sau hemoragic [193].

Incidența și prevalența afaziei a fost studiată de către mai mulți savanți, ca urmare s-a ajuns la concluzia că accidentele vasculare cerebrale sunt cauza cea mai frecventă a afaziei. Conform unor date, ea poate apărea la circa 40% dintre persoanele care au suferit un accident vascular cerebral. Dickey, Kagan, Lindsay, Fang, Black (2010) au realizat un studiu pentru a stabili incidența tulburărilor afazice, raportate la cazurile cu AVC. Studiul acestora s-a derulat pe o populație de 3 207 persoane, dintre care 1 131, adică un procent de 35%, au prezentat tulburări afazice. Aceste date au indicat că tulburările afazice angrenate pe fondul AVC corelează cu: perioada mai lungă de spitalizare, gradul crescut de utilizare a serviciilor de reabilitare, rata crescută a terapiei administrate [324].

În țara noastră, la fel ca și la nivel mondial, AVC reprezintă principala cauză a tulburărilor afazice. Accidentele vasculare cerebrale conduc la apariția tablourilor afazice la 10-15% dintre cazurile de AVC la nivel mondial, iar în țara noastră acestea au o pondere de 30-35%. Conform Crăciun (2001, 2009), luând în considerare principalele forme de tablouri afazice, raportează următoarele incidență a subtipurilor de tulburări afazice în populația din România: afazia motorie (expresivă) – 52,9%; afazia senzorială (receptivă) – 39,2%; afazia mixtă – 7,9%. Se poate sublinia faptul că incidența tablourilor afazice motorii, expresive, este mai crescută în populație, comparativ cu tablourile senzoriale sau mixte [193].

Kory Calomfirescu și Kory Mercea (1996), precum și Crăciun (2001, 2009) indică că incidența afaziilor este mai crescută în cazul bărbaților, indicând o rată de 58,9% a incidenței tablourilor afazice post AVC la bărbați, comparativ cu prevalența tablourilor afazice mai scăzută în rândul femeilor, unde incidența raportată este de 41,1%. De asemenea autorii notează o distincție între tulburarea afazică motorie mai specifică tinerilor, și tulburarea afazică senzorială mai specifică persoanelor în vârstă [17; 61].

Potrivit statisticilor oferite de *United Kingdom's Stroke Association*, 1 din 3 persoane va avea probleme de comunicare după un accident vascular cerebral (AVC), simptomele și severitatea afaziei variind în funcție de localizarea și gradul de afectare al creierului. Cu o incidență ridicată în țările europene, afazia este mai frecventă în rândul pacienților de sex masculin, ducând, în majoritatea cazurilor, la moarte sau la apariția unei dizabilități [193]. Pacien-

ții afazici se consideră adesea inferiori față de oamenii „sănătoși” și simt că și-au pierdut identitatea, deoarece modul prin care o persoană expune informațiile de care dispune, îi exprimă personalitatea [338].

Conform autorilor, afazia nu este o boală, ci simptomul leziunii cerebrale, iar severitatea tabloului simptomatologic, în afazie, este diferit de la o persoană la alta, variind în funcție de localizarea leziunii, de întinderea acesteia, de competențele lingvistice anterioare, de personalitatea fiecăruia. Afazia este rezultatul disfuncției centrilor limbajului de la nivelul cortexului și a ganglionilor bazali sau a căilor de conducere ce îi conectează pe acestea. Anatomic, funcția limbajului este localizată în special la nivelul lobului temporal postero-superior, lobului parietal inferior adiacent și conexiunii subcorticale dintre aceste regiuni – de obicei la nivelul emisferei drepte chiar și la persoanele stângace. Lezarea oricăreia dintre părțile acestei regiuni prin AVC, tumora, traumatism sau degenerescenta, interfera cu un anumit aspect al funcției limbajului.

În urma unui AVC, afazia apare ca o tulburare a limbajului caracterizată printr-o apariție bruscă a unei leziuni la nivelul sistemului nervos central (SNC), după ce limbajul verbal a fost constituit, și se manifestă prin imposibilitatea de a înțelege sau a elabora limbajul vorbit sau scris. Astfel, afazia este un simptom al leziunii circuitelor cerebrale implicate în elaborarea limbajului scris sau vorbit [17].

Accidentul vascular cerebral localizat în emisfera stângă, reprezintă cea mai frecventă cauză a afaziei la maturi. La majoritatea oamenilor acea parte a creierului este sediul funcțiilor limbajului, în acest mod manifestându-se afazia – tulburare cauzată de afectarea părții creierului responsabilă de controlul discursului și a limbajului scris sau vorbit. Mecanismele principale care explică recuperarea afaziei se datorează faptului că emisfera dreaptă preia o parte din funcțiile lingvistice specifice emisferei stângi, iar celulele rămase funcționale în emisfera stânga au o activitate crescută [172].

Diversele tipuri de afazie rezultă din localizările leziunilor în anumite regiuni ale creierului. Cele patru forme clasice de afazie, bazate pe observații anatomico-clinice, reprezintă mai mult de jumătate din pacienții cu afazie post AVC, tulburarea fiind clasificată în patru tipuri de bază:

- *Afazia anatomică*, considerată cea mai ușoară dintre forme. Persoanele care au această condiție pot fi capabile să poarte conversații normale în majoritatea situațiilor, întâmpinând dificultăți doar în cazul în care trebuie să comunice cu anumiți oameni, în anumite situații, locuri sau evenimente.
- *Afazia expresivă (motorie, Broca)* se referă la dificultatea utilizării limbajului în exprimarea gândurilor (tulburare a limbajului expresiv) și poate implica probleme de vorbire, scris sau ambele.

- *Afazia receptivă (senzitivă, Wernicke)* este caracterizată prin înțelegerea cu dificultate a limbajului și poate provoca probleme de vorbire, înțelegere, lectură etc.
- *Afazia globală* este forma cea mai severă, rezultată în urma unei leziuni grave și extinse a creierului. Persoanele cu această condiție ar putea să-și piardă total capacitatea de a comunica, ajungând să comunice foarte puțin sau deloc fără capacitatea de a înțelege ce spun ceilalți, de a citi sau de a scrie.

În coroborarea evaluărilor și stabilirea diagnosticului clinic, în caz de AVC, se ține cont de clasificarea anatomo-clinică a afaziilor, după O. Moreaud și col., 2010, propusă inițial de Wernicke și Lichtheim în secolul XIX, reactualizat de alți autori nord americani între anii '60 și '70. Această clasificare este larg întrebuințată în afazii vasculare. Se bazează pe caracteristici ale perturbărilor lingvistice observate, fluența, înțelegere, repetiții.

**Tablul 5.4. Clasificarea afaziilor** (după O. Moreaud și col., 2010)

Tip afazie	Fluență	Lipsă cuvânt	Înțelegere	Repetiție	Deformare
A. Broca	Scăzută	+	Sub normală	Alterată	Probleme de articulare, disprozodie, agramatism
A. de conducere	Mai scăzută	+ / -	Normală	Alterată	Parafazii fonemice cu conduită de corectare
A. Wernicke	Normală sau mărită	++ spre +++	Foarte alterată	Alterată aproape imposibilă	Parafazii fonemice/ verbale
A. globală	Foarte scăzută	+++	Foarte alterată	Alterată aproape imposibilă	Discurs limitat la stereotipii
A. transcorticală motoriză (A. dinamică a lui Luria)	Scăzută	+ / -	Normală	Normală	Fără
A. transcorticală senzorială	Normală sau mărită	++	Foarte alterată	Normală, adesea ecolalică	Parafazii verbale, semantice
A. sub-corticală	Variabilă	+	Variabilă, adesea normală	Normală	Parafazii verbale, hipotonie, posibile probleme de articulație



Pentru stabilirea unui diagnostic clinic al afaziei trebuie coroborate mai multe surse informaționale: observația comportamentului manifestat, istoricul bolii, conform cercetătorului Crăciun (2009), diferitele rezultate ale explorărilor medicale (imagerie modernă, tomografi computerizate etc.), teste neuropsihologice standardizate și teste specifice (calitative sau cantitative). Diagnosticul unei afazii se stabilește în urma examenului limbajului vorbit precum și scris, care cuprinde: vorbirea spontană, vorbirea repetată, denumirea obiectelor și situațiilor, înțelegerea cuvintelor și frazelor, lectura, scrisul spontan sau dictat, completat de un examen neurologic amănunțit și de diverse metode de investigație neuroradiologice [17].

În *Tabelul 5.5* sunt prezentate câteva teste de evaluare a afaziei folosite în diferite țări, ținându-se cont bineînțeles de caracteristica culturală și caracteristicile specifice limbajului din țara respectivă.

**Tabelul 5.5. Teste standardizate (globale) de evaluare a afaziei**

Nume test, autor	Structura	Observații
1. Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) H. Goodglass & E. Kaplan	34 subteste ce examinează componente diferite ale limbajului precum și aspecte ale percepției și rezolvare de probleme.	Bine cunoscut, și înțeles, dar lung. Evaluează nivelul deficientelor și severitatea lor (folosit în Marea Britanie și în Franța).
2. Western Aphasia Battery (WAB)	Conține 10 subteste ce examinează aspecte legate de limbaj, numire, repetiție, înțelegere/comprehenșiune.	Mai scurt ca BDAE (60 min.) determină severitatea și permite categorizarea în sindroamele principale.
3. Comprehensive Aphasia test (CAT)	34 de subteste include un screening cognitiv, o baterie de evaluare a limbajului (21 subteste) și un chestionar de dizabilități	Un test nou ce trebuie completat în 90-120 min, ce poate fi folosit și în stadii incipiente de afazie.
4. Protocol Montreal Toulouse 86, Nespoulous, Lecours et coll, 1986-1992.	2 module: M1 alfa: examen clinic standardizat: numire, repetiție, citire, scriere după dictare, copiere, înțelegere orală sau scrisă. M1 beta: teste complementare: descrierea de imagini, înțelegerea textelor, manipulare de obiecte etc.	Validat în Franța.
5. Der Aachener Aphasia Test (AAT). 6. Huber, Poeck, Weniger & Willmes, 1983.	6 subteste; vorbire spontană, test Token, repetiții, evaluare scriere, redenumire și înțelegere.	Validat pentru vorbitori de limbă germană.

După M. Crăciun, în cadrul diferitelor funcții discrepanțele decelate sunt utile din punct de vedere al diagnosticului, iar testarea, fie că este vorba de o abordare cantitativă sau calitativă, a fost și va rămâne în continuare un element indispensabil al diagnosticului [17].

Evaluarea clinică a afaziei prin baterii de teste specializate, după Xavier de Boissezon (2010), ne permite să testăm vorbirea spontană, comprehensiune orală/ verbală, limbajul expresiv, înțelegerea textelor, citire, scriere [459], iar în unele cazuri, testul poate servi scopuri multiple: elaborarea unui standard de comparație, permite comparații ale performanțelor în cadrul aceleiași funcții în diferite momente ale evoluției bolii, făcând posibilă o monitorizare a evoluției bolii. Pentru a dezvolta un plan de tratament precis, este imperativ necesară evaluarea aprofundată a limbajului acestor pacienți, astfel unii cercetători preferând evaluările efectuate în grup, prin utilizarea testelor standardizate, alții considerând că metoda „studiului în grup” nu este cea mai bună alternativă atunci când vine vorba de pacienții afazici [286]. Savanții Leon-Carrion (1995) și Crăciun (2009) sunt de părere că după stabilirea tipului deficitului organizațional al sistemului funcțional, se poate alege tehnica potrivită fiecărui caz pentru restructurarea sistemului funcțional perturbat și alegerea metodei de reabilitare adecvat.

Terapia afaziei are scopul de a îmbunătăți capacitatea unei persoane de a comunica prin sprijinirea lui de a-și folosi abilitățile lingvistice rămase, de a restaura abilitățile lingvistice cât mai mult posibil, de a compensa învățând alte metode de comunicare. Logopedul ajută pacientul să identifice propriile resurse și să le dinamizeze, ajungându-se astfel la efectul dorit (îmbunătățirea funcției deficitare a limbajului și chiar recuperarea totală) [324].

În cazul accidentului vascular cerebral, procesul de terapie limbajului și a comunicării nu se rezumă doar la corectarea tulburărilor de limbaj, ci și la susținerea pacientului din punct de vedere afectiv și motivațional. Terapeutul limbajului are un rol important în încurajarea pacientului și înlăturarea stării de negativism față de întregul proces de recuperare (tratament medicamentos, kinetoterapie, logopedie etc.) [172]. Conform lui Chinellato (2007), terapia logopedică are la bază anumite principii de care trebuie să se țină cont în cadrul actului terapeutic. În cazul unui pacient cu accident vascular cerebral (ischemic sau hemoragic) este foarte important ca terapia să înceapă imediat ce pacientul are semnele vitale stabile (*principiul intervenției precoce*). Nu se recomandă amânarea intervenției, în ideea de a nu-l obose. Un alt principiu important este acela *al reevaluării și reproiectării* permanente a intervenției logopedice, în funcție de rezultate și de starea psihică a pacientului – deoarece pot apărea o mulțime de factori care pot duce la modificarea programului individualizat de terapie [172].

## ***Prezentarea studiului – Identificarea tulburărilor de limbaj și comunicare post AVC***

Am avut drept *obiectiv* un studiu psiho-clinic al tulburărilor afazice la persoanele post AVC. Pe baza datelor clinice, corelate cu aspectul tomografiei computerizate (CT), au fost studiate: formele clinice de afazie în accidentele vasculare cerebrale de tip ischemic și de tip hemoragic; corelarea dintre forma clinică de afazie și topografia leziunii vasculare în emisfera stângă sau dreaptă, pe baza rezultatelor tomografiei computerizate (CT).

În acest studiu ne-am propus să facem o cercetare referitor la formele clinice de afazie, pentru a pune în evidență elementele semiologice și pentru a stabili forma predominantă a acestor elemente semiologice: de tip receptiv sau de tip motor, la un număr de 126 de pacienți post AVC (73 bărbați, 53 femei, vârsta medie  $\pm$  63 ani) din cadrul Institutului de Medicină Urgentă, secția Boli cerebrovasculare. Diagnosticul de accident vascular cerebral ischemic sau hemoragic a fost stabilit prin examenul obiectiv neurologic și prin CT cerebral. Toți pacienții au fost examinați clinic, paraclinic prin tomografie computerizată (CT) și prin testare neuropsihologică (*testul WAB*), pentru a stabili etiologia leziunii, topografia procesului lezionar vascular, cât și forma clinică de afazie, la debutul bolii, dar și în evoluția acesteia.

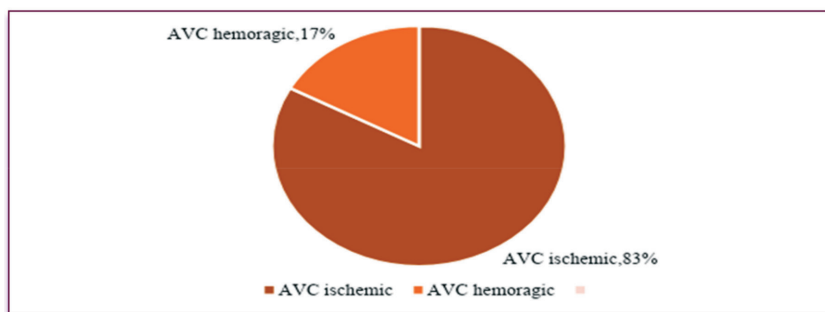
Examinarea afaziei s-a realizat cu *testul Western Aphasia Battery (WAB)*, descris în 1980 de către Shewan CM și Kertesz A, versiunea în limba română Kory Calomfirescu Ștefania și Kory-Mercea Marilena (1996), examinarea neuropsihologică a pacientului afazic a cuprins date referitoare la: afazia expresivă, afazia receptivă și alte forme de afazie, apoi am aplicat chestionarul pentru testul WAB.

### ***Rezultatele studiului***

Din numărul total de cazuri, 126 pacienți, cu accidente vasculare cerebrale însoțite de afazie, 105 pacienți (83%) au fost cu AVC ischemice, iar 21 de pacienți (17%) au fost cu accidentele vasculare cerebrale hemoragice, însoțite de tulburări de limbaj de tip afazic. Aceste cazuri cu afazie au fost investigate clinic, paraclinic prin CT și prin testare neuropsihologică. Toți pacienții au fost supuși unei terapii de recuperare a afaziei.

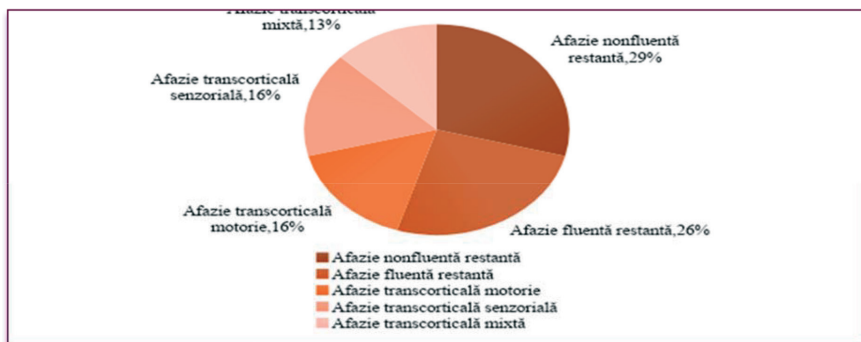
Diferența între cele două sexe ale pacienților nu a fost semnificativă iar vârsta pacienților studiați a fost în majoritate peste 60 ani (61,2%).

Conform rezultatelor topografice, cea mai frecventă formă de afazie a fost realizată de AVC în bazinul ACM stânga (78%), urmat de infarctul de talamus stâng (22%). Cea mai frecventă formă de afazie subcorticală este realizată de hematomul talamusului stâng (69%), urmat de infarctul de talamus stâng (17%), iar cea mai mică frecvență a fost întâlnită la infarctele de nuclei bazali stângi și de infarctele capsulo-putaminale. A fost un singur caz de afazie prin hematom de talamus drept.



**Figura 5.8. Distribuția datelor privind pacienții cu accidente vasculare cerebrale însoțite de afazie**

În faza acută a bolii (în primele 3 săptămâni) toți pacienții au prezentat o formă mixtă de afazie, datorită edemului cerebral mai extins. Formele clinice de afazie, după 8 săptămâni de la debutul bolii, au fost următoarele: 37 pacienți (29,03%) cu afazie nonfluentă restantă, 33 pacienți (25,80%) cu afazie fluentă restantă, 20 pacienți (16,12%) cu afazie transcorticală motorie, 20 pacienți (16,12%) cu afazie transcorticală senzorială, 16 pacienți (12,90%) cu afazie transcorticală mixtă.

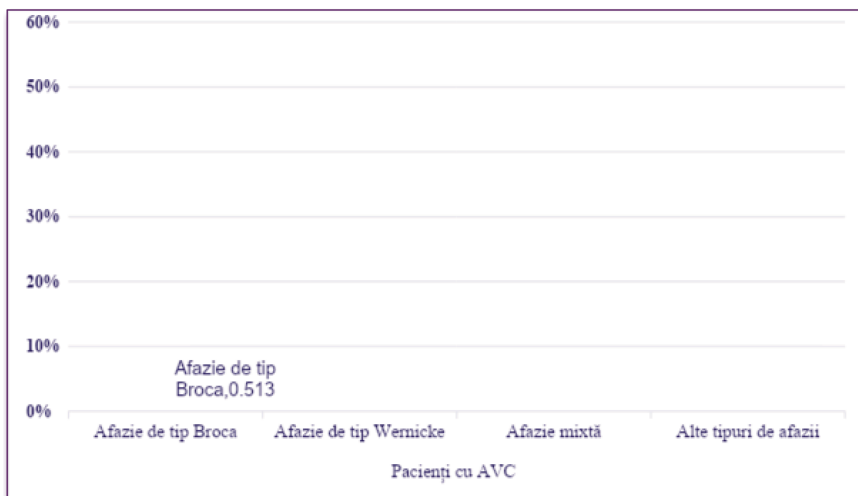


**Figura 5.9. Distribuția datelor conform rezultatelor topografice**

Afazia în cadrul accidentelor vasculare cerebrale ischemice și hemoragice s-a prezentat sub mai multe forme clinice. Cele mai frecvente forme de afazie post AVC, s-au încadrat în trei categorii de bază, în funcție de proprietățile limbajului care au fost mai mult sau mai puțin afectate:

1. afazia de tip Broca (afazie nonfluentă, motorie sau expresivă – Broca) – 51,3% pacienți;
2. afazia de tip Wernicke (afazie fluentă, senzorială sau receptivă – Wernicke) – 38,6% pacienți;

3. afazia mixtă (globală), fiind cea mai grava forma de afazie – 6,4% pacienți;
4. alte tipuri de afazii – 3,7% pacienți.



**Figura 5.10. Distribuția formelor clinice de afazie**

Stabilirea unei forme de afazie, elementele semiologice inițiale, cât și cele restante au fost de o mare valoare pentru precizarea ulterioară a metodelor de logopedie, individual la fiecare pacient afazic, cu AVC ischemic sau hemoragic.

### **Sinteza studiului**

Majoritatea studiilor anatomo-clinice despre accidente vasculare cerebrale, care afectează emisfera cerebrală dominantă pentru limbaj menționează afazia drept componentă a tabloului clinic [167; 244]. Astfel, Mc Kisson et al. (1978), au descris 389 pacienți cu AVC, dintre care 39 pacienți, 10%, au prezentat afazie [61; 62].

Janicson și Yelland au studiat 249 bolnavi cu AVC, constatând că 124 dintre aceștia au dezvoltat afazie, autorii nedescrivând și tipul acesteia. În toate cazurile, afazia a fost însoțită de hemipareză. În schimb, apariția afaziei ca simptom unic sau dominant în AVC este rar citată în literatura de specialitate. Astfel în studiul lui Okihoro et al., incidența afaziei ca simptom unic sau dominant în AVC este de doar 1% din totalul bolnavilor [271].

Plenge et al. descriu 4 pacienți cu simptome neurologice tranzitorii, inclusiv afazie, pretând clinic la diagnosticul diferențial al AIT [270]. În schimb examenul CT a relevat AVC hemoragic în toate cele 4 cazuri. Dintre aceștia, doar un caz a dezvoltat o tulburare de limbaj de tip afazic izolată, fără deficit motor sau senzitiv asociat.

Perlmutter et al. au sugerat câteva teorii fiziopatologice asupra genezei afaziei în AVC [61]:

1. existența unor gradiente presionale locale semnificative, dar reversibile;
2. hipoperfuzia și hipoxia cerebrală locală, asupra zonelor corticale ale limbajului.

Tipurile de afazii raportate la subiecții cercetați în acest studiu au fost:

- a. afazie ne fluentă Broca 65 pacienți;
- b. afazie fluentă Wernicke 49 pacienți;
- c. afazia mixtă 7 pacienți;
- d. afazia amnestică (alte tipuri) 5 pacienți.

Luând în considerare principalele forme de tablouri afazice, literatura de specialitate raportează aceeași incidență a subtipurilor de tulburări afazice în populația cu AVC: predomină afazia motorie (expresivă), urmată de afazia senzorială (receptivă), apoi afazia mixtă într-un procent mai mic. Se poate sublinia faptul că incidența tablourilor afazice motorii, expresive, este mai crescută în populație, comparativ cu tablourile senzoriale sau mixte.

Variatatea sindroamelor afazice observate în studiu reflectă diversitatea direcțiilor după care tulburările vasculare prezente acționează asupra cortexului cerebral [60; 370]. Cu certitudine, afaziile corticale sunt mai frecvente decât procentele raportate în diverse studii; cauzele subdiagnosticării sunt reprezentate, mai ales, de tulburările stării de conștiință asociate (confuzie, somnolență). Uneori, acestea maschează tabloul afaziei [4; 180; 368].

În consecință examenul clinic neurologic, în corelație cu examinările paraclinice, în special tomografie computerizată (CT cerebral), și examenul neuropsihologic, poate să pună în evidență tipul afaziei [250].

### **Concluzii la studiu**

Accidentele vasculare cerebrale sunt cele mai frecvente cauze ale tulburărilor de limbaj de tip afazic, care determină o lipsă sau o dificultate de comunicare interumană, afazia putând înseamnă *izolare socială*, astfel prezența afaziei post AVC, putem să o apreciem ca fiind tot atât de gravă sau poate chiar mai gravă decât handicapul motor de tip hemiplegic sau hemiparetic, la un pacient cu accident vascular cerebral de tip ischemic sau hemoragic.

Studii de specialitate în privința incidenței și prevalenței afaziilor post AVC demonstrează că afazia poate apărea la circa 40% dintre persoanele care au suferit un accident vascular cerebral, atât în AVC ischemice, cât și în hemoragiile cerebrale, corelând cu perioade mai lungi de spitalizare, grad crescut de utilizare a serviciilor de reabilitare, rată crescută a terapiei administrate.

Evaluarea neuropsihologică a pacienților afazici post AVC în studiu, efectuată prin baterii de teste *Western Aphasia Battery (WAB)*, corelată cu

imaginea tomografiei computerizate (CT), care a pus în evidență leziunea vasculară și topografia sa, au stabilit forma clinică de afazie, în funcție de elementele semiologice inițiale cât și cele restante, fiind de o mare valoare pentru precizarea metodei ulterioare de tratament logopedic.

Luând în considerare principalele forme de tablouri afazice post AVC studiate, putem sublinia faptul că incidența tablourilor afazice motorii, expresive, este mai crescută în populație, comparativ cu tablourile senzoriale sau mixte.

Diferența între cele două sexe ale pacienților cu AVC din studiul dat, nu a fost semnificativă iar vârsta pacienților studiați a fost în majoritate peste 60 ani.

Prezența și stabilirea clinică a unei forme de afazie, elementele semiologice inițiale, cât și cele restante sunt de o mare valoare pentru precizarea metodelor de logopedie, la oricare pacient cu AVC și este parte componentă importantă a profilului persoanei post AVC.

### **5.3. Complexitatea tulburărilor afective post accident vascular cerebral**

#### ***Introducere***

Accidentul vascular cerebral produce o gamă largă de deficite funcționale, acestea având un impact semnificativ asupra afectivității pacientului, iar reacțiile emoționale ale pacienților creează dificultăți pentru cei care se ocupă de reabilitarea lor după AVC. Accidentul vascular cerebral asociază prevalențe crescute ale afectivității, care se manifestă prin depresie, anxietate, atacuri de panică, tulburări ale somnului, iar, în unele cazuri apar tulburări delirante sau psihotice, astfel persoanele cu AVC având o prevalență crescută a tulburărilor afective față de populația generală.

Cele mai frecvente afecțiuni psihice prezente la persoanele post AVC sunt **depresia și anxietatea**. Înțelegerea factorilor psihici și sociali asociați anxietății și depresiei sunt esențiali pentru asigurarea unei îngrijiri medicale și sociale adecvate a persoanelor post AVC. Riscul de apariție a depresiei și anxietății post accident vascular cerebral este legat de mai mulți factori, și anume: factori biologici, demografici, economici, psihologici, antecedente personale psihologice, localizarea, tipul și volumul accidentului vascular cerebral. Recunoașterea și confirmarea tulburărilor afective post AVC implică o evaluare mai complexă cu personal instruit corespunzător și cu instrumente specifice de evaluare. Depresia și anxietatea post AVC este important de diagnosticat, deoarece ea influențează reabilitarea, prin întârzierea acesteia, dacă tulburările nu sunt recunoscute. Cei mai mulți supraviețuitori ai accidentului vascular cerebral care au tulburări afective secundare au dezvoltat o dependență crescută în activitatea de zi cu zi, cu scăderea calității vieții și creșterea riscului de mortalitate ulterioară [442].

Depresia, anxietatea și tulburările cognitive post AVC au preocupat, în ultimii ani, mai multe ramuri ale medicinei în încercarea de a stabili date coerente și concrete cu care specialiștii direct implicați în îngrijire să poată lucra pentru remisia simptomelor și reducerea impactului negativ asupra calității vieții. Neurologia, psihologia, psihiatria, neuroimagingistica cerebrală și alte ramuri ale medicinei tradiționale și psihologiei, au dezvoltat teste, tehnici și metode de cuantificare și au studiat multiple terapii cu tendință curativă sau de modificare a evoluției bolii [176].

Testarea neuropsihologică a depresiei, anxietății și disfuncțiilor cognitive se aplică în aproape toată patologia medicală, deoarece orice boală cronică sau invalidantă se poate asocia sau poate determina în cursul afecțiunii una sau mai multe tulburări în sfera afectivă sau a cogniției.

### ***Depresia post AVC***

Din complicațiile post AVC una din cele mai invalidante este depresia, care poate fi moderată sau severă. Conform autorilor, depresia este cea mai importantă tulburare psihică asociată AVC-ului, iar studiile sugerează că depresia după un AVC afectează negativ recuperarea pacienților deoarece influențează nu doar motivația pacientului ci și funcția cognitivă și contribuie la creșterea poverii și bolii asupra familiei pacientului [296; 371; 353]. Pacienții la care depresia se remite prezintă și un nivel mai bun de recuperare în domeniul funcționării cognitive. Depresia după AVC se asociază cu un risc crescut de deces și de suicid [174]. Literatura de specialitate nu ajunge la un consens în ceea ce privește prevalența depresiei post AVC, există diferențe foarte mari între studii în ceea ce privește tipul de AVC-uri luate în considerare și modalitățile de evaluare a depresiei. Prevalența variază între 20-65% în primii doi ani după AVC. Totuși se consideră că în primul an după AVC aproximativ un sfert din pacienți vor dezvolta o depresie, riscul cel mai ridicat pentru apariția depresiei fiind în primele luni după AVC. Conform altor autori, prevalență depresie post AVC la 6-24 luni după evenimentul vascular variază de la 6 la 79%. Dacă depresia apare în decurs de câteva zile după eveniment, aceasta este posibil uneori să se remită de la sine, în timp ce episodul depresiv diagnosticat mai târziu, adică la cel puțin trei luni, de obicei rămâne și este nevoie de a fi recunoscut și tratat ulterior [174].

La fel și cauzele patofiziologice ale depresiei post-AVC nu sunt identificate cu claritate, deși există câteva ipoteze. O primă ipoteză consideră că depresia post AVC este o reacție psihologică la handicapul fizic produs de AVC. O altă ipoteză consideră leziunile produse în partea anterioară a emisferei stângi sunt răspunzătoare pentru defice noradrenergice ceea ce produce o depresie serotoninergică. Afectarea circuitelor neuronale implicate în reglarea dispoziției de către leziunile ischemice este considerat mecanismul



biologic principal care ar cauza depresia după AVC. Alți cercetători consideră că cele mai multe depresii post-AVC au o origine multifactorială, fiind o combinație între mecanismele biologice descrise anterior și o reacție psihologică la handicapul produs de AVC. Carson și colab. consideră că la unii supraviețuitori ai AVC-ului au o depresie produsă de cauze pur biologice, alții una de cauze pur psihologice [213]. Alți autori sunt de păreri precum că depresia se asociază cu un răspuns mai prost la tratamentul de recuperare funcțională [215; 371] și o mortalitate crescută [358], fiind considerată cea mai importantă consecință emoțională post AVC, numeroase studii arătând că incidența depresiei majore după AVC este între 10-25% [185], iar a depresiei ușoare este între 10-40% [353]. Impactul negativ al depresiei asupra recuperării și asupra activităților vieții de zi cu zi a fost demonstrat de Kotilla [318] care a evaluat la 3 luni și la 1 an pacienți care au suferit un AVC și au dezvoltat depresie, constând că pacienții depresivi au dificultăți la nivelul activităților zilnice. Feibel și Springer [252] au arătat că la 6 luni după AVC pacienții depresivi își reiau mai greu activitățile zilnice comparativ cu pacienții care nu sunt depresivi.

Pentru diagnosticul depresiei este important ca în examinarea de rutină a pacientului cu accident vascular cerebral să intre și testările psihometrice, iar neurologii să fie sensibilizați de posibilitatea existenței sau a dezvoltării în viitor a acestor posibile complicații. Evaluarea clinică a pacienților cu AVC se face utilizând scalele de depresie obișnuite: Criterii DSM V pentru depresie, *Inventarul de depresie Beck* (BDI), *Scala de depresie Hamilton* (HAMD), *Scala de depresie și Anxietate pentru pacienți spitalizați* (HADS) și *Scala de depresie Montgomery-Asberg* (MADRAS).

Depresia este domeniul unde evaluarea psihometrică s-a dezvoltat cel mai mult. Numeroase scale de evaluare, scale de observare sau interviuri diagnostice au fost produse și este deja destul de greu de a alege într-un spațiu limitat care din acestea trebuie prezentate. În *Tabelul 5.6* se prezintă cele mai populare instrumente de diagnostic a tulburărilor depresive și de evaluare a simptomelor depresive.

**Tabelul 5.6. Cele mai populare instrumente de diagnostic și evaluare a tulburărilor depresive** (modificat după Rabkin și Klein)

Nume	Tip	Autor
Symptom Checklist 90 (SCL-90)	SR	Derogatis, 1983
Beck Depression Inventory	SR	Beck et al., 1961
Zung Self-Rating Depression Scale	SR	Zung, 1965
Center for Epidemiological Studies – Depression Scale	SR	Radlof, 1977
Carroll Rating Scale for Depression	SR	Carroll et al., 1981
Inventory to Diagnose Depression – IDD	SR	Zimmerman et al., 1986

A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale (SIGH-D)	SI	Williams, 1988
A Structured Interview version of the Hamilton Depression Rating Scale (SI-HDRS)	SI	Potts et al., 1990
WHO Schedule for a Standardized Assessment of Depressive Disorders (WHO-SADD)	SI	WHO, 1983
Structured Clinical Interview for DSM-III (SCID)	SI	Spitzer et al., 1986
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	SI	Endicott & Spitzer, 1978
Diagnostic Interview Schedule (DIS)	SI	Robins et al., 1981
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	SI	WHO 1990
Present State Examination	SSI	Wing et al., 1974
Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	SSI	WHO, 1994
Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)	OR	Hamilton, 1960
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	OR	Montgomery & Asberg, 1979
Melancholia Scale	OR	Bech-Rafaelsen, 1978
Newcastle Depression Scale	OR	Carney et al., 1965

\***Notă:** SR = self report; SI = structured interview; SSI = semistructured interview; OR = observer rating.

Diagnosticul de depresie (prezența/absența) în clinică este stabilit conform *Criteriilor DSM V pentru depresie* (American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2015).

### **Anxietatea post AVC**

Anxietatea este și ea prezentă la pacienții care au suferit un AVC. House și colab. găsesc o prevalență de 12% a tulburărilor anxioase la bărbați și de 28% la femei. Majoritatea pacienților aveau diferite forme de agorafobie, o parte au dezvoltat simptome de anxietate generalizată (centrate mai ales pe recurența AVC-ului) [297]. Savanții demonstrează, că tulburările din spectrul anxietății post AVC cuprind caracteristici de frică excesivă, neliniște și sunt corelate cu tulburări de comportament. Atacurile de panică prezic dezvoltarea unor viitoare tulburări de anxietate și un tip particular de răspuns la frică. Tulburările anxioase la persoanele post AVC diferă între ele prin tipul obiec-

tului sau situației care determină frica, îngrijorare, neliniște, anxietate, sau comportament de evitare și asociază un anumit tipar cognitiv, conform Nutt, Ballenger, 2015. Manifestările clinice ale anxietății post AVC sunt comune cu ale pacienților fără AVC. Sindromul anxios este o patologie psihică ce cuprinde simptome din spectrul somatic și din spectrul emoțional afectiv. Simptomele pur psihice ale anxietății includ în principal teama patologică și afectarea statusului cognitiv prin diminuarea capacității de concentrare a atenției, creșterea capacității de concentrare în mod selectiv pe subiectul cu potențial anxiogen. Tot în cadrul acestor manifestări se pot regăsi și tulburări mnemice, cea mai frecvent întâlnită fiind afectarea memoriei de scurtă durată și tulburări în ritmul învățare–memorare–redare a informației, în special pentru evenimentele și informațiile cu potențial anxiogen [297].

Diagnosticul anxietății (prezența/absența) în clinică este stabilit conform criteriilor DSM V pentru tulburarea de anxietate (*American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013).

Evaluarea psihometrică a anxietății include și alte scale de evaluare, unele dintre ele enumerate mai jos:

- Scala Hamilton de evaluare a anxietății (*Hamilton Anxiety Rating Scale – HAM-A*);
- Interviu Structurat al Scalei Hamilton de Anxietate (*Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Scale – SIGH-A*);
- Inventarul Stare-Trăsătura de Anxietate a lui Spielberg (*The State-Trait Anxiety Inventory Spielberger – STAI*);
- Inventarul Beck de Anxietate (*Beck Anxiety Inventory*);
- Scala de autoevaluare a anxietatii a lui Zung (*The Self-Rating Anxiety Scale Zung – SAS*);
- Scala de anxietate „Mintea înaintea Emoțiilor” (*Mind over Mood Anxiety Inventory – MOM-A*);
- Inventarul de anxietate a lui Burns (*Burns Anxiety Inventory*);
- Scala de Anxietate Covi (*Covi Anxiety Scale – COVI*);
- Scala de depresie, anxietate și stres (*The Depression Anxiety Stress Scale – DASS*) ș.a.

Este un fapt recunoscut că există factorii psihici și sociali care au un impact asupra recuperării fizice și emoționale după un AVC. Handicapul fizic și limitările în viața de zi cu zi sunt consecințele AVC-ului. Înțelegerea factorilor psihici și sociali asociați anxietății și depresiei sunt esențiali pentru asigurarea unui îngrijiri medicale și sociale adecvate a pacienților care au suferit un AVC.

## ***Prezentarea studiului – Evidențierea particularităților afective la persoanele cu accident vascular cerebral***

**Scopul** studiului a fost să dăm o caracteristică afectivității ca factor psihic asociat depresiei și anxietății persoanelor post AVC, iar **obiectivul** studiului a constat în evidențierea particularităților afective (depresie, anxietate) a subiecților cu AVC aflați în proces de tratament, pornind de la ipoteza precum că depresia va influența negativ funcționarea și activitățile vieții de zi cu zi a pacienților cu AVC.

*Metodologia de lucru.* Participanții au fost selectați în cadrul secțiilor *Neurologie și Neurologie – Boli cerebrovasculare* ale IMU. Studiile au fost observaționale, analitice și prospective. Parametrii incluși în dosarele pacienților din lotul de studiu au fost următorii: prezența sau absența depresiei și al anxietății, gradul de severitate. După evaluarea a unui lot de 500 participanți cu AVC, cu ajutorul criteriilor DSM-5 de diagnosticare a *prezenței/absenței* depresiei și anxietății, am selectat câte 100 pacienți cu diagnostic confirmat de depresie și cu diagnostic confirmat de anxietate, care ulterior au fost evaluați prin teste psihometrice pentru determinarea gradului de severitate a depresiei și anxietății. Pacienților li s-a explicat scopul studiului, au fost instruiți privind completarea chestionarelor și au semnat consimțământul informat. În cazul neînțelegerii anumitor termeni, persoanelor li s-a acordat ajutor, astfel încât să nu existe erori în rezultatele obținute. Pentru evaluarea clinică, și anume prezența/absența depresiei și anxietății post AVC la subiecții lotului studiat, s-au folosit *Criteriile DSM V pentru tulburarea depresivă și de anxietate (Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică al Tulburărilor Mentale, 2013)*, iar pentru evaluarea gradului de severitate a tulburărilor afective, am utilizat teste psihometrice, după cum urmează: *Scala Hamilton pentru depresie (HAM-D)*; *Scala Hamilton pentru anxietate (HAM-A)*.

### ***Descrierea instrumentelor utilizate pentru evaluare***

1. *Criterii DSM-5 de evaluare a prezenței/absenței depresiei și anxietății*, conform Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică al Tulburărilor Mentale, a cincea ediție, abreviat ca DSM-5, reprezintă un instrument de diagnosticare al Asociației Americane de Psihiatrie, având o ultimă revizuire, a cincea, în anul 2013, servește ca o autoritate universal recunoscută pentru diagnosticul tulburărilor afective în clinică – prezența/absența depresiei și prezența/absența anxietății.

2. *Scala Hamilton pentru depresie (HAM-D)* a fost concepută în 1960 de Hamilton cu scopul de a evalua severitatea depresiei. Scala Hamilton pentru depresie este utilizată în studiile clinice pentru evaluarea severității simptomelor depresive. Durata de aplicare se situează între 20 și 30 de minute. Scala prezintă mai multe versiuni, însă cea mai utilizată este cea originală și a deve-

nit pentru cercetarea medicală un instrument standard. Scala este utilizată pentru evaluarea severității depresiei la toate categoriile de vârstă, conținând 17 itemi. Metoda de scorare a Scalei Hamilton pentru depresie s-a realizează diferit pentru primii 9 itemi față de ultimii 8 itemi. Astfel, primii 9 parametri sunt evaluați pe o scală cu 5 puncte, de la 0 la 4, după cum urmează: 0 = absența simptomului; 1 = prezența posibilă a simptomului evaluat; 2 = simptom de intensitate ușoară; 3 = intensitate moderată a simptomului; 4 = intensitate severă a simptomului. Ultimii 8 parametri s-au măsurat cu un scor între 0 și 3 puncte, de la 0 la 2, astfel: 0 = absența simptomului evaluat; 1 = posibilă prezență a simptomului; 2 = prezența clară a simptomului. Scorul final a fost obținut prin însumarea scorurilor de la toți cei 17 parametri ai scalei. Punctajul obținut variază între 0 și 56 de puncte. Interpretarea rezultatelor s-a realizează astfel: 0-7: normal; 8-17: depresie ușoară; 18-25: depresie moderată; peste 26: depresie severă.

3. *Scala Hamilton pentru anxietate (HAM-A)* este un chestionar creat pentru a evalua severitatea simptomelor din sindroamele anxioase. Scala a fost concepută în 1959, și prezintă utilitate atât pentru practica clinică, cât și pentru studii și cercetare. Această scală oferă o imagine de ansamblu pentru anxietate, fără a avea specificitate pentru o anume entitate clinică. Durata de administrare a acestui chestionar neuropsihologic este de 10-15 minute. Cei 14 itemi ai scalei sunt următorii: dispoziție anxioasă; tensiune; fobii; insomnii deficiențe de concentrare; dispoziție depresivă; simptome somatice musculare; simptome somatice senzoriale, simptome cardiovasculare, simptome respiratorii; simptome gastrointestinale; simptome genito-urinare; simptome vegetative; comportament în timpul interviului. Fiecare din cei 14 parametri ai acestui chestionar este scorat pe o scală cu 5 puncte, de la 0 la 4, astfel: 0 = absența simptomului; 1 = simptom de intensitate ușoară; 2 = intensitate moderată a simptomului; 3 = simptom sever; 4 = simptom de intensitate foarte severă, dizabilitantă. Severitatea a fost definită prin frecvența cu care simptomul apare și cum el se reflectă în viața subiectului în ultima săptămână. Scorul final s-a obținut prin însumarea tuturor punctelor obținute de către subiectul evaluat. Acest punctaj variază de la 0 la 56 de puncte. Interpretarea rezultatelor se realizează în funcție de încadrarea scorului total al bolnavului în următoarele intervale:

- 6 - 14 → anxietate ușoară;
- 15 - 28 → anxietate moderată;
- 29 - 42 → anxietate severă;
- 43 - 56 → anxietate foarte severă.

Scala Hamilton pentru Anxietate reprezintă un chestionar neuropsihologic util în clinica de neurologie.

Rezultatele au fost prezentate sub formă de tabele și grafice.

## Rezultatele studiului

Utilizând criteriile de diagnostic DSM-5, folosite în majoritatea studiilor care cercetează tulburările afective, am confirmat prezența tulburărilor de afectivitate la subiecții post AVC, asociată cu tulburări din spectrul depresiei – la 75 (75%) de subiecți (37 de bărbați și 38 de femei) și anxietății – la 75 de subiecți (33 de bărbați și 42 de femei), din totalul de câte 100 de participanți – persoane post AVC.

*Caracteristicile socio-demografice ale lotului* pentru subiecții acestei cercetări este prezentată în *Tabelul 4.7* – au fost 75 de pacienți post AVC cu depresie (37 de bărbați, 38 de femei) și 75 de persoane cu anxietate (33 bărbați, 42 femei), cu predominarea femeilor în ambele grupuri. Vârsta medie a pacienților este de 67,97 ani în grupul celor cu depresie ( $\pm 9,74$ ) și 65,73 ( $\pm 9,74$ ) în grupul celor cu anxietate. Nivelul de educație al pacienților este de 9,9 ani în grupul celor cu depresie și 10,3 ani în grupul celor cu anxietate ( $\pm 3,57$ ). Și în cazul depresiei (77,33%), și în cazul anxietății (81,33%) – majoritatea persoanelor au fost din mediul urban.

**Tabelul 5.7. Caracteristicile socio-demografice ale lotului**

	Nr. femei	Nr. bărbați	Media vârstei (ani)	Mediul urban	Mediul rural	Media nivelului de studii (ani)
Depresie	38	37	67,97	58	17	9,9
Anxietate	33	42	65,73	61	14	10,3

Evaluarea depresiei prin scala Scala Hamilton (HAM-D) a demonstrat următoarele: lotul compus din 75 subiecți, a avut următoarea structură: 37 de pacienți (49,3%) au fost bărbați și 38 (50,7%) au fost femei; 71 pacienți (94,7%) au prezentat un AVC ischemic și 4 (5,3%) un AVC hemoragic.

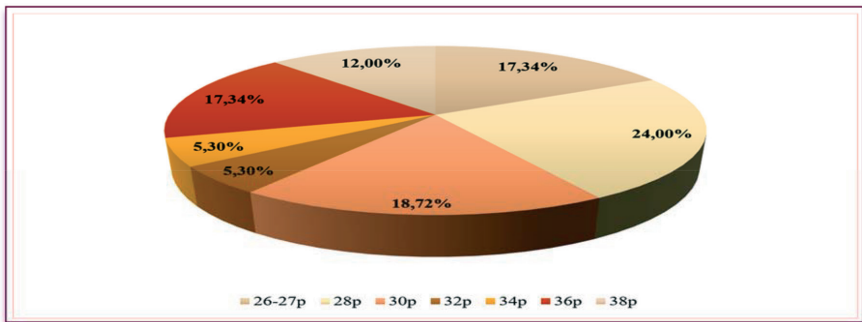
În funcție de valorile obținute prin evaluarea pe scala Hamilton pentru cuantificarea severității depresiei, s-a constatat următoarea distribuție a subiecților din lotul de studiu:

- la punctajul cel mai redus, de 26 – 27 – s-a evidențiat un procent de 17,34%;
- la punctajul de 28 – a fost relevat un procent de 24%;
- la punctajul de 30 – s-a evidențiat un procent de 18,72%;
- la punctajul de 32 – a fost obiectivat un procent de 5,3%;
- la punctajul de 34 – s-a evidențiat un procent de 5,3%;
- la punctajul de 36 – s-a evidențiat un procent de 17,34%;
- la punctajul cel mai ridicat, de 38 – s-a evidențiat un procent de 12%.

**Tabelul 5.8. Evaluarea depresiei prin Scala Hamilton (HAM-D)**

Punctaj obținut	Număr subiecți	Număr bărbați	Număr femei	Procentaj
26-27 puncte	13	6	7	17,34%
28 puncte	18	10	9	24%
30 puncte	14	8	6	18,72%
32 puncte	4	0	2	5,3%
34 puncte	4	2	3	5,3%
36 puncte	13	7	8	17,34%
38 puncte	9	4	3	12%

Așadar, pe cazuistica studiată, prin evaluarea cu *scala Hamilton pentru depresie* (HAMD) cei mai mulți pacienți cu depresie post AVC au obținut un punctaj între 26 și 30 de puncte, corespunzător la 45 de persoane, cu un procent de 60%, iar restul de 30 de subiecți (40%) au realizat un scor total între 32 și 38 de puncte. Toate persoanele din lotul studiat prezintă depresie severă.



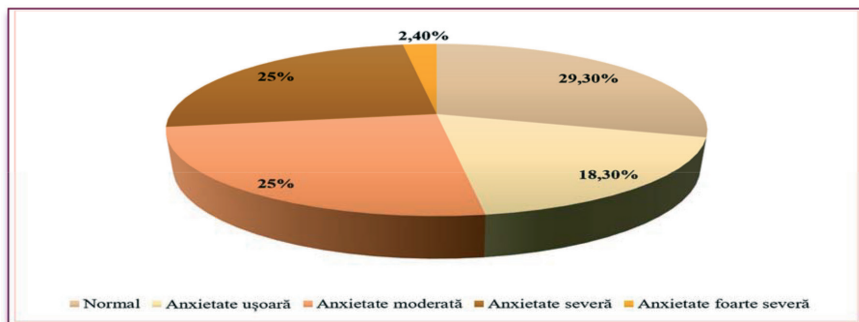
**Figura 5.11. Structura lotului în funcție de scorul HAM-D**

Evaluarea anxietății prin scala Hamilton pentru anxietate (HAM-A) a demonstrat, lotul din 75 de subiecți, a avut următoarea structură: 42 de pacienți (56%) au fost femei și 33 (44%) au fost bărbați; 61 pacienți (81,3%) au prezentat un AVC ischemic și 14 (18,7%) – un AVC hemoragic.

Din lotul studiat, 22 de subiecți nu prezintă anxietate, dar ceilalți 53 pacienți cu AVC au și anxietate de diferite severități asociată depresiei. Anxietatea moderată și severă sunt cele mai frecvent întâlnite, într-un procent de 50% din totalul pacienților cu această tulburare psihică. Două persoane sunt afectate de anxietate foarte severă.

**Tabelul 5.9. Evaluarea anxietății prin Scala Hamilton (HAM-A)**

Severitatea anxietății	Număr subiecți	Număr femei	Număr bărbați	Procentaj
Normal	22	9	13	29,3%
Anxietate ușoară	13	7	6	18,3%
Anxietate moderată	19	11	8	25%
Anxietate severă	19	13	6	25%
Anxietate foarte severă	2	2	0	2,4%



**Figura 5.12. Structura lotului în funcție de scorul HAM-A**

### **Sinteza studiului**

În acest studiu am evaluat tulburările afective la persoanele cu accident vascular cerebral. Prin scale specifice, am constatat prezența/absența depresiei și anxietății, precum și severitatea acestora, la un lot de persoane post AVC. Ne-am așteptat ca pacienții cu AVC să aibă un nivel de afectivitate (depresie/anxietate) mai scăzute decât persoanele sănătoase din populația generală, aceste ipoteze au fost confirmate de rezultatele studiului nostru.

Loturile pentru anxietate și depresie au fost selectate în urma aplicării criteriilor DSM-5, autoritate universal recunoscută pentru diagnosticul tulburărilor depresive și anxioase în clinică. Utilizând criteriile de diagnostic DSM-5, folosite în majoritatea studiilor care cercetează tulburările afective, am confirmat prezența tulburărilor de afectivitate la subiecții post AVC, asociată cu tulburări din spectrul depresiei și anxietății la – 75% subiecți, din totalul de câte 100 de participanți – persoane post AVC.

Loturile au avut următoarea structură: *Evaluarea depresiei* – 75 subiecți, dintre care 37 de pacienți (49,3%) au fost bărbați și 38 (50,7%) au fost femei; 71 pacienți (94,7%) au prezentat un AVC ischemic și 4 (5,3%) un AVC hemoragic; *Evaluarea anxietății* – 75 de subiecți, dintre care 42 de pacienți (56%) au fost femei și 33 (44%) au fost bărbați; 61 pacienți (81,3%) au prezentat un AVC ischemic și 14 (18,7%) un AVC hemoragic.



În studiul nostru 75% din pacienții cu AVC prezintă și o stare depresivă. Scorul mediu al depresiei evaluată cu BDI la pacienții din studiul nostru a fost de 20.33 ceea ce corespunde unui nivel mediu de depresie.

Prin *evaluarea cu scala Hamilton pentru depresie (HAMD)* cei mai mulți pacienți cu depresie post AVC au obținut un punctaj între 26 și 30 de puncte, corespunzător la 45 persoane, cu un procent de 60%, iar restul de 30 subiecți (40%) au realizat un scor total între 32 și 38 de puncte. Toate persoanele din lotul studiat prezintă depresie severă.

Conform literaturii de specialitate, tulburările de dispoziție și în special depresia pot reprezenta o complicație care apare după AVC [296]. Depresia se manifestă ca o combinație a unor emoții negative tristețe, simptome cognitive: lipsă de speranță, vină, lipsă de valoare care suntacompaniate de numeroase simptome fizice [416]. Este cea mai frecventă problemă psihiatrică post AVC și se asociază cu o recuperare mai lentă, nivel de funcționare mai scăzut, o calitate mai scăzută a vieții [331] și o mortalitate crescută [276].

În alte studii prevalența depresiei după AVC variază între 18-65% în funcție de criteriile de selecție ale pacienților, criteriile diagnostice pentru depresie și timpul trecut de la AVC [371]. Depresia este mai frecventă la pacienții care au mai avut în antecedente episoade depresive și este corelată cu un nivel mai slab de funcționare. Depresia este asociată și cu evoluția pe termen lung a pacienților cu AVC [105; 371].

În urma evaluării *anxietății prin scala HAM-A*, din lotul studiat, 22 subiecți nu prezintă anxietate, dar ceilalți 53 pacienți cu AVC au și anxietate de diferite severități asociată depresiei. Anxietatea moderată și severă au fost sunt cele mai frecvent întâlnite, într-un procent de 50% din totalul pacienților cu această tulburare psihică. Două persoane evaluate sunt afectate de anxietate foarte severă.

În literatură, prevalența anxietății la pacienții cu AVC este de 14-21%, variind în funcție de definiția anxietății, metodele de evaluare și momentul în evoluția pacientului la care s-a făcut evaluarea [337]. În studiul prezent, pacienții au un nivel crescut al anxietății, rezultate similare cu cele ale lui Wittchen și colab. și Sagen. În schimb anxietatea nu este corelată cu nivelul de funcționare [394]. Valoarea studiului este dată de utilizarea unor instrumente de evaluare a depresiei și anxietății validate, care sunt utilizate în studiile clinice pe pacienții cu AVC.

### **Concluzii la studiu**

Accidentul vascular cerebral asociază prevalențe crescute ale afectivității, care se manifestă prin depresie, anxietate, atacuri de panică, tulburări ale somnului, iar, în unele cazuri apar tulburări delirante sau psihotice, astfel persoanele cu AVC având o prevalență crescută a tulburărilor afective față de populația generală.

Depresia și anxietatea reprezintă o complicație care apare după AVC.

Depresia se manifestă ca o combinație a unor emoții negative tristețe, lipsă de speranță, vină, lipsă de valoare care suntacompaniate de numeroase simptome fizice, fiind cea mai frecventă tulburare afectivă post AVC, asociindu-se cu o recuperare mai lentă.

În studiul nostru 66,7% din pacienții cu AVC prezintă și o stare depresivă. Scorul mediu al depresiei la pacienții din studiul nostru a fost de 20.33 ceea ce corespunde unui nivel mediu de depresie.

Manifestările clinice ale anxietății post AVC cuprind simptome din spectrul somatic și din spectrul emoțional afectiv, în principal teama patologică, neliniște, corelate cu tulburări de comportament, atacuri de panică și afectarea statusului cognitiv prin diminuarea capacității de concentrare a atenției, creșterea capacității de concentrare în mod selectiv pe subiectul cu potențial anxiogen.

Prevalența anxietății la pacienții cu AVC este de 14-21%, variind în funcție de definiția anxietății, metodele de evaluare și momentul în evoluția pacientului la care s-a făcut evaluare. În studiul nostru anxietatea moderată și severă sunt cele mai frecvent întâlnite, într-un procent de 50% din totalul pacienților cu această tulburare psihică, numai două persoane fiind afectate de anxietate foarte severă.

Criteriile DSM-5, autoritate universal recunoscută pentru diagnosticul tulburărilor depresive și anxioase în clinică, precum și testele psihometrice Hamilton pentru depresie și anxietate (HAM-D, HAM-A) sunt instrumente de măsură sensibile și utile pentru a evalua parametrii cuantificabili ai funcțiilor cognitive în cazul persoanelor ce au suferit un accident vascular cerebral și se află internați în clinica pentru un program complex de recuperare.

Informațiile obținute în urma testării psihologice ne-au schițat un tablou complet și complex în ceea ce privește profilul afectivității al persoanei ce a suferit un accident vascular cerebral.

Realizarea profilului afectivității persoanelor post AVC, permite eficientizarea intervenției de reabilitare psihosocială a persoanelor cu accident vascular cerebral.

#### **5.4. Particularități de personalitate post accident vascular cerebral**

##### ***Introducere***

Omul ca personalitate trebuie considerat în dimensiunile lui biologice, fiziologice, psihice, sociale și culturale. De aceea, marea majoritate a celor care au abordat tematica psihologiei personalității și, implicit, a bolii sunt de acord că orice tulburare a stării lui de sănătate, indiferent de formă și etiologie, este o stare de impas bio-psiho-socio-cultural.

În psihologie, conceptul de personalitate se referă la un profil al caracteristicilor individuale pe care o persoană tinde să le manifeste în mod con-

stant și coerent și care reflectă credințele, predispozițiile în plan emoțional, motivațiile, atitudinile, valorile și comportamentele sale. Personalitatea unui individ poate fi descrisă printr-o combinație de trăsături care sunt relativ distincte și stau la baza diferențelor dintre individul respectiv și alți indivizi. Potrivit lui S. Chelcea, personalitatea umană poate fi conceptualizată atât prin ansamblul trăsăturilor și al comportamentelor care provoacă răspunsuri psihocomportamentale din partea celorlalți indivizi, cât și prin ansamblul structurat care include elemente biologice, psihologice și socio-morale ce sunt achiziționate în cursul socializării individului uman [59].

Definirea personalității din punct de vedere clinic impune delimitarea tulburărilor de personalitate de alte concepte utilizate în domeniul psihopatologiei personalității, precum tipul de personalitate sau modificarea de personalitate. Tipul de personalitate are în vedere structura personalității unui individ, privită prin manifestările ei normale [59]. Dacă trăsăturile de personalitate pot influența starea fizică de sănătate, atunci acesta ar fi un motiv de prim rang să măsurăm trăsăturile de personalitate în cadrul medical. Dar stabilirea adevăratei naturi a relației dintre personalitate și sănătate ridică niște probleme, printre care se numără măsurarea, deosebirea dintre simptomele raportate subiectiv și semnele obiective de maladie, precum și direcția legăturii cauzale. În plus, este practic imposibil de evaluat partea din risc care revine stric trăsăturilor de personalitate – impactul pe care l-ar putea avea. Accidentul vascular cerebral produce o gamă largă de deficite fizice și cognitive. Tulburările de personalitate și reacțiile emoționale ale pacienților creează dificultăți pentru cei care se ocupă de reabilitarea pacienților după AVC [114].

Modificările personalității sunt cele mai deranjante sechele după un AVC. În sens larg prin „personalitate” se înțelege o tendință stabilă de comportament care include emoții, atitudini despre propria persoană și despre lume și modalități stabile de gândire. Dacă acestea sunt afectate este influențată la modul negativ funcționarea interpersonală și socială a individului [104]. Savanții sunt de părere că tulburările de personalitate sunt frecvente la persoanele care au suferit un AVC și au o mai mare influență asupra funcționării sociale decât deficitul cognitiv [101]. Tulburările de personalitate la persoanele care au suferit un AVC se manifestă prin probleme la nivelul controlului comportamental (în special controlul comportamentului social), al comportamentului îndreptat spre un scop, al procesului de luare de decizii și al modulării emoțiilor [103]. Pacientul nu este capabil să se adapteze la viața după AVC, tulburările și problemele persistente îl fac să devină anxios, iritabil și deprimat. Pacientul evită experiențe noi și își restrânge activitatea la niște activități de rutină. Orice încercare de a schimba rutina pacientului este întâmpinată cu ostilitate de pacient. Confruntarea cu o sarcină care necesită

utilizarea unor abilități sociale poate provoca o reacție catastrofică. Pacientul devine abuziv și necooperant când trebuie să facă un efort și devine din nou amabil dacă este lăsat în pace [98].

După un AVC predispozițiile prezente anterior AVC-ului se accentuează: un pacient care prezenta tendințe hipocondriace ușoare va prezenta tendințe hipocondriace intense, o persoană singuratică anterior AVC-ului va deveni suspicioasă și paranoidă. Persoanele care îngrijesc pacienți care au suferit AVC-uri se plâng frecvent de modificarea personalității pacienților. Câteva aspecte ale modificărilor personalității: labilitatea emoțională și dificultățile legate de controlul furiei sunt descrise pe larg în literatura de specialitate. Conform autorilor, incidența modificărilor de personalitate poate fi prezentă la 42% din pacienți iar cea a comportamentelor deranjante pentru aparținători la 35% din pacienți [312; 428].

Anderson descrie o serie de comportamente anormale la un an după AVC: retragere socială (49%), iritabilitate (49%), idei ciudate (35%), impredictibilitate (35%), comportament nepolitic (25%), comportamente caudate (17%). Într-un alt studiu făcut pe 300 de pacienți care au suferit un AVC, Bogousslavsky constată că 72% din pacienți prezentau dispoziție tristă, 56% dezinhibiție, 44% dificultăți de adaptare, 40% retragere socială, 27% plâns nemotivat, 27% pasivitate și 24% aveau manifestări agresive [149; 153; 157; 176].

Labilitatea emoțională după un AVC este tendința de a plânge, de multe ori necontrolabil și fără nici un motiv. Prevalența incontinenței emoționale House și colab. au urmărit un lot de 128 de pacienți cu AVC, la 6 luni 21% din pacienți prezentau incontinență emoțională, la un an de zile 11%. Incontinența emoțională se instalează în primele 4-6 săptămâni după AVC și se remite cam la un an [296]. Din punct de vedere psihologic s-a încercat explicarea apariției incontinenței emoționale pe un mecanism similar cu cel al apariției stresului posttraumatic. Din această perspectivă persoanele se confruntă cu iritabilitate, gânduri intruzive și rememorări care ar împiedeca o regularizare normală a emoțiilor. Pacienții descriu această incontinență emoțională ca fiind foarte deranjantă și dizabilitantă din punct de vedere social. Deoarece pacienții se simt jenați de această emoționalitate necontrolată vor încerca să evite situațiile sociale, în cazurile cele mai severe ajungând la izolare socială. O ipoteza neurochimică consideră incontinența emoțională ca o disfuncție a transmisiei serotoninergice. Ipoteza este susținută de faptul că incontinența emoțională dispare după administrare de inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei (ISRS) [296].

În cercetarea particularităților psihologice ale personalității mature post AVC am pornit de la faptul că, accidentul vascular cerebral reprezintă pentru organism o intervenție cu importante consecințe pe plan cognitiv, afectiv, relațional și social, influențând personalitatea. Multitudinea de simptome,

durata mare a maladiei, face ca mecanismele adaptative ale personalității să fie puse în funcție, ceea ce pe lungă durată poate determina modificări de personalitate. Mc. Queen subliniază că în acest cadru ar fi mai util un model bazat pe două etape. În prima etapă ar fi vorba de achiziționarea unui comportament social care predispune la o finalitate psihologică, iar în etapa a doua se înglobează procesele care întrețin aceste patternuri comportamentale după identificarea bolii. Un asemenea model, subliniază autorul, permite conceptualizarea comportamentului social care predispune în unele afecțiuni cronice și diferențiază comportamentul persoanei purtătoare de simptome clinice [395].

AVC influențează întreaga situație socială a persoanei prin: schimbarea posibilităților în efectuarea activităților; limitarea relațiilor cu oamenii din mediul înconjurător, deseori din motive subiective sau obiective limitarea activităților în general; schimbarea „poziției interne” a bolnavului vizavi de mediul înconjurător, funcționarea introspectivă și socială.

Trăsăturile premorbid de personalitate proprii bolnavului, contribuie semnificativ la apariția unuia sau altui tip de imagine internă a bolii. Formarea imaginii interne a bolii se datorează atât evaluării emoționale, cât și evaluării intelectuale a propriei stări. Din cauza lipsei de informații sau a informațiilor incorecte despre boală, bolnavul nu-și poate forma o atitudine critică față de starea sa, nu-și poate fixa atenția pe anumite părți ale corpului, de aceea se formează o imagine distorsionată a bolii. Astfel accidentul vascular cerebral afectează, pe lângă deficiența unor anumite părți ale corpului, și psihicul persoanei prin tulburările și dizabilitățile prezente și prin complexe de inferioritate pe care i le creează, în raport cu persoanele sănătoase. În general, simptomele post AVC cresc mult dificultățile pe care le are de învins persoana bolnavă în vederea obținerii unui progres optim social. Toate aceste modificări ale personalității pacienților duc la o creștere a poverii resimțite de către medici, echipa de reabilitare și aparținătorii persoanelor care au suferit un AVC [160; 162; 164].

### ***Prezentarea studiului – Evidențierea particularităților personalității bolnavilor post AVC***

În cadrul experimentului de constatare, am avut drept *obiectiv* major examinarea particularităților de personalitate ale bolnavilor cu AVC. Aceasta a impulsionat cercetarea în direcția determinării aspectelor care nu au fost suficient tratate și reflectate în literatura de specialitate și consemnarea situației existente a particularităților psihice ale personalității bolnavilor cu accidente vasculare cerebrale.

Experimentul de constatare a inclus următoarele etape:

- 1) prima etapă a avut ca sarcină selectarea instrumentarului metodic orientat spre studierea particularităților personalității persoanelor cu AVC și formarea eșantionului de cercetare;

- 2) la cea de-a a doua etapă s-au colectat datele experimentale, analiza calitativă și cantitativă a căreia a permis determinarea particularităților psihologice ale personalității post AVC;
- 3) la cea de-a a treia etapă a fost realizată analiza datelor experimentale cu referire la particularitățile psihologice ale personalității post AVC participanți la studiu;
- 4) etapa a patra a fost caracterizată prin formularea concluziilor în contextul confirmării ipotezei cercetării și creării unui profil psihologic de personalitate post AVC.

Datele experimentale obținute au fost supuse prelucrării, fiind utilizată metoda teoretică ipotetico-deductivă pentru interpretarea și explicarea rezultatelor, precum și metode de interpretare cantitativă și calitativă cu diferențierea caracteristicilor pentru grupuri experimentale.

*Ipoteza principală a studiului* este, că la persoanele post AVC intervin schimbări de personalitate, iar între personalitate și performanță de reabilitare există o corelație potențată de dimensiunile personalității, în principal de aptitudini.

*Scopul* acestui studiu a fost acela de a identifica profilul de personalitate al persoanelor cu accident vascular cerebral. Din analiza studiilor pe această temă, putem extrage concluzia că fiecare factor de personalitate are un rol important și bine definit în obținerea succesului reabilitării post AVC, așadar ne interesează mai degrabă modul unic în care ei se combină și mai puțin influența lor separată.

*Lotul experimental* a cuprins bolnavi aflați la tratament în staționar în secțiile de neurologie și neurologie-boli cerebrovasculare din cadrul Institutului de medicină Urgentă din mun. Chișinău, bărbați și femei în mod egal (150 de subiecți, câte 75 subiecți pentru fiecare sex), care au suportat un AVC cel puțin cu un an în urmă. Eșantionul a fost repartizat în două grupuri: după criteriul de vârstă: primul grup de la 18-55 de ani, cel de-al doilea grup de la 56-75 de ani (*Tabelul 4.11*).

**Tabelul 5.10. Eșantionul alcătuit din 150 de persoane cu AVC, participanți la cercetare**

Nr.	Tipul de AVC	Vârsta 18-55 ani	Femei	Bărbați	Vârsta 56-75 ani	Femei	Bărbați	Total
1.	AVC ischemic	80	49	31	58	28	30	138
2.	AVC hemoragic	7	2	5	5	1	4	12

*Metodologia cercetării* – În cercetarea dată am urmărit și stabilit tipul de personalitate la bolnavii cu accident vascular cerebral prin instrumente psihodiagnostice standardizate.

*Instrument de lucru* pentru evaluare a personalității post AVC a servit *Chestionarul E.P.I. (Eysenck Personality Inventory)*, tradus în limba română

și adaptat în cadrul Institutului de Psihologie al Academiei Române. A fost conceput de H.J. Eysenck și S.B.G. Eysenck în anul 1964. Evidențiază două dimensiuni fundamentale ale personalității: extroversiunea – introversiunea și stabilitatea – instabilitatea emoțională (nevrotismul). Consistența internă ( $\alpha$ -Cronbach) a scalelor utilizate a variat între 66-88 (bună) la subscalele ce evaluează extroversiunea, introversiunea și nevroticismul, care își propune să măsoare cei doi factori ai personalității: intro-extraversiunea și nevrotismul.

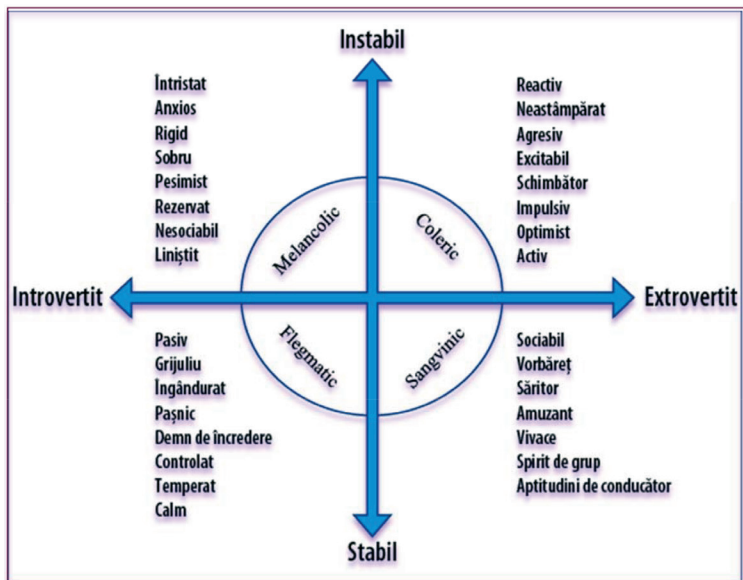


Figura 5.13. Organizarea dimensională a personalității, după Eysenck

Cu chestionarul E.P.I. (*Eysenck Personality Inventory*), ne-am propus să măsurăm cei doi factori ai personalității: intro-extraversiunea și nevrotismul stabiliți prin analiza factorială. Interpretarea trebuie să meargă dincolo de datele statistice și să se conecteze atât cu teoria, cât și cu datele experimentale, sau să se facă trecerea „de la fenotip-comportament la genotip-constituție-temperament” [72; 83; 87].

*Extrovertitul* este „sociabil, îi plac activitățile distractive, are mulți prieteni, simte nevoia de a discuta cu oamenii și nu-i place să lucreze de unul singur. Își asumă ușor riscul de a discuta cu oamenii, îi place aventura și se expune pericolelor. Tinde spre emoții puternice, dorește agitația și este în general impulsiv. Îi place să facă glume, este oscilant, optimist, are tendința de a fi agresiv și își pierde cu ușurință stăpânirea de sine. Tip artistic înclinat spre exterior. Concret, alert, cu inițiativă și bun organizator. Tinde să se supraaprecieze și să accepte doar propriul punct de vedere”.



*Introversivul* este „liniștit, retras, introspectiv, are o viață interioară bogată. Este tipul gânditor, indicat pentru cercetare, posedă gândire abstractă, dar un spirit de observație mai puțin dezvoltat, căci este orientat spre interior și oarecum rupt de exterior. Ușor tensionat căci îi lipsește ușurința exteriorizării bogatelor trăiri interioare. În relațiile sociale este rezervat și liniștit, neîncrezător și planificat (non-impulsiv). Înclinat spre un mod de viață ordonat, nu agreează agitația și domină agresivitatea și nu-și pierde ușor controlul”.

*Nevrotic (instabilul emoțional)* este rezultatul interacțiunii dintre anxietate, depresie, timiditate și deficitul de autoapreciere. Reacțiile emoționale sunt puternice, iraționale, adaptarea la realitate este scăzută, modul de reacție rigid. Poate prezenta și apatie cu reacții puține și lente; încercările de a-l scoate din această stare trebuie să fie intense; manifestă tendința de a reveni ușor la starea inițială. „Nevrotic introvertit este anxios, timid și se blochează emoțional”.

*Temperamentul coleric*, determinat de structura extraversie-nevrotism (instabilitate emoțională), este caracterizat ca evoluând de la sensibil, neliniștit, excitabil, agresiv spre schimbător, impulsiv, optimist, activ.

*Temperamentul sangvinic* este determinat de structura extraversie-stabilitate emoțională (grad scăzut de nevrotism) și caracterizat ca sociabil, deschis, vorbăreț, lipsă de griji, cu inițiative și asumare de roluri.

*Temperamentul flegmatic* este determinat de structura introversie-stabilitate emoțională, evoluând de la calm, temperat, controlat spre pașnic, pasiv, grijuliu, reflexiv.

*Temperamentul melancolic* este determinat de structura introversie-instabilitate emoțională, evoluând de la liniștit, nesociabil, rezervat și pesimist spre sobru, rigid, anxios sau dispoziție stabilă.

### **Rezultatele studiului**

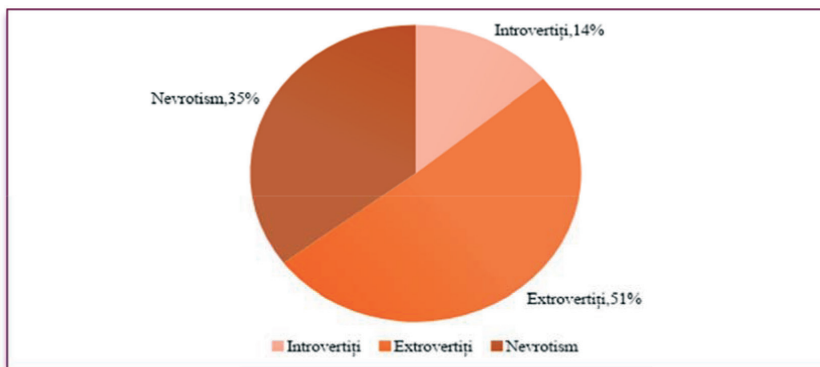
În experimentul de constatare, în cadrul studierii particularităților psihologice ale personalității bolnavilor cu AVC, ipoteza generală a cercetării a fost: persoanelor cu accidente vasculare cerebrale le este caracteristic un anumit profil psihologic de personalitate determinat de specificul/tipul maladiei și vârstă. Pentru verificarea ipotezei s-a realizat, pe de o parte, studiul detaliat al specificului psihologic al personalității bolnavilor cu AVC. Studiul prezentat a fost precedat de o cercetare experimentală, realizată în 2018-2019, pe un eșantion format din bolnavi cu AVC, aflați la tratament în secțiile de neurologie și neurologie boli cerebrovasculare în cadrul Institutului de Medicină Urgență din mun. Chișinău

Analizând rezultatele înregistrate de subiecții cercetării la *Chestionarul de personalitate Eysenck Personality Inventory (E.P.I.)*, la lotul de subiecți pe care am realizat studiul, compus din subiecți cu AVC tratați în cadrul secțiilor de Neurologie și Neurologie boli cerebrovasculare la IMU, mun. Chișinău,



bărbați și femei în mod egal (150 de subiecți, câte 75 subiecți pentru fiecare sex), am obținut următoarele rezultate:

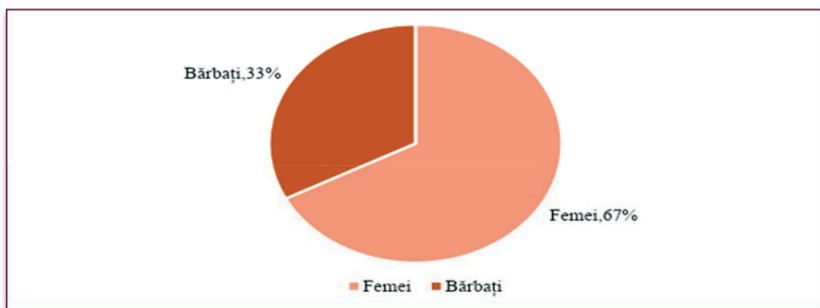
Pentru factorul intro-extraversiune, care desemnează subiecții aparținând tipului introvertit, tipului extravertit și tipului nevrotic, subiecții pot fi diagnosticați ca introvertiți (14%), ambivertiți (35,36%) și extravertiți (50,71%), fapt ce arată că ponderea tipului introvertit este sub 15%, crescând în raport cu acesta aproape de 2,5 ori pentru subiecții cu nevrotism și de 3,5 ori pentru extravertiți. Prin urmare, marea majoritate (86%) a subiecților o constituie extravertiții și nevrotismul. Aceste ponderi pot fi extrapolate pentru întreaga masă a subiecților în general, fapt care ar face ca tipul introvertit să fie mai degrabă o excepție în raport cu întregul.



**Figura 5.14.** Rezultatele înregistrate de subiecții cercetării la Chestionarul de personalitate (E.P.I.)

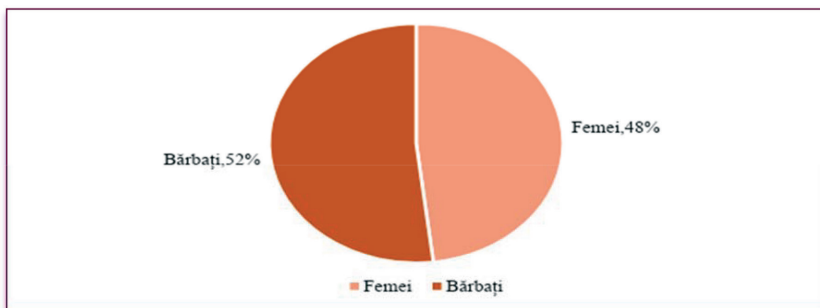
Aceste date se pot observa în figură.

În funcție de apartenența la sex, nevrotismul s-a manifestat preponderent la femei – 66,67% din totalul de subiecți, iar restul de 32,32% fiind bărbații.



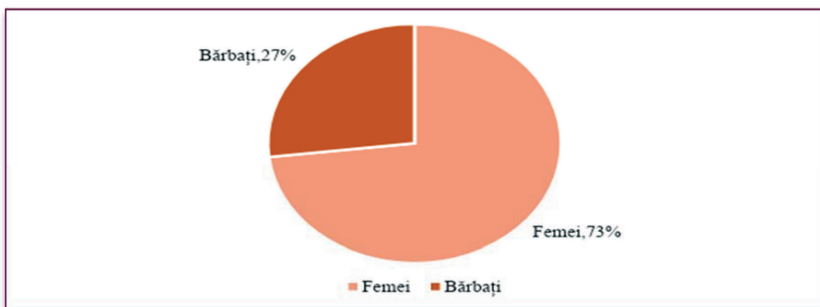
**Figura 5.15.** Distribuția datelor privind manifestarea nevrotismului la pacienți cu AVC în dependență de sex

Subiecții, aparținând tipului Extravertit, din totalul de 50,71%, în funcție de apartenența de sex, s-au repartizat în următoarea ordine – 48,13% femei și 51,87% bărbați.



**Figura 5.16. Distribuția datelor la pacienți cu AVC de tip extrovertit în funcție de apartenența de sex**

Subiecții diagnosticați ca introverti (14%), în funcție de apartenența la gen, s-au repartizat – 73,17% bărbați și 26,83% femei.

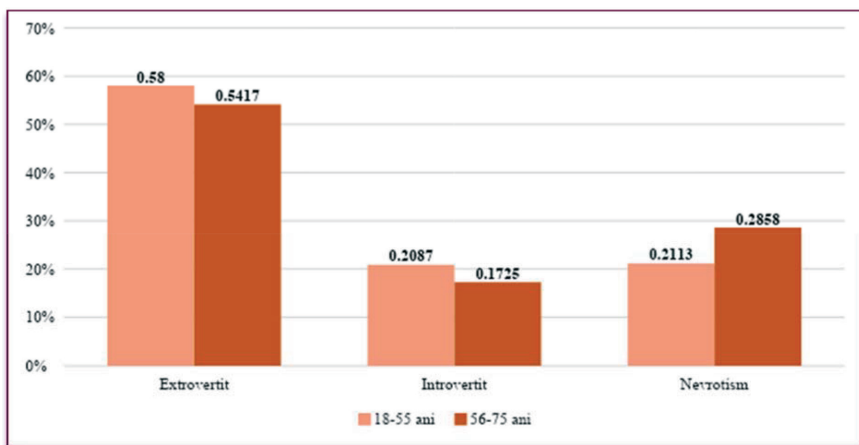


**Figura 5.17. Distribuția datelor la pacienți cu AVC de tip introvertit în funcție de apartenența de sex**

În dependență de apartenența la grupul de vârstă, studiul relevă existența celor trei tipuri de personalitate și o pondere descrescătoare de la extraversiune, nevrotism, introversiune la ambele grupuri de vârstă.

**Tabelul 5.11. Tipuri de personalitate și o pondere descrescătoare de la extraversiune, nevrotism, introversiune la ambele grupuri de vârstă**

Nr.	Factori ai personalității	Vârsta 18-55 ani	Vârsta 56-75 ani
1.	Extravertit	58% (87)	54,17% (81)
2.	Introvertit	20,87% (31)	17,25% (26)
3.	Nevrotism	21,13% (32)	28,58% (43)



**Figura 5.18. Distribuția datelor la pacienți cu AVC în funcție de tipul de personalitate**

### **Sinteza studiului**

Această lucrare și-a propus studierea factorilor de personalitate la bolnavii cu accident vascular cerebral.

Extraversiunea (E) este un factor relevant în studiul nostru, marea majoritate (50,71%) a subiecților o constituie extrovertiții. Aceste ponderi pot fi extrapolate pentru întreaga masă a subiecților în general, fapt care ar face ca tipul introvertit să fie mai degrabă o excepție în raport cu întregul. Acest grup de subiecți, fiind sociabili, au mulți prieteni, simte nevoia de a discuta cu oamenii și nu le place să lucreze de unul singur. Își asumă ușor riscul de a discuta cu oamenii, le place aventura și se expun pericolelor, tind spre emoții puternice, doresc agitație și sunt în general impulsivi, uneori este oscilanți, cu tendința de a fi agresivi și își pierd cu ușurință stăpânirea de sine.; tind să se supraaprecieze și să accepte doar propriul punct de vedere. În egală măsură, extravertiții iau decizii premature, ceea ce implică un efort crescut de reajustare a lor pe măsură ce avansează în procesul de rezolvare a sarcinii [97; 113; 130; 131; 133].

Mereu în opoziție, extravertiții sunt vorbăreți, dominanți, deschiși în exprimarea emoțiilor și asertivi și au experiențe anterioare pozitive care implică gestionarea cu succes a situațiilor, ceea ce îi ajută să creadă într-un rezultat pozitiv. Există dovezi empirice care fac legătura între extraversiune și un grad mare de autoeficacitate. Însă datorită acestui profil, extravertiții par a fi motivați de dinamica grupului și de poziția înaltă pe care ei o pot avea și mai puțin de performanța individuală la o sarcină specifică [18; 22].

Determinați de structura extraversie-nevrotism (instabilitate emoțională), subiecții studiului se caracterizează ca evoluând de la sensibili, neliniștiți, excitabili, agresivi spre schimbători, impulsivi, hiperactivi, ce ar corespunde tipului sangvinic de temperament.

Subiecții introvertiții post AVC, s-au dovedit a fi tăcuți, retrași și se simt confortabil când sunt mai degrabă izolați de grupuri, sunt distrași mai ușor decât extravertiții. Demonstrând un spirit de observație mai puțin dezvoltat, căci sunt orientați spre interior și oarecum ruși de exterior; ușor tensionați, le lipsește ușurința exteriorizării trăirilor interioare. În relațiile sociale sunt rezervați și liniștiți, neîncredători, non-impulsivi; nu agreează agitația și nu-si pierde ușor controlul. Fiind determinați de structura extraversie-stabilitate emoțională (grad scăzut de nevrotism) și caracterizați ca sociabili, deschiși, vorbăreți, lipsiți de griji, cu asumare de roluri, corespund mai frecvent temperamentului sangvinic. Au fost raportate corelații importante între perseverență, pe de o parte, și nevrotism și introversiune, de cealaltă parte, implicând astfel și mai mult acești doi factori în contextul recuperator [59; 78].

Conform așteptărilor noastre bazate pe cercetările anterioare, realizate pe această temă, s-a demonstrat că subiecții cu AVC au scoruri mari la factorul Nevrotism (N), deci sunt mai instabili emoțional, dar acest lucru nu s-a dovedit științific a fi un obstacol pentru performanța lor de reabilitare [65; 79].

Bolnavii cu AVC sunt personalități sensibile, fapt subliniat mai ales prin marea lor reactivitate la trauma psihică cauzată de AVC. Instabilitatea emoțională, îngustarea cercului de interese, sociabilitate scăzută, nehotărârea, stările de frustrare, de anxietate sunt foarte frecvente la acești bolnavi, corelează frecvent cu temperamentul flegmatic/melancolic. Această tendință este menținută atât la subiecții din grupul bolnavilor cu AVC ischemic, cât și la cei cu AVC hemoragic. Nevrotismul la aceste persoane, cu ambele tipuri de AVC, prezintă lipsă de încredere, iritabilitate, frustrare, timiditate, incapacitate de a stabili relații, nevoia de afecțiune și agresivitate neexteriorizată, duritate, anxietate [78].

Conform unor autori, nevrotismul poate avea și influențe pozitive asupra performanței de reabilitare post AVC, în anumite contexte, cum ar fi cel în care există un nivel crescut de conștiinciozitate și autoeficacitate. Modul în care cele două concepte schimbă relația a fost deja explicat în cadrul paragrafelor și se referă la diferențele de motivație apărute între subiecții post AVC stabili și instabili emoțional, care sunt puse pe seama consecințelor negative ale stabilității emoționale [65]. Când bolnavii cred în capacitatea lor de a atinge anumite obiective propuse, cei stabili emoțional au un exces de încredere care scad motivația și afectează, implicit, performanța. Iar autoeficacitatea nu are un efect demonstrat asupra motivației către activitatea de reabilitare, ceea ce înseamnă că modalitatea în care bolnavii nevrotici fac față

cu bine temerilor legate de eșec, cum ar fi nereușitele în procesul anevoios de reabilitare, și nu prin strategii care îi dezavantajează, așa cum s-a crezut [59; 78].

Conform literaturii de specialitate, factorii de personalitate influențează performanța reabilitării direct, dar și indirect. Mai importantă decât identificarea influenței puternice și separate este creionarea combinației de factori care acționează ca un tot unitar, așa cum funcționează de fapt individul în realitate. Există studii care arată că simpla cunoaștere a profilului de personalitate are un efect pozitiv asupra performanței de reabilitare post AVC, așadar formarea persoanelor-pacienți cu accidente vasculare cerebrale – trebuie să includă și un program de optimizare și dezvoltare personală.

### ***Concluzii la studiu***

Obiectivul principal al studiului l-a reprezentat determinarea tipului de personalitate la bolnavii cu accident vascular cerebral (AVC). Stabilirea tipului de personalitate post AVC s-a realizat cu ajutorul *Eysenck Personality Inventory* (E.P.I.).

Studiul relevă existența celor trei tipuri de personalitate la persoanele cu accident vascular cerebral și o pondere crescătoare, de la introversiune, la nevrotism și la extraversiune, ultimile două reprezentând marea parte dintre subiecți, în raport cu cei introvertiți.

Marea majoritate a subiecților post AVC o constituie extravertiții și nevroticii. Aceste ponderi pot fi extrapolate pentru întreaga masă a subiecților în general, fapt care ar face ca tipul introvertit să fie mai degrabă o excepție în raport cu întregul.

În funcție de apartenența la un sex sau altul, nevrotismul s-a manifestat preponderent la femeii cu accident vascular cerebral..

Printre subiecții cu AVC aparținând tipului Extravertit, din total, în funcție de apartenența de gen, predomină bărbații.

Printre subiecții post AVC, diagnosticați ca Introvertiți, în funcție de apartenența la gen, predomină bărbații.

În dependență de apartenența de grupul de vârstă a subiecților cu AVC cercetați, studiul relevă existența celor trei tipuri de personalitate și o pondere descrescătoare de la extraversiune, nevrotism, la introversiune la ambele grupuri de vârstă.

Studiul de față are un caracter preliminar, el trebuie continuat prin traducerea și transpunerea tipurilor de personalitate ale lui Eysenck în cele patru temperamente clasice și precizarea corelației acestora cu performanțele subiecților fiecărui tip de temperament.

## 5.5. Aspecte psihologice ale sferei emoțional-volitive post accident vascular cerebral

### Introducere

Voința după mulți psihologi este considerată o caracteristică sau o capacitate a personalității în acțiune. Voința nu este o instanță separată care se integrează în tabloul personalității, ci mai degrabă este o funcție ce rezultă din integritatea și unitatea personalității, care implică într-o fază specifică participarea tuturor funcțiilor psihice [19; 136].

R. Baumeister definește voința ca fiind „un mușchi educabil”. În accepțiunea acestuia, voința reprezintă o resursă limitată, iar componentele voinței conțin atenția, autocontrolul și perseverența. Societatea modernă cu toate elementele ei de distragere a atenției și de stimulare ne pune la încercare calitățile volitive. Baba Shiv, profesor la *Stanford Graduate School of Business*, a precizat că persoanele cărora li se distrage atenția sunt mai predispuse să cedeze tentațiilor. Când mintea este preocupată, alegerile vor fi ghidate de impulsuri, nu de obiectivele pe termen lung [143; 150].

Importanța problemei de cercetare în acest studiu este determinată de schimbările psiho-clinice ale persoanelor post AVC, care au un impact susținut asupra tuturor sferelor personalității, inclusiv asupra voinței. Studiarea particularităților sferei volitive a persoanei post AVC, care este o categorie a populației cu o poziție evident dezavantajată față de alte categorii de oameni, este una dintre problemele majore ce poate fi soluționată numai prin efortul comun al psihologilor, pedagogilor, medicilor, reabilitologilor etc. [143; 148; 150].

Cercetătorii din domeniul psihologiei își canalizează eforturile spre depistarea căilor de corectare a fenomenului dat în scopul stimulării reabilitării fizice și psihosociale a persoanelor post AVC, precum și pentru a găsi remediile corecționale pentru creșterea capacității de reglare emoțional-volitivă, care ar spori eficacitatea procesului de reabilitare. În acest context, problema elaborării unor modele psihologice de dezvoltare a sferei emoțional-volitive la persoanele în proces de reabilitare post AVC, la ora actuală, reprezintă o problemă stringentă și necesită un studiu continuu.

Determinarea stării psihofuncționale a reglării emoțional-volitive în activitatea de reabilitare post AVC, este deosebit de importantă pentru practică. Conform cercetărilor lui O.A. Конопкин și A.H. Леонтьев, formarea capacităților de reglare emoțional-volitivă este deosebită pentru socializare și incluziune socio-profesională [143; 144].

Impactul tulburărilor post accident vascular cerebral, rezidă în perturbări în dezvoltarea personalității, socializării și apariția unor dereglări din partea reglării emoțional-volitive a comportamentului [143; 148]. Se observă instabilitatea reacțiilor emoționale, lipsa vivacității emoțiilor, aceste persoane post AVC devin impulsive și nehotărâte, se constată schimbări afective condițio-

nate de dizabilitățile prezente și de factorii psihosociali nefavorabili. Toate aceste abateri creează un stil de comportament particular: se adaptează greu la situație și cerințele reabilitării.

Studiul literaturii relevă că, realizările în domeniul psihologiei reabilitării persoanelor post AVC sunt limitate. E nevoie de studii multidimensionale ce oferă noi condiții de explorare a potențialului acestor persoane, iar problema reglării emoțional-volitivă a persoanelor post AVC rămâne insuficient abordată, deoarece fenomenul dat are o structură complexă și o arie mai vastă decât domeniul cognitiv. Cercetările efectuate asupra stării psihice a persoanelor post AVC atestă și demonstrează necesitatea elaborării unui set de acțiuni psihosociale adecvate pentru apropierea acestora de standardul de viață normală [19; 150].

În literatura de specialitate reglarea emoțional-volitivă este cercetată episodic, oferind doar niște modalități de creare a condițiilor de valorificare a potențialului acestor persoane cu AVC și nu reflectă metodologii complexe de dezvoltare a reglajului emoțional-volitiv. Considerăm că este nevoie să fie stabilite metodele și tehnicile dezvoltativ-corecționale de valorificare a variabilelor psihologice ale reglării emoțional-volitivă la persoanele în proces de reabilitare post AVC, modelele psihopedagogice de dezvoltare a voinței [136; 148].

În psihologie există diferite viziuni asupra corelațiilor dintre reglarea volitivă și cea emoțională. Psihologii unesc emoțiile și voința într-un sistem singular pentru a consemna o formațiune psihică. Totuși, în ceea ce privește această coeziune, există diferite opinii despre prioritatea emoțiilor sau voinței în reglarea emoțional-volitivă. В.К. Вилюнас, М.В. Arnold, J. Belsky, M. Fish, R. Isabella, E. Dinner, R.S. Lasaurus, consideră că în structura emoțional-volitivă predomină reglajul emoțional, iar А.И. Вьюгтский, В.А. Иванников, Е.П. Ильин, В.И. Селиванов, Т.И. Шульга, plasează pe primul loc, în acest caz, reglajul volitiv. În același timp, diferențierea studiilor de specialitate conform criteriului sus-numit este una relativă, deoarece practica psihologică reclamă necesitatea evidențierii resurselor de optimizare a reglării prin diminuarea emoțiilor negative [112; 113; 131; 150; 164]. Problema reglării volitivă este cercetată multiaspectual în psihologia aplicată de către savanții О.В. Дашкевич, Я. Рейковский, П.А. Рудик, iar esența acestor studii se rezumă la următoarele: specificul voinței constă în învingerea dificultăților afective, și anume a emoțiilor negative. În psihologia occidentală, impactul emoțiilor asupra conduitelor umane este analizat de către savanții: R.P. Bagozzi, H. Baumgartner, R. Pieters, S.P. Broun, W.L. Cron, J.W.-Jr Slocum, M. Perugini, M. Conner, J. Coștier, A. Nicholas, J. Kudesmaj, E. Stanculescu. Acești cercetători presupun că există emoții proactive, care se manifestă în momentele de prognozare a rezultatelor activității. Când corelațiile dintre emoțiile pozitive și cele negative din categoria emoțiilor proactive ating masa critică, atunci sunt activate și procesele volitive [241; 245; 304].

K. Корнилов menționa că emoțiile nu există în afara voinței. Emoțiile prezintă un stimul important pentru voință. Intelectul, ca forță ce dirijează acțiunile umane, fără integrarea emoțiilor nu întotdeauna are impact asupra voinței. Reglarea emoțional-volitivă își începe acțiunea atunci când emoțiile dezorganizează activitatea conform estimărilor lui Е.П. Ильин [131; 138].

В.К. Калинин constată că emoțiile asigură mobilizarea generală a tuturor sistemelor organismului, în același timp, reglarea volitivă asigură mobilizarea selectivă a posibilităților psihofizice ale omului. Reglarea volitivă are funcția „de schimbare conștientă a gradului includerii emoțiilor”. Divizarea reglării în emoțională și volitivă ridică probleme de interacțiune reciprocă. Savantul consideră că emoțiile și voința pot avea o coincidență după orientare sau pot crea dominante concurente. Autorul atrage atenția la relația strânsă dintre emoții și voință. Reglarea volitivă întotdeauna ține de emoții, care se schimbă în conformitate cu motivația și rezultatele activității. Calitățile volitive sunt apreciate ca structuri compensatorii ale unei stări emoționale negative: compensarea fricii este curajul, al frustrării – insistența, al neliniștii – hotărârea [19].

Pentru a spori funcționalitatea calităților volitive, este nevoie de o cantitate de energie psihică. Voința nu are propria sursă de energie, o astfel de sursă pentru procesele volitive sunt emoțiile. Dacă emoțiile stimulează activitatea, atunci nu este necesară dezvoltarea anumitor trăsături volitive, consideră psihologul rus Д.Б. Эльконин [129; 131].

Problema interacțiunii dintre emoție și voință este tratată și prin prisma motivației (Я. Рейковский) [129]. Motivul are coloratură emoțională, activitatea emoțională este o formă a comportamentului motivațional orientat spre un anumit scop.

Urmărind scopul cercetării influenței emoțiilor asupra persoanei în general, savanții atrag atenția asupra diferitor căi și mecanisme ale acestei influențe. Una dintre direcții ține de concentrarea cercetărilor asupra modificărilor activității cerebrale, modificărilor sistemului vascular și respirator în trăirile emoționale, după П.В. Симонов, Е.П. Ершов [132; 140].

Savanții, cercetând rolul emoțiilor în activitatea de orientare, au constatat următoarele: reflectarea emoțională a realității orientează persoana în relațiile necesare cu mediul înconjurător și separarea obiectului conștientizat ca obiect de necesitate; emoțiile formează scopuri precise și apreciază consecințele atingerii lor; aprobarea scopului corelează cu trăirile emoțional-volitive, prin intermediul cărora se menține sistemul de orientare activă; emoțiile determină succesul activității, programul acțiunilor executate și reglează trebuințele superioare ale personalității; emoțiile sunt valori personale ce se pot prezenta ca motive de actualizare care susțin activitatea [13].

O cercetare interesantă a fost efectuată de către В.А. Иванников și Е.В. Эйдман, despre structura calităților reglajului emoțional-volitiv și



legătura între aceste calități: calități moral-volitiv condiționate de reglarea social-normativă (răspunderea, inițiativa, independența, obligativitatea, energia); calități ce țin de reglarea emoțional-volitivă (răbdarea, stăpânirea de sine); calități volitive propriu-zise, legate de autoreglarea motivațională (fermitatea, perseverența, curajul) [131; 150].

Interpretarea voinței ca o funcție mentală superioară, care asigură individului reglarea propriului comportament și a proceselor mentale, determină direcțiile și abordările spre cercetarea sferei volitive și a componentelor sale în psihologia modernă.

O caracteristică generală a vieții este *activismul* – stare activă a organismelor vii, ca condiție de existență a lor. *Voința* are funcția și rolul de organizare conștientă și autoreglatoare a activismului, orientată spre lichidarea dificultăților și obstacolelor atât interne, cât și externe. Trebuie atrasă atenția asupra faptului că voința, pe de o parte, orientează acțiunile omului sau le frânează, pe de altă parte, organizează activitatea psihică, pornind de la sarcinile existente, de asemenea și de la faptul că pentru apariția reglării volitive e nevoie de anumite condiții, de prezența anumitor dificultăți interne și externe.

Voința este un fenomen subiectiv, care nu are, în comparație cu alte fenomene psihice, anumite manifestări specifice externe sau indici fiziologici, pe baza cărora s-ar putea de studiat și apreciat. Afirmând aceasta, nu negăm posibilitatea studierii științifice, în parte, experimentale a voinței umane. Asemenea tip de cercetări au fost realizate încă de la începutul sec. XX, în ele se folosesc anumite semne obiective de manifestare a voinței, precum și metoda de măsurare a ei, însă în aceste cercetări voința umană este analizată indirect. Fiziologii ruși I.M. Secenov și I.P. Pavlov au desfășurat natura reală a acțiunilor voluntare și mecanismele fiziologice, reieșind din legitățile obiective ale activității nervoase superioare (ANS). Ei au încercat să demonstreze natura reflector-condițională a acțiunilor voluntare și determinarea lor în condițiile mediului extern [19; 150].

Efortul volitiv este o formă deosebită de trăire emoțională, de încordare neuro-psihică, ce mobilizează resursele interne ale omului (fizice, intelectuale și morale), creează motive suplimentare pentru acțiuni, care lipsesc sau sunt insuficiente, pentru stările emoționale, de o tensiune accentuată. În rezultat, efortul volitiv ne ajută să frânăm acțiunea unor și să intensificăm acțiunea altor motive. Există două funcții corelative de bază: funcția stimulatorie și de inhibiție. Voința se manifestă prin încrederea omului în puterile proprii, prin hotărârea de a face acea faptă, pe care el singur o crede rațională, rezonabilă și necesară în situația concretă [136; 150].

Voința presupune efortul, acesta fiind cu atât mai intens, cu cât sunt mai mari greutățile de înfruntat pentru realizarea scopului propus. Fiind în interacțiune cu procesele psihice cognitive și afective, actele de voință reprezintă

manifestarea unor gânduri și sentimente ale omului în acțiunile și faptele sale, de aceea voința este implicată în motivațiile conduitei. Ca formă superioară de autoreglare, voința exprimă un mod de organizare funcțională a întregului sistem al personalității și, ca urmare, pune în evidență o serie de atribute sau calități specifice, a căror influență se exercită asupra întregii vieți psihice, nu numai de nivel conștient, ci și inconștient. Aceste calități pot fi evaluate și exprimate în unități de măsură obiective: de forță, de timp, de frecvență. Principalele criterii după care apreciem voința, sunt: 1) *forța*; 2) *perseverența*; 3) *consecvența*; 4) *fermitatea*; 5) *independența*.

În acest context, o problemă științifică pentru cercetare o prezintă – contradicția dintre necesitatea de a căuta noi abordări și strategii pentru formarea componentelor sferei volitive a bolnavului post AVC, pe de o parte, și explicările teoretice pentru posibilitatea, productivitatea și eficacitatea mecanismelor de dezvoltare a acestora în procesul anevoios de reabilitare, pe de altă parte.

### ***Prezentarea studiului – Aspecte psihologice ale calităților volitive la persoanele post accident vascular cerebral***

*Scopul studiului* a constat în studierii particularităților sferei emoțional-volitive la persoanele cu tulburări post accident vascular cerebral, pentru elucidarea particularităților specifice ale acestor persoane, crearea unui profil psihologic al persoanei cu accident vascular cerebral (AVC), ulterior intervenind prin metode psihologice de dezvoltare a voinței în baza studierii particularităților sferei emoțional-volitive la acest grup de persoane.

Prin studiul dat, ne-am propus selectarea instrumentului de diagnosticare a calităților volitive la persoane adulte după un accident vascular cerebral pentru investigarea particularităților sferei emoțional-volitive în proces de reabilitare.

*Tehnica de cercetare a calităților volitive ale personalității*, utilizată de către noi, a fost tradusă din limba rusă și este preluată de pe următorul site: [https://studopedia.su/11\\_56587\\_I-metodikaissledovaniya-volevih-kaches-tv-lichnosti.html](https://studopedia.su/11_56587_I-metodikaissledovaniya-volevih-kaches-tv-lichnosti.html). Tehnica e dezvoltată de N.E. Stambulova și este compusă din cinci seturi de chestionare, a câte 20 de itemi fiecare. Subiecții sunt rugați să evalueze nivelul de dezvoltare a propriilor sale calități volitive: *capacitatea de atingere a scopurilor, curajul și capacitatea de a lua decizii, perseverența și fermitatea, inițiativa și independența, autocontrolul și anduranța*.

Subiecții vor selecta răspunsul corespunzător din cele cinci opțiuni propuse din protocolul de răspuns. Fiecărei opțiuni de răspuns îi corespunde un număr. Opțiunile pentru răspunsuri sunt: „*Nu mi se întâmplă*” (-2); „*Posibil, rareori*” (-1); „*Posibil, uneori*” (0); „*Probabil, deseori*” (1); „*Cu siguranță*” (2). Astfel, ei vor răspunde la cele cinci seturi de chestionare până vor completa tot protocolul sintetic de răspuns.

Fiecare chestionar permite diagnosticarea a doi parametri ai calităților volitive: expresivitatea și generalizarea. Termenul de expresivitate se referă la existența și stabilitatea de manifestare a caracteristicilor sale de bază, sub generalizare înțelegem – calitățile extinse, universale, adică, lărgimea de manifestare în diferite situații de viață și tipuri de activități.

Concluziile privind nivelul de dezvoltare al fiecărei calități volitive se face în funcție de parametrii expresivității și generalizării, luând în considerare următorii indicatori normativi: 0-19 puncte – nivel scăzut; 20-30 de puncte – nivel mediu; 31-40 de puncte – nivel ridicat.

### Descrierea experimentului

Pentru diagnosticarea sferei volitive la persoanele în proces de reabilitare post AVC, am folosit *tehnica de cercetare a calităților volitive ale personalității* (descrisă mai sus), care a fost orientată la identificarea a cinci grupuri de variabile: capacitatea de atingere a scopurilor, curajul și capacitatea de a lua decizii, perseverența și fermitatea, inițiativa și independența, autocontrolul și anduranța.

*Descrierea eșantionului de cercetare.* Sfera volitivă a fost studiată la 120 de persoane post AVC – pacienți internați pentru reabilitare în cadrul secțiilor Neurologie și Boli cerebrovasculare ale IMU, cu ictus cerebral constatat de peste 6 luni, cu vârsta cuprinsă între 18 și 80 ani, dintre care 68 de femei și 52 de bărbați. Au fost formate trei grupuri în funcție de vârstă pentru a efectua un experiment de constatare. Primul grup: pacienți cu vârste de la 45 la 55 de ani (dintre care 27 de femei și 13 bărbați), al doilea grup: pacienți de la 56 la 65 de ani (dintre care 21 de femei și 19 bărbați), al treilea grup: pacienți de la 66 la 75 de ani (dintre care 20 de femei și 20 de bărbați).

**Tabelul 5.12. Metodologia cercetării psihodiagnostice**

<b>Tehnici</b>	<b>Tehnica de cercetare a calităților volitive ale personalității (după N.E. Stambulova)</b>		
<b>Parametri studiați</b>	1. Capacitatea de atingere a scopurilor; 2. Curajul și capacitatea de a lua decizii; 3. Perseverența și fermitatea; 4. Inițiativa și independența; 5. Autocontrolul și anduranța.		
<b>Eșantion</b>	Total 120 persoane post AVC		
<b>Grupuri experimentale (vârstă, ani)</b>	45-55 ani	56-65 ani	66-75 ani
<b>Femei / Bărbați (F/B)</b>	F 27 / B 13	F 21 / B 19	F 20 / B 20
<b>Indicatori normativi puncte/nivel</b>	0-19 nivel scăzut	20-30 nivel mediu	31-40 nivel ridicat

Pentru prelucrarea statistică a datelor în experimentul de constatare, a fost utilizată metoda de identificare a semnificației diferențelor dintre valorile medii din două grupuri independente, subordonate distribuției normale testului T-Student. Rezultatele obținute ale tuturor calităților volitive au fost prezentate grafic.

### **Rezultatele studiului**

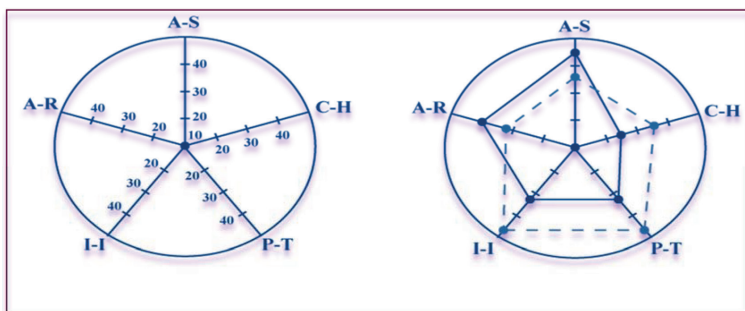
În continuare, vom examina și analiza rezultatele experimentului de constatare. Tabelul 5.13 rezumă datele și prezintă o analiză generală a rezultatelor subiecților în conformitate cu metoda cercetării psihodiagnostice.

**Tabelul 5.13. Rezultatele pacienților testați prin tehnica de cercetare a calităților volitive ale personalității**

<i>Vârsta / ani</i>	<i>Capacitatea de atingere a scopurilor</i>	<i>Curajul și capacitatea de a lua decizii</i>	<i>Perseverența și fermitatea</i>	<i>Inițiativa și independența</i>	<i>Autocontrolul și duranța</i>
45-55	Nivel mediu	Nivel mediu	Nivel mediu	Nivel scăzut	Nivel mediu
56-65	Nivel mediu	Nivel scăzut	Nivel mediu	Nivel scăzut	Nivel scăzut
66-75	Nivel scăzut	Nivel scăzut	Nivel scăzut	Nivel scăzut	Nivel scăzut

În contextul studiului nostru, se stabilește că dezvoltarea volitivă a pacienților cu accidente vasculare cerebrale, care au suportat un AVC cel puțin cu șase luni în urmă și sunt încadrați într-un proces anevoios de reabilitare (atât medicamentoasă, cât și fizică, socială etc.), au un nivel al voinței de la mediu (40%), la scăzut (60%). După cum observăm, se atestă un nivel mai scăzut al voinței la persoanele de vârstă mai înaintată, corespunzător grupului de vârstă 66-75 ani, unde la toți pacienții cu AVC s-a testat un nivel scăzut al voinței (100%). La grupul de vârstă 56-65 ani la fel predomină un nivel mai scăzut al voinței, raportul nivel mediu / nivel scăzut fiind de 2/3, corespunzător – 13,3% și 20%. La grupul de vârstă 45-55 ani se atestă un nivel predominant mediu al voinței, raportul față de nivel scăzut fiind de 4/1 – 26,7% și 6,7%. Acest fapt ne face să concluzionăm, că voința la persoanele post AVC este de un nivel scăzut și depinde de vârsta pacienților – cu cât vârsta este mai înaintată, cu atât nivelul voinței este mai scăzut. La cei mai tineri – se atestă un nivel în creștere a voinței.

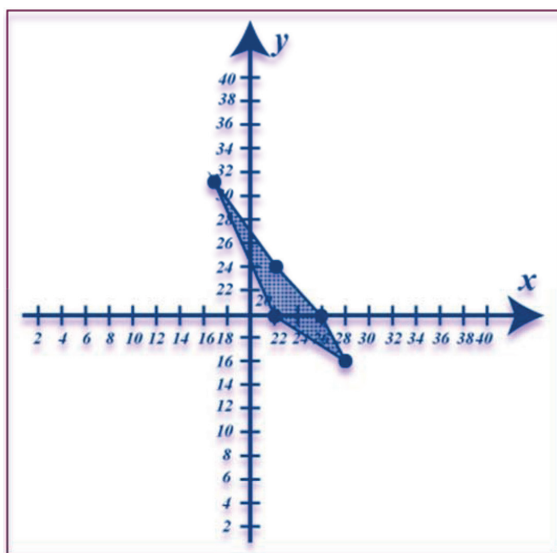
Analiza de gen a rezultatelor experimentului constatător a arătat că, pe toți parametrii studiați, bărbații depășesc femeile și această dependență este caracteristică pe tot parcursul grupurilor de vârstă. Analiza statistică a rezultatelor a stabilit importanța diferențelor de sex la bărbați și femei pe niveluri de dezvoltare a voinței, precum și în manifestarea activității, inițiativei, independenței în îndeplinirea sarcinii. În consecință, valorile testului T-Student sunt 1,95, cu  $p < 0,05$ .



**Figura 5.19. Evaluarea calităților volitive la persoanele post accident vascular cerebral, varianta 1**

\* *Notă:* A-S – Atingerea scopului; C-H – Curaj și hotărâre; P-T – Perseverență și tenacitate; I-I – Independență și inițiativă; A-R – autocontrol și rezistență)

În dependență de parametrii studiați – un nivel mai scăzut al voinței se atestă la parametrii „inițiativă și independență”, toți participanții la studiu (100%) manifestând nivel scăzut de voință. Parametri precum „curajul și capacitatea de a lua decizii” și „autocontrolul și anduranța, la fel tind spre un nivel mai scăzut al voinței. Parametri precum „capacitatea de atingere a scopurilor” și „perseverența și fermitatea” s-au dovedit a fi mai favorabili.



**Figura 5.20. Evaluarea calităților volitive la persoanele post accident vascular cerebral, varianta 2**

Analiza comparativă a particularităților voinței la persoanele cu AVC, a relevat următoarele fapte: un nivel mai scăzut al voinței se atestă la parametrii „*inițiativă și independentă*”, după care urmează – „*curajul și capacitatea de a lua decizii*” și „*autocontrolul și duranța*”, acestea fiind calități de personalitate foarte necesare în procesul anevoios de reabilitare post AVC și de lungă durată. Iar „*capacitatea de atingere a scopurilor*” și „*perseverența și fermitatea*” au un nivel mediu de manifestare la acest grup de persoane, ce necesită motivare și încurajare permanentă în procesul de reabilitare.

### ***Sinteza studiului***

Studiul literaturii relevă că, deși realizările în domeniul psihologiei persoanelor cu dizabilități post AVC sunt multidimensionale și oferă noi condiții de explorare a potențialului acestora, problema reglării emoțional-volitiv rămâne insuficient abordată. Fenomenul dat este complex și are o structură mai complicată și o cuprindere mai vastă decât domeniul cognitiv.

Studiul teoretic al problemei sferei emoțional-volitiv demonstrează că una din principalele probleme psihologice a acestor pacienți este nivelul scăzut al voinței, care creează un șir de dificultăți în procesul de reabilitare, scade capacitatea de implicare, afectează comunicarea, uneori generând abateri în dezvoltarea psihică generală. Până în prezent nu au fost elaborate studii complexe cu referință la cercetarea reglării emoțional-volitiv la persoanele cu accident vascular cerebral (AVC). Nu există modele de diagnostic prin prisma structurii reglării emoțional-volitiv, lipsesc modele complexe de dezvoltare a reglajului volitiv la acești pacienți.

Dezvoltarea componentelor sferei volitive (capacitatea de a finaliza sarcina și de a menține obiectivul pe parcursul punerii în aplicare a acesteia, în mod voluntar, elemente ale reglării comportamentului și a calităților volitive) sunt la un nivel scăzut și mediu pentru majoritatea persoanelor post AVC. Vom remarca că diverși factori pot fi cauzele nivelurilor scăzute ale componentelor volitive. De exemplu, cerințele „contradictorii” ale medicilor, echipei de reabilitare, precum și strategia „nepăsătoare” față de pacient. Împreună cu motivele menționate, este important să evidențiem fundalul dezechilibrat al activității și particularitățile funcționării sistemului nervos după un accident vascular cerebral.

### ***Concluzii la studiu***

Datele obținute ca urmare a experimentului de constatare ne-au permis să formulăm următoarele concluzii:

Experimental au fost identificate principalele caracteristici calitative ale voinței la pacienții cu accident vascular cerebral. Astfel, acești pacienți nu dețin în mod suficient caracteristici cum ar fi supunerea comportamentului

lor la actul de reabilitare sau la un anumit scop. Ei nu pot manifesta eforturi volitive și perseverență pentru a-și atinge scopul, nu sunt capabili să ducă acțiunea începută până la capăt, nu pot depăși întotdeauna diferite obstacole în calea spre scop.

Toți participanții la studiu (100%) au manifestat nivel scăzut de voință la toți parametri: „curajul și capacitatea de a lua decizii”, „autocontrolul și anduranța”, „capacitatea de atingere a scopurilor” și „perseverența și fermitatea”, ultimii doi parametri s-au dovedit a fi mai favorabili. Cel mai scăzut nivel al voinței se atestă la parametrii „inițiativă și independență”, după care urmează – „curajul și capacitatea de a lua decizii” și „autocontrolul și anduranța”.

Analiza datelor de bază a experimentului de constatare ne-au permis să stabilim că la persoanele adulte cu accident vascular cerebral se constată o tulburare a componentelor structurale ale reglajului emoțional-volitiv, caracteristică specifică profilului pacientului cu accident vascular cerebral. Emoțiile nu se includ în dezvoltarea spontaneității și a voinței, regulile activității de reabilitare, enunțate de terapeut, nu le trezesc persoanelor nici un fel de trăire emoțională (pozitivă sau negativă), de aceea regula nu se transformă într-un motiv cu sens personal orientat spre activitate.

Elaborarea și implementarea unor modele psihologice de dezvoltare a procesului de reglare emoțional-volitivă la persoanele post AVC determină creșterea potențialului psihofuncțional și favorizează reabilitarea psihosocială, determină compensarea, corecția și timpul dezvoltării sferei emoțional-volitivă a acestor persoane.

## **5.6. Identificarea nivelului motivațional al persoanelor în procesul terapeutic post accident vascular cerebral**

### ***Introducere***

Motivația este un element cheie în eficientizarea procesului terapeutic a persoanelor în proces de reabilitare post AVC. Analizând problema particularităților motivaționale ale personalității, mulți savanți au constatat că între motivație și calitățile personalității există o legătură reciprocă: calitățile personalității influențează particularitățile motivației, iar particularitățile motivației odată fixate devin calități ale personalității [143; 164; 173].

Modificarea ierarhiei și medierii motivelor înseamnă pierderea organizării complexe a activității omului [114].

Conform autorilor, motivația desemnează ansamblul factorilor care declanșează activitatea omului, o orientează selectiv către anumite scopuri și o susține energetic. Motivația este probabilitatea în care indivizii încep, continuă și aderă la o strategie specifică de schimbare sau la comportamente specifice care îi direcționează spre un anumit scop, conform lui Miller și Rollnick, 2012.

Există mai multe forme de descriere a motivației, în funcție de obiectul la care ne raportăm. În cazul în care ne raportăm la proveniența sursei ce generează motivația, aceasta poate fi de mai multe feluri:

*Motivația intrinsecă* (directă) este generată, fie de sursele interne ale subiectului motivației (de nevoile și trebuințele sale), fie de sursele provenite din activitatea desfășurată. Caracteristica acestei motivații constă în obținerea satisfacției prin îndeplinirea unei acțiuni adecvate ei;

*Motivația extrinsecă* (indirectă) este generată de surse exterioare subiectului sau naturii activității lui. Ea poate fi sugerată sau impusă de alte persoane sau de împrejurări favorabile sau nu; *Motivația cognitivă* este legată de nevoia de a ști, de a cunoaște, de a fi stimulat senzorial. Se manifestă sub forma curiozității față de nou, de inedit, de complexitate, ca și prin toleranța ridicată față de risc. Denumirea de cognitivă este dată de preponderența proceselor de cunoaștere, înțelegere. Prin mecanismele percepției, gândirii, memoriei și imaginației au loc, progresiv: explorarea, reproducerea, înțelegerea anumitor fenomene și dorința de a crea ceva nou [114; 131].

La persoanele post AVC, *motivația afectivă* poate apare sub forma acceptării unor sarcini și proceduri din dorința de a nu fi considerat incapabil sau rău intenționat.

În cazul persoanelor cu AVC, *motivația intrinsecă* constă în determinarea pacientului să se implice și să depună efort în cadrul reabilitării, întrucât din aceste procese el obține satisfacții ce țin de eul, de personalitatea sa.

*Motivația extrinsecă* la acest grup de persoane vizează așteptarea laudei, recompensei pentru efortul depus, dorința de afiliere, tendințele normative, teama de consecințe neplăcute (eșec în realizarea obiectivelor de reabilitare propuse), ambiția și trebuința de statut ridicat.

Din perspectivă unor savanți, motivația este reprezentată de măsura în care un efort persistent este dirijat spre realizarea unui scop. Pentru persoanele cu dizabilități post AVC, *primul aspect al motivației* este forța comportamentului legal de reabilitare sau cantitatea de efort pe care persoana o depune în procesul de recuperare. *A doua caracteristică a motivației* este perseverența de care dau dovadă indivizii în realizarea sarcinilor de reabilitare. Atât efortul, cât și perseverența se referă la cantitatea de muncă depusă de individ. Cea de *a treia caracteristică a motivației* este direcția comportamentului legat de efortul de reabilitare. În ultimă instanță orice comportament motivat are anumite scopuri sau obiective spre care este dirijat pacientul [350].

Un aspect foarte important care trebuie menționat se referă la diferența dintre două concepte aparent asemănătoare, dar care, în realitate, sunt absolut diferite. Astfel, conceptul de motivație nu este sinonim cu cel de motivare. Primul face referire la nivelul dezvoltării personale, la concepția despre sine sau la nivelul și orientarea autoevaluării, fie la contextul social în care este



integrată persoana sau la conștiința valorilor dominante într-o comunitate sau grup. În cea de-a doua categorie sunt incluse solicitările și finalitățile concrete ale unei activități. Rolul motivației nu este numai acela de a declanșa, întreține și stimula participarea la o anumită activitate, ci și de a conduce la anumite performanțe. Motivația este „o formă specifică de reflectare prin care se semnaleză mecanismele de comandă-control ale sistemului personalității, o oscilație de la starea inițială de echilibru, un deficit energetic-informațional sau o necesitate ce trebuie satisfăcută.” [15].

Teoria performanțelor așteptate, dezvoltată de V.H. Vroom, are ca idee de bază convingerea că motivația este determinată de rezultatele pe care oamenii le așteaptă să apară ca efect al activității lor. Motivația este o formă de „contract psihologic” bazat pe așteptările pe care respectivele părți le au și extinderea acelor care sunt realizabile [15; 28].

Conform A. Maslow, indivizii sunt motivați de nevoile de rang inferior până în momentul în care acestea sunt satisfăcute, după care acestea încețază să mai motiveze și începe să se manifeste tendința spre nevoile de rang superior. Satisfacerea relativă a unei nevoi, care se întâmplă pentru cei mai mulți indivizi, transferă o anumită doză de insatisfacție nivelului superior, următor de nevoi. Maslow arată că diferitele nevoi coexistă și că ele depind de indivizi. Motivarea performanței superioare necesită acțiuni pozitive și evitarea sancțiunilor negative [15; 51; 131].

În cazul persoanelor post AVC în proces de reabilitare, gradul de motivație va fi reflectat în rezultatele muncii echipei de reabilitare, iar calitatea muncii lor se va reflecta asupra fiecărui pacient. Motivația nu trebuie considerată ca fiind un scop, datorită faptului că ea generează și stimulează participarea în activitatea de reabilitare, influențând totodată rezultatele și performanțele. Pe lângă funcția de energizare, motivația îndeplinește și funcția de orientare a activității în raport cu scopurile preexistente, motiv pentru care, este important ca indivizii să dispună de capacitatea de a-și instrui și controla propria motivație. Controlul rațional poate crește performanțele umane, însă acest lucru este condiționat de relația dintre scopurile individuale și cele propuse.

Pacienții post AVC, care urmează tratamentul de reabilitare, își iau medicația și realizează indicațiile echipei de reabilitare, au o caracteristică specifică: sunt motivați. Acești pacienți sunt implicați în procesul terapeutic și înregistrează progrese [330]. Caracteristica comună a terapiilor bazate pe succes este aceea că terapeuții valorifică capacitățile intrinseci ale pacientului, atuurile sale, zonele nedemne de boală. Această abordare își are fundamentul în relația terapeutică de colaborare, menită să crească motivația și să faciliteze schimbarea.

Pentru persoanele cu tulburări post AVC, motivația desemnează ansamblul factorilor care declanșează activitatea lor, o orientează către scopul de bază – recuperarea – și o susține energetic.

Deși majoritatea pacienților post AVC doresc să-și revină, ei nu au de obicei motivația necesară pentru practicarea metodelor comportamentale până la îndeplinirea obiectivului propus, în procesul anevoios și de durată al reabilitării. Lipsa motivației se leagă adesea și de insuccese anterioare ce au condus la demoralizare, iar principalii factori care împiedică motivația, ajungându-se la *dezechilibrul motivațional* al pacientului sunt:

- *Caracteristicile individuale*: atât trăsăturile de personalitate, cât și vârsta, tipul afecțiunii. Vârsta este de cele mai multe ori un impediment în motivație, cu cât ea crește, cu atât motivația scade;
- *Familia*: încurajarea din partea familiei dușă la extrem poate fi demotivantă deoarece pacientul simte o presiune prea mare; când familia este hiperprotectivă, pacientul nu mai simte nevoia recuperării și a independenței, bazându-se mereu pe cei din jur;
- *Sistemul medical*: condițiile nesatisfăcătoare oferite de către sistemul medical duc de cele mai multe ori la demotivare;
- *Comportamentul personalului medical*: comportamentul terapeuților poate diminua motivația printr-o comunicare insuficientă, detaliile jucând un rol important în motivarea pacientului [15; 150].

Importanța psihologului în motivarea pacientului în proces de reabilitare post AVC este prioritară, oferind strategii de stimulare a motivației prin: modul de abordare al problemei, comunicarea cu pacientul, înțelegere și ascultare, empatie, insuflarea încrederii și speranței, minimalizarea fricii și îndoielilor, oferind cadrul terapeutic cel mai adecvat și specific bolii.

Mai mulți savanți ruși au fost preocupați de descrierea portretului psihologic generalizat al persoanelor post AVC [131; 143], demonstrând că calitățile personalității influențează direct particularitățile motivației și ale automotivației, iar auto-motivarea, în procesul terapeutic, este legată de nivelul propriu de inițiativă în stabilirea obiectivelor de recuperare post AVC, încrederea în aptitudini și competențe pentru a atinge țintele propuse, credința că, dacă depui îndeajuns de mult efort, vei avea succes [143].

În ultimii ani este în creștere numărul de cercetări, dedicate substratului socio-psihologic de formare a personalității post AVC. Literatura de specialitate privind reabilitarea medicală se referă la motivația pacienților implicați în proces prin explicarea conduitei acestora astfel: *proactivitatea* a fost asimilată cu motivație și *pasivitatea* a fost asociată lipsei de motivație. De asemenea, în ceea ce privește disponibilitatea acestora de a participa activ, complianța la tratament a fost asimilată ca fiind un indicator motivațional, iar non-complianța la tratament a fost asociată cu lipsa motivației. Aceste limite sunt neclare și dificil de cuantificat în practica clinică [492].

Mai multe studii au oferit suport pentru ipoteza conform căreia motivația pacientului este un factor determinant în ceea ce privește rezultatul proce-

sului de reabilitare medicală [293]. Specialiștii în domeniu au constatat că, atunci când motivația este considerată a fi o calitate a personalității pacientului, această interpretare fiind comunicată acestuia, se pot naște sentimente de autovinovăție [475], sentimente ce pot afecta negativ calitatea vieții post-externare și, implicit, evoluția procesului de recuperare [490].

Paul Mc Lean și colab. [346] au realizat un studiu cu scopul de a explora atitudinile și convingerile pacienților ce au suferit un accident vascular cerebral, identificate de către specialist ca având un grad „ridicat” sau „scăzut” de motivație în ceea ce privește recuperarea medicală, concluziile fiind prezentate în *Tabelul 5.14*.

**Tabelul 5.14. Factorii determinanți pentru motivație**

<b>Factorii determinanți pozitivi asociați cu un grad crescut de motivație</b>	<b>Factori determinanți negativi asociați cu un grad scăzut de motivație</b>
Alinierea cu obiectivele de recuperare stabilite.	Supraprotecție, atât din partea membrilor familiei, cât și din partea profesioniștilor în reabilitare medicală.
Acceptarea cu ușurință a metodelor profesioniștilor de reabilitare medicală.	Lipsa de informații.
Înțelegerea naturii și a scopului reabilitării medicale.	Furnizarea de mesaje mixte cu privire la procesul de reabilitare medicală.
Dorința de a părăsi spitalul.	Comparații nefavorabile cu alți pacienți.

Motivația persoanelor în proces de reabilitare post AVC este o verigă foarte importantă datorită faptului că individul, pentru a fi motivat, trebuie să aibă certitudinea că, îndeplinind o anumită activitate, aceasta îi va satisface și propriile trebuințe. În momentul în care individul nu are astfel de certitudini, va surveni lipsa de motivare și implicit, o performanță scăzută în realizarea sarcinilor propuse se reabilitare [354].

#### *Inventar de măsurare a motivației la pacienți*

*Interviul motivațional* este o tehnica care permite subiectului să recunoască problemele pe care le are și să-l determine să intre într-o formă de tratament, să continue tratamentul și să fie compliant cu el [209].

*Scala Persistenței Motivaționale (SPM)* permite evaluarea persistenței motivaționale, înțeasă ca fiind predispoziția individuală de a persista motivațional în efortul direcționat spre atingerea unui scop, de a găsi resursele motivaționale necesare pentru atingerea obiectivelor pe termen lung.

*Scala Persistenței Motivaționale* (versiunea scurtă) este formată din 18 itemi cu răspuns pe o scală în 5 trepte (1 – în foarte mică măsură; 5 – în foarte mare măsură), itemi vizând identificarea a trei factori: *urmărirea de scopuri pe termen lung*; *urmărirea sarcinilor zilnice*; *reamintirea scopurilor neatinsse* [209].

*Inventarul Motivației Intrinseci (IMI)* este un instrument multidimensional, elaborat pe baza teoriei evaluării cognitive Deci & Ryan, care permite evaluarea motivației intrinseci a subiecților (văzută ca o rezultantă a mai multor dimensiuni: interes/plăcere, competență percepută, valoare/utilitate, efort, tensiune percepută, percepție asupra posibilităților de alegere) [475].

S. Hallams și K. Baker au dezvoltat un chestionar pentru evaluarea motivației pacienților ce au suferit un accident vascular cerebral, luând în considerare factorii motivaționali determinanți, aceștia constituind ulterior itemii chestionarului. Chestionarul nu este destinat să furnizeze un scor al motivației, autorii menționând efectul negativ al etichetării pacienților, ca fiind motivați sau nemotivați, asupra procesului de reabilitare medicală. Chestionarul are rolul de a oferi specialiștilor în domeniu o mai bună înțelegere a factorilor motivaționali care influențează procesul de reabilitare medicală și de a permite dezvoltarea unor strategii specifice de lucru, cât mai potrivite. Rezultatele studiului pilot indică necesitatea efectuării unor cercetări suplimentare pentru a demonstra fiabilitatea și validitatea instrumentului [143].

Alte scale generale de evaluare a motivației:

- Scara de evaluare a trebuinței de performanță (Ю.М. Орлов);
- Studiarea motivației de evitare a eșecului (insuccesului) conform metodologiei T. Ehlers;
- Scara de evaluare a motivației de aprobare (D. Marlow, D. Krown);
- Testul „Orientarea personalității” conform chestionarului de orientare B. Bass;
- Investigarea apărărilor psihologice conform chestionarului Kellerman-Plutchik;
- Relevarea motivației dominante, efectuată prin intermediul testului cu fraze umoristice de А.Г. Шмелёв și В.С. Бабин;
- Metoda propozițiilor nedeterminate, elaborată de Sax și Levi;
- Autoevaluarea (metodologia Rubinstein), estimată pe categorii de intelect, sănătate, caracter, stare euforică.

În *clinică*, motivația se apreciază din interviul clinic, nivelul de conștientizare al stării de boală, ea fiind strâns legată de existența sau absența unui sens al tuturor lucrurilor, unui simț al coerenței. Aaron Antonovsky menționează că „simțul coerenței exprimă gradul în care cineva are un simțământ durabil al încrederii în predictibilitatea mediului extern și intern, precum și în faptul că există o foarte mare probabilitate ca lucrurile să se rezolve cât mai bine posibil” [469].

### ***Prezentarea studiului – Evidențierea particularităților motivaționale la persoanele cu accident vascular cerebral***

*Scopul studiului* a fost studierea particularităților sferei motivaționale la persoanelor post AVC.

*Obiectivul studiului* a fost evidențierea particularităților motivaționale specifice subiecților cu AVC aflați în proces de tratament.

*Metodologia de lucru.* Cercetarea a fost desfășurată pe un eșantion de 100 de subiecți selectați în secțiile *Neurologie și Neurologie – Boli cerebrovasculare* ale Institutului de Medicină Urgentă pe perioada anilor 2014-2019. Pacienților li s-a explicat scopul studiului, au fost instruiți privind completarea chestionarelor și au semnat consimțământul informat. În cazul neînțelegerii anumitor termeni, persoanelor li s-a acordat ajutor, astfel încât să nu existe erori în rezultatele obținute bolnavi post AVC.

*Eșantionul* a constituit 100 de indivizi, din care 60 bolnavi cu AVC, 30 din ei fiind bărbați și 30 femei, iar 40 de indivizi sănătoși au constituit grupul martor, respectiv 20 de femei și 20 de bărbați (selectați dintre cadrele medicale din spital și dintre membrii echipei de reabilitare). Vârsta bărbaților cu AVC a fost de 59-75 de ani, cea a femeilor – de 45-60. În grupul martor vârsta bărbaților era de 55-65 ani, iar cea a femeilor – 35-55 ani.

*Metode de cercetare:* studierea *motivației de evitare a eșecului (insuccesului)* am efectuat-o conform metodologiei T. Ehlers în puncte. Acesta evidențiază 4 nivele ale motivației spre succes: foarte ridicat, ridicat, mediu și scăzut. Testul a avut menirea de a constata gradul de manifestare a trebuinței individului de a evita consecințele eșecului în activitate, adică manifestare a fobiei pentru eventuala evoluție a evenimentelor; studierea *trebuinței de performanță* conform metodologiei Iu. M. Orlov cu scara de evaluare a trebuinței de performanță s-a apreciat cu punctaj de la 0 la 23; studierea *motivației de aprobare* apreciată prin scala D. Marlow, D. Krown cu 20 de întrebări; „Orientarea personalității” s-a realizat conform chestionarului B. Bass (*orientarea spre activitate, orientarea spre sine, orientarea spre comunicare*); investigarea apărărilor psihologice conform chestionarului Kellerman-Plutchik, indicii *negare, substituție, regresivitate, compensare, protecție și raționalizare*. Metodologia aritmetic-statistică de prelucrare a datelor rezultate din testări.

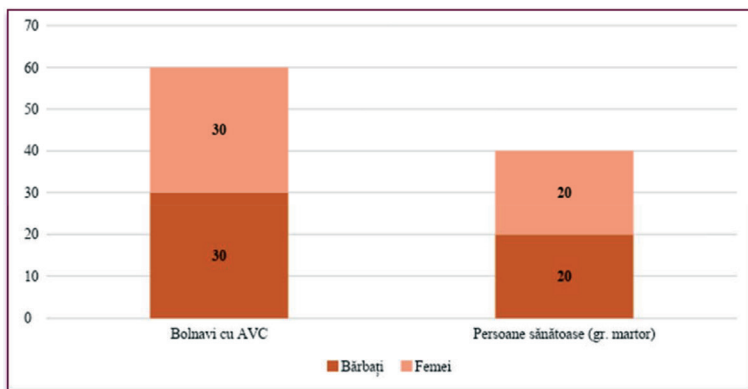
### **Rezultate studiului**

Referitor la caracteristicile demografice ale studiului, am evaluat 60 bolnavi cu AVC, 30 din ei fiind bărbați și 30 femei, iar 40 de indivizi sănătoși au constituit grupul martor, respectiv 20 de femei și 20 de bărbați (selectați dintre cadrele medicale din spital și dintre membrii echipei de reabilitare).

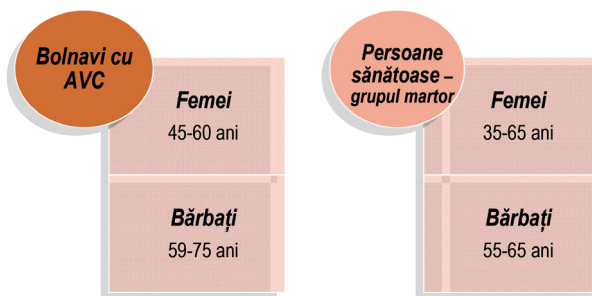
Vârsta bărbaților cu AVC a fost de 59-75 de ani, cea a femeilor – de 45-60. În grupul martor vârsta bărbaților era de 55-65 ani, iar cea a femeilor – 35-55 ani.

*Motivația de evitare a insucceselor* s-a estimat prin testul T. Ehlers în puncte. Testul a avut menirea de a constata gradul de manifestare a trebuinței individului de a evita consecințele eșecului în activitate (adică manifestarea fobiei pentru eventuala evoluție a evenimentelor). La bărbații din

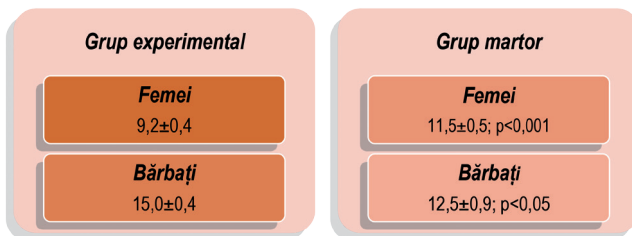
grupul experimental indicatorul a fost de  $15,0 \pm 0,4$ , în grupul martor  $12,5 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ , indicatorul integral 1 în grupul martor. La femeile din grupul experimental –  $9,2 \pm 0,4$  și în grupul martor –  $11,5 \pm 0,5$ ,  $p < 0,001$ , indicatorul integral fiind egal cu 1 în grupul experimental.



**Figura 5.21.** Caracteristicile demografice ale studiului



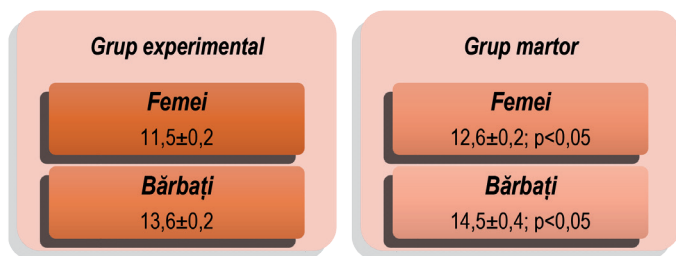
**Figura 5.22.** Distribuția subiecților din grupul experimental și grupul martor pe categorii de vârstă



**Figura 5.23.** Indicatorii privind motivația de evitarea a insușeselor în grupul experimental și în grupul martor, în funcție de sex (după Testul T. Ehlers)

S-a constatat că bărbații din grupul experimental sunt mult mai predispuși să evite insuccesele, decât femeile din grupul experimental –  $15,0 \pm 0,4$  și respectiv  $10,2 \pm 0,4$ ,  $p < 0,001$ , indicatorul integral fiind 1 la femei. Astfel, bărbații din grupul experimental manifestă o trebuință de evitare a insucceselor evident mai sporită comparativ cu bărbații din grupul martor. Un rezultat advers a fost obținut în grupul experimental de femei, în care tendința de evitare a eșecurilor a fost cu mult diminuată în comparație cu grupul martor de femei.

*Trebuința de performanță* s-a apreciat conform metodologiei lui M. Orlov, cu punctaj de la 0 la 23. La bărbații din grupul experimental indicatorul a constituit  $13,6 \pm 0,2$ , în grupul martor –  $14,5 \pm 0,4$ ,  $p < 0,05$ . Indicatorul integral 1 în grupul martor. La femeile din grupul experimental trebuința de performanță echivala cu  $11,5 \pm 0,2$ , iar la cele din grupul martor –  $12,6 \pm 0,2$ ,  $p < 0,05$ , indicatorul integral.



**Figura 5.24.** Indicatorii privind trebuința de performanță în grupul experimental și grupul martor, în funcție de sex (după metodologia lui M. Orlov)

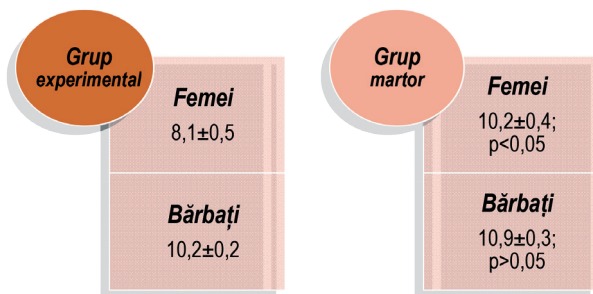
Astfel, *trebuința de performanță*, în grupurile experimentale AVC este mai crescută la bărbați în raport cu femeile,  $13,6 \pm 0,2$  și respectiv  $12,1 \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$ , coeficientul integral 1 în grupul experimental de bărbați.

*Motivația de aprobare* a fost apreciată prin testul D. Marlow, D. Krown (20 de întrebări). Indicii la bărbații din grupul experimental cu AVC au fost de  $10,2 \pm 0,2$ , în grupul martor –  $10,9 \pm 0,3$ ,  $p > 0,05$ , indicele integral fiind 0,5 în ambele grupuri de bărbați. La femeile din grupul experimental acesta a fost de  $8,1 \pm 0,5$ , în grupul martor –  $10,2 \pm 0,4$ ,  $p < 0,05$ , indicele integral fiind 1 în grupul martor. În grupele experimentale la bărbați s-a înregistrat o trebuință mai ridicată în aprobarea socială, decât la femei,  $10,2 \pm 0,2$  și  $8,1 \pm 0,5$ ,  $p < 0,001$ , indicele integral fiind 1 la bărbați.

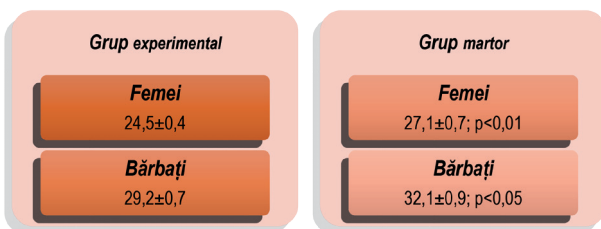
Testul „*Orientarea personalității*” s-a realizat conform chestionarului B. Bass. Orientarea spre activitate este mai ridicată la bărbații în grupul martor în comparație cu cei din grupul experimental, respectiv,  $29,2 \pm 0,7$  și  $32,1 \pm 0,9$ ,  $p < 0,05$ , indicele integral fiind 1 în grupul experimental. În grupul de femei de asemenea sunt remarcăți indicii cei mai înalți în ce privește orientarea spre activitate în grupul martor, comparativ cu cel experimental, în



plus diferențele veridice sunt mai mari decât în grupul de bărbați, respectiv,  $24,5 \pm 0,4$  și  $27,1 \pm 0,7$ ,  $p < 0,01$ .



**Figura 5.25.** Indicatorii privind motivația de aprobare în grupul experimental și grupul martor în funcție de sex (după metodologia lui D. Marlow, D. Krown)

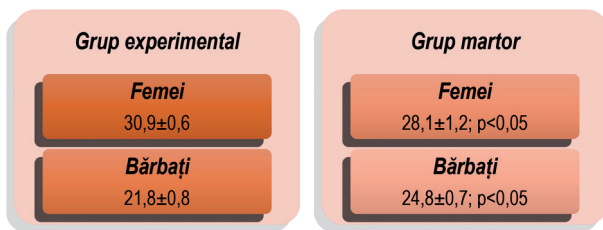


**Figura 5.26.** Indicatorii privind orientarea personalității spre activitate în grupul experimental și grupul martor, în funcție de sex (după chestionarul lui B. Bass)

*Orientarea spre sine* nu atestă diferențe veridice în ambele grupe de bărbați,  $26,8 \pm 0,6$  și  $26,8 \pm 0,7$ ,  $p > 0,05$ , indicele integral fiind 0,5 în ambele grupuri. În grupul experimental de femei orientarea spre sine este mai ridicată decât în grupul martor, respectiv  $30,9 \pm 0,6$  și  $28,1 \pm 1,2$ ,  $p < 0,05$ . *Orientarea spre comunicare* în grupul experimental de bărbați este veridic mai joasă, decât în cel martor, respectiv,  $21,8 \pm 0,8$  și  $24,8 \pm 0,7$ ,  $p < 0,05$ , indicele integral fiind 1 în grupul martor. În ambele grupuri de femei, însă, orientarea spre comunicare nu prezintă diferențe veridice,  $25,5 \pm 0,6$  în grupul experimental și  $25,7 \pm 0,7$  în grupul martor,  $p > 0,05$ , indicele integral fiind 0,5 în ambele grupuri.

S-a desfășurat cercetarea *apărarilor psihologice* prin testul Kellerman-Plutchik, obținându-se rezultate. Formațiunile reacționale – în grupurile experimentale AVC formațiunile reacționale sunt utilizate veridic mai frecvent în calitate de una din formele de apărare psihologice. Astfel, în grupul experimental de bărbați  $5,5 \pm 0,4$ , în cel martor  $2,0 \pm 0,3$ ,  $p < 0,001$ , în grupul experimental de femei  $5,3 \pm 0,3$  față de  $3,1 \pm 0,5$  în grupul martor,  $p < 0,001$ .





**Figura 5.27. Indicatorii privind orientarea personalității spre sine la grupul experimental și grupul martor în funcție de sex (după chestionarul lui B. Bass)**

*Negarea* – în grupul experimental de bărbați negarea a fost folosită veridic mai frecvent în calitate de apărare psihologică, comparativ cu grupul martor, înregistrându-se valorile  $6,5 \pm 0,4$  față de  $2,8 \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$ . Indicatorul integral 1 este în grupul martor. În grupul experimental și cel martor de femei nu s-au identificat diferențe veridice în frecvența utilizării nihilismului ca apărare psihologică,  $6,6 \pm 0,3$  și  $5,4 \pm 0,6$ ,  $p > 0,05$ , indicatorul integral 0,5 fiind în ambele grupuri.

*Substituția* ca metodă de apărare psihologică este folosită în grupul experimental de bărbați veridic mai frecvent, decât în grupul martor,  $4,1 \pm 0,4$ , față de  $2,7 \pm 0,3$  în grupul martor,  $p < 0,01$ . În grupul experimental și cel martor de femei nu s-au înregistrat diferențe veridice, acest indicator constituind  $4,1 \pm 0,3$  și  $3,4 \pm 0,3$ ,  $p > 0,05$ . Indicatorul integral 1 în grupul martor de bărbați și 0,5 în ambele grupuri de femei.

*Regresiunea* – frecvența utilizării regresiei este veridic mai mare în grupul experimental de bărbați comparativ cu cel martor,  $7,8 \pm 0,5$  și  $3,4 \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$ . În ambele grupuri de femei regresiunea ca mecanism de apărare nu prezintă diferențe veridice:  $8,8 \pm 0,4$  și  $7,9 \pm 0,5$ ,  $p > 0,05$ . Indicatorul integral egal cu 1 în grupul martor de bărbați și 0,5 în ambele grupuri de femei.

*Compensarea* – în investigațiile realizate indicii compensării din grupul experimental AVC și cel martor diferă puțin:  $3,9 \pm 0,3$  și  $4,3 \pm 0,2$ ,  $p > 0,05$ , indicatorul integral 0,5 fiind în ambele grupuri. În grupul experimental de femei compensarea este veridic mai diminuată față de cel martor:  $3,9 \pm 0,2$  și  $5,5 \pm 0,2$ ,  $p < 0,001$  respectiv.

*Proiecția* – în investigațiile desfășurate s-a constatat, că în ambele grupuri experimentale de bărbați și femei proiecția veridic mai crescută, decât în ambele grupuri martor. La bărbații din grupul experimental au rezultat indicatorii  $6,6 \pm 0,4$  și din cel martor  $3,7 \pm 0,3$ ,  $p < 0,001$ , la femeile din grupul experimental s-au înregistrat  $6,1 \pm 0,2$  și din cel martor  $4,8 \pm 0,5$ ,  $p > 0,05$ . Indicatorul integral 1 în ambele grupuri martor.

*Raționalizarea* – în cercetările noastre indicatorii raționalizării s-au dovedit a fi veridic mai înalți în grupul experimental de bărbați comparativ cu cel

martor:  $9,1 \pm 0,3$  și  $7,6 \pm 0,4$ , respectiv,  $p < 0,01$ . La femei nu s-a înregistrat aceeași tendință, în grupul experimental fiind înregistrat  $5,9 \pm 0,3$  și în cel martor  $7,7 \pm 0,4$ ,  $p < 0,001$ . Indicatorul integral 1 în ambele grupuri martor.

### ***Sinteza studiului***

Analizând problema particularităților motivaționale ale personalității, mulți savanți au constatat că între motivație și calitățile personalității există o legătură reciprocă: calitățile personalității influențează particularitățile motivației, iar particularitățile motivației odată fixate devin calități ale personalității, lucruri stabilite și în studiul dat [173; 164].

Studiind motivația spre succes a persoanelor post AVC, estimat prin testul T. Ehlers în puncte, am evidențiat 4 nivele ale motivației spre succes: foarte ridicat, ridicat, mediu și scăzut la subiecții post AVC, predominând nivelurile mediu și scăzut. Testul a constatat gradul de manifestare a trebuinței individului de a evita consecințele eșecului în activitate, adică manifestarea fobiei pentru eventuala evoluție a evenimentelor, bărbații din grupul experimental manifestând o trebuință de evitare a insucceselor evident mai sporită. În grupul experimental de femei tendința de evitare a eșecurilor a fost cu mult diminuată, date indicate și în literatură [164], pe când trebuința de performanță, în grupurile experimentale AVC este mai crescută la bărbați în raport cu femeile, la fel, în grupele experimentale la bărbați cu AVC înregistrându-se o trebuință mai ridicată în aprobarea socială, decât la femei – datele din literatură confirmând acest fenomen [475].

Testul „Orientarea personalității” a demonstrat că orientarea spre activitate este mai ridicată la persoanele post AVC, pe când orientarea spre sine și orientarea spre comunicare fiind veridic mai joasă. Conform autorilor, pentru persoanele cu dizabilități post AVC, primul aspect al motivației este forța comportamentului legal de reabilitare sau cantitatea de efort pe care persoana o depune în procesul de recuperare, precum și perseverența de care dau dovadă indivizii în realizarea sarcinilor de reabilitare.

Investigarea apărărilor psihologice conform chestionarului Kellerman-Plutchik ne-a demonstrat că în grupurile experimentale AVC formațiunile reacționale precum negarea, substituția, regresivitatea, sunt utilizate veridic mai frecvent în calitate de una din formele de apărare psihologice, pe când așa indici precum compensarea, protecția și raționalizarea, sunt mai diminuați. Acest rezultat poate fi explicat prin faptul, că simțul coerenței la persoanele post AVC, exprimă gradul în care cineva are un simțământ durabil al încrederii în predictibilitatea mediului extern și intern, precum și în faptul că există o foarte mare probabilitate ca lucrurile să se rezolve cât mai bine posibil [469].

## **Concluzii la studiu**

La persoanele post AVC nivelul motivațional este mai scăzut decât la persoanele sănătoase. Dintre nivele ale motivației spre succes (foarte ridicat, ridicat, mediu și scăzut) la subiecții post AVC, predominând nivelurile mediu și scăzut.

Rezultatele studiului au demonstrat că la persoanele post AVC se produc modificări în sfera motivațională de trebuințe, în sferele emoțional-volitivă, intelectuală și comunicativă, se diminuează nivelul de pretenții, se formează diverse reacții patologice de apărare, care inevitabil conduc spre înstrăinarea socială a personalității.

În grupurile experimentale post AVC formațiunile reacționale precum negarea, substituția, regresivitatea, sunt utilizate veridic mai frecvent în calitate de una din formele de apărare psihologice, pe când așa indici precum compensarea, protecția și raționalizarea, sunt mai diminuați.

Pasivitatea devine un mijloc de evadare din realitate la persoanele post AVC și se folosește ca o apărare psihologică inefficientă.

La bolnavii post AVC se formează o autoevaluare sporită, neadecvată, indiferent de nivelul scăzut de revendicări.

Femeile post AVC, într-o măsură mai mare, comparativ cu bărbații, diminuează motivația de performanță, motivația de evitare a insucceselor, motivația aprobării sociale.

Bărbații afectați de AVC demonstrează că pentru ei este mult mai importantă aprobarea socială, însă este mai crescută evitarea de insuccese, pentru femei mult mai valoroase fiind relațiile interpersonale și cele de familie.

## **5.7. Evidențierea conceptului de sine – stima de sine și imaginea de sine – la persoanele post AVC**

### **Introducere**

Conceptul de „sine” a fost definit de Rosenberg, în 1982, ca fiind „totalitatea gândurilor și sentimentelor individuale referitoare la sine ca obiect”. Cu alte cuvinte, conceptul de sine reprezintă ceea ce o persoană crede despre ea însăși la un moment dat și include caracteristicile personalității, valorile sociale, caracteristicile fizice. Este influențat de relațiile interpersonale și de percepția noastră asupra felului în care le apărem celorlalți [16].

În literatura de specialitate se folosesc termeni diferiți pentru a descrie conceptul de sine, modelul psiho-clinic al conceptului de sine se focalizează în general asupra a 4 componente: sinele fizic (*imaginea corporală*), identitatea socială (*rolul social jucat*), identitatea personală (*sinele moral sau etic, sinele intelectual și sinele emoțional*) și stima de sine [314].

Rosenberg a identificat 3 arii principale ale conceptului de sine:

- *Sinele existent* – se referă la modul în care persoana se vede pe sine, reprezintă percepția persoanei asupra sinelui său actual („eul real”) și include identitatea socială și personală și imaginea fizică;

- *Sinele dorit sau ideal* – reflectă modul în care ar vrea persoana să se vadă pe ea însăși, este o forță motivațională pentru stabilirea unor scopuri în viață sau pentru a deveni o persoană mai bună, în acord cu unele standarde individuale, frecvent influențate de idealurile socio-culturale. Sinele dorit poate fi conceput realist sau nerealist. Stabilirea unor standarde prea înalte (sine dorit nerealist) comparativ cu posibilitățile sinelui existent, poate constitui un risc pentru scăderea stimei de sine.
- *Sinele prezentat* – modul în care persoana crede că este văzută (percepută) de ceilalți, care se referă la modul în care oamenii ar vrea să fie văzuți (percepuți) de ceilalți [149; 154].

*Imaginea de sine* se refera la modul în care ne percepem propriile noastre caracteristici fizice, emoționale, cognitive, sociale și spirituale. Modul în care ne percepem depinde de gradul de autostima (autoapreciere, autorespect, auto acceptare) pe care îi avem. Faptul ca ne acceptam pe noi înșine, ne apreciem pentru ceea ce facem bine contribuie la creșterea autorespectului și încrederii în sine [8; 148; 154].

Există numeroase studii care arată că cei mai mulți dintre indivizi încearcă să mențină o bună imagine de sine. Trecând în revistă astfel de studii, D. Martinot subliniază faptul că avem tendința de a menține o impresie globală pozitivă despre sine, o stimă de sine pozitivă [339]. Atunci când facem aceasta nu suntem complet obiectivi, avem tendința de a aprecia că suntem în mai mare măsură responsabili de succesele decât de eșecurile noastre și ne comparăm cu alții utilizând dimensiunile pentru care suntem avantajați, pentru care ne simțim competenți [149; 153].

Subiecții cu o slabă stimă de sine acceptă mult mai ușor o întărire negativă și mai greu o întărire pozitivă, comparativ cu subiecții cu stimă de sine puternică. Indivizii cu stimă de sine scăzută sunt mai apti de a explica evenimentele negative prin invocarea unor cauze interne și se simt mai responsabili de eșecul lor, comparativ cu omologii lor cu stimă de sine mare. T. Constantin (2004) este de părere că, indivizii cu stimă de sine scăzută sunt mai puțin dispuși să-și asume riscuri, comparativ cu ceilalți subiecți, probabil din nevoia de a se proteja de amenințare, ei beneficiind de resurse puține de autoprotecție. Prin comparație, indivizii cu stimă de sine ridicată au resurse auto-protective bogate și ușor accesibile și deci vor putea mult mai ușor face față unei amenințări [18].

*Stima de sine* reprezintă componenta evaluativă a sinelui și se referă la trăirea afectivă, emoțiile pe care le încearcă persoana atunci când se referă la propria persoană [465]. Stima de sine reprezintă o evaluare pe care o facem despre noi înșine și care poate avea diferite forme (globale sau multidimensionale, de stare sau dispoziționale, personale sau colective).

De exemplu Rosenberg (1979) face distincția dintre stimă de sine ridicată (pozitivă) și stimă de sine scăzută (negativă) [492]. Lutanen și Crocker, în

1992, vorbesc de stimă de sine personală – cu trimitere la evaluarea subiectivă a atributelor care îi sunt proprii, specifice individului și stimă de sine colectivă – cu trimitere la judecăți de valoare asupra caracteristicilor grupului sau grupurilor cu care persoana se identifică. Pornind de la „Scala stimei de sine” a lui Rosenberg, Heatherton și Polivy construiesc în 1991, un instrument pentru a măsura stima de sine generală sau ca „trăsătură” și stima de sine ca „stare” sau momentană [490].

Cei mai mulți psihologi definesc stima de sine ca fiind evaluarea globală a valorii proprii în calitate de persoană. Este vorba de evaluarea pe care o persoană o face cu privire la propria sa valoare, cu alte cuvinte, asupra gradului de mulțumire față de propria persoană [300]. Stima de sine poate fi definită și ca tonalitatea afectivă a reprezentării conceptului de sine [7; 15].

Rosenberg (1979) definește stima de sine ca o sinteză cognitivă și afectivă complexă. El consideră că stima de sine dictează atitudinea mai mult sau mai puțin bună a individului față de propria persoană [249; 251]. Baumeister (1998) definește stima de sine folosind termeni sinonimi ca: mândrie, egoism, aroganță, narcisism, un fel de superioritate [228].

După W. James (1998), stima de sine reprezintă rezultatul raportului dintre succesul unor acțiuni și aspirațiile individului cu privire la întreprinderea acelei acțiuni. „Dacă reducem aspirațiile la zero vom avea universul la picioare”. O persoană va avea o stimă de sine ridicată în măsura în care succesele sale sunt egale sau superioare aspirațiilor. Și invers, dacă aspirațiile depășesc reușitele, stima de sine va avea un nivel scăzut. În același timp, dacă un individ nu cunoaște succesul într-un domeniu care nu are o importanță foarte mare pentru el, stima sa de sine nu va avea de suferit. W. James mai definește stima de sine ca fiind conștiința valorii de sine. „Suntem stăpâni pe satisfacția noastră interioară și minimalizăm ceea ce nu depinde de noi” [164]. El consideră stima de sine ca fiind conștiință de sine cu valențe afective de o intensitate/tonalitate medie. Putem fi mulțumiți/satisfăcuți de felul cum suntem sau enervați de propria persoană. Sentimentele de mulțumire sau de dezgust față de sine sunt în mod normal provocate de succese, de dorințe împlinite, de poziția bună sau recunoașterea pe care o avem în societate [475; 484].

*Din punct de vedere sociologic* stima de sine apare ca un construct social uneori fiind confundată în evoluția sa cu dezvoltarea conștiinței morale. Stima de sine acționează la nivelul psihicului prin procesele de identificare, interiorizare și adaptare. Ch. Cooley (1998) avansează o ipoteză conform căreia stima de sine este o construcție socială. Evaluarea propriei persoane este dirijată de interacțiunile sociale și lingvistice cu cei din jur, începând încă din copilărie [243; 447]. Cei din jur reprezintă o „oglină socială” în care persoana se privește pentru a-și face o idee despre părerea altora cu privire la

el. Această părere, odată aflată, va fi rapid incorporată în percepția sa de sine. Stima noastră de sine crește în măsura în care cei din jur au o părere cât mai bună despre noi. Și invers, dacă ceilalți nu au o părere cât mai bună despre noi, vom integra opinia lor negativă și vom dezvolta o stimă de sine scăzută. O persoană cu o stimă de sine echilibrată va avea un mod stabil de a gândi despre sine și nu va risca a fi destabilizat de aprobări sau de critici.

Dintr-o perspectivă, de definire sau de organizare a *conținutului stimei de sine*, F. Sordes-Ader, G. Leveque, N. Oubrayrie și C. Safont-Mottay, plecând de la modelele de reevaluare a dimensiunilor identitate construite de Tap, Massonnat și Perron și de la modelul de reglare a conflictelor descrise de Baubion Broye, au ajuns la definirea a 5 subdimensiuni ale stimei de sine. În opinia acestor autori, stima de sine globală se construiește din evaluarea făcută asupra fiecăreia din următoarele dimensiuni:

1. *Sinele emoțional* – este reprezentarea individului cu privire la gradul de control pe care îl are asupra emoțiilor sale și asupra impulsivității. Este imaginea pe care o are persoana cu privire la gradul său de stăpânire de sine care este considerată a permite o mai bună organizare în activități, o mai bună planificare.
2. *Sinele social* – este vorba de reprezentarea interacțiunii cu ceilalți și de sentimentul de recunoaștere socială.
3. *Sinele profesional* – se raportează la reprezentările, comportamentele și performanța la locul de muncă. Percepția asupra propriilor competențe este incorporată în imaginea pe care și-o construiește persoana despre propria persoană.
4. *Sinele fizic* – include imaginea corporală, percepția părerilor celor din jur cu privire la aspectul fizic și aptitudinile fizice și atletice.
5. *Sinele anticipativ* – modul în care persoana privește spre viitor, atitudinea față de ceea ce îl așteaptă în viitor.

Indivizii încearcă să mențină sau să-și crească stima de sine, indiferent dacă au o stimă de sine scăzută sau crescută. Lewicki sugerează că această tendință se exprimă în principal prin comparații sociale selective [41].

Este acceptat faptul că, în estimarea unor trăsături specifice, o înaltă stimă de sine este asociată cu o mai mare încredere în sine și în răspunsurile personale, cu răspunsuri autoevaluative în mai mare măsură extreme, cu o mai bună consistență internă a răspunsurilor autoevaluative și cu o mai mare stabilitate temporală a acestora. Aceste date sunt concordante cu altele, obținute prin studii similare, conform cărora indivizii cu stimă de sine ridicată au tendința de a se prezenta într-o manieră valorizantă, de a accepta riscurile, de a acorda o mai mare atenție și de a se centra pe punerea în evidență a calităților proprii. În opoziție, indivizii cu stimă de sine scăzută au tendința de a se prezenta autoprotectiv, de a evita riscurile, de a evita punerea în lumină a

defectelor etc. La originea celor mai multe diferențe se află cu certitudinea cu care aceste două tipuri de indivizi se definesc [490].

Pare evident faptul că stabilitatea sau instabilitatea componentei afective a sinelui depinde de certitudinea pe care indivizii o au despre ceea ce sunt ei. În alți termeni, cu cât această componentă este mai puternică (*stimă de sine pozitivă*), cu atât ea este mai stabilă și mai insensibilă la variațiile situaționale; cu cât această componentă este mai puțin puternică (*stimă de sine negativă*), cu atât ea este mai instabilă și deci mai sensibilă la caracteristicile situaționale (în cazul nostru – boala dezabilitată) [3; 8; 59].

Schimbările în conceptul de sine pot fi rezultatul unor evenimente de viață, dar rezistența la aceste schimbări este mare. În îngrijirea bolnavilor, se consideră că schimbările în conceptul de sine sunt posibile pentru că altfel implementarea multor intervenții terapeutice ar fi imposibilă. Totuși, este important să reținem că schimbarea conceptului de sine al unei persoane este un proces lent.

O personalitate „sănătoasă” se caracterizează printr-o stimă de sine pozitivă, înțelegând prin aceasta că persoana se percepe pe sine ca valoroasă și meritorie sau că are o privire pozitivă asupra ei însăși. Conform lui Jonnard, termenul de „personalitate sănătoasă” nu este echivalent celui de „personalitate normală” care se referă la persoanele care își „joacă” potrivit rolul său social. Personalitatea „sănătoasă” este caracterizată prin abilitatea de a-și juca satisfăcător rolurile asumate și, în același timp, de a obține o satisfacție personală din aceasta. Putem aprecia dacă o persoană are o personalitate sănătoasă sau nu evaluându-i percepția de sine și conceptul de sine. Dacă există diferențe mari între sinele existent și cel dorit, atunci nu avem de-a face cu o personalitate „sănătoasă”, cu o stimă de sine pozitivă [16; 59].

### ***Evaluarea conceptului de „sine” – rolul stimei de sine în formarea imaginii de sine la persoanele post AVC***

Metodele de analiză a stimei de sine sunt bazate, în special, pe autoevaluare și introspecție. Din aceasta cauză unii autori consideră că stima de sine are un caracter inobservabil iar analiza ei o fiabilitate scăzută. Dacă considerăm că stima de sine este atitudinea individului față de propria persoană, atitudinile fiind măsurabile, putem conchide că și stima de sine este măsurabilă.

S-au făcut numeroase studii pe stima de sine și corelațiile sale cu alte dimensiuni ale personalității sau cu diverse comportamente. De exemplu, Rosenberg și Harter în 1990 au luat în calcul trei dimensiuni: stima de sine, responsabilitatea personală și responsabilitatea socială. Inițial nu s-a evidențiat însă nici o legătură între cele 3 dimensiuni. Doar după câțiva ani, datele fiind reanalizate într-un alt studiu a fost pusă în evidență o corelație negativă între stima de sine și responsabilitatea personală și socială. În acest ultim stu-



diu s-a evidențiat o corelație între stima de sine ridicată și comportamentul violent.

Baumeister (1996) arată că indivizii, grupurile și chiar națiunile violente cu o stimă de sine ridicată apelează la violență atunci când nu primesc respectul care cred ei că li se cuvine. În mod similar, S.M. Pottebaum, T.Z. Keith și S.W. Ehly (1986) susțin și ei, în urma unei cercetări empirice, că o creștere a stimei de sine nu aduce un beneficiu în acumularea cunoștințelor.

S-au realizat cercetări cu scopul de a evidenția relația dintre stima de sine și gradul de atractivitate fizică. S-a descoperit faptul că nu există o astfel de relație ci doar un pattern al consistenței în modul favorabil de a se prezenta al individului (cei care au stima de sine ridicată au o părere bună despre ei, însă cei din jur nu au o părere bună despre aceștia).

Baumeister, Campbell, Krueger și Vohs (2003) fac o sinteză a rezultatele diverselor studii realizate pe tema stimei de sine. Singurele legături semnificative certe identificate de aceștia sunt cele între stima de sine și fericire (corelații pozitive), stima de sine și gradul de depresie sau agresivitatea (corelații negative). Legăturile cu performanța la locul de muncă, relațiile interpersonale, și sănătatea s-au dovedit a nu fi semnificative. În plus, autorii menționați au concluzionat că stima de sine ridicată îmbunătățește perseverența în fața eșecului.

Când conceptul de sine este amenințat sau dezbinat (scindat) în urma unei situații de boală dizabilitantă (AVC), răspunsul constă în anxietate sau în comportament defensiv, incluzând retragere socială, teamă și agresivitate. Când mecanismele defensive slăbesc, stresul crește și pot apărea pierderea controlului și un sentiment de neputință și neajutorare.

Evaluarea conceptului personal de sine la persoanele cu accident vascular cerebral (AVC) presupune să se analizeze starea de sănătate mentală a persoanei respective, în relație cu stima de sine și cu răspunsul său comportamental. Această evaluare poate fi o condiție esențială pentru rezolvarea altor probleme pe care persoana le are. Cu alte cuvinte, conceptul de sine poate influența toate aspectele comportamentului post AVC, inclusiv comportamentul care poate fi modificat prin intervențiile terapeutice.

Conceptul de sine la persoanele post AVC poate fi evaluat prin observarea aspectului general și a limbajului corpului, prin ascultarea declarațiilor asupra identității sociale și personale, prin întrebări pertinente asupra conceptului de sine și prin interpretarea rezultatelor unor chestionare care măsoară percepția asupra propriei persoane.

În *Tabelul 5.15* sunt sintetizate principalele metode de colectare a datelor referitoare la persoana evaluată, în funcție de scopul evaluării.



**Tabelul 5.15. Evaluarea conceptului personal de sine la bolnavii post AVC**

Scopul evaluării	Metode de colectare a datelor
I. Identificarea aspectelor identității sociale a persoanei.	1. Cercetarea caracteristicilor socio-demografice ( <i>vârstă, sex, numărul membrilor familiei</i> ). 2. Declarații privind identitatea socială ( <i>cum răspunde persoana la întrebarea „Cine sunt eu?”</i> ).
II. Identificarea factorilor care contribuie la conturarea conceptului de sine al persoanei.	1. Care dintre relațiile sociale ajută la menținerea și validarea conceptului de sine? 2. Evenimente de viață semnificative. Care aspecte din trecutul persoanei au influențat dezvoltarea conceptului personal de sine? 3. Se observă dacă persoana are obiecte personale care simbolizează afilieri la persoane sau la grupuri.
III. Identificarea unor obiecte materiale care pot avea legătură cu conceptul de sine.	1. Ce referințe face persoana respectivă vizavi de aceste obiecte ( <i>echipamente, proteze etc.</i> )? 2. Cum răspunde persoana de aceste obiecte?
IV. Identificarea percepției persoanei asupra propriei valori.	1. Ce simte persoana vizavi de identitatea sa socială? ( <i>identitatea personală, fizicul propriu</i> ) 2. Ceea ce ne declară persoana sugerează autoaprobare sau dezaprobare? 3. Congruența comportamentului cu declarațiile persoanei. Contrazice comportamentul persoanei declarațiile sale despre sine? 4. Ce revelă rolul jucat de persoana respectivă și relațiile sale interpersonale despre stima lui de sine?
V. Identificarea actualelor sau potențialelor pericole care amenință conceptul de sine.	1. Care sunt percepțiile individului asupra amenințărilor la adresa stimei sale de sine? 2. Observarea comportamentului afectiv: comportamentul persoanei indică anxietate sau teamă definită? 3. Se observă dacă există circumstanțe amenințătoare în mediul imediat apropiat al persoanei? Pot fi acestea îndepărtate sau modificate?

În cadrul evaluării conceptului de sine în clinica de boli cerebrovasculare, sunt indicate observarea următoarelor dimensiuni ale persoanelor post AVC:

1. *Observarea unor indicatori somatici post AVC* în cadrul evaluării conceptului de sine. Indicatorii somatici sunt utili în evaluarea unor stări emoționale, cum ar fi anxietatea sau teama definită, care sunt corelate fiziologic cu activarea sistemului nervos vegetativ simpatic, în cadrul răspunsului organismului la stres. Indicatorii somatici observabili sunt: indicatori cardio-

vasculari (puls accelerat, tensiune arterială crescută), respiratori (frecvență respiratorie accelerată), gastro-intestinali (accelerarea tranzitului intestinal, senzație de vomă, dureri în epigastru, uscăciunea gurii), musculo-scheletali (slăbiciunea musculară, senzația de „înmuiere” a genunchilor, de a nu putea sta în picioare etc.).

2. *Observarea aspectului general al persoanelor post AVC.* Aspectul general reprezintă numai o dimensiune a evaluării conceptului de sine și nu trebuie să fie singurul element utilizat pentru a-l judeca:

- *aspectul exterior* variază, fiind influențat de cultură, statutul socio-economic sau starea generală de sănătate.
- *îngrijirea personală* poate reflecta viziunea persoanei asupra ei însăși. Oamenii cu un nivel scăzut al stimei de sine își neglijează în general igiena personală.
- *îmbrăcămintea*, modul în care o persoană se îmbracă este important în evaluarea conceptului de sine al acelei persoane.
- *expresia facială*, observarea atentă a expresiei faciale este importantă în special atunci când contrazice declarațiile verbale ale persoanei. Expresiile faciale variate pot avea mai multe înțelesuri și trebuie să fie atent evaluate înainte de a trage concluzii premature. Astfel, încrunțarea, grimasele și privirea speriată indică neînțelegere, efort de a asculta sau reacții imprevizibile la ceea ce se discută. Privirea fixă poate indica atenție, preocupare sau neîncredere, plăcere sau neplăcere. Evitarea contactului vizual poate sugera o stimă de sine scăzută sau poate fi un răspuns specific culturii din care persoana face parte. Roșeața obrazilor, transpirația excesivă sau paloarea pot indica răspunsuri afective ca teama sau anxietatea, supărarea sau furia. Zâmbetul superior sau nesincer poate indica scepticism, dispreț sau ironie.

Lacrimile pot reprezenta supărare, durere sau bucurie (în general, emoții intense).

- *postura corporală*, un nivel scăzut al stimei de sine este indicat de posturile delăsătoare, cu umerii încovoiați. O poziție corporală rigidă poate semnifica disconfort fizic, o receptivitate scăzută sau o atitudine defensivă.
- *mișcărilor corporale și atingerea*, neliniștea sau mișcarea continuă pot fi asociate cu anxietatea sau teamă. Respingerea atingerilor altor persoane poate indica rejectarea contactului fizic sau o incapacitate de a exprima sentimentul apropierii de ceilalți. Necunoașterea și/sau incapacitatea de a atinge anumite arii corporale pot indica o perturbare a imaginii corporale, prezentă în afecțiuni neurologice.
- *răspunsurile afective* ca anxietatea, iritabilitatea, teama sau retragerea afectivă pot indica perturbări în conceptul de sine al persoanei respective.

Miller (1983) sugerează ca personalul medical să analizeze „rolul” jucat de persoană în viață, relațiile ei interpersonale și declarațiile ei personale [350].

Consecințele alterării conceptului de sine, care pot fi evaluate prin *interviu și observație* la persoanele cu accident vascular cerebral sunt: anxietatea sau teama definită, sentimentul neputinței, pierderea speranței, alterarea relațiilor intrafamiliale, îngrijire personală deficitară, disfuncții sexuale, tulburări ale somnului, afectarea negativă a interacțiunilor sociale, afectarea negativă a stării spirituale.

*Indicatorii alterării stimei de sine la persoanele cu AVC sunt:*

- a. *relațiile interpersonale* – simte neimportantă grija și atenția personalului medical pentru el; ezită să ceară ajutorul; pesimist; simte că nu merită să fie lăudat; nu îi agreează pe cei care sunt într-o stare (psihică, fizică) mai bună; face puține confidențe (sau deloc) altei persoane sau într-un grup;
- b. *atârnarea față de propria persoană* – exprimă un sentiment de devalorizare a propriei persoane; vorbește despre propria persoană în sens negativ; își blamează propria persoană; face comentarii nefavorabile asupra propriei persoane; are o atitudine negativă față de propria persoană (fizică sau spirituală); se simte nefolositor; are un respect de sine scăzut sau absent; exprimă îndoieli legate de abilitatea de a-și îndeplini rolul în viață; se simte inferior, se compară frecvent cu alții; se simte ineficient; se simte neimportant, insignifiant; simte că a eșuat în viață; se simte incompetent; este incapabil să își stabilească obiective; este incapabil să fie mândru de realizarea obiectivelor sale.

### ***Prezentarea studiului – Evidențierea rolului stimei de sine și a imaginii de sine la persoanele post AVC***

Ne-am propus în acest studiu să evaluăm stima de sine la persoanele post AVC și să demonstrăm rolul stimei de sine în formarea imaginii de sine la acest grup de persoane.

*Principalul obiectiv* al studiului dat a constat în evaluarea stimei de sine la persoanele post AVC și studierea aspectelor psihosociale ale relației ce se stabilește între nivelul calitativ (structural și funcțional) al imaginii de sine și stima de sine la acest grup de subiecți.

Un alt *obiectiv* al studiului a fost acela de a releva rolul stimei de sine în formarea imaginii de sine reale și a imaginii de sine ideate post AVC.

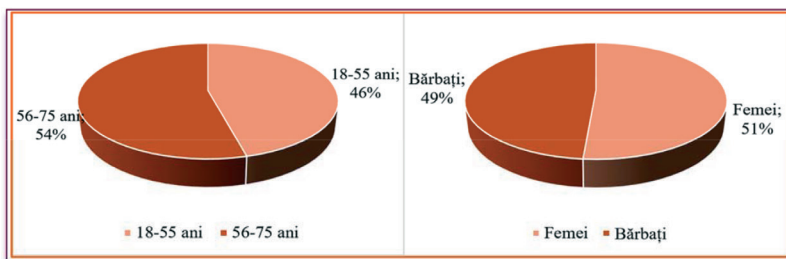
*Ipoteza generală a studiului:* Presupunem existența unor schimbări a stimei de sine la persoanele post AVC și existența unor strânse corelații între gradul de structurare a imaginii de sine și nivelul stimei de sine.

*Ipoteze specifice:* Presupunem ca – bolnavii post AVC cu un nivel ridicat al stimei de sine au o imagine de sine pozitivă; bolnavii post AVC cu un nivel

scăzut al stimei de sine au o imagine de sine scăzută; stima de sine influențează în mod distinct cele cinci fațete ale eului; stima de sine joacă un rol esențial în fondarea imaginii de sine ideale; există o dinamică diferențiată a procesului de constituire a imaginii de sine, în fonice de anumit factori psihosociali: stima de sine, vârsta, sexul.

### Subiecții

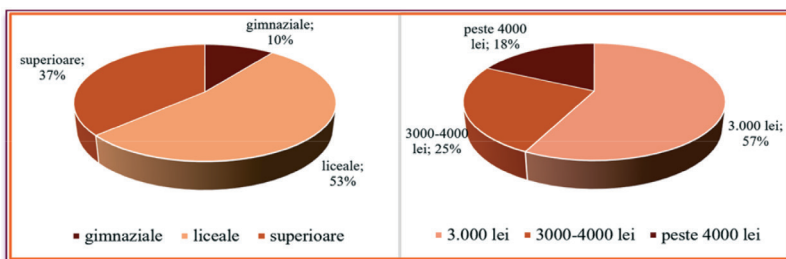
Studiul s-a desfășurat în mun. Chișinău, în cadrul Institutului Medicină de Urgență, secțiile de neurologie și neurologie boli cerebrovasculare, pe o populație de 115 de subiecți, 53 de subiecți (46%), cu vârsta de 18-55 de ani și 62 de subiecți (54%), cu vârsta de 56-75 de ani.



**Figura 5.28.** Caracteristica lotului experimental în dependență de vârstă și sex

Dintre cei recrutați, 56 au fost bărbați (reprezentând 48,7% din totalul participanților), iar 59 au fost femeii (reprezentând 51,3% din totalul participanților).

În funcție de nivelul studiilor, 10,3% au studii gimnaziale, 53,3% au studii liceale și 36,5% au studii universitare.



**Figura 5.29.** Caracteristica lotului experimental în dependență de nivelul de studii și venituri lunare

În ceea ce privește nivelul de venit, 57,4% dintre subiecții participanți câștigă sub 3000 lei pe lună, 24,9% între 3000 și 4000 lei pe lună, iar 17,8% au venituri de peste 4000 lei pe lună.

Testarea s-a realizat în perioada 2018-2019. Subiecților li s-a aplicat *scala stimei de sine Rosenberg și inventarul de personalitate PT / Berkeley* pentru evaluarea imaginii de sine. Protocoalele au fost administrate de către autorul prezentului studiu, în colaborare cu personalul medical și membrii echipei de reabilitare. S-a optat pentru aplicarea testelor atât în grupuri, cât și individual, iar subiecții nu au avut limita de timp. În medie, completarea unui exemplar, ce conținea cele doua probe, a durat în jur de 30-45 de minute (în dependență de statutul cognitiv al persoanei). După efectuarea instructajului, subiecților selectați li s-a comunicat scopul acestui studiu și faptul că informațiile referitoare la identitatea lor, obținute în urma testării, sunt confidențiale, subiecții prezentând acordul prin semnătură.

#### Metode:

1. *Scala stimei de sine Rosenberg*. Scala stimei de sine Rosenberg („*The Self Esteem Scale*”: S.E.S, 1965) cuprinde un număr de 10 itemi, fiind o scala de tip cumulativ (Likert) în care variantele de răspuns se notează astfel: absolut de acord, de acord, nu sunt de acord și. categoric nu.
2. *Inventarul de personalitate PT/Berkeley*. Pentru studiul imaginii de sine a fost ales inventarul de personalitate PT/Berkeley, realizat de Keith Harray (*Institute of Advanced Psychology*, San Francisco) și Eileen Donah (*University of California*, Berkeley). Acesta cuprinde un număr de 35 de itemi. Subiectul are de evaluat fiecare item reprezentând un atribut psihic prin raportarea la patru aspecte ale Eului.

### Rezultatele studiului

După colectarea datelor, verificarea completitudinii răspunsurilor și stabilirea limitelor loturilor experimentale, s-a trecut la prelucrarea și interpretarea datelor, avându-se în vedere o organizare logică și secvențială a sarcinii de verificare a ipotezelor. Pentru interpretarea statistică a datelor s-a recurs la programul statistic SPSS 16.o.

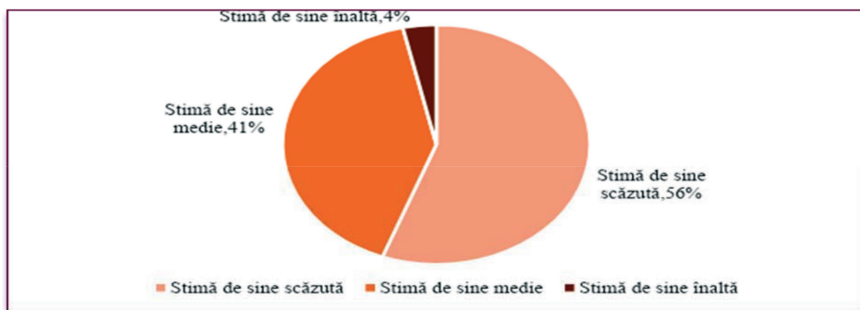


Figura 5.30. Distribuția datelor privind evaluarea nivelului stimei de sine

Pentru evaluarea stimei de sine au fost prelucrate rezultatele la scala stimei de sine Rosenberg, iar subiecții au fost grupați în trei categorii: persoane cu stima de sine scăzută, persoane cu stima de sine medie și persoane cu stima de sine înaltă.

În *Tabelul 5.16* sunt prezentate datele obținute de la persoanele post AVC pentru evaluarea stimei de sine.

**Tabelul 5.16. Evaluarea stimei de sine post AVC**

Subiecți (S)	Număr total (nr. S)	Stimă de sine scăzută (SSS) (nr. / %)	Stimă de sine medie (SSM) (nr. / %)	Stimă de sine înaltă (SSI) (nr. / %)
Femei	59	33 (55,7%)	24 (40,8%)	2 (3,5%)
Bărbați	56	41 (73,2%)	15 (26,8%)	0 (0,0%)
Vârsta 18-55 de ani	53	29 (54,7%)	18 (33,9%)	6 (11,4%)
Vârsta 56-75 de ani	62	47 (75,8%)	14 (22,6%)	1 (1,6%)

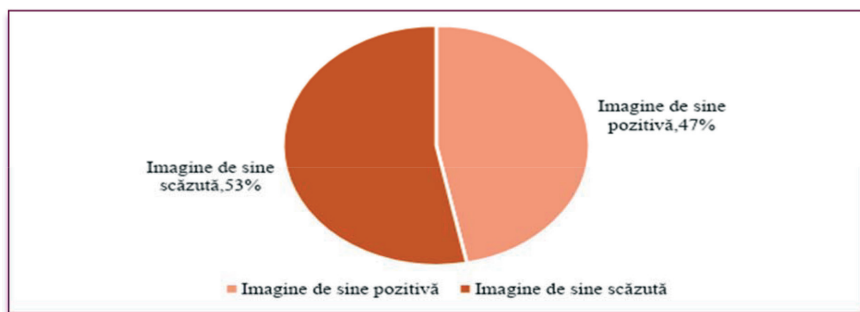
Din cele prezentate mai sus, putem observa ca peste jumătate dintre subiecții evaluați au o stima de sine scăzută (55,7%), iar 44,8% având o stimă de sine medie și numai 3,5% au prezentat în urma evaluării, o stimă de sine înaltă, acestui grup atribuindu-i subiecți cu studii universitare și un nivel mai înalt de venit.

Numărul bărbaților cu stimă de sine scăzută s-a dovedit a fi mai mare (73,2%) în comparație cu cel al femeilor (55,7%), majoritatea fiind de vârste cuprinse între 56-75 ani și cu studii liceale și gimnaziale și cu venituri mai modeste. Pe când, femeilor cu stimă de sine scăzută (55,7% din totalul femeilor) le corespund vârste mai tinere (18-55ani) și predominant cu studii liceale și venituri medii.

Analizând persoanele cu nivel mediu al stimei de sine (40,8%) din totalul de subiecți, putem constata că majoritatea revine femeilor (24% în comparație cu bărbații (26,8%) cu vârste între 18-55 de ani și cu studii preponderent liceale și cu venituri mari și medii.

Pentru evaluarea imaginii de sine reale, în cadrul prelucrării rezultatelor la inventarul de personalitate Berkeley, s-au calculat scorurile la cele patru întrebări, grupate pe cei cinci factori psihologici: stilul expresiv, interpersonal, de muncă, emoțional și intelectual. În continuare conform instrucțiunilor testului, s-a calculat imaginea de sine actuală (reală), făcându-se media dintre „autoimagine” și „heteroimagine”, pentru fiecare subiect în parte. Au fost calculate și celelalte aspecte ale Eului, respectiv Eul ideal și Eul anxios, însă conform demersului cercetării au fost selecționate doar Eul real și Eul ideal.

În funcție de scorurile obținute la cele cinci fațete ale personalității ce vizau Eul real subiecții au fost împărțiți în două categorii: persoane cu o imagine de sine reală pozitivă și persoane cu o imagine de sine reală scăzută.



**Figura 5.31.** Distribuția datelor privind evaluarea nivelului imaginii de sine

Din lotul total de subiecți post AVC, astfel, 46,8% pacienți au o imagine de sine pozitivă și 53,2% au o imagine de sine scăzută.

În *Tabelul 5.17* sunt prezentate datele obținute de la persoanele post AVC pentru evaluarea imaginii de sine.

**Tabelul 5.17.** Evaluarea imaginii de sine post AVC

Subiecți (S)	Număr total	Imagine de sine pozitivă (ISP)	Imagine de sine scăzută (ISS)
Femei	59	32 (53,8%)	27 (38,7%)
Bărbați	56	26 (46,2%)	30 (61,3%)
18-55 ani	53	36 (64,1%)	17 (35,9%)
56-75 ani	62	20 (32,9%)	42 (67,1%)

În cazul subiecților cu AVC, am constatat că există diferențe între subiecții de sex masculin și cei de sex feminin. Femeile au un procentaj mai ridicat la imaginea de sine pozitivă, (respectiv 53,8% femei – 46,2% bărbați), iar bărbații un procentaj mai crescut la imaginea de sine scăzută (respectiv 61,3% bărbați – 38,7% femei). La determinanta – imagine de sine pozitivă, predomină persoane de vârste mai tinere (18-55 ani), iar la dimensiunea – imagine de sine scăzută, predomină persoane cu vârste mai înaintate (56-75 ani).

Pentru verificarea ipotezelor am utilizat analiza de corelație bivariată, unde stima de sine este variabila independentă și imaginea de sine este variabilă dependentă. Folosind SPSS am calculat coeficientul de corelație Pearson, care ne sugerează dacă între variabile există o corelare directă, semnificativă sau una nesemnificativă. Testarea semnificației coeficientului de corelație este realizată cu ajutorul testului T. Utilizând funcția *split file* am urmărit diferențele în funcție de vârstă, și în funcție de sex.

În cazul subiecților post AVC am constatat faptul că între cele două variabile există o corelație directă, semnificativă atât în cazul subiecților de sex

feminin, dar și cel al subiecților de sex masculin. În ambele cazuri coeficientul Pearson indică o valoare corespunzătoare unei corelări aproape perfecte (0,73 la subiecții de sex masculin, 0,75 la subiecții de sex feminin). Valoarea lui Sig este egală cu 0,000, ceea ce indică că sunt șanse egale cu zero să ne înșelăm cu privire la corelația dintre cele două variabile. Coeficientul Pearson este egal cu 0,60, iar valoarea lui Sig este egală cu 0,001 la subiecții de sex masculin, ceea ce ne precizează faptul că există o posibilitate de 1% să ne înșelăm cu privire la rezultatele obținute. În cazul subiecților de sex feminin între cele două variabile nu se stabilește o corelație semnificativă (coeficientul Pearson este egal cu 0,34, iar valoarea lui Sig este 0,38). Aceste date ne indică faptul că ipotezele se confirmă. Subiecții (bolnavi cu AVC) cu un nivel scăzut al stimei de sine au o imagine de sine scăzută, iar subiecții (bolnavi cu AVC) cu un nivel ridicat al stimei de sine au o imagine de sine pozitivă.

Pentru confirmarea altei ipoteze am utilizat corelația bivariată, unde stima de sine este variabilă independentă, iar cele cinci stiluri ale imaginii de sine reale: stilul expresiv, stilul interpersonal, stilul de muncă, stilul emoțional și stilul intelectual, reprezintă variabile independente. Am luat pe rând fiecare stil în parte pentru a realiza o analiză cât mai complexă și reală.

Analizând relația dintre stima de sine și stilul expresiv am constatat că există o corelație directă, semnificativă între acești doi factori atât în cazul bărbaților, cât și în cazul femeilor, lucru indicat de valoarea coeficientului Pearson și de valoarea lui Sig (0,000 subiecți, sex feminin și masculin). Între stilul emoțional al imaginii de sine reale și stima de sine există o corelație directă, semnificativă, doar în cazul bolnavilor de sex feminin (coeficientul Pearson este egal cu 0,62, iar valoarea lui Sig este de 0,000). Stima de sine corelează semnificativ cu stilul intelectual al imaginii de sine reale, în cazul subiecților de sex masculin și feminin (coeficientul Pearson are valoarea 0,75 sex masculin, 0,58 sex feminin).

Am pornit de la ipoteza conform căreia stima de sine influențează în mod distinct cele cinci stiluri ale imaginii de sine reale. Ipoteza s-a confirmat, stima de sine are o influență doar la anumite fațete ale personalității, astfel, în urma analizei datelor am constatat că stima de sine corelează doar cu stilul expresiv, cu stilul emoțional și cu cel intelectual în cazul subiecților evaluați.

Pentru verificarea ipotezelor am analizat prin intermediul corelației bivariate relația dintre stima de sine și cele cinci stiluri ale imaginii de sine ideale: stilul expresiv, stilul interpersonal, stilul de muncă, stilul emoțional și stilul intelectual. Stima de sine reprezintă variabila independentă, iar stilurile variabile independente. În urma analizei datelor am observat că stima de sine corelează direct și semnificativ doar cu stilul expresiv al imaginii de sine ideal în cazul subiecților de sex feminin (coef. Pearson indică valoarea de 0,78).



Datele prezentate ne arată că ipotezele se confirmă, iar variabila stima de sine are o contribuție semnificativă în formarea imaginii de sine la persoanele post AVC.

### ***Concluzii la studiu***

Conceptul de „sine” reprezintă totalitatea gândurilor și sentimentelor individuale referitoare la persoana proprie la un moment dat, fiind caracterizat printr-o relativă stabilitate și fiind influențat de numeroși factori de natură socială, familială și culturală.

Evaluarea conceptului de „sine” al pacientului cu accident vascular cerebral are o importanță deosebită în stabilirea nivelului stimei de sine, a modului său de a se relaționa cu ceilalți, de a-și asuma diverse roluri sociale, de a-și recunoaște problemele de sănătate, de a fi sau nu motivat în a urma indicațiile terapeutice și de a se însănătoși.

Studiul a demonstrat existența unor schimbări a stimei de sine la persoanele post AVC și existența unor strânse corelații între gradul de structurare a imaginii de sine și nivelul stimei de sine la acești subiecți.

Majoritatea persoanelor post AVC au demonstrat un nivel scăzut al stimei de sine.

Bolnavii post AVC cu un nivel scăzut al stimei de sine au demonstrat și o imagine de sine negativă, pe când numărul mic de bolnavi post AVC cu o stimă de sine ridicată, au manifestat și un nivel mai ridicat al imaginii de sine.

Există o dinamică diferențiată a procesului de constituire a imaginii de sine post AVC, în funcție de anumiți factori psihosociali: stimă de sine, vârstă, sex.

Stima de sine joacă un rol important la formarea imaginii de sine a persoanelor post AVC în realizarea echilibrului psihologic: atunci când persoana are un nivel ridicat și o anumită stabilitate, ea conduce la acțiuni eficiente, îi poate ajuta să facă față dificultăților, să obțină performanțe bune și foarte bune în activitatea de reabilitare, să întrețină relații bune cu cei din jur. În cazul în care stima de sine este instabilă și are un nivel scăzut, efectele constau în inadaptare, frustrare, eficiență scăzută în acțiuni.

Persoanele cu AVC cu un nivel scăzut al stimei de sine, au sentimentul că nu se cunosc prea bine, vorbesc despre ele într-o manieră neutră, nesigură, ambiguă, au o părere despre propria persoană care depinde de circumstanțe și interlocutori, reacționează emoțional la eșec, se simt respinse, se justifică după obținerea unui eșec în procesul tratamentului de reabilitare, manifestă anxietate puternică în fața evaluării de către ceilalți, dar au și o bună motivație de a nu eșua și capacitate de a asculta criticile.

Persoanele cu AVC cu un nivel ridicat al stimei de sine au păreri clare și stabile despre sine, vorbesc despre sine pozitiv, acționează eficient, perseverază în hotărârile lor de a se implica în terapii, în ciuda dificultăților

prezente, chiar pot fi inovatoare, însă uneori prea sensibile la obiectivele lor pe termen scurt. Eșecul nu lasă urme emoționale durabile asupra acestor persoane, rezistă la criticile asupra punctelor lor sensibile, nu se simt respinse dacă sunt criticate, dar ar putea să nu țină cont de critică.

În acest studiu am pornit de la ideea conform căreia stima de sine joacă un rol important în formarea imaginii de sine la persoanele post AVC. Persoanele cu un nivel scăzut al stimei de sine au o imagine de sine scăzută, iar persoanele cu nivel ridicat al stimei de sine au o imagine de sine pozitivă, ipoteză confirmată.

Stima de sine influențează în mod distinct cele cinci fațete ale eului, având un rol esențial în formarea imaginii de sine ideale.

Printr-o analiză complexă am urmărit relația dintre stima de sine și cei cinci factori psihologici ai imaginii de sine reale și ideale: stilul expresiv, stilul interpersonal, stilul de muncă, stilul emoțional și stilul intelectual, constatând faptul că între stima de sine și stilul expresiv, cel emoțional și cel intelectual al imaginii de sine reale, există o corelație semnificativă și directă.

Bolnavii cu un nivel scăzut al stimei de sine sunt rezervați, mai reținuți, anxioși, convenționali și conservatori. Bolnavii cu un nivel ridicat al stimei de sine sunt sociabili și deschiși, capabili să-și controleze evenimentele stresante, sunt deschiși către orizonturi noi. Stima de sine corelează direct și semnificativ cu stilul expresiv al imaginii de sine ideale, în cazul persoanelor cu AVC.

Nivelul stimei de sine afectează puternic performanțele în activitățile de reabilitare post AVC: cei cu o înaltă apreciere de sine au o mai mare încredere, se mobilizează mai mult, ceea ce consolidează părerea bună despre sine. Dimpotrivă, o stimă de sine joasă sporește riscul insucceselor, determinând astfel o viziune și mai sumbră asupra propriei persoane.

În funcție de perturbările constatate la nivelul conceptului de „sine”, al rolurilor asumate și al relațiilor sociale stabilite, echipa terapeutică trebuie să se implice prompt prin intervenții specifice (susținere psihoterapeutică și indicații terapeutice profilactice și curative competente), canalizate în sensul consolidării unei imagini de sine pozitive și a unei personalități „sănătoase” a pacientului.

## **5.8. Evidențierea resurselor personale la bolnavii post accident vascular cerebral**

### ***Introducere***

AVC înaintează un mare număr de solicitări personalității care trebuie să reacționeze rapid la un nou curent informațional. Acest fapt ridică în fața psihologiei problema studierii potențialului pozitiv al personalității, contribuind la funcționarea optimă în societate, la dezvoltarea personală și la rea-

lizarea profesională. Conceptul de „resurse personale”, este considerat de noi drept factor ce determină comportamentul de adaptare în situații stresogene, cum este accidentul vascular cerebral, și contribuie la păstrarea bunăstării psihologice a personalității.

Resursele personale, în psihologia de peste hotare, sunt studiate de mai bine de peste 30 de ani. Totodată, până la ora actuală, nu există o abordare unică asupra fenomenului dat și o clasificare comună a resurselor personalității. Analiza publicațiilor la tema dată permite evidențierea următoarelor abordări în comprehensiunea resurselor personale: M. Aldwin, A. Antonovsky, S. Hobfoll, R. Lasarus, В.А. Бодров definesc resursa personală drept strategie de coping; Л.И. Анцыферова – drept strategie de viață; Л.Г. Дикая, Kornilova T.V. – drept factor de reglare a activității și comportamentului; iar, Д.А. Леонтьев și M. Seligman tratează resursa personală drept factor de păstrare a sănătății psihice și a succesului activității în viața de toate zilele. În toate acestea, rămân întrebări deschise cu privire la factorii determinanți, ce reprezintă resursele personalității.

Recunoașterea rolului-cheie al resurselor personale în funcționarea eficientă a persoanelor post AVC și lipsa unor studii complexe, ce ar descrie raportul optim de resurse, este determinant pentru dorința lor de a se reinthorace în societate, de a susține activism profesional etc. Soluționarea acestei probleme este văzută în evidențierea resurselor personale ale persoanelor cu AVC, pentru a determina rolul lor în formarea unei stări pozitive în raport cu problemele reabilitării psihosociale. Determinarea rolului resurselor personale în dezvoltarea procesului de reabilitare a persoanelor cu AVC este un scop superior.

Sociologul A. Antonovsky, studiind acțiunea factorilor stresori asupra sănătății persoanelor, a demonstrat că indiferent de acțiunea factorilor stresori, unii oameni reușesc să-și păstreze sănătatea fizică și pe cea psihică [459]. Acest fenomen savantul îl explică prin prezența la unele persoane a *resurselor generale de rezistență*, care după părerile savantului, se manifestau prin *optimism, creativitate, strategii conștiente de control a situației* etc. C.M. Aldwin descrie resursele personale de coping drept posibilități potențiale ale personalității, care îi permit să depășească situații dificile ale vieții. După cum indică în lucrările sale E.Iu. Mandricova, resursele personale prezintă stări pozitive, care permit persoanei să-și controleze viața personală și să influențeze asupra anturajului. Н.Е. Водопьянова consideră resursele personale, drept instrumente folosite de persoane cu scopul de a schimba situațiile stresante ale vieții. N.V. Turțov consideră resursele personalității, drept rezerve ale organismului, care servesc pentru atingerea unor scopuri propuse. Savantul K. Муздыбаева, clasifică resursele drept personale și de mediu, în același timp considerând că cele personale reprezintă abilități și

posibilități individuale, iar cele de mediu – reprezintă accesibilitatea ajutorului instrumental, moral și emoțional de ordin social [137; 149; 154; 469].

Alți cercetători recunosc acest concept, folosind așa termeni precum: resurse generale de rezistență (Antonovsky, 1979), resurse personale de coping (Aldwin, 1994), resurse psihologice (Taylor, Kemeny, Reed, Bower, 2000), capital psihologic (Luthans, Youssef, 2007), potențial personal (Д.А. Леонтьев, 2011), resurse mentale (С.А. Хацова, 2014). Savanții care propun conceptul de capital psihologic, descriu componentele lui [143; 144; 154; 469]:

- *autoeficacitatea* – recunoașterea propriilor posibilități comportamentale și a efortului necesar pentru rezolvarea de probleme;
- *optimismul* – crearea stării de spirit, tendința către succes, spre viitor;
- *speranța* – *voința, perseverența* de atingere a scopurilor propuse și capacitatea de selectare a căilor de realizare;
- *viabilitate* – capacitatea de a găsi căi de ieșire din anumite situații, reechilibrarea rapidă a stării.

Conform lui Д.А. Леонтьев et al., în structura potențialului personalității, sunt incluse resurse care în diferite situații, îi oferă persoanei încredere, autoidentitate și concepția Eu-lui pozitiv. Calitățile personale, orientate celor distructive, (*rezistența vitală, optimismul, atingerea scopurilor, locus control* etc.), la fel reprezintă rezervele psihice ale persoanei [143].

Resursele personale sunt studiate, frecvent, în contextul rezistenței influenței negative a mediului înconjurător, dar, drept urmare, resursa reduce dezadaptarea și ridică potențialul de adaptare a personalității. Din punct de vedere al comportamentului de coping, resursele pot fi descrise ca fiind aspecte ale Eu-lui, asociate cu rezistența la dificultăți. Acestea sunt componentele fundamentale ale capacității individuale de adaptare, care joacă un rol primordial în contextul copingului la stres. Psihologia pozitivă, dar și psihologia dezvoltării tratează sursele drept factor în dezvoltarea și adaptarea cu succes a personalității la condițiile de mediu, ceea ce contribuie la menținerea bunăstării psihice a acesteia. Resursele constituie o rezervă a organismului la care recurge persoana în situațiile stresante cu scopul de a face față situațiilor. În literatura de specialitate se evidențiază trei grupuri de resurse personale, care se realizează în experiența individuală a subiectului prin prisma atitudinii către lume, vieții, aptitudinilor de depășire a dificultăților. Grupurile date pot fi reprezentate prin *resursele de rezistență, resursele de autoreglare și resursele instrumentale* [144; 150].

1. *Resursele de rezistență* se manifestă la creșterea pragului de extremitate a situației, peste trecerea căruia situația începe a fi percepută drept dificilă, critică sau extremă. Un nivel ridicat al resurselor date duce la faptul că deținătorii acestora nu observă dificultatea multora dintre situații. Pentru persoanele cu un nivel scăzut al resurselor de rezistență, din

contra, chiar și o situație moderat nefavorabilă, poate fi interpretată drept problemă serioasă. Acestor resurse le sunt atribuite *conștientizarea vieții, vitalitatea subiectivă, optimismul dispozițional* ș.a.

2. *Resursele de autoreglare* reflectă caracteristicile individuale stabile care condiționează autoreglarea comportamentală și includ astfel de resurse precum *viabilitatea, toleranța la incertitudini, autoeficiența* ș.a.
3. *Resursele instrumentale* reprezintă mijloace de reacție fixate, întărite prin experiența individuală. La acestea pot fi atribuite *strategiile de coping și modalităților de adaptare la stres*.

În concordanță cu **scopul propus** – *evidențierea resurselor personale ale persoanelor post AVC*, a fost lansată următoarea **ipoteză**: resursele personale joacă un rol cheie în dezvoltarea reabilitării post AVC, astfel de resurse precum nivelul înalt de *optimism, viabilitate, vitalitate subiectivă, autoeficiență și conștientizare a vieții*.

*Viabilitatea* este parte a resurselor personale. Rezistența personaj la stres preocupă interesele teoreticienilor, dar și a practicienilor. Analizând comportamentul persoanelor în diferite situații stresante, S. Kobasa a ajuns la concluzii, că există persoane care își păstrează echilibrul, în pofida la situația stresantă creată, această calitate fiind denumită drept *rezistență, tărie*. Д.А. Леонтьев propune termenul de *viabilitate* [143; 144]. În continuarea lucrării, vom folosi anume acest termen. În opinia lui S. Maddi, viabilitatea prezintă caracteristica de bază a personalității, care mediază influența asupra conștiinței și a comportamentului uman în diferite situații, de la probleme somatice, până la condiții sociale. Acest fapt se realizează prin felul abordării anumitor situații ale vieții. Astfel persoana se poate include în viață, controlând situația, sau poate să se izoleze, fiind neputincios, cedând în fața anumitor situații create. Conform lui S. Maddi, aceste capacități, ce reprezintă viabilitatea persoanei, într-o anumită măsură pot fi formate sau corectate.

Luând ca bază conceptul prezentat, noi considerăm resursele personalității drept un sistem care include în sine un complex de construcții cognitive, emoționale și comportamentale, ce determină adaptarea comportamentului persoanei în situații complicate și păstrează bunăstarea ei psihologică. Rolul principal al acestor determinante, constă în formarea stabilității psihologice la situații stresante și actualizarea posibilităților personalității, care ar permite atingerea scopurilor propuse și funcționarea optimală în situația creată.

După cum am menționat mai sus, *optimismul* reprezintă o sursă de rezervă a personalității bolnavului post AVC, care împreună cu alte constructe ale potențialului personalității, determină calitatea și succesul adaptării, socializării și, bineînțeles, al reabilitării. Conform savanților Ch. Karvera și M. Șeira, optimismul îi oferă persoanei puteri și posibilități pentru atingerea scopurilor, pentru depășirea obstacolelor, încredere în obținerea

rezultatelor propuse, ca o stare în care indivizii au expectanțe pozitive pentru viitorul și viața lor. Pesimismul, din contra, îi redă unei persoane sentimentul că orice ar încerca să facă, nu va reuși să schimbe o situație dată și că orice acțiune e sortită eșecului, deci cu rezultate negative [149; 153].

Subliniem necesitatea pentru cercetarea conceptelor de *optimism și pesimism* pentru că indică atitudinea unei persoane față de condițiile existente ale propriei vieți, atât la nivel emoțional, cât și la nivel de înțelegere. Aceste viziuni reflectă trăirile afective, viziunile, așteptările cu privire la anumite situații sau la viitor. Optimismul, în calitate de caracteristică de personalitate, este un vector al dezvoltării armonioase a tuturor componentelor psihice ale unei persoane, îi însuflă încredere în aptitudinile și forțele proprii, în viitor, bunăvoință. Atitudinea pozitivă față de viață și evenimentele care o acompaniază reprezintă un aspect important în evoluția persoanei. Capacitatea de a percepe pozitiv evenimentele curente și de a evalua viitorul, sau optimismul, este o formațiune complexă, care face posibilă realizarea scopurilor trasate, confruntarea cu dificultățile, păstrând o stare de bine. Astfel, relevanța acestui subiect este determinată de necesitatea stringentă de a forma un stil de atribuire optimist, în vederea depășirii și anihilării dispozițiilor negative prezente la persoane post AVC [150; 153; 477].

Până în prezent au fost realizate o mulțime de studii ale stilului atributiv, care au scos în evidență, că *stilul atributiv negativ* este asociat cu factori fiziologici și psihologici, precum sănătatea precară, sentimentul de singurătate, depresia și un nivel scăzut al stimei de sine. Acest fapt și a servit drept confirmare a importanței optimismului unei persoane pentru sănătatea și bunăstarea psihologică și fizică a acesteia și, în consecință, a indicat semnificația dezvoltării capacității unei persoane de a gândi într-un mod pozitiv [492].

Analiza literaturii de specialitate a relevat următoarele abordări pentru înțelegerea optimismului, în calitate de: strategie de corectare a incompetenței autoinduse (M. Seligman, K. Peterson, L. Abramson), urmare a unei stări de flux, fundament în tendința de a menține pacea și viața (A. Швейцер), capacitatea de evaluare a propriei eficacități (A. Bandura), mod de a depăși starea de depresie (A. Beck) [105; 381; 411; 412].

Psihologii ruși au conturat câteva domenii de cercetare a optimismului: în contextul optimismului și bunăstării psihologice (Т.О. Гордеева, Е.Н. Осин, Е.А. Петрова), în direcția cercetării incompetenței induse și personale (Н.А. Батулин, Д.А. Циринг), sub aspectul motivației de realizare (М.М. Далгатов, Н.Т. Маромедова), în contextul optimismului dispozițional (К. Муздыбаев, О.А. Сычёв), optimismul în calitate de componentă a potențialului personal (Д.А. Леонтьев) [11; 143; 144; 148; 149; 150].

Bineînțeles, că noi cercetăm nivelul optimismului în contextul potențialului personal al pacienților cu accident vascular cerebral. Cercetarea concep-

tului de optimism îl au psihologii români și moldoveni N. Bucun, I. Holdevich, I. Mitrofan, C. Platon, V. Ketrar, S. Vîrtosu, care au studiat varii aspecte ale acestui fenomen, în special cea ce privește diverse strategii de depășire a stărilor depresive, ca instrument de realizare a succesului, din punctul de vedere al stilului atributiv [3; 7; 8; 16; 51; 72; 83]. Deși realizările cercetătorilor care au studiat fenomenul optimismului sunt consistente și valoroase, constatăm totuși, că până la ora actuală există o lacună semnificativă în stilul optimismului, deoarece a fost studiat pe baza anumitor caracteristici de personalitate, precum și din punctul de vedere al atribuțiilor utilizate. Manifestarea acestui fenomen la persoane cu AVC este bine observat prin complicațiile întâlnite (depresia, anxietatea etc.). Nu am întâlnit în literatură cercetări cu scopul investigației stării de optimism la pacienții cu AVC.

Importanța studiului optimismului se datorează influenței sale asupra dezvoltării caracteristicilor personale, precum capacitatea de a utiliza strategii mai eficiente pentru a depăși situații dificile, a ține sub control situația, autoreglare și stimă de sine înaltă, stare de bine și confort. Optimismul favorizează persoana în depășirea stărilor de anxietate, depresie, reducerea nivelului de nevrotism etc., caracteristice post AVC. Vom identifica nivelurile și factorii de dezvoltare a optimismului la persoane cu accident vascular cerebral (AVC) și vom elabora un program de intervenție psihologică de dezvoltare a optimismului. Presupunem că există și diferențe între pacienții cu AVC, iar nivelul optimismului poate fi crescut prin acțiuni de intervenție psihologică. Ne-am bazat în cercetarea realizată pe teoria optimismului dispozițional (C. Carvera, M. Șaiera) și teoria stilului atributiv (M. Seligman, K. Peterson) [381; 411]. Concepțiile susțin ideea că optimismul este încrederea în viitor prin așteptări pozitive față de realizările de viitor. Așteptările pozitive sunt caracteristice persoanelor optimiste, iar cele pesimiste sunt cu așteptări negative. Optimistul este încrezut că toate cauzele situațiilor grele sunt sub permanent control. Pesimistul nu poate influența situațiile negative, fiind încrezut că nu le poate rezolva, pentru că sunt provocate din exterior.

A. Beck relatează că optimismul este modul de corectare a depresiei, iar A. Bandura subliniază că optimismul este abilitatea să-ți evaluezi eficacitatea personală. În lucrările lui M. Seligman este demonstrată relația dintre boală, stres, pesimism și necesitatea de a gândi pozitiv [105; 187; 412].

Mulți psihologi apreciază optimismul personalității ca un indicator al nivelului de satisfacție a persoanei, în dependență de evenimentele trăite – pozitive sau negative. În psihologia socială, acest fenomen este văzut ca o calitate înnăscută și este un indicator al binelui și fericirii. În așa fel, optimismul este posibilitatea persoanei de a primi viața și tot ce se întâmplă, din punct de vedere pozitiv, păstrând încrederea în rezolvarea pozitivă a problemelor și situațiilor apărute.



Autorii conceptului *optimismului dispozițional* au studiat optimismul și pesimismul în raport cu starea fizică a persoanei. Rezultatele studierii influenței optimismului asupra procesului de refacere post operator, au arătat că cu cât mai pozitiv și optimist este dispusă persoana, cu atât mai repede și favorabil are loc procesul de recuperare. Se presupune, că aceasta are loc grație influenței optimismului asupra reacțiilor comportamentale, utilizarea strategiilor de coping efective și declanșarea noilor mecanisme, care duc spre o însănătoșire mai reușită. Referindu-ne la cele descrise, putem afirma că optimismul dispozițional, privit ca o caracteristică a personalității, reprezintă așteptările pozitive ale persoanei de la viitor. Deci, optimismul îl ajută pe individ prin faptul că se înlocuiește sentimentul de neajutorare cu unul de control, optimismul sprijină sistemul imunitar. Optimistul va căuta un ajutor medical și se va integra în programe de sănătate și tratament mai mult decât pesimistul. Pesimistul nu prea acționează pentru a găsi soluții sau sprijin, nu vede sensul despărțirii obstacolelor.

Un alt studiu a fost realizat de către Martin Seligman și colab. [411], aplicându-se metoda interviului și teste de sânge. În urma corelațiilor făcute au constatat că optimiștii au o activitate imunitară mai bună decât pesimiștii. O astfel de concluzie se poate explica prin faptul că atunci când o persoană este pesimistă se deprimă anumiți hormoni secretați de creier, devenind inactivi, fără consistență, creând astfel un circuit de reacții biochimice care duc la încetinirea activității sistemului imunitar. În rezultatul unor cercetări psihofiziologice, s-a concluzionat, că asupra optimismului sau pesimismului poate influența asimetria funcțională a emisferelor cerebrale – stânga și dreapta. S-a dovedit că suprimarea zonei frontale anterioare a emisferei stângi duce la depresie și emoții negative, iar excitația acestei zone – duce la reacții pozitive. Suprimarea activității emisferei cerebrale dreapta, poate manifesta stare de euforie, agitație, dar fără a influența sfera intelectuală a persoanei.

În calitate de factori psihologici, care acționează asupra optimismului sau pesimismului, au fost analizate caracteristici ale personalității precum flexibilitatea comportamentală și gândirea selectivă. Optimistul se include activ în viața reală, participând concret la ea, fără a se gândi la probleme globale. Pesimistul, se poziționează introvert, îndepărtându-se de realitatea concretă, se distanțează de societate și de evenimentele reale.

Un grup de psihologi, care au cercetat domeniul optimismului și pesimismului, printre care M. Seligman, A. Beck, P. Stolț și alții, au elaborat metode de corecție a manifestărilor destructive și pesimiste ale stilului atributiv. În procesul de corecție a gândurilor destructive și a stilului atributiv de explicare a lucrurilor, la oameni se dezvoltă următoarele abilități [105; 411]:

- Capacitatea de a cunoaște și de a urmări gânduri și fraze, apărute automat, care persoana nu le observă de obicei. În așa mod individul învață



să observe și să înregistreze explicațiile obișnuite, care le folosește în cazul situațiilor negative și care sunt pentru el globale, permanente și personale;

- Capacitatea de a pune la îndoială, de a analiza și respinge gândurile sale destructive, care apar spontan la nivel subconștient. Se dezvoltă abilitatea de a găsi greșelile în gândire și dialogul intern, care duc de obicei la reacții emoționale negative (concluzii generale personale, fără alte viziuni).
- Capacitatea de a găsi explicații alternative pentru evenimente și lucruri, pentru argumentare în cazul frământărilor cu gânduri automate. Se dezvoltă abilități pentru a reacționa constructiv la situații;
- Capacitatea de a controla propriile gânduri și idei, de a găsi pentru ele timpul potrivit și de a se sustrage de la gândirea negativă;
- Capacitatea de transfer a gândurilor negative automate spre gânduri pozitive. Se dezvoltă abilitatea de refuzare a formulărilor induse de subconștient, care mențin persoana închistată în gânduri și dispoziții create de el însuși.

Ca rezultat, persoana își dezvoltă în sine capacități de a gândi constructiv, care presupun maturitate, pozitiv, flexibilitate și realism. Programele moderne de formare a gândirii constructive, presupun continuitatea aplicării lor cu scopul întăririi abilităților formate în timpul treningurilor. Aceste metode psihologice aplicate, permit persoanei de a învăța să lupte cu propriile convingeri negative și gândurile automate, dându-i posibilitatea de a controla propriul comportament și reacții, și posibilitatea de a se isprăvi cu propriile probleme emoționale și propriul pesimism. Efectele învățării acestui tip de comportament nu vin îndată, el necesită timp și efort, o muncă internă asupra propriei persoane. Dar, odată învățate, aceste abilități de gândire pozitivă, au efecte îndelungate și capacitatea de a se acumula și întări în procesul ulterior de practicare.

*Putem concluziona că, literatura de specialitate, prin rezultatele studiilor descrise, demonstrează influența reală a optimismului, sau a pesimismului, asupra succesului persoanei în diferite domenii. Făcând o caracteristică succintă, putem spune că: personalitățile pesimiste sunt mai emoționale, anxioase și pasive, iar în cazul apariției unor situații problematice, sunt dispuse să declanșeze metode destructive de apărare, cum ar fi evitarea sau negarea. Optimiștii – tind spre acțiune, sunt activi, dispuși către rezultate și depun efort maxim pentru atingerea scopurilor propuse. Nivelul optimismului influențează și este legat direct de așa caracteristici de personalitate, precum: autoaprecierea ridicată, starea de bine psihologic, capacitatea de autoreglare efectivă, utilizarea strategiilor constructive pentru depășirea și rezolvarea de probleme, nivel scăzut de depresie, anxietate și nevrotism. Indiferent de factorii care influențează dezvoltarea optimismului, el este un construct destul*

de stabil al personalității. Majoritatea psihologilor susțin părerea, precum că prin practici și metode, elaborate pentru a influența anumiți factori pentru dezvoltarea gândirii pozitive și acceptarea realității, nivelul pesimismului poate fi scăzut și, corespunzător, conștient se poate forma și dezvolta nivelul necesar de optimism al personalității.

### ***Prezentarea studiului – Evidențierea rezervelor personalității la persoanele post AVC***

Lotul experimental a constituit un număr de 84 persoane, dintre care 42 persoane cu AVC constituit și 42 de persoane fără AVC (grup control), divizate în patru grupuri a câte 21 de persoane, selectate după criteriile de vârstă (30-59 ani și 59-75 ani). La cercetarea particularităților psihologice a fost implicat grupul de control în care au participat cadre medicale, cadre didactice din instituții superioare de învățământ, identice cu statutul socio-demografic al persoanelor cu AVC, implicate în experiment. Cercetarea s-a realizat conform programului de reabilitare, care oferă o mare însemnătate personalității în executarea acestui proces. Luând în considerație actualitatea și rolul resurselor personale în adaptarea, socializarea, reabilitarea pacienților cu AVC, am propus pentru cercetare: *Resursele personale de rezistență (optimismul dispozițional, orientarea privind sensul vieții) și resursele personale de autoreglare (viabilitatea și autoeficiența generală)*.

Pentru evaluarea resurselor personale de rezistență am aplicat *Testul orientării privind sensul vieții*, modificat de Д.А. Леонтьев și *Testul optimismului dispozițional*, elaborat de M. Scheier, C. Carver, adaptat de către Т.О. Гордеева, О.А. Сычѐв, Е.Н. Осин, iar pentru evaluarea resurselor personale de autoreglare, am aplicat *Testul viabilității*, adaptat de către Д.А. Леонтьев și Е.І. Rasscazova, *Scala autoeficienței generale*, elaborată de R. Schwarzer, M. Jerusalem, adaptată de V.G. Romek. Complexul de probe și teste a fost selectat reieșind din specificul sferei resurselor personale.

S-au examinat resursele personale din punct de vedere al potențialului personal, ce reprezintă particularități individual-psihologice, care permit persoanei să facă față provocărilor post AVC, păstrând integritatea internă și rezistența, precum și susținerea bunăstării psihologice a personalității ca sferă de resurse a pacienților cu accident vascular cerebral prin specificul calitativ al resurselor, printre care predomină resursele de rezistență, ce permit persoanei ridicarea pragului de sensibilitate a dificultății.

Schimbările psihologice impun diferite configurații ale sferei personale. Am observat că mulți dintre subiecții incluși în experiment, caracterizează viața ca fiind *plictisitoare* (dintre cei cu AVC: cu vârste 39-50 ani – 49%; cu vârste 59-75 ani – 63,8%; din grupul de control: cu vârste cuprinse 39-50 ani – 89,6%; cu vârste 59-75 ani – 38,9%).

**Tabelul 5.18. Caracterizează viața ca fiind „plictisitoare”**

Subiecți	Vârsta	%
Post AVC	39-59 ani	49%
Post AVC	59-75 ani	63,8%
Control	39-59 ani	89,6%
Control	59-75 ani	38,9%

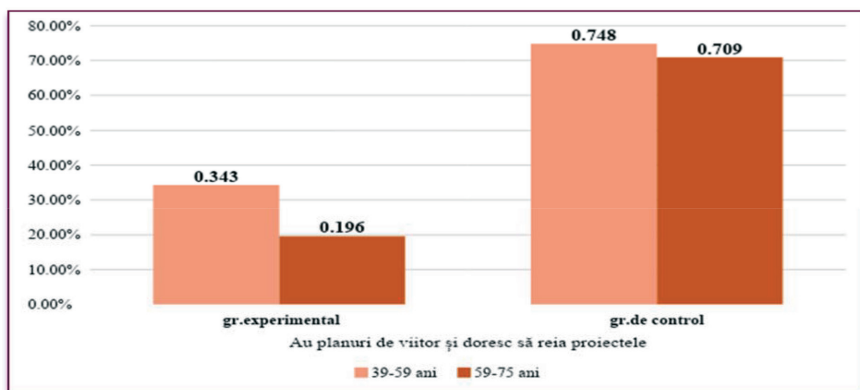
Ne-am propus să stabilim cum este înțeles sensul vieții în trecut, prezent și viitor. Merită atenție și focalizarea interesului și sensului vieții cu referire la sine și viață în totalitate. Indicii orientării în sensul vieții la persoanele post AVC se găsesc la nivelul valorilor, care sunt mult mai joase față de hotarul normei. În *Tabelul 5.19* sunt prezentate valorile examinării orientării în sensul vieții.

**Tabelul 5.19. Mediile și abaterile de la medii la caracteristica: Orientare în sensul vieții**

Grupuri de subiecți	Orientare spre scop		Orientare la prezent		Rezistență		Controlul Eu-lui		Controlul vieții		Orientare sensul vieții	
	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m
Post AVC 39-59 ani	19,0	3,91	21	4,21	15	3,87	12	4,12	18	3,98	80	9,35
Post AVC 39-59 ani	17,0	3,34	18	3,84	13	3,35	89	3,94	15	4,02	72	8,74
Control 59-75 ani	35,0	4,22	28	3,74	28	3,15	23	4,03	29	3,68	103	9,83
Control 59-75 ani	30,0	3,86	21	4,27	26	3,30	19	3,42	26	3,3	101	10,26

Din valorile prezentate, observăm că persoanele post AVC se orientează mai mult la prezent, la statutul de pacient cu o tragedie mare în viața lui personală. În starea post AVC mulți pacienți nu au un scop al vieții, fiind lipsiți de planuri de viitor. Dintre cei intervievați, 34,3% persoane post AVC cu vârste 39-59 ani, au planuri de viitor, doresc să se întoarcă în societate, la proiectele pe care le realizau. Un procent mai mic de persoane cu planuri de viitor am selectat în grupul de vârstă 59-75 ani, corespunzător 19,6%. În grupurile de control, procentul celor care au planuri de viitor a fost de 74,8% la cei cu vârste între 39-59 ani și corespunzător – 70,09%, la cei de vârste 59-75 de ani.

Cu regret, persoanele post AVC, își pierd speranța schimbărilor pozitive în viitor și nu mai văd rezervele, care pot fi orientate în această luptă. Rezultatele ne demonstrează necesitatea de a organiza terapii psihologice orientate spre dezvoltarea formării unui sens pozitiv de viață. Un număr mic de persoane post AVC pot determina scopul vieții lor.



**Figura 5.32. Distribuția rezultatelor privind subiecții cu AVC în dependență de vârstă**

Un mare interes reprezintă datele cu referire la *controlul Eu-lui și a vieții*. Valorile joase ale controlului Eu-lui ne demonstrează că, persoanele post AVC pierd puterile de confruntare, formând neîncredere în forțele personale de opunere situației. Foarte puțini pacienți post AVC (14,75%) sunt apti să controleze Eu-l și viața în general, liber să primească hotărâri și să le promoveze în viață, „nu sunt în puteri să controleze situațiile vieții”. Bolnavii cu tulburări post AVC deseori iau o poziție de a nu întreprinde acțiuni de schimbare a propriei vieți. Competența de revizuire, regândire a sensului vieții, la fel sunt niște resurse personale care se formează pe parcursul vieții sau dispar în urma tulburărilor post AVC.

Analiza rezultatelor demonstrează un profil specific al persoanelor post AVC, care se caracterizează prin insatisfacție față de rezultatele activității și vieții; incapacitatea de control al evenimentelor vieții personale; oboseală fizică și psihică; instabilitate emoțională; epuizare psihică rapidă; preponderanța strategiei de coping „tristețe anticipativă”; insatisfacție de propriile competențe, flexibilitate și abilitate de a lua decizii în situația în care se află etc.

Utilizarea *Testului orientării privind sensul vieții*, dezvăluie operațiunile, retrăirile și stările prin procesul emoțional; demonstrează orientarea sensului vieții; scopul sau orientarea prezența perspectivelor de viitor; orientarea spre rezultatul sau satisfacția personală cu autorealizarea în trecut; locus control; Eu-l personal sau încrederea în aptitudinile personale de influență asupra evenimentelor din viață.

Analiza rezultatelor comparative la *Testul orientării privind sensul vieții*, în dependență de vârsta pacienților post AVC, arată divergențe semnificative ( $t= 4,2, p \leq 0,01$ ). Diferențe semnificative sunt stabilite și între grupele post AVC și cele de control (fără AVC) – ( $t=5,3, p \leq 0,01$ ). Analiza statistică a com-

ponentelor caracteristice *Testului orientării privind sensul vieții*, (orientare în sensul vieții, orientare spre scop, orientare spre proces, orientare spre rezultat, controlul Eu-lui, controlul vieții) a demonstrat diferențe semnificative în grupele post AVC în comparație cu grupele de control; sunt diferențe conform vârstei în grupele de control, dar ele nu sunt semnificative ( $t=7,2$   $p \leq 0,5$ ).

În cercetare, paralel cu *Testul orientării privind sensul vieții* am aplicat și *Testul optimismului dispozițional* (TOD), care determină starea resurselor de rezistență. Testul (TOD) măsoară optimismul ca caracteristică a personalității exprimată în așteptări pozitive și atitudini față de viitor. În cercetarea noastră am folosit modelul de calcul O.A. Сычев și E.H. Осин, separat calculând testului optimismului dispozițional, indicele pe scala pozitivă (TOD pozitiv) și pe scală negativă (TOD negativ), dar și indicele general al optimismului dispozițional [151; 153].

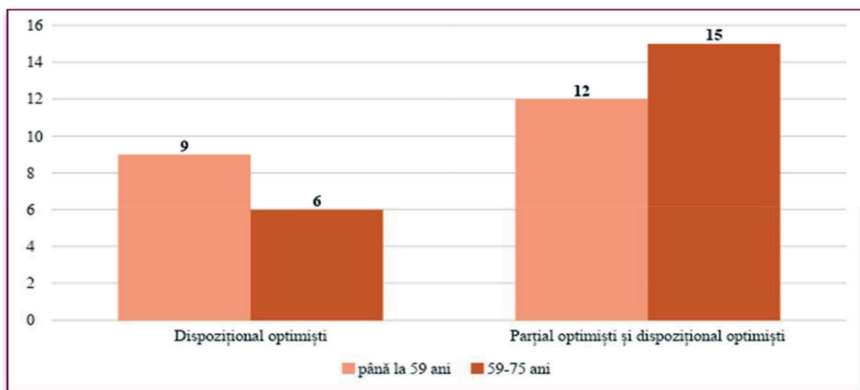
Am supus cercetării Optimismul (O) și Pesimismul (P), care sunt fenomene ce determină viziunea despre lume a unei persoane, ce se constituie den evaluarea pozitivă sau negativă a prezentului și viitorului. Aceste concepte, pe de o parte, se pot raporta la viziunea despre lume în ansamblu, dacă sunt ridicate la rangul unei pietre de temelie în înțelegerea esenței existenței umane, iar pe de altă parte, sunt considerate principii independente, care se află într-o luptă constantă între ele și în raport cu percepția emoțională. Aceasta caracterizează situațiile în care starea de spirit a unei persoane și atitudinea sa față de viață sunt formate în baza unei percepții emoționale pozitive sau negative asupra a tot ceia ce se întâmplă.

Optimismul, în opinia noastră, este capacitatea persoanei de a percepe viața și tot ceia ce se întâmplă din punct de vedere pozitiv, de a menține încrederea în dezvoltarea pozitivă a evenimentelor, indiferent de situație, de a crede că lumea și oamenii din ea sunt frumoși, pentru a putea găsi o cale de ieșire din orice situație. În baza literaturii studiate, am încercat să propunem o caracteristică psihologică a unui stil de atribuire optimist și pesimist: un stil optimist recunoaște eșecul ca pe un fenomen temporar, legat de o anumită situație și asociat cu factori externi. Evenimentele favorabile sunt considerate de persoană ca fiind extinse în toate sferele vieții, permanente și dependente de ea însăși. O persoană cu un stil pesimist, dimpotrivă, consideră evenimentele negative drept permanente, provocate de factori interni, care sunt obișnuite în viață. Succesul este evaluat ca un accident temporar, asociat cu un caz specific și cauzat de cauze externe.

Optimismul femeilor, datorită emoționalității lor, depinde mai mult de schimbările de dispoziție și de fonul hormonal. Bărbații, în această privință, sunt mai stabili și mai capabili să-și controleze emoțiile și atitudinea față de situațiile actuale. Nivelurile optimismului sunt influențate de caracteristici de personalitate, cum ar fi stima de sine ridicată, starea de bine, capacitatea de autoreglare eficientă, utilizarea strategiilor constructive pentru a depăși și

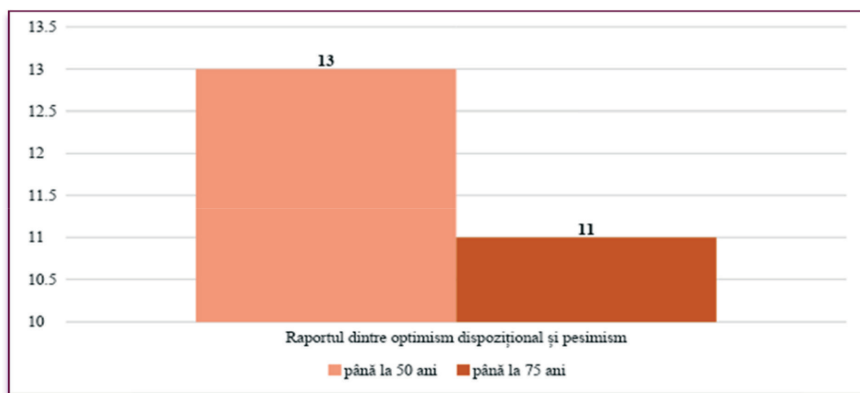
a rezolva probleme și niveluri scăzute de depresie, anxietate și nevrotism și strâns asociate cu acestea.

După aplicarea *Scalei de optimism* (LOT) am observat că rezultatele se aranjează pe așa direcții: conține așteptări pozitive și așteptări negative.



**Figura 5.33. Repartizarea respondenților după raportul optimismului dispozițional la grupul experimental**

Din *Figura 5.33* observăm că respondenții cu vârste până la 59 ani cu AVC s-au repartizat dispozițional optimiști – 9; parțial optimiști și dispozițional pesimiști – 12. Rezultatele acumulate de la respondenții cu vârste 59-75 ani, demonstrează că optimismul dispozițional este caracteristic pentru 6 persoane cu AVC, iar pesimismul dispozițional – la 15 persoane post AVC. În așa fel, este bine determinată tendința pesimismului dispozițional la grupurile cu AVC, indiferent de vârstă lor.



**Figura 5.34. Repartizarea respondenților după raportul optimismului dispozițional în grupul de control**

Între respondenții de control (fără AVC), raportul dintre optimismul dispozițional și pesimismul dispozițional este mai mult orientat spre așteptări pozitive. Așteptări pozitive sunt caracteristice pentru un număr de 13 persoane cu vârste până la 50 ani și la 11 persoane cu vârste până la 75 ani. La majoritatea subiecților cu AVC s-a atestat un nivel moderat al optimismului. În mare măsură, acest lucru este exprimat printr-un sentiment puternic de vinovăție pentru evenimentele care se produc cu ei și îndoieli destul de puternice că li se pot întâmpla evenimente pozitive. Subiecții cercetați cu AVC, drept răspuns la incidentele negative, se îngrijorează mai mult, devin descurațați chiar și atunci când apar evenimente pozitive, de asemenea, se confruntă cu teama de a le rata sau că acest lucru nu se va întâmpla. Ei se așteaptă deseori la lucruri rele în viitor, dar în general, speranța pentru ceva mai bun este la vârsta adultă până la 59 ani. Nu au fost identificate diferențe între optimismul femeilor și bărbaților.

Prezența numai a așteptărilor pozitive în viață, fără o apreciere reală a întâmplărilor prezente, poate determina acceptarea eronată a sinelui și a realității înconjurătoare. În acest context, după părerea noastră, optimismul trebuie văzut drept o posibilitate de a găsi părțile pozitive a celor întâmplate, chiar și în cazul unor evenimente negative. După cum vedem, aproape la două treimi (2/3) dintre respondenții noștri, predomină așteptări negative. Aceasta poate fi explicat prin faptul, că ei aleg strategia „tristeții anticipate”, conform Л.И. Анциферова, care constă în evidențierea direcționată a laturilor negative a evenimentelor și dezvoltării lor potențiale, cu scopul, de a nu se simți decepționați în caz că situația va lua o altă turnură. Se poate spune, că ei se conduc de principiul – „speră la mai bine dar așteaptă mai rău”, care într-un fel îi ajută să fie pregătiți către orice situații imprevizibile.

Optimismul este o resursă de rezistență a personalității și în situația post AVC este necesar să găsim metode și instrumente de influență care ar dezvolta această resursă. Cu regret, nu au fost efectuate multe cercetări la persoanele cu AVC cu referire la starea resurselor personale și mai cu seamă, a optimismului dispozițional. Cercetarea noastră arată că paradigma propusă de noi orientează spre trezirea și folosirea resurselor personalității, mai cu seamă, a resurselor de rezistență și autoreglare.

Resursele autoreglării personalității, la fel, nu au fost niciodată cercetate la persoanele post AVC. Autoreglarea personală este un potențial foarte mare al personalității. Aceste resurse reglează comportamentul și emoțiile, venind în ajutor atunci când avem de hotărât o problemă apărută. Acestea sunt resurse, care iau parte la procesul de adaptare a personalității într-un mediu total schimbat. Persoanele post AVC se confruntă cu o situație nouă în viața lor, care cere reformarea resurselor de rezistență ale personalității.

În cercetare am folosit *Testul de viabilitate*, elaborat de S. Maddi, în adaptarea lui Д.А. Леонтьев și Е.И. Рассказова (2006), tradus în limba română,

cu componentele sale care sunt relevante pentru componentele de implicare, controlul și asumarea riscurilor, în timpul testării, fiind selectate cele mai valabile și mai fiabile puncte, fiind o adaptare a unui chestionar personal. Instrumentul a măsurat resursele viabilității folosite împotriva stresului ca urmare a accidentului vascular cerebral. Destul de original sunt montările prevăzute de test: implicări în evenimentele care se petrec; determinarea celor întâmplare pentru a influența lucrurile; întâmpinarea riscului și luarea deciziilor, așteptările față de viitor.

Viabilitatea persoanelor post AVC testate, este exprimată prin implicare, control și risc, fiind destul de joasă. În *Tabelul 5.20* sunt prezentate rezultatele evaluării viabilității cu toate componentele ei.

**Tabelul 5.20. Rezultatele evaluării viabilității persoanelor**

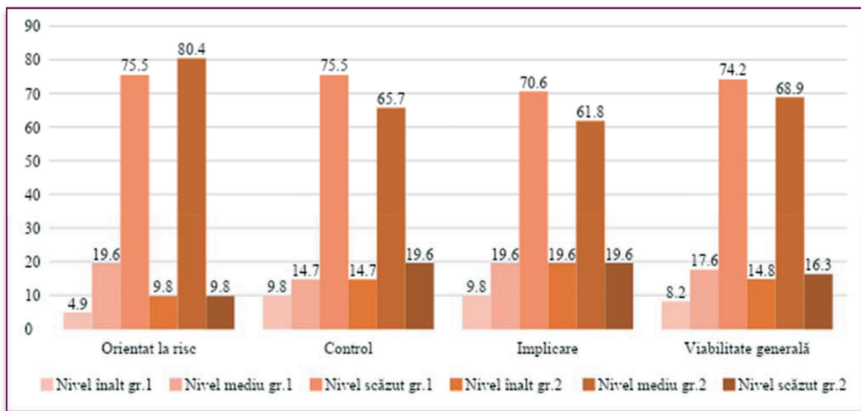
Subiecții	Vârsta	Componenta	Nivel înalt	Nivel mediu	Nivel scăzut
AVC	39-59 ani	Orientat la risc	4,9	19,6	75,5
		control	9,8	14,7	75,5
		implicare	9,8	19,6	70,6
		viabilitate generală	8,2	17,6	74,2
AVC	59-75 ani	Orientat la risc	-	9,8	91,2
		control	4,9	14,7	85,4
		implicare	9,8	9,8	90,4
		viabilitate generală	4,9	11,4	-
Control	39-59 ani	Orientat la risc	9,8	80,4	9,8
		control	14,7	65,7	19,6
		implicare	19,6	61,8	19,6
		viabilitate generală	14,8	68,9	16,3
Control	59-75 ani	Orientat la risc	9,8	65,5	14,7
		control	19,6	65,7	14,7
		implicare	19,6	65,2	14,7
		viabilitate generală	16,3	69,0	14,7

În *Figura 5.35* sunt prezentate grafic rezultatele în procente a patru nivele de viabilitate la evaluarea viabilității persoanelor (risc, control, implicare, viabilitate generală).

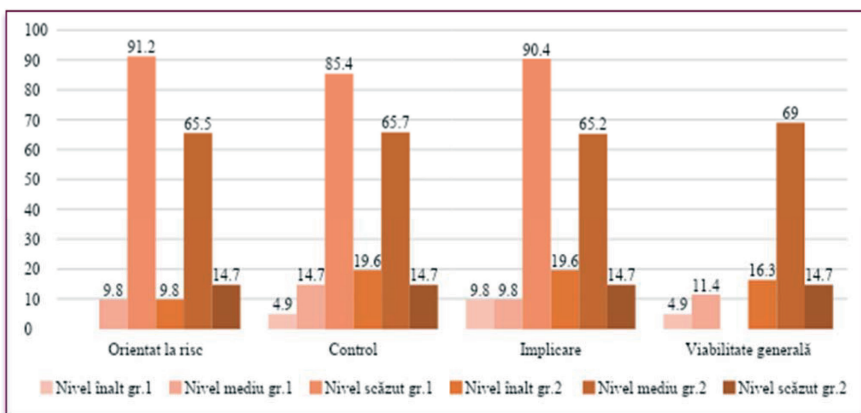
După cum observăm, în grupul cu persoane post AVC cel mai frecvent întâlnit este nivel scăzut de dezvoltare a comportamentelor viabilității. Diferențele între grupurile cu AVC în dependență de vârsta pacienților nu sunt semnificative. Diferențe semnificativ foarte mari ( $p < 0,001$ ) observăm la grupurile cu AVC și cele de control. Grupurile de control exprimă mai frecvent niveluri medii de viabilitate, dar și nivelul înalt este mai frecvent în aceste grupuri. Pacienții cu AVC cu nivel scăzut de viabilitate prezintă această stare prin: „lipsă de încredere în forțele proprii”; „ce nu ai realiza, este fără



succes”; „spre sfârșitul zilei mă simt supra obosit, istovit, lipsit de vigoare”; „mă înspăimântă gândurile cu referire la viitor”; „mi se pare că nu-mi trăiesc viața, dar am un rol secundar în ea”; „problemele care îmi apar se par imposibil de hotărât”; „pare că viața se mișcă în afara mea”; „sunt lipsit de insistență să încep o nouă activitate și să o termin pe cea începută”; „sunt lipsit de energie vitală” ș.a.



**Figura 5.35.** Reprezentarea grafică a rezultatelor (în %) a patru nivele de viabilitate la evaluarea viabilității persoanelor cu vârsta cuprinsă între 39-59 de ani la grupul experimental și cel de control



**Figura 5.36.** Reprezentarea grafică a rezultatelor în (%) a patru nivele de viabilitate la evaluarea viabilității persoanelor cu vârsta cuprinsă între 59-75 de ani la grupul experimental și cel de control

Rezultatele analizei demonstrează că, fiecare componentă a modelului viabilității își are funcțiile sale. Implicarea trezește interesul și oferă perso-

nalității posibilitatea de a-și organiza condițiile stării de bine, de satisfacție, de activitatea realizată. Mulți dintre subiecții cercetați sunt lipsiți de această componentă și ca rezultat, la ei, apare sentimentul „lipsit de viață”. Structura viabilității – control, este la fel foarte puternic influențată la persoanele post AVC. După cum au demonstrat rezultatele cercetării, aceste persoane nu pot influența rezultatul activității și nici nu se implică în schimbare. Micșorarea nivelului viabilității este observată și în componenta „orientării la risc”. Pacienții post AVC sunt încrezuți că „așa trebuie să se întâmple în viața lor și poate că această experiență îi va fi de folos” în viitor.

Rezultatele stării resurselor personale de reglare vor servi drept bază pentru elaborarea programului de eficientizare a sistemului de reabilitare a persoanelor post AVC. Menționăm, că paradigma propusă în lucrare, argumentează și confirmă rolul resurselor personalității în păstrarea unui nivel optim al activității acestora și procesului de reabilitare a pacienților post AVC.

Rezervele personalității pot fi prezentate drept constructe ale energeticului și abilitării în situații de criză. Într-un alt sens, rezervele sunt privite drept particularități ale personalității, orientate spre adaptarea optimală a individului. În special, rolul resurselor personalității crește în situațiile stresante, ceea ce devine actual în contextul persoanelor post AVC, aflate în situație de stres. Astfel, am hotărât să cercetăm *autoeficacitatea* ca resursă personală de autoreglare, pentru a demonstra la persoanele cu AVC nivelul de a organiza și realiza acțiuni pentru îndeplinirea unui scop.

*Autoeficacitatea* se referă la „convingerea unei persoane în capacitățile sale de a-și mobiliza resursele cognitive și motivaționale necesare pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor date” [187]. *Autoeficacitatea* este o variabilă centrală în teoria social-cognitivă a personalității, pentru mecanismele de autoreglare ale organismului la cerințele mediului. Convingerile despre *autoeficacitate* afectează procesele gândirii și atenției în direcția potențării sau reducerii eficienței.

Rezultatele analizei statistice demonstrează că grupurile de persoane cu AVC se diferențiază printr-un nivel mult mai scăzut al *autoeficienței*, al conștientizării propriei vieți și al scopurilor de viață. În general, deosebim după nivelul *autoeficienței*, două grupuri de persoane: acele care prezintă un nivel înalt al *autoeficienței* (care consideră că nu sunt situații care nu pot fi hotărâte și ei ușor își revin în situații de stres), un alt grup fiind persoanele cu nivel scăzut de *autoeficiență* (care evită situațiile complicate și având o viscozitate mare a gândirii, se ficsează la greșelile și eșecurile personale, ușor pierzând încrederea în posibilitățile sale). Informația pozitivă despre persoană poate ajuta la debarasarea de gânduri negative și atingerea scopului propus.

Anxietatea pronunțată la persoanele post AVC poate micșora nivelul *autoeficienței*. Nivelul scăzut de *autoeficiență* se asociază cu depresia și devine clar, că la acești pacienți stabilim o *autoeficiență* joasă, gânduri pesimiste

despre succesele de viitor ș.a. Autoeficiența personală, suportul social – sunt foarte necesare în cazul pacienților post accident vascular cerebral.

În experimentul de constatare pentru determinarea autoeficienței personale, a fost aplicată *Scala auto-eficacității generale (SES)* proiectată cu scopul de a evalua convingerile persoanei despre propria capacitate de a face față dificultăților întâmpinate pe parcursul rezolvării sarcinilor. Scala a fost dezvoltată în 1981, în limba germană, de către Matthias Ierusalim și Ralf Schwarzer și, până în prezent, a fost folosită în numeroase studii, existând adaptări pentru 33 de limbi.

Autoeficiența generală în grupul post AVC cu vârste până la 50 de ani, a constituit valoarea medie  $19,9 \pm 4,2$ , iar în grupul post AVC cu vârste 50-75 de ani, a fost de  $18,2 \pm 4,6$ . Diferențele statistice între aceste grupuri nu sunt semnificative. Bineînțeles, autoeficiența în grupurile de persoane sănătoase (fără AVC) este mai mare și constituie: pentru cei cu vârste până la 50 de ani –  $28,3 \pm 4,7$ ; iar pentru cei cu vârste cuprinse între 50-75 de ani –  $26,5 \pm 4,2$ . Rezultatele, în acest caz, au demonstrat o diferență statistică semnificativă.

### **Concluzii la studiu**

Pe parcursul cercetării am fost în căutarea posibilităților de optimizare a procesului de reabilitare a persoanelor cu accident vascular cerebral. În urma investigației au fost stabilite *niveluri joase de păstrate a resurselor personale de rezistență și reglare*.

Rezultatele confirmă că resursele personale reprezintă o entitate sistemică, ce include un complex de constructe cognitive, emoționale și comportamentele, ce determină comportamentul adaptiv în situații stresogene și actualizarea capacităților personalității în realizarea scopurilor propuse, contribuind astfel la funcționarea sa optimă.

Am determinat că resursele personale joacă un rol important în păstrarea speranței în viitorul vieții, scopurilor propriei vieți, gândind într-o manieră pozitivă, demonstrând totodată o creștere a nivelului de autoeficiență și a vitalității subiective post AVC.

Rezultatele cercetării demonstrează că sfera de resurse a persoanelor post AVC este reprezentată într-o măsură mai mare de resursele de rezistență, care permit să confrunte stresul perioade mai îndelungate. Insuficiența resurselor de autoreglare nu permite pacientului să facă față consecințelor emoționale negative în urma situațiilor stresante provocate de AVC.

Este cert că starea post AVC se află într-o relație reciprocă puternică cu astfel de constituente psihologice precum viabilitatea generală, implicarea în viață, vitalitatea subiectivă, autoeficiența, optimismul, orientarea spre rezultat și spre procesul vieții, conștientizarea vieții, orientarea spre viitor, locul controlului Eu-lui ș.a.

S-a constatat că grupurile de control se diferențiază de cei cu AVC printr-un nivel înalt al conștientizării vieții, plenitudinii vitalității, optimismului, autoeficienței, viabilității. Toate aceste rezultate demonstrează posibilitatea dezvoltării resurselor personale conform unui program formativ pentru pacienți, care să permită persoanelor post AVC să conștientizeze că de ei depinde foarte mult succesul comun al reabilitării eficiente.

## **5.9. Calitatea vieții persoanelor post accident vascular cerebral**

### **Introducere**

Calitatea vieții reprezintă un concept care include un set vast de caracteristici fizice și psihice, apreciate în contextul vieții sociale și este dependent de factori multipli, inclusiv situația financiară, profesia, mediul social s.a. Definind și conceptualizând calitatea vieții din punct de vedere obiectiv, se referă „Standardul individual de viață reprezentat de condițiile verificabile caracteristice unei unități culturale” [249]. Din punct de vedere subiectiv, aceasta e definită ca „gradul în care viața individuală este percepută ca îndeplinind unele standarde interne, explicite sau implicite” [249]. Însă distincția calitate subiectivă / calitate obiectivă ridică numeroase controverse.

Calitatea vieții (Quality of Life – QoL) este definită de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) ca „*percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile necesități, standarde și aspirații*” [445]. În evaluarea calității vieții, se urmăresc o serie de dimensiuni, care descriu exhaustiv atât activitatea cotidiană cât și starea de sănătate, echilibrul psiho-emoțional și relațional [66]:

1. *Bunăstarea psiho-emoțională*, având ca indicatori: fericirea, mulțumirea de sine, stima de sine ridicată, sentimentul identității personale, sentimentul de siguranță, evitarea stresului excesiv, bogăția vieții spirituale etc.
2. *Relațiile interpersonale*, având ca indicatori: capacitatea de a te bucura de intimitate, capacitatea de a oferi afecțiune, capacitatea de a lega prietenii, existența cel puțin unui prieten, capacitatea de a te angaja în și de a întreține contacte sociale, accesul la suport social etc.
3. *Bunăstarea materială*, având ca indicatori: accesul la o locuință, condiții salubre de trai, siguranța locului de muncă, venituri adecvate, acces la hrană potrivită, posesie de bunuri (mobile sau imobile) etc.
4. *Afirmarea personală*, în sensul de: competență profesională, oportunitatea de promovare profesională, activități intelectuale, abilități/deprinderi profesionale solide, împlinire profesională etc.
5. *Bunăstarea fizică*, concretizată în stare de sănătate satisfăcătoare, mobilitate fizică, alimentație adecvată, acces la asistență medicală corespunzătoare, disponibilitatea timpului liber, asigurări de sănătate, hobby-uri și activități care mențin forma fizică etc.

6. *Independența*: autonomie, posibilitatea de a face alegeri personale, capacitatea de a lua decizii, autocontrolul personal, prezența unor valori și scopuri clar definite etc.
7. *Integrarea socială*: deținerea unui status și unui rol social, apartenența la diferite grupuri sociale, accesul la suport social, climat de muncă stimulat, implicarea în activități comunitare etc.
8. *Asigurarea drepturilor* fundamentale ale omului.

**Calitatea vieții în domeniul medical** (*Health Related Quality of Life – HRQoL*) reprezintă evaluarea în ansamblu a individului, luând în considerare starea de bine asociată cu evenimentele sau condițiile influențate în urma aplicării unui tratament, unei strategii prevenționale, manageriale etc. Astfel, prin calitatea vieții în medicină se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană. Ea reflectă preferințele pentru anumite stări ale sănătății ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității și care se exprimă printr-un singur indice ponderat – ani de viață standardizați, în funcție de calitatea vieții [216; 378]. Necesitatea stabilirii unor criterii operaționale pentru măsurarea calității vieții în sănătate a dus la elaborarea unui număr de modele, folosite inițial în practica asistentului medical și în îngrijirea paliativă.

Două modele sunt citate des în literatura de specialitate. Modelul celor 14 nevoi fundamentale, elaborat de Virginia Hudson atinge subiecte ce țin de confortul fizic, de capacitatea de auto-îngrijire, de relaționare cu ceilalți, dar atrage atenția și asupra nevoii de împlinire spirituală prin practicarea unui cult, prin joc, prin învățare etc. Modelul celor 12 activități cotidiene, elaborat de Nancy Roper încurajează lucrătorii medicali să privească pacientul dincolo de diagnostic și dincolo de nevoile sale evidente precum hrană și respirație, aducând în discuție aspecte precum sexualitatea și moartea.

a. *Modelul celor 14 nevoi fundamentale*, elaborat de Virginia Henderson [291; 292]:

- Nevoia de a respira normal.
- Alimentația (a bea și mânca) adecvată.
- Nevoia de eliminare a excrețiilor corporale.
- Nevoia de mișcarea și capacitatea de a menține pozițiile corporale dorite.
- Nevoia de somn și odihnă.
- Capacitatea de îmbrăcare și dezbrăcare și selectarea vestimentației adecvate.
- Nevoia menținerii unei temperaturi corporale normale, prin adaptarea vestimentației și modificarea mediului ambiant.
- Menținerea curățeniei corporale și nevoia de a proteja tegumentele.

- Nevoia de evitare a pericolelor din mediul de viață și evitarea rănirii/traumatizării altora.
  - Nevoia de comunicare cu semenii prin exprimarea emoțiilor, trebuințelor, temerilor și opiniilor.
  - Practicarea cultului religios la care aderă individul.
  - Nevoia de muncă sau activitate fizică/mentală.
  - Jocul și nevoia de a participa la activități distractive.
  - Nevoia de a învăța.
- b. Modelul celor 12 activități cotidiene, elaborat de Nancy Roper [399]:*
- Menținerea unui mediu de viață sigur și sănătos.
  - Comunicarea cu semenii.
  - Respirația.
  - Hrana și băutura / satisfacerea minimului de hrană și apă.
  - Eliminarea excrețiilor (urină și materii fecale).
  - Îmbrăcarea și curățenia corporală.
  - Controlul temperaturii corporale.
  - Mobilitatea corporală.
  - Munca și jocul.
  - Exprimarea sexualității.
  - Somnul.
  - Moartea/decesul.

*Instrumente care măsoară calitatea vieții în cercetările pe subiecți cu tulburări post AVC*

În studiile identificate, calitatea vieții s-a măsurat folosind următoarele instrumente:

1. *MOS SF 36 – Medical Outcome Study Short Form 36* – elaborat în urma studiului impactului activităților medicale asupra stării de bine percepută de individ. Acest instrument evaluează percepția personală asupra modului în care starea de sănătate sau boala influențează diferite domenii. Cea mai des utilizată este forma scurtă cu 36 de itemi și 8 domenii:

- *Scala funcționalității fizice* – cu 10 itemi: (exemplu: urcatul mai multor etaje pe scări, parcurgerea pe jos a unei distanțe mai mari de 1 kilometru);
- *Scala problemelor cauzate de afecțiunile fizice* – cu 4 itemi (exemplu: „Ați fost limitat în ceea ce privește felul muncii sau altor activități?”);
- *Scala funcționalității sociale* – cu 2 itemi (exemplu: „În ultimele patru săptămâni, în ce măsură starea dumneavoastră de sănătate fizică sau problemele emoționale, au afectat în mod negativ activitățile dvs. sociale obișnuite, legate de familie, prieteni, vecini sau alte grupuri de persoane?”);
- *Scala durerilor corporale* – cu 2 itemi (exemplu: „Cât de intens ați resimțit dureri corporale în ultimele patru săptămâni?”);

- *Scala sănătății mintale* – cu 5 itemi (exemplu: „Ați fost foarte nervos?”);
- *Scala problemelor cauzate de stări emoționale* – cu 3 itemi (exemplu: „Ați realizat mai puține activități decât ați fi dorit?”);
- *Scala de vitalitate* – cu 4 itemi (exemplu: „V-ați simțit plin de viață?”);
- *Scala sănătății generale* – cu 5 itemi (exemplu: „Mi se pare că mă îmbolnăvesc mai repede decât alți oameni”) [449].

2. *WHOQOL-100* – *World Health Organization Quality of Life* – chestionarul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, pentru evaluarea calității vieții. Acest instrument a fost elaborat și testat în 15 centre din întreaga lume, pentru a asigura universalitatea măsurătorii. Acest instrument are 100 de itemi, grupați pe 6 domenii și 24 de dimensiuni, după cum urmează:

- Sănătatea fizică – cu 3 dimensiuni: o vigoare și oboseală o durere și disconfort o somn și odihnă
- Sănătatea psihică – cu 5 dimensiuni: o înfățișarea personală o stările afective pozitive și negative o stima de sine sau încrederea în forțele proprii o capacitățile cognitive (gândirea, învățarea, memoria și concentrarea)
- Gradul de independență – cu 4 dimensiuni: o mobilitate fizică o îndeplinirea activităților cotidiene o dependența de medicamente și dispozitive medicale (pentru mișcare, auz, vorbire, vedere etc.) o capacitatea de muncă
- Sănătatea socială sau calitatea vieții în relațiile sociale – cu 3 dimensiuni: o relațiile interpersonale o suportul social o activitatea sexuală
- Mediul de viață – cu 8 dimensiuni obiective ale calității vieții: o resursele financiare o libertatea de mișcare fizică o protecția muncii sau securitatea muncii o accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale și de asistență socială o locuința o accesul la pregătirea personală și la informații o participarea la activități în timpul liber o calitatea mediului fizic ambiant (poluare chimică, poluare sonoră, intensitatea traficului, climatul fizic, disponibilitatea mijloacelor de transport)
- Calitatea vieții spirituale, care se referă la aderența la o organizație religioasă, la credințele și convingerile proprii [420].

Am întâlnit, în plus, aplicarea *WHOQOL-BREF*, variantă care conține 26 itemi și care explorează percepția individuală asupra sănătății fizice, sănătății psihice, relațiilor sociale și mediului de viață.

### ***Descrierea studiului – Evidențierea calității vieții persoanelor post accident vascular cerebral***

Literatura de specialitate, constată că AVC-ul este o boală care prin handicapul multiplu (fizic, psihic, social), are consecințe severe asupra vieții de zi cu zi [214; 215]. Calitatea vieții este un scop dar și un etalon al serviciilor de

care beneficiază un pacient după AVC. Există foarte puține date care descriu recuperarea pe termen lung și evoluția pacienților după AVC în țara noastră, prin urmare se știe destul de puțin și despre calitatea vieții. Studiind literatura de specialitate, am stabilit că problema aceasta este comună și altor țări Est-Europene [300], majoritatea literaturii științifice pe această temă se referă la Statele Unite și țări din Europa de Vest, ori circumstanțele socio-economice din Republica Moldova sunt foarte diferite, iar acestea au un impact semnificativ în recuperarea după AVC și calitatea vieții acestor persoane.

*Ipotezele* pe care acest studiu și le-a propus să le verifice au fost: calitatea vieții la pacienții cu AVC este mai scăzută decât la persoanele sănătoase din populația generală, pe baza datelor din literatură, nivelele de funcționare la pacienții cu AVC sunt sub cele ale persoanelor din populația generală.

*Obiective ale acestui studiu au fost:* să descrie componentele calității vieții la pacienți care au suferit un AVC în urmă cu cel puțin un an; să compare calitatea vieții și nivelul de funcționare a pacienților cu cea a unui lot de persoane sănătoase comparabile ca vârstă și nivel de educație.

*Material, metodă, procedura. Participanți* ai studiului au fost 75 pacienți care au supraviețuit cel puțin un an după AVC și 47 de persoane sănătoase comparabile ca vârstă și nivel de școlarizare cu pacienții. Pacienții au fost selectați în secțiile Neurologie și Neurologie Boli Cerebrovasculare a IMU, respectiv la medicii de familie în policlinicile sectoriale din Chișinău. Lotul de control a fost selectat în cabinetele medicilor de familie. *Criterii de includere pacienți:* unul sau mai multe AVC în antecedente; AVC în urmă cu cel puțin un an; vârstă peste 40 de ani și sub 85 de ani; cunoașterea limbii române; un nivel adecvat de înțelegere verbală pentru a putea citi și răspunde la chestionare; să nu prezinte afazie, deficite auditive sau vizuale care nu ar permite o performanță adecvată la teste; existența consimțământului informat. *Criterii de excludere pacienți* – vârstă sub 40 de ani și peste 85 de ani; deficite în realizarea activităților zilnice (anterioare AVC-ului); dificultăți în înțelegerea instrucțiunilor testului; deficite vizuale sau auditive, afazie, deficiență mintală; inexistența consimțământului informat, refuzul de a participa la studiu. *Criterii de includere lot de control* – vârsta 40-84 de ani; persoane fără tulburări psihice și fără antecedente psihiatrice în momentul examinării; nivel de școlarizare comparabile cu ale pacienților; existența consimțământului informat. *Criterii de excludere lot de control* – vârstă sub 45 de ani și peste 85 de ani; retard mintal; refuzul de a participa la studiu.

Pacienților li s-a explicat scopul studiului și au fost instruiți privind completarea chestionarelor și au semnat consimțământul informat. Studiul acesta a fost aprobat de Comisia de Etică a IMU. În cazul neînțelegerii anumitor termeni li s-a acordat ajutor, astfel încât să nu existe erori în rezultatele obținute. Tuturor persoanelor luate în studiu li s-au colectat câteva date demografice: vârstă, sex, nivel de școlarizare, ocupația, starea civilă, mediul



de proveniență. Pentru evaluarea clinică a subiecților s-a folosit chestionarul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, pentru evaluarea calității vieții – WHO-QoL (*World Health Organization Quality of Life*).

Scala OMS de calitate a vieții (WHOQOL-BREF) [437] a cuprins 26 itemi și evaluează calitatea vieții persoanelor cu boli cronice. Am făcut măsurători în patru domenii: fizic, psihologic, relații sociale și mediu:

- *Domeniul fizic* a constat în întrebări legate de activitățile zilnice, complianța la tratament, durere și disconfort, somn și repaus, energie și oboseală.
- *Domeniul psihologic* a inclus întrebări despre sentimentele pozitive și negative, stima de sine, imaginea asupra propriului corp și prezență, credințe personale și atenție.
- *Domeniul relațiilor sociale* a evaluat relațiile personale, suportul social și activitatea sexuală.
- *Domeniul legat de mediu* a explorat securitatea și siguranța fizică, resursele financiare, serviciile de sănătate și sociale și disponibilitatea acestora, oportunități de dobândire de noi informații și abilități, și participarea la, sau oportunități pentru recreare și transport.

Chestionarul se bazează pe o scală Likert și se atribuie un scor de la 1 la 5, scorul mai mare indicând o mai bună calitate a vieții. Evaluarea calității vieții folosind WHOQOL-BREF se utilizează în cercetarea medicală, constituind în viitor un instrument de verificare de rutină a serviciilor sociale și de sănătate.

Analiza statistică s-a efectuat cu ajutorul programului SPSS, versiunea 20 pentru Mac OS 10.9.1. Pentru început s-a analizat distribuția datelor utilizând testul Shapiro-Wilk. Deoarece distribuția variabilelor nu a fost simetrică s-au utilizat metode statistice adecvate acestui tip de distribuție. Comparațiile dintre două loturi de subiecți a fost realizată cu testul Mann-Whitney U. Comparațiile dintre două loturi de subiecți a fost realizată cu testul Kruskal-Wallis W. Pentru compararea frecvențelor s-a utilizat criteriul  $\chi^2$ . Corelațiile au fost făcute utilizând coeficientul de corelație non-parametrică Spearman.

### **Rezultatele studiului**

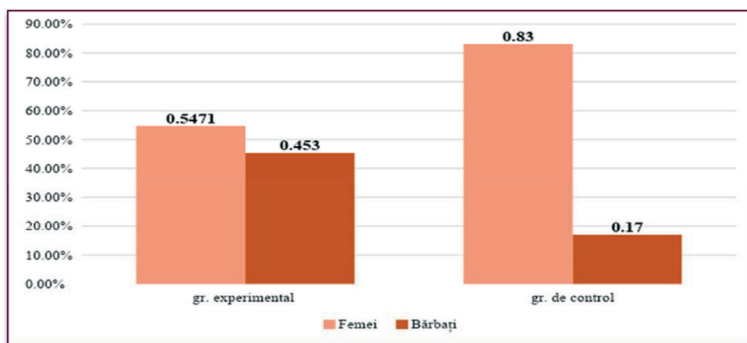
Caracteristicile socio-demografice a lotului – subiecții acestei cercetări au fost 75 pacienți cu AVC și 47 de persoane sănătoase comparabile ca vârstă și nivel de școlarizare cu pacienții, date prezentate în *Tabelul 5.21*.

Vârsta medie a pacienților este de 67,97 ani ( $\pm 9,74$ ), iar a lotului de control este de 64,78 ani ( $\pm 7,77$ ). Această diferență nu este semnificativă din punct de vedere statistic ( $t=1,894$ ,  $p>0,05$ ). Nivelul de educație al pacienților este de 9,9 ani ( $\pm 3,57$ ), iar al lotului de control de 11,08 ani ( $\pm 2,56$ ). Această diferență nu este semnificativă din punct de vedere statistic ( $t=1,966$ ,  $p>0,05$ ). Pacienții din studiul nostru au avut primul AVC la vârsta de 63,6 ani. Timpul trecut de la acest AVC este de 4,37 ani.

**Tabelul 5.21. Media de vârstă la pacienți și la lotul de control**

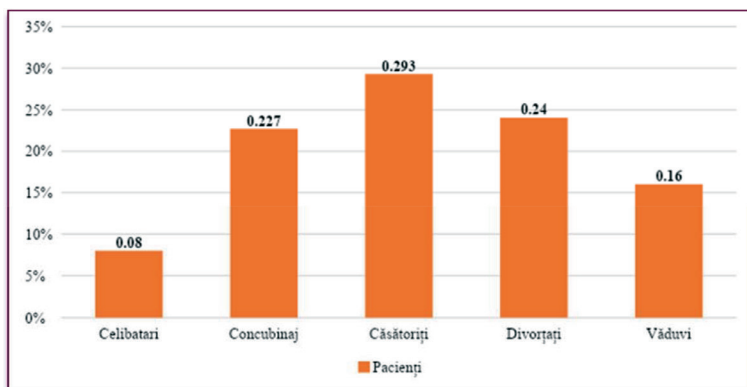
	Grup	N	Media	AS	t	p
vârsta	pacienți AVC	75	67,9733	9,74953	1,894	0,061
vârsta	control	47	64,7872	7,77380	1,894	0,061
studii	pacienți AVC	75	9,9067	3,57232	1,966	0,052
studii	control	47	11,0851	2,56082	1,966	0,052

Distribuția în funcție de sex a celor două loturi – 34 de pacienți (45,3%) au fost bărbați și 41 (54,7%) au fost femei. Dintre persoanele sănătoase 8 (17%) au fost bărbați și 39 (83%) au fost femei.



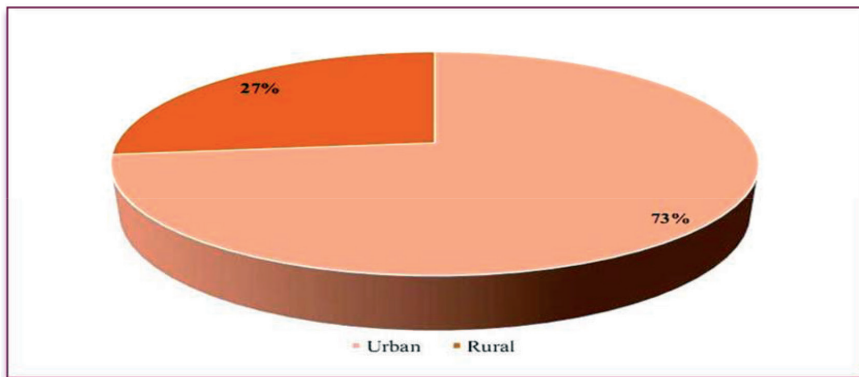
**Figura 5.37. Distribuția în funcție de sex a grupului experimental și a celui de control**

Starea civilă a pacienților – 6 pacienți (8%) sunt necăsătoriți, 17 (22,7%) trăiesc în concubinaj, 22 (29,3%) sunt căsătoriți, 18 (24%) sunt divorțați și 12 (16%) sunt văduvi.



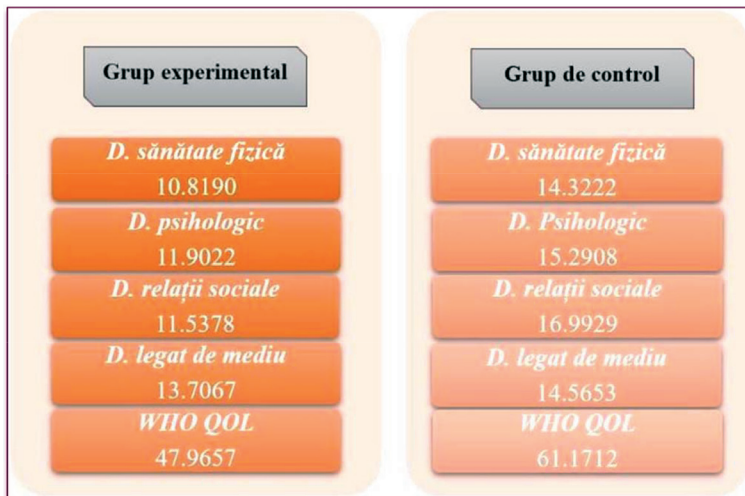
**Figura 5.38. Distribuția datelor privind starea civilă a pacienților antrenați în experiment**

Ocupația pacienților – 37 pacienți (49,3%) sunt pensionari de vârstă și 38 (50,7%) sunt pensionari de boală.



**Figura 5.39.** Reprezentarea datelor privind ocupația pacienților antrenați în experiment

Mediul de proveniență al celor studiați – 73,33% din pacienți provin din mediul urban și 26,67% din mediul rural.



**Figura 5.40.** Reprezentarea datelor privind mediul de proveniență a pacienților implicați în experiment

Scorurile la chestionarul WHO de calitate a vieții (WHO QOL pe domenii) – pacienți și lotul de control, sunt prezentate în *Tabelul 5.22*.

**Tabelul 5.22. Scorurile la chestionarul WHO de calitate a vieții**  
(WHO QOL pe domenii)

Scala WHO QOL pe domenii:	Grup	N	Media	AS	Testul Mann-Whitney U	p
sănătate fizică	Pacienți AVC	75	10,8190	2,27862	3,167	0,000
	control	47	14,3222	1,30199		
psihologic	Pacienți AVC	75	11,9022	2,25331	3,104	0,000
	control	47	15,2908	1,77151		
relații sociale	Pacienți AVC	75	11,5378	3,53782	3,177	0,000
	control	47	16,9929	2,55518		
legat de mediu	Pacienți AVC	75	13,7067	2,86099	1998,5	>0,05
	control	47	14,5653	1,63316		
WHO QOL	Pacienți AVC	75	47,9657	7,97318	3206,5	0,000
	control	47	61,1712	5,36124		

După cum vedem în tabel, satisfacția față de calitatea vieții este mai mare la lotul de control decât la pacienții cu AVC.

La evaluarea calității vieții cu chestionarul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, (WHO QOL), domeniul *sănătate fizică*, pacienții cu AVC au un scor mediu de 10.8190 ( $\pm$  2,27862) iar lotul de control are un scor mediu de 14,3222 ( $\pm$ 1,30199). Comparativ cu lotul de control, pacienții cu AVC au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, domeniul *sănătate fizică*, (Mann-Whitney U=3167, p<0,000).

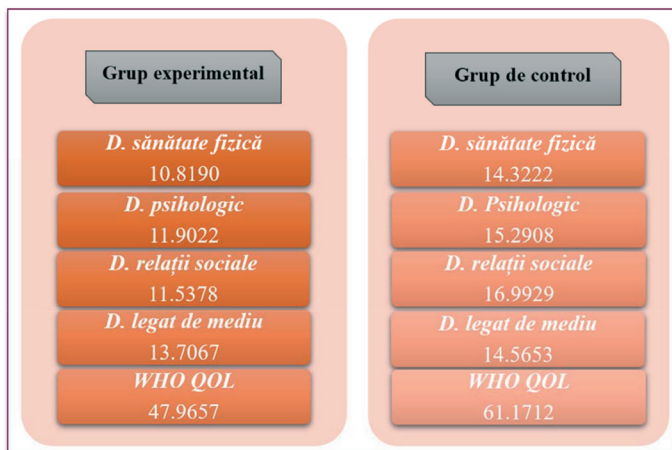
La evaluarea subiecților cu WHO QOL *domeniul psihologic*, cei cu AVC au un scor mediu de 11.9022 ( $\pm$  2,25331) iar lotul de control are un scor mediu de 15.2908 ( $\pm$  1,77151). Comparativ cu lotul de control, pacienții cu AVC au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, Domeniul psihologic (Mann-Whitney U=3104, p<0,000).

La WHO QOL *domeniul relațiilor sociale*, persoanele cu AVC au un scor mediu de 11,5378 ( $\pm$  3,53782) iar lotul de control are un scor mediu de 16,9929 ( $\pm$  2,55518). Comparativ cu lotul de control, pacienții cu AVC au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, Domeniul relațiilor sociale (Mann-Whitney U=3177, p<0,000).

La interpretarea evaluării cu scala WHO QOL *domeniul legat de mediu*, persoanele cu AVC au un scor mediu de 13,7067 ( $\pm$  2,86099), iar lotul de control are un scor mediu de 14,5653 ( $\pm$  1,63316). Comparativ cu lotul de control, pacienții cu AVC nu au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, Domeniul legat de mediu (Mann-Whitney U=1998,5, p>0,05).

Analizând în final rezultatele evaluării cu scala *WHO QOL total*, subiecții cu AVC au un scor mediu de 47,9657 ( $\pm$  7,97318) iar lotul de control are un scor mediu de 61,1712 ( $\pm$  5,36124). Comparativ cu lotul de control, *pacienții*

cu AVC au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, WHO QOL total (Mann-Whitney U=3206,5, p<0,000).



**Figura 5.41. Reprezentarea scorurilor la chestionarul WHO de calitate a vieții (WHO QOL pe domenii)**

Dacă analizăm la subiecții din experiment *satisfacția față de calitatea vieții*, putem vedea că 33,3% din pacienții cu AVC consideră că au o calitate foarte proastă a vieții, 10,7% consideră că au calitate proastă. Iar 10,6% din persoanele din lotul de control și 42,7% din pacienți consideră că calitatea vieții lor nu e nici proastă nici bună. Un procent de 68,1% din persoanele din lotul de control consideră că au o calitate a vieții bună și 21,3% foarte bună, în timp ce doar 13,3% din pacienți sunt mulțumiți de calitatea vieții lor. Diferența este statistic semnificativă ( $\chi^2=71,570$ ; p<0,000).

**Tabelul 5.23. Satisfacția față de calitatea vieții**

Cum apreciați calitatea vieții Dumneavoastră?	Număr/procente	Grup AVC	Grup control
Foarte proastă	Nr	25	0
Foarte proastă	%	33,3	0
Proastă	Nr	8	0
Proastă	%	10,7	0
Nici proastă, nici bună	Nr	32	5
Nici proastă, nici bună	%	42,7	10,6
Bună	Nr	10	32
Bună	%	13,3	68,1
Foarte bună	Nr	0	10
Foarte bună	%	0	21,3

Analizând cele prezentate în *Tabelul 5.23*, putem concluziona următoarele – 33,3% dintre pacienții cu AVC consideră că au o *calitate foarte proastă* a vieții, iar 10,7% consideră că au *calitate proastă*. Un număr de 10,6% din persoanele din lotul de control și 42,7% din pacienți cu AVC consideră că *calitatea vieții lor nu e nici proastă nici bună*, iar 68,1% din persoanele din lotul de control consideră că au o *calitate a vieții bună* și 21,3% *foarte bună*, în timp ce doar 13,3% din pacienți sunt mulțumiți de calitatea vieții lor. Diferența este statistic semnificativă ( $\chi^2=71,570$ ;  $p<0,000$ ).

Analizând *satisfacția față de sănătatea fizică* a subiecților, putem conchide următoarele – 24,0% din pacienții cu AVC sunt *foarte nesatisfăcuți* și 42,7% sunt *nesatisfăcuți* de starea lor de sănătate fizică. Un număr de 63,8% din persoanele din lotul de control sunt *satisfăcute* și 23,4% sunt *foarte satisfăcute* de starea lor de sănătate fizică, pe când doar 26,7% din pacienții cu AVC sunt *satisfăcuți* de starea lor de sănătate fizică. Diferența este statistic semnificativă ( $\chi^2=59,815$ ;  $p<0,000$ ). Datele sunt prezentate în *Tabelul 5.24*.

**Tabelul 5.24. Satisfacția față de sănătatea fizică**

<b>Cât de satisfăcut sunteți de sănătatea dumneavoastră?</b>	<b>Număr/ procente</b>	<b>Grup AVC</b>	<b>Grup control</b>
Foarte nesatisfăcut	Nr	18	0
Foarte nesatisfăcut	%	24,0	0
Nesatisfăcut	Nr	32	0
Nesatisfăcut	%	42,7	0
Nici nesatisfăcut, nici satisfăcut	Nr	5	6
Nici nesatisfăcut, nici satisfăcut	%	6,7	12,8
Satisfăcut	Nr	20	30
Satisfăcut	%	26,7	63,8
Foarte satisfăcut	Nr	0	11
Foarte satisfăcut	%	0	23,4

În urma evaluării la toți subiecții a disconfortului cauzat de durerile fizice, răspunsul la chestionarul „*Cât de tare ați simțit că durerea v-a împiedicat să faceți ceea ce era nevoie să faceți?*”, respondenții au prezentat următoarele rezultate – 24,0% din pacienții cu AVC nu sunt deloc deranjați de disconfortul produs de dureri fizice, 22,7% sunt puțin deranjați, 25,3% sunt moderat deranjați, 14,7% sunt foarte deranjați și 13,3% sunt extrem de deranjați. Un număr de 24,0% din persoanele din lotul de control nu sunt deloc deranjați de disconfortul produs de dureri fizice, 38,3% sunt puțin deranjați, 19,1% sunt moderat deranjați și 4,3% sunt foarte deranjați. Diferența este statistic semnificativă ( $\chi^2=150$ ;  $p<0,007$ ).

Nevoia de tratament medical („*Cât de mult aveți nevoie de vreun tratament medical ca să vă duceți viața de zi cu zi?*”) a fost prezentată de către

respondenți în modul următor – 53,2% din persoanele din lotul de control nu au nevoie deloc de tratament și 29,8% au puțină nevoie de tratament medical ca să-și poată duce viața de zi cu zi. Un procent de 4% din pacienții cu AVC au puțină nevoie, 10,7% au nevoie moderată, 56,0% au foarte multă și 29,3% extrem de multă nevoie de tratament medical ca să-și poată duce viața de zi cu zi. În lotul de control, 14,9% au o nevoie moderată și 2,1% au foarte multă nevoie de tratament ca să-și poată duce viața de zi cu zi. În comparație cu lotul de control, un număr semnificativ mai mare de pacienți cu AVC consideră că are nevoie de tratament în viața de zi cu zi ( $\chi^2=91,68$ ;  $p<0,000$ ).

În urma aplicării chestionarului, subiecții au prezentat date despre *bucuria față de viață*, rezultatele fiind descrise în *Tabelul 5.25*.

**Tabelul 5.25. Bucuria față de viață**

<i>Cât de mult vă bucurați de viață?</i>	<b>Număr/procente</b>	<b>Grup AVC</b>	<b>Grup control</b>
Deloc	Nr	16	0
Deloc	%	21,3	0
Puțin	Nr	12	1
Puțin	%	16	2,1
Moderat	Nr	14	7
Moderat	%	18,7	14,9
Foarte mult	Nr	24	18
Foarte mult	%	32	38,3
Extrem de mult	Nr	9	21
Extrem de mult	%	12	44,7

Comentând datele expuse în tabel, putem afirma spune că 21,3% dintre pacienți cu AVC nu se bucură deloc de viață, 16% se bucură puțin, 18,7% se bucură moderat și 32% se bucură foarte mult și 12% extrem de mult. Din lotul de control, 2,1% se bucură puțin de viață, 14,9% se bucură moderat, 38,3% se bucură foarte mult și 44,7% extrem de mult. În comparație cu lotul de control, un număr semnificativ mai mic de pacienți cu AVC se bucură de viață ( $\chi^2=28,366$ ;  $p<0,000$ ).

Studiind *importanța acordată vieții* („Cât de mult simțiți că viața dumneavoastră este importantă?”), 13,3% dintre pacienți nu simt deloc că viața lor e importantă, 18,7% simt că viața lor e puțin importantă, 37,3% că e moderat importantă, 17,3% – că e foarte importantă și 13,3% simt că viața lor este extrem de importantă. Din lotul de control, 10,6% din persoane consideră că viața lor e moderat, 27,7% că e foarte importantă și 61,7% că viața lor este extrem de importantă. În comparație cu lotul de control, un număr semnificativ mai mic de pacienți cu AVC consideră că viața lor e importantă ( $\chi^2=45,24$ ;  $p<0,000$ ).

Vorbind cu subiecții despre *singurătate* („Cât de sigur vă simțiți în viața de zi cu zi?”), 17% din pacienții cu AVC se simt extrem de singuri, 44,7% se simt foarte singuri, 34,0% se simt moderat de singuri, iar 4,3% se simt puțin singuri, iar 2,7% din persoanele din lotul de control se simt extrem de singuri, 6,7% se simt foarte singuri, 30,7% se simt moderat de singuri, 52,0% se simt puțin singuri și 8% nu se simt deloc singuri. Comparativ cu lotul de control, un procent semnificativ mai mare de pacienți cu AVC se simt foarte singuri ( $\chi^2=50,31$ ;  $p<0,000$ ).

Analizând *satisfacția față de mediul în care trăiesc*, respondenții s-au expus în modul următor – 10,7% din pacienții cu AVC consideră că ambianța lor fizică nu e deloc sănătoasă, 44,0% consideră că este puțin sănătoasă, 33,3% că e moderat sănătoasă și 12% că este foarte sănătoasă. Din lotul de control, 23,4% consideră că ambianța în care trăiesc este moderat de sănătoasă, 44,7% că este foarte sănătoasă și 31,9% consideră că este extrem de sănătoasă. Comparativ cu lotul de control, un procent semnificativ mai mic de pacienți consideră că mediul fizic în care trăiesc este sănătos ( $\chi^2=50,31$ ;  $p<0,000$ ).

Cât ține de *energie pentru viața de zi cu zi*, subiecții s-au pronunțat în modul următor – 18,7% din pacienții cu AVC consideră că nu au deloc energie pentru viața de zi cu zi, 41,3% consideră că au puțină energie și 18,7% că au energie moderată. Iar 6,4% din persoanele din lotul de control consideră că au un nivel moderat de energie și 38,3% că au extrem de multă energie, 55,3% din persoanele din lotul de control consideră că au avut foarte multă energie pentru viața de zi cu zi. Un procent semnificativ mai mic de pacienți (21,3%) consideră același lucru ( $\chi^2=69,74$ ;  $p<0,05$ ).

Satisfacția subiecților studiați față de aspectul fizic, prezintă următoarele date, prezentate în *Tabelul 5.26*.

**Tabelul 5.26. Satisfacția față de aspectul fizic**

<b>Ați acceptat înfățișarea dumneavoastră exterioară?</b>	<b>Număr/ procent</b>	<b>Grup AVC</b>	<b>Grup control</b>
Deloc	Nr	10	0
Deloc	%	13,3	0
Puțin	Nr	14	2
Puțin	%	18,7	4,3
Moderat	Nr	23	7
Moderat	%	30,7	14,9
Foarte mult	Nr	24	18
Foarte mult	%	32	38,3
Extrem de mult	Nr	4	20
Extrem de mult	%	5,3	42,6



După cum se vede din tabel, 13,3% dintre pacienți cu AVC nu sunt deloc mulțumiți de aspectul lor exterior, 18,7% sunt puțin mulțumiți, 30,7% sunt moderat mulțumiți, 32,0% sunt foarte mulțumiți și 5,3% sunt extrem de mulțumiți. Iar 4,3% dintre persoanele din lotul de control sunt puțin mulțumiți de aspectul lor exterior, 14,9% sunt moderat mulțumiți, 38,3% sunt foarte mulțumiți și 42,6% sunt extrem de mulțumiți. Pacienții sunt mai puțin mulțumiți de felul în care arată ca și persoanele sănătoase din lotul de control ( $\chi^2=34,445$ ;  $p>0,05$ ).

La întrebarea din chestionar „Ați avut suficienți bani pentru nevoile dumneavoastră?”, respondenții studiului și-au prezentat satisfacția față de situația financiară, în felul următor – 13,7% dintre pacienți cu AVC nu sunt deloc satisfăcuți de situația lor financiară, 24% sunt puțin mulțumiți, 26,7% sunt moderat mulțumiți și 10% sunt extrem de mulțumiți. Iar 2,1% dintre persoanele din lot nu sunt deloc satisfăcuți de situația lor financiară, 6,4% sunt puțin mulțumiți, 21,3% sunt moderat mulțumiți și 19,1% sunt extrem de mulțumiți; 51,1% dintre persoanele sănătoase și 51,1% dintre pacienți consideră că au destui bani pentru nevoile lor, diferența dintre cele două grupuri este semnificativă statistic ( $\chi^2=14,066$ ;  $p<0,007$ ).

Satisfacția față de accesul la informație prezintă următoarele date – 2,7% din pacienții cu AVC nu sunt deloc satisfăcuți de accesul lor la informație, 8% sunt puțin satisfăcuți, 29,3% sunt moderat satisfăcuți, 37,3 sunt foarte satisfăcuți și 22,7% sunt extrem de satisfăcuți. Iar 12,8% din persoanele din lotul de control sunt moderat satisfăcute, 25,5% sunt foarte satisfăcute și 61,7% sunt extrem de satisfăcute de accesul lor la informații. Pacienții cu AVC sunt mai puțin satisfăcuți de accesul lor la informații comparativ cu persoanele sănătoase ( $\chi^2=21,373$ ;  $p<0,000$ ).

Este evident faptul, că *satisfacția față de capacitatea de a se deplasa*, este mai joasă la cei cu AVC. Datele sunt prezentate în Tabelul 5.27.

**Tabelul 5.27. Satisfacția față de capacitatea de a se deplasa**

<i>Cât de mulțumit sunteți de capacitatea dumneavoastră de a vă deplasa?</i>	Număr/ procent	Grup AVC	Grup control
Deloc	Nr	22	0
Deloc	%	29,3	0
Puțin	Nr	12	1
Puțin	%	16	2,1
Moderat	Nr	27	8
Moderat	%	36	17
Foarte mult	Nr	10	5
Foarte mult	%	13,3	10,6
Extrem de mult	Nr	4	33
Extrem de mult	%	5,3	70,2

După cum observăm, 29,3% din pacienții cu AVC nu sunt deloc satisfăcuți de capacitatea lor de a se deplasa, 16% sunt puțin satisfăcuți, 36% sunt moderat satisfăcuți, 13,3% sunt foarte satisfăcuți și 5,3% sunt extrem de satisfăcuți. Iar 2,1% dintre persoanele din lotul de control sunt puțin satisfăcute de capacitatea lor de a se deplasa, 17% sunt moderat satisfăcute, 10,6% sunt foarte satisfăcute și 70,2% sunt extrem de satisfăcute. Pacienții cu AVC sunt mai puțin satisfăcuți de capacitatea lor de a se deplasa ( $\chi^2=62,906$ ;  $p<0,000$ ).

Satisfacția subiecților față de propria *capacitate de a îndeplini activitățile de zi cu zi*, se prezintă în felul următor – 22,7% din pacienții cu AVC nu sunt foarte nesatisfăcuți de capacitatea lor de a desfășura activitățile zilnice, 33,3% sunt nesatisfăcuți, 28% nu sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți, 10,7% sunt satisfăcuți și 5,3% sunt foarte de satisfăcuți. Un număr de 8,5% dintre persoanele din lotul de control nu sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de capacitatea lor de a desfășura activitățile zilnice, 42,6% sunt satisfăcute și 48,9% sunt foarte de satisfăcute. Comparativ cu lotul de control în care toate persoanele sunt mulțumite de capacitatea lor de îndeplini activitățile vieții de zi cu zi, doar 10,7% din pacienți sunt satisfăcuți de aceasta ( $\chi^2=69,29$ ;  $p<0,000$ ).

*Satisfacția față de propria persoană* a demonstrat următoarele – 16% din pacienții cu AVC sunt foarte nesatisfăcuți de propria persoană, 40% sunt nesatisfăcuți, 14,7% nu sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți și 26,7% sunt satisfăcuți și 2,7% sunt foarte satisfăcuți. Iar 2,1% dintre persoanele din lotul de control sunt nesatisfăcute de propria persoană, 12,8% nu sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de propria persoană, 48,9% sunt satisfăcute și 36,2% sunt foarte satisfăcute. Un procent semnificativ mai mare de persoane din lotul de control (48,9%) față de pacienți (26,7%) sunt satisfăcute de propria persoană ( $\chi^2=48,79$ ;  $p<0,000$ ).

La fel au fost diferențe și la *satisfacția subiecților față de relațiile interpersonale*. Un număr de 10,7% din pacienții cu AVC sunt foarte nesatisfăcuți de relațiile lor interpersonale, 18,7% sunt nesatisfăcuți, 18,7% nu sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți și 46,7% sunt satisfăcuți și 5,3% sunt foarte satisfăcuți. Iar 2,1% dintre persoanele din lotul de control sunt nesatisfăcute de relațiile lor interpersonale, 4,3% nu sunt nici satisfăcute / nici nesatisfăcute de relațiile lor interpersonale, 48,9% sunt satisfăcute și 44,7% sunt foarte satisfăcute. Un procent semnificativ mai mare de persoane din lotul de control (48,94%) față de pacienți (46,7%) sunt satisfăcute de relațiile lor interpersonale ( $\chi^2=37,87$ ;  $p<0,000$ ).

Satisfacția subiecților față de sprijinul din partea prietenilor este prezentat în *Tabelul 5.28*.

Datele se prezintă în felul următor – 16% din pacienții cu AVC sunt foarte nesatisfăcuți de sprijinul primit de la prieteni, 18,7% sunt nesatisfăcuți, 33,3% nu sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți și 21,3% sunt satisfăcuți și

10,7% sunt foarte satisfăcuți. Iar 23,4% dintre persoanele din lotul de control nu sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de sprijinul primit de la prieteni, 34% sunt satisfăcute și 51,1% sunt foarte satisfăcute. Un procent semnificativ mai mare de persoane din lotul de control (51,1%) față de pacienți (10,7%) sunt foarte satisfăcute de sprijinul primit de la prieteni ( $\chi^2=39,795$ ;  $p<0,000$ ).

**Tabelul 5.28. Satisfacția față de sprijinul din partea prietenilor**

<i>Cât de satisfăcut sunteți de sprijinul pe care-l aveți de la prietenii dumneavoastră?</i>	<b>Număr/ procent</b>	<b>Grup AVC</b>	<b>Grup control</b>
Foarte nesatisfăcut	Nr	12	0
Foarte nesatisfăcut	%	16	0
Nesatisfăcut	Nr	14	0
Nesatisfăcut	%	18,7	0
Nici nesatisfăcut / nici satisfăcut	Nr	25	7
Nici nesatisfăcut / nici satisfăcut	%	33,3	14,9
Satisfăcut	Nr	16	16
Satisfăcut	%	21,3	34
Foarte satisfăcut	Nr	8	24
Foarte satisfăcut	%	10,7	51,1

*Satisfacția subiecților față de locuință* prezintă la fel un mare interes, rezultatele fiind următoarele – 2,7% din pacienții cu AVC sunt foarte nesatisfăcuți de locuință, 5,3% sunt nesatisfăcuți, 10,7% nu sunt nici satisfăcuți / nici nesatisfăcuți, 57,3% sunt satisfăcuți și 24% sunt foarte satisfăcuți. Iar 19,1% dintre persoanele din lotul de control sunt nesatisfăcute de locuința lor, 25,5% nu sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de locuința lor, 40,4% sunt satisfăcute și 14,9% sunt foarte satisfăcute. Un procent semnificativ mai mic de persoane din lotul de control (40,4%) față de pacienți (57,3%) sunt satisfăcute de locuința lor ( $\chi^2=13,118$ ;  $p<0,011$ ).

*Satisfacția față de accesul la serviciile de sănătate* prezintă o determinantă importantă a evaluării. Rezultatele sunt prezentate în *Tabelul 5.29*.

Din datele prezentate în tabel, se vede că 2,7% din pacienții cu AVC sunt foarte nesatisfăcuți de accesul la serviciile de sănătate, 5,3% sunt nesatisfăcuți, 10,7% nu sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți și 53,3% sunt satisfăcuți și 28% sunt foarte satisfăcuți. Iar 10,6% dintre persoanele din lotul de control sunt nesatisfăcute de accesul la serviciile de sănătate, 8,5% sunt nesatisfăcute, 42,6% nu sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de accesul la serviciile de sănătate, 34% sunt satisfăcute și 4,3% sunt foarte satisfăcute. Un procent semnificativ mai mic de persoane din lotul de control (40,4%) față de pacienți (53,3%) sunt satisfăcute de accesul la serviciile de sănătate ( $\chi^2=13,118$ ;  $p<0,011$ ).

**Tabelul 5.29. Satisfacția față de accesul la serviciile de sănătate**

Cât de satisfăcut sunteți de accesul la serviciile de sănătate?	Număr/ procent	Grup AVC	Grup control
Foarte nesatisfăcut	Nr	2	5
Foarte nesatisfăcut	%	2,7	10,6
Nesatisfăcut	Nr	4	4
Nesatisfăcut	%	5,3	8,5
Nici nesatisfăcut / nici satisfăcut	Nr	8	20
Nici nesatisfăcut / nici satisfăcut	%	10,7	42,6
satisfăcut	Nr	40	16
satisfăcut	%	53,3	34
Foarte satisfăcut	Nr	21	2
Foarte satisfăcut	%	28	4,3

La fel a fost evaluată și *satisfacția subiecților față de transportul public*, care au prezentat următoarele rezultate – 2,7% dintre pacienții cu AVC sunt foarte nesatisfăcuți de transportul public, 10,7% sunt nesatisfăcuți, 24% nu sunt nici satisfăcuți nici nesatisfăcuți și 42,7% sunt satisfăcuți și 20% sunt foarte satisfăcuți. Iar 4,3% dintre persoanele din lotul de control sunt nesatisfăcute de transportul public, 19,1% sunt nesatisfăcute, 27,2% nu sunt nici satisfăcute nici nesatisfăcute de accesul la transportul public, 34% sunt satisfăcute și 14,9% sunt foarte satisfăcute. Nu există diferențe între pacienți și persoanele sănătoase în ceea ce privește satisfacția față de transportul public ( $\chi^2=2,831$ ;  $p>0,05$ ).

### **Sinteza studiului**

Studiul dat și-a propus să descrie componentele calității vieții la pacienți care au suferit un AVC în urmă cu cel puțin un an, să compare calitatea vieții și nivelul de funcționare cognitivă a pacienților cu cea a unui lot de persoane sănătoase comparabile ca vârstă și nivel de educație.

Ne-am așteptat ca pacienții cu AVC să aibă o calitate a vieții și un nivel de funcționare mai scăzute decât persoanele sănătoase din populația generală, tulburările post AVC să influențeze negativ calitatea vieții. Aceste ipoteze au fost confirmate de rezultatele studiului nostru.

Loturile noastre au avut următoarea structură: 34 de pacienți (45,3%) au fost bărbați și 41 (54,7%) au fost femei. Dintre persoanele sănătoase 8 (17%) au fost bărbați și 39 (83%) au fost femei. 51 pacienți (68%) au prezentat un AVC ischemic și 24 (32%) un AVC hemoragic.

Conform literaturii de specialitate, AVC-ul este cauza principală a dizabilității pe termen lung în țările occidentale [214; 215]. Prevalența supraviețuitorilor unui AVC care necesită ajutor din partea aparținătorilor pentru cel

puțin o activitate legată de traiul zilnic a fost estimată la 173/100000 [199]. Nivelul de funcționare se referă la capacitatea de a efectua activitățile necesare traiului de zi cu zi [298]. Menținerea unui nivel cât mai ridicat de funcționare este un indicator al stării de sănătate la persoanele în vârstă, scăderea nivelului de funcționare se asociază cu morbiditate și mortalitate crescută.

Accidentul vascular cerebral produce atât probleme fizice cât și psihologice, sociale, având un impact foarte mare asupra capacității pacientului de a efectua activitățile traiului zilnic și asupra calității vieții [243]. Există numeroase studii care au evidențiat relația dintre AVC și calitatea vieții [218]. Compararea rezultatelor studiilor legate de calitatea vieții la pacienții cu AVC este uneori dificilă datorită instrumentelor de evaluare diferite pe care aceste studii le utilizează [7; 279].

În studiul nostru, satisfacția față de calitatea vieții este mai mare la lotul de control decât la pacienții cu AVC.

Evoluția pe termen lung a calității vieții la pacienții cu AVC este mai puțin cunoscută [247]. Pentru că studiile referitoare la calitatea vieții au diferite probleme metodologice cum ar fi un eșantion mai mic de pacienți [358] sau eșantioane eterogene de pacienți care au suferit diferite tipuri clinice de AVC [431]. Studiile longitudinale pierd un număr mare de pacienți la follow-up [9; 315].

În studiul nostru s-au evidențiat corelații negative între calitatea vieții domeniul relațiilor sociale și domeniul de mediu, la grupurile studiate, calitatea vieții fiind mai mică post AVC. Rezultatele sunt similare cu cele din studiul lui Kwok (2008). Persoanele fără AVC au un nivel de efectuare al activităților zilnice mai bun decât persoanele post AVC, rezultate similare cu cele ale lui Carod-Artal (2009) și Gaete (2008) și Jia [302] arată că tulburările post AVC duc la un nivel mai ridicat de dependență în ceea ce privește efectuarea activităților zilnice și la o scădere a calității vieții. Și alte studii efectuate pe pacienți vârstnici au evidențiat o corelație semnificativă între calitatea vieții și nivelul de handicap fizic post AVC [304; 310].

Conform autorilor, există diferențe legate de sex în ceea ce privește incidența, factorii de risc și rata de mortalitate după AVC [221; 222; 312; 430; 441]. Bărbații au un risc mai mare de a face AVC comparativ cu femeile [297], dar evoluția după AVC este mai proastă la femei decât la bărbați [263; 294]. În studiul nostru nu există diferențe semnificative între bărbați și femei în ceea ce privește vârsta la primul AVC, calitatea vieții. Rezultatele sunt diferite față de alte studii [456], diferența putând fi explicată prin dimensiunea mai mică a lotului din studiul nostru ceea ce nu a permis evidențierea unui efect semnificativ statistic și faptul că pacienții erau mai în vârstă față de alte studii.

Câteva din limitările acestui studiu este utilizarea unui grup de control relativ mic și lipsa unui alt grup de pacienți cu alte boli neurologice cronice.

O altă direcție viitoare de cercetare poate fi constituită de includerea în studiu a unui grup de pacienți imediat după AVC și urmărirea longitudinală a acestora. Valoarea studiului este dată de utilizarea unor instrumente de evaluare a calității vieții care sunt utilizate în studiile clinice pe pacienții cu AVC.

### **Concluzii la studiu**

Conform datelor demografice ale lotului studiat, 34 de pacienți (45,3%) au fost bărbați și 41 (54,7%) au fost femei. Dintre persoanele sănătoase 8 (17%) au fost bărbați și 39 (83%) au fost femei. Dintre toți subiecții 51 de pacienți (68%) au prezentat un AVC ischemic și 24 (32%) un AVC hemoragic.

Satisfacția față de calitatea vieții este mai mare la lotul de control decât la pacienții cu AVC.

La evaluarea calității vieții cu chestionarul elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, (WHO QOL), domeniul *sănătate fizică*, pacienții cu AVC, comparativ cu lotul de control, au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, domeniul *sănătate fizică*.

La evaluarea subiecților cu WHO QOL *domeniul psihologic*, cei cu AVC au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, domeniul psihologic.

La WHO QOL *domeniul relațiilor sociale*, persoanele cu AVC, comparativ cu lotul de control, au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții, domeniul relațiilor sociale.

La evaluarea cu scala WHO QOL *domeniul legat de mediu*, persoanele cu AVC au un scor, comparativ cu lotul de control, nesemnificativ mai mic la calitatea vieții, domeniul legat de mediu.

Analizând în final rezultatele evaluării cu scala WHO QOL total, subiecții cu AVC, comparativ cu lotul de control, *au un scor semnificativ mai mic la calitatea vieții*, WHO QOL total.

## **5.10. Profilul psihologic al persoanelor post accident vascular cerebral**

### **Noțiunea de profil psihologic**

Nu exista aproape nici o afecțiune fizică în care să nu fie implicate, direct sau indirect, ca efect sau cauză, o anumită emoție sau o anumită funcție mentală. Alfred Adler afirma că „Omul știe mai multe decât înțelege” și că „echilibrul psihic” este în permanență amenințat, datorită faptului că omul caută perfecțiunea și desăvârșirea, așadar, viața solicită din ce în ce mai mult posibilitățile de adaptare ale omului la diferite situații [131; 143; 164].

Deși unii filozofi au afirmat că procesele mentale nu vor putea fi măsurate vreodată și fiziologia a fost aceea care a descris prima procesele psihice inferioare (percepțiile, reflexele), ulterior apărând și psihofiziologia, astăzi nu putem contesta mijloacele moderne de explorare a organismului uman, și progresele înregistrate în medicină în ultimii ani, în genetică, în imunologie, farmacologie, neurologie, endocrinologie [9].

Astfel, medicina capătă caracter de știință socială, încercând să explice și să demonstreze că evenimentele sociale din viața unui om – sarcină, naștere, boli, divorț, deces – pot avea influențe decisive asupra psihicului și implicit asupra fizicului. Se observă strânsa legătură dintre predispoziția la boală a celor care nu au un climat psihic favorabil [14; 130].

Accidentul vascular cerebral, cu sechelele sale invalidante, probabil este unic în lume, în timp și spațiu care nu poate fi acuzat de rasism, misoginism, sau care nu ține cont de vârstă și de culoare politică, nici măcar de vreun sistem de credințe sau religii.

Principala problemă pe care o determina AVC-ul, atât la nivel personal, cât și populațional, este cea a dizabilității – peste 40% dintre supraviețuitorii rămânând cu un grad variabil de impotenta funcțională, care necesită recuperare continuă. Odată cu multiplicarea numărului acestor pacienți se pune problema acută a unei asistențe medicale și psihologice de calitate, de natură să le mențină în măsura posibilului autonomia, demnitatea de a trăi, conexiunea socială și, mai general, calitatea vieții. În ce privește latura psihologică a asistenței acestor bolnavi, ea include strategii și demersuri complete [8; 13].

Cuvântul *marker* este tot mai des utilizat în zilele noastre. Există markeri biologici, genetici, medicali și sociologici ce definesc o condiție care indică prezența sau predispoziția către anumite alterări ale stării de sănătate/normalitate.

*Noțiunea de markeri psihici și psihologici* se îndreaptă spre anumite manifestări psihice, de personalitate, care sunt întâlnite în situații de boli grave și asimptomatice fiziologic – profil al bolii. Ținând cont că în anumite stadii de boală, timpul este foarte prețios (mai cu seamă în cazul accidentului vascular cerebral), acești markeri psihici și psihologici pot fi de un real folos pentru orientarea subiectului către metode de investigare și diagnosticare corecte, iar ulterior – de reabilitare psihosocială complexă.

Psihologiei îi revine, astfel sarcina, destul de dificilă, să observe aceste „anormalități psihice” și în colaborare cu medicina, să contureze un *tablou clinico-psihologic, zis profil*, cât mai aproape de adevăr. Elementul central al psihologiei este reprezentat de studiul care urmărește cunoașterea persoanei, subiect, îndelung dezbătut și asupra căruia s-au fixat puncte de vedere dintre cele mai diferite, cu un domeniu imens de studii, continuă să fie tema principală în domeniul psihologiei [16; 22; 26; 32].

*Conceptul de profil psihologic post AVC* se referă la un profil al caracteristicilor individuale pe care o persoană, care a suportat un accident vascular cerebral, tinde să le manifeste, fie în mod constant și coerent și care reflectă predispozițiile în plan emoțional, motivațiile, atitudinile, valorile și comportamentele sale [27; 45; 55].

Potrivit lui S. Chelcea, personalitatea umană poate fi conceptualizată atât prin ansamblul trăsăturilor și al comportamentelor care provoacă răspunsuri



psihocomportamentale din partea celorlalți indivizi, cât și prin ansamblul structurat care include elemente biologice, psihologice și socio-morale ce sunt achiziționate în cursul socializării individului uman [22; 71; 79].

La elaborarea *profilului psihologic* al unei persoane concură toate procesele/mecanismele psihice: *motivaționale, intelectuale, afective, voliționale etc.* Natura substanțial-calitativă a organizării unui profil psihologic reclamă și impune pe plan psihologic tipuri specifice de relații: cognitive, relațional-practice, afective, etice, estetice etc. Fiecare dintre aceste tipuri de relații este susținut din interior de motivații specifice. Una și aceeași relație este diferit trăită de subiecții ei, ea poate evidenția un anumit conținut și semnificație pentru un subiect și cu totul alte conținuturi și semnificații pentru celălalt [173].

Un element critic al grupului de persoane post AVC este reprezentat de *profilul psihologic al bolnavului* și de factorii care influențează crearea lui:

- cunoștințele (medicale și de cultură generală) ale bolnavului și familiei acestuia, astfel surplusul de informație îi face să fie anxioși, interpretativi și instabili în acțiunile pe care le întreprind în rolul de bolnav post AVC, în timp ce, la polul opus, unii pacienți sunt prea puțin conștienți de gravitatea bolii, minimalizând importanța simptomelor și a tratamentului recuperator;
- antecedentele psihologice ale pacientului (de exemplu cei care în copilărie au avut anxietate de separație sunt mult mai susceptibili de a nu accepta într-un mod realist diagnosticul, de a se refugia într-o lume fantasmatică, în care există soluții-miracol, sau de a se teme de abandonul venit din partea terapeutului) [173];
- tipul de personalitate (eventual dizarmonică) a pacientului cu AVC, poate duce la exagerarea percepției bolii, la centrarea excesivă pe simptom, sau dimpotrivă, poate duce la resemnare, abandon, centrarea pe emoții negative produse de boală;
- caracteristicile socio-economice ale pacientului și familiei pot determina, de exemplu, noncompleanța la tratament din motive financiare, sau refuzul tratamentului recuperator. La polul opus, cei cu posibilități financiare ridicate sunt susceptibili, urmând ideea că „totul se poate cumpăra, inclusiv sănătatea”, apelând la mai mulți terapeuți;
- specificul rolurilor sociale și interacțiunilor familiale pe care le are pacientul. După observația lui Green, oamenii în vârstă acceptă în general mai ușor boala și handicapul, întrucât rolurile lor sociale sunt reduse, cei de-o vârstă cu ei au decedat sau nu fac parte din anturajul foarte apropiat, copiii sunt independenți sau nu manifestă nevoia de contact etc. În contrast, impactul este maximal la o persoană bine inserată social, este puternic integrată într-o rețea densă de roluri și statuturi sociale [55];



- specificul relației terapeut-pacient. Caracteristicile și credințele personale ale clinicianului, respectiv echipei de reabilitare, influențează marcat personalitatea bolnavului post AVC și atitudinile pacientului față de boala sa [57].

În cazul persoanelor post AVC, există și cazuri speciale, cum ar fi – *bolnavul dificil*, profilul său psihologic fiind caracterizat prin faptul că are reacții ostile față de membrii echipei de tratament sau alți pacienți, reacții susceptibile de a genera contratransfer negativ, fiind hipo- sau non-compliant, nemulțumit de calitatea serviciilor acordate, imposibil de abordat cu ajutorul psihotropelor. La astfel de bolnav, empatia și colaborarea venită din partea familiei, rămân decisive. Lipsa unui suport social adecvat, ca și un comportament modulat în antecedent exclusiv de motivația de tip extrinsec (recompensă/pedeapsă), inoperantă acum (pentru că terapeutul nu poate oferi vindecare) pot accentua aceste tendințe [54].

La fel, *bolnavul abandonat*, reprezintă un profil special post AVC, care are un profil psihologic caracteristic. Pentru el speranța în medicină, în recuperare este un element critic și valoarea ei terapeutică, mai ales dacă speranța nu este absolut nerealistă, a fost dovedit de nenumărate ori. Din cauza simptomelor persistente, acest grup de pacienți sunt dezamăgiți, disperați, pesimiști, inactivi și se consideră abandonați, dând un vot negativ medicinei clasice, îndreptându-se spre forme de terapii incerte sau chiar extreme de discutabile [97].

Profilul *bolnavului cu simptome irecuperabile* post AVC (plegii, afazii, tulburări cognitive severe etc.), prezintă un profil de instabilitate psihologică, tulburări emoționale persistente, stări de anxietate, fapt ce duce la subminarea încrederii în medic și cei din echipa terapeutică [107].

#### *Alcătuirea profilului psihologic al persoanei post accident vascular cerebral*

Pentru a alcătui un profil psihologic cât mai complet al persoanei cu accident vascular cerebral, am parcurs succesiv procesele, activitățile și însușirile psihice, pentru a crea un profil obiectiv pe baza interviurilor clinice realizate, rezultatelor la testele psihologice, observațiilor asupra comportamentului pacientului, evaluarea documentelor medicale.

Având în vedere cele prezentate în capitolele anterioare, putem creiona profilul psihologic al persoanei post AVC, trăsăturile semnificative fiind deduse potrivit rezultatelor studiilor realizate:

Accidentul vascular cerebral are drept consecință o gamă largă de deficite, care afectează *funcționarea cognitivă* pe așa domenii de interes precum: atenția (atenția concentrată, susținută, selectivă, distributivă); memoria (vizuală, auditivă, de lucru, semantică etc.); funcții executive (viteza de procesare a informației, rezolvare de probleme ș.a.); percepție (orientarea temporo-spațială, vizuo-spațială, apraxie, agnozie, neatenție).

Din punct de vedere al gândirii subiecții se află la stadiul operațiilor formale. Volumul memoriei la subiecții vizați este redus, cu o mobilitate scăzută, lentoare în tipărire și în actualizare. Subiecții prezintă dificultăți în păstrarea memoriei de termen scurt, respectiv a informațiilor care nu prezintă un grad ridicat de interes, relatând evenimente cu o fidelitate ridicată. Subiecții prezintă o imaginație involuntară foarte activă, dar cu adevărat utilizată este imaginația voluntară ușor observabilă la persoanele post AVC;

*Limbaajul și comunicarea* post AVC prezintă dereglări afazice, principalele forme de tablouri afazice post AVC fiind afaziile motorii, expresive, tablourile senzoriale sau mixte. Atât mimica feței cât și gesturile trădează caracterul meticulos al subiecților concentrat pe detalii și nu doar pe ansamblu;

Accidentul vascular cerebral asociază prevalențe crescute ale *afectivității*, care se manifestă prin depresie, anxietate, atacuri de panică, tulburări ale somnului, iar, în unele cazuri apar tulburări delirante sau psihotice.

Depresia se manifestă ca o combinație a unor emoții negative tristețe, lipsă de speranță, vină, lipsă de valoare. Anxietatea post AVC cuprinde simptome din spectrul somatic și din spectrul emoțional afectiv, în principal teama patologică, neliniște, corelate cu tulburări de comportament, atacuri de panică și afectarea statusului cognitiv prin diminuarea capacității de concentrare a atenției, creșterea capacității de concentrare în mod selectiv pe subiectul cu potențial anxios.

Din punct de vedere afectiv, subiecții își manifestă extrinsec trăirile afective pozitive și intrinsec pe cele negative. În funcție de intensitatea stimulilor, aceștia își modifică insignifiant comportamentul, fiind în general independenți emoțional. Subiecții manifestă comportament repulsiv față de prezența viciilor sau a factorilor ce duc la scăderea integrității fizice sau psiho-sociale. Confuzia și sentimentul inadecvării, sentimente de teamă, insecuritate, vinovăție, durere și rușine, sunt aspecte recunoscute la acești pacienți.

*Particularitățile personalității* post AVC relevă existența celor trei tipuri de personalitate și o pondere crescătoare, de la introversiune, la nevrotism și la extraversiune, ultimile două reprezentând marea parte dintre subiecți, în raport cu cei introvertiți.

La persoanele post AVC se produc modificări în *sfera motivațională* de trebuințe, în sferele emoțional-volitivă, intelectuală și comunicativă, se diminuează nivelul de pretenții, se formează diverse reacții patologice de apărare, care inevitabil conduc spre înstrăinarea socială a personalității. Pasivitatea devine un mijloc de evadare din realitate și se folosește ca o apărare psihologică inefficientă. Subiecții prezintă un grad motivațional scăzut corelat cu activitățile de reabilitare sau cu activitățile domeniului său, reacționează pasiv la motivația pozitivă, extrinsecă, cognitivă. Diminuează motivația de performanță, motivația de evitare a insucceselor, motivația aprobării sociale;

se formează o autoevaluare sporită, neadecvată, indiferent de nivelul scăzut de revendicări.

Calitățile *emoțional-volitiv* la persoanele post AVC sunt joase și anume suferă procesul de reglare emoțional-volitivă. Astfel, acești pacienți nu dețin în mod suficient caracteristici cum ar fi supunerea comportamentului la un anumit scop. Ei nu pot manifesta eforturi volitive și perseverență pentru a-și atinge scopul, nu sunt capabili să ducă acțiunea începută până la capăt, nu pot depăși întotdeauna diferite obstacole în calea spre scop; se constată o tulburare a componentelor structurale ale reglajului emoțional-volitiv – emoțiile nu se includ în dezvoltarea spontaneității și a voinței, regulile impuse pentru procesul de reabilitare nu le trezesc persoanelor nici un fel de trăire emoțională (pozitivă sau negativă), de aceea regula nu se transformă într-un motiv cu sens personal orientat spre activitate.

Persoanele post AVC au un nivel scăzut al *stimei de sine* și o imagine de sine negativă. Având o stimă de sine instabilă cu un nivel scăzut, efectele constau în inadaptare, frustrare, eficiență scăzută în acțiuni. Persoanele au sentimentul că nu se cunosc prea bine, vorbesc despre sine într-o manieră neutră, nesigură, ambiguă, au o părere despre propria persoană care depinde de circumstanțe și interlocutori, reacționează emoțional la eșec, se simt respinse, se justifică după obținerea unui eșec, manifestă anxietate puternică, nu au și o bună motivație de a nu eșua și capacitate de a asculta criticile.

Persoanele post AVC prezintă niveluri joase de păstrare a *resurselor personale* de rezistență și reglare. Lipsesc așa dimensiuni, precum speranța în viitorul vieții, scopurile proprii vieți, gândire într-o manieră pozitivă, demonstrând totodată o scădere a nivelului de autoeficiență și a vitalității subiective post AVC. Insuficiența resurselor de autoreglare nu permite pacientului să facă față consecințelor emoționale negative în urma situațiilor stresante provocate de AVC. Starea post AVC prezintă un nivel jos la constituente psihologice precum viabilitatea generală, implicarea în viață, vitalitatea subiectivă, autoeficiența, optimismul, orientarea spre rezultat și spre procesul vieții, conștientizarea vieții, orientarea spre viitor, locul controlului Eu-lui, și la fel un nivel scăzut al conștientizării vieții, plenitudinii vitalității, optimismului, autoeficienței, viabilității.

Din punct de vedere psihologic, în perioada de după AVC sunt prezente anxietatea, depresia, negația, creșterea izolării de societate, tulburări de comportament cum ar fi iritabilitatea, inflexibilitatea, hipercriticismul, nerăbdarea, impulsivitatea, apatia și supradependența de alții.

Pe fondalul celor descrise, persoanele post AVC au un scor semnificativ mai mic la *calitatea vieții*, și anume domeniul sănătate fizică, domeniul psihologic, domeniul relațiilor sociale, domeniul legat de mediu, în comparație cu persoanele sănătoase.

Evaluarea neuropsihologică a relevat deteriorări la nivelul funcțiilor cognitive, afective, ale personalității (motivației, voinței, stimei de sine) și ale resurselor personalității la persoanele post AVC, având o calitate a vieții mai redusă, iar tratamentul recuperator are ca scop limitarea impactului AVC-ului asupra calității vieții.

Recuperarea persoanei post AVC depinde nu numai de gravitatea simptomelor inițiale, dar și de rezultatul diferențelor individuale, adică de rezerva cognitivă și cea personală.

Cunoașterea *profilului psihologic* al pacientului post AVC ar permite aplicarea unor metode psihoterapeutice prin care pacientul să fie ajutat să-și înțeleagă starea, înclinația spre a îndura situații dezagreabile, reacționând la ele prin nemulțumire și suspiciune. În mod obișnuit pacientul post AVC consideră că împrejurările exterioare sunt cauza frustrării sale, crezând că nu există alternativă. Pacientul ar putea însă învăța că esențiale sunt nu circumstanțele în care se află, ci reacția lui la acestea. Dacă pe cele dintâi nu le poate influența, cea din urmă depinde doar de el. În timp, el poate deprinde o manieră constructivă de a răspunde la solicitările mediului, mutându-și punctul focar al atenției de la oamenii, evenimentele și situațiile care îl înconjoară, la sine însuși. Asumându-și responsabilitatea reacțiilor sale, el pășește astfel spre maturizare personală, odată cu o mai bună adaptare la mediu.

### *Sinteza capitolului V*

Din punct de vedere psihologic după AVC sunt prezente anxietatea, depresia, negația, creșterea izolării de societate, tulburări de comportament cum ar fi iritabilitatea, inflexibilitatea, hipercriticismul, nerăbdarea, impulsivitatea, apatia și supradependența de alții.

Principala problemă pe care o determină AVC-ul, atât la nivel personal, cât și populațional, este cea a dizabilității – peste 40% dintre supraviețuitori rămânând cu un grad variabil de impotenta funcțională, care necesită recuperare continuă. Odată cu multiplicarea numărului acestor pacienți se pune problema acută a unei asistențe medicale și psihologice de calitate, de natură să le mențină în măsura posibilului autonomia, demnitatea de a trăi, conexiunea socială și, mai general, calitatea vieții. În ce privește latura psihologică a asistenței acestor bolnavi, ea include strategii și demersuri complete.

Pe fondalul celor descrise, persoanele post AVC au un scor semnificativ mai mic la *calitatea vieții*, și anume domeniul sănătate fizică, domeniul psihologic, domeniul relațiilor sociale, domeniul legat de mediu, în comparație cu persoanele sănătoase.

Evaluarea neuropsihologică a relevat deteriorări la nivelul funcțiilor cognitive, afective, ale personalității (motivației, voinței, stimei de sine) și ale resurselor personalității la persoanele post AVC, având o calitate a vieții mai redusă, iar tratamentul recuperator are ca scop limitarea impactului AVC-ului asupra calității vieții.

Recuperarea persoanei post AVC depinde nu numai de gravitatea simptomelor inițiale, dar și de rezultatul diferențelor individuale, adică de rezerva cognitivă și cea personală. Profilul *bolnavului cu simptome irecuperabile* post AVC (plegii, afazii, tulburări cognitive severe etc.), prezintă un profil de instabilitate psihologică, tulburări emoționale persistente, stări de anxietate, fapt ce duce la subminarea încrederii în medic și cei din echipa terapeutică.

Cunoașterea *profilului psihologic* al pacientului post AVC permite aplicarea unor metode psihoterapeutice prin care pacientul să fie ajutat să-și înțeleagă starea, înclinația spre a îndura situații dezagreabile, reacționând la ele prin nemulțumire și suspiciune. În mod obișnuit pacientul post AVC consideră că împrejurările exterioare sunt cauza frustrării sale, crezând că nu există alternativă. Pacientul ar putea însă învăța că esențiale sunt nu circumstanțele în care se află, ci reacția lui la acestea.

---

## CONCLUZII

Viața psihică a unei persoane post accident vascular cerebral este extrem de afectată, iar procesualitatea internă și manifestarea sunt supuse personalității și funcțiilor cognitive tulburate în toate aspectele sale.

Funcțiile cognitive sunt afectate ca urmare a producerii unui accident vascular cerebral. Funcțiile cognitive, ce pot fi supuse unui proces de evaluare obiectiv post AVC, se descriu ca abilități (capacități), dar și ca act, și se subînscriu unuia dintre următoarele domenii cognitive: atenție, memorie, funcții executive, percepție și praxis, limbaj.

Vârsta și nivelul de școlarizare reprezintă factori de risc pentru deficitul cognitiv post accident vascular cerebral, deficitul cognitiv post accident vascular cerebral crescând exponențial cu vârsta după 65 de ani.

Deficitele cognitive restante unui accident vascular cerebral pot interesa una sau mai multe arii cognitive și sunt în relație directă de dependență cu severitatea accidentului vascular cerebral.

Profilul general al problemelor apărute cu referire la domeniile cognitive de interes, afectate în urma unui accident vascular cerebral, sunt: atenția (*atenția concentrată, atenția susținută, atenția selectivă, atenția distributivă*), memoria (*memoria vizuală, memoria auditivă, memoria de lucru, memoria semantică, memoria procedurală, memoria episodică*), limbajul (*afazie Broca, Wernike, transcorticală, de conducție, globală*), percepție (*orientarea temporo-spațială, vizuo-spațială, apraxie, agnozie*) alături de deficite de raționament abstract.

Accidentul vascular cerebral asociază prevalențe crescute ale afectivității, care se manifestă prin depresie, anxietate, atacuri de panică, tulburări ale somnului, iar, în unele cazuri apar tulburări delirante sau psihotice, astfel persoanele cu AVC având o prevalență crescută a tulburărilor afective față de populația generală. Depresia și anxietatea reprezintă cele mai frecvente complicații care apar după AVC.

Modificările personalității sunt cele mai deranjante sechele după un AVC cu o tendință instabilă de comportament care include emoții, atitudini despre propria persoană și despre lume și modalități instabile de gândire, influențând la modul negativ funcționarea interpersonală și socială a individului.

Tulburările de personalitate la persoanele care au suferit un AVC se manifestă prin probleme la nivelul controlului comportamental, în special controlul comportamentului social, al comportamentului îndreptat spre un scop, al procesului de luare de decizii și al modulării emoțiilor, nefiind capabil să se adapteze la viața după AVC.

Existența celor trei tipuri de personalitate la persoanele post accident vascular cerebral au o pondere crescătoare, de la introversiune, la nevrotism și la extraversiune, ultimele două reprezentând marea parte dintre subiecți, în raport cu cei introvertiți.

În funcție de apartenența la sex, nevrotismul se manifestă preponderent la femeii cu accident vascular cerebral, iar bărbaților le revine tipului extravertit.

Voința slabă, reprezintă capacitatea personalității post AVC în acțiune, o instanță separată care se integrează în tabloul personalității și o funcție ce rezultă din integritatea și unitatea personalității post AVC, care implică într-o fază specifică participarea tuturor funcțiilor psihice.

Voința, având funcția și rolul de organizare conștientă și autoreglatoare a activismului comportamental, orientată spre lichidarea dificultăților și obstacolelor atât interne, cât și externe, frânează acțiunile persoanei post AVC, dezorganizează activitatea psihică și comportamentul, pornind de la sarcinile existente în fața persoanelor post AVC.

În acest context, analizând problema particularităților motivaționale ale personalității post AVC, am constatat că între motivație și calitățile personalității există o legătură reciprocă: calitățile personalității influențează particularitățile motivației, iar particularitățile motivației odată fixate devin calități ale personalității.

Desemnând ansamblul factorilor care declanșează activitatea persoanei post AVC, motivația orientează persoana selectiv către anumite scopuri și o susține energetic.

La persoanele post AVC se produc modificări în sfera motivațională de trebuințe, în sferele emoțional-volitivă, intelectuală și comunicativă, se diminuează nivelul de pretenții, se formează diverse reacții patologice de apărare, care inevitabil conduc spre înstrăinarea socială a personalității, pasivitatea devenind un mijloc de evadare din realitate, folosită ca o apărare psihologică inefficientă.

Conceptul de „sine” la persoanele post AVC reprezintă totalitatea gândurilor și sentimentelor individuale referitoare la persoana proprie în situația dată, fiind caracterizat printr-o instabilitate și fiind influențat de numeroși factori de natură socială, familială și culturală.

La persoanele post AVC există schimbări a stimei de sine și o strânsă corelație între gradul de structurare a imaginii de sine și nivelul stimei de sine. Nivelul scăzut al stimei de sine la persoanele post AVC afectează puternic performanțele în activitățile de reabilitare, o stimă de sine joasă sporind riscul insucceselor, determinând astfel o viziune și mai sumbră asupra propriei persoane.

Resursele personale post AVC reprezintă rezistența influenței negative a mediului înconjurător, reducând dezadaptarea și ridicând potențialul de adaptare a personalității, fiind aspecte ale Eu-lui, asociate cu rezistența la dificultăți. Aceste componente fundamentale ale capacității individuale de adaptare post AVC, joacă un rol primordial în procesul reabilitării.

Persoanele post AVC prezintă niveluri joase de păstrare a resurselor personale de rezistență și reglare, iar starea post AVC se află într-o relație reciprocă puternică cu astfel de constituente psihologice precum viabilitatea generală, implicarea în viață, vitalitatea subiectivă, autoeficiența, optimismul, orientarea spre rezultat și spre procesul vieții, conștientizarea vieții, orientarea spre viitor, locul controlului Eu-lui ș.a.

Accidentul vascular cerebral produce atât probleme fizice cât și psihologice, sociale, având un impact foarte mare asupra capacității pacientului de a efectua activitățile traiului zilnic și asupra calității vieții.

Pacienții cu AVC au o calitate a vieții și un nivel de funcționare mai scăzut decât persoanele sănătoase din populația generală la toate componentele calității vieții: sănătate fizică, domeniul psihologic, domeniul relațiilor sociale, domeniul legat de mediu.

Bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană, reprezintă niveluri scăzute ale calității vieții post AVC.

Crearea unui profil psihologic al persoanei post AVC, cu indicarea deteriorărilor la nivelul funcțiilor cognitive, afective, ale personalității (motivației, voinței, stimei de sine) și ale resurselor personalității, ar permite aplicarea unor metode psihoterapeutice prin care pacientul să fie ajutat să-și înțeleagă înclinația spre a îndura situații dezagreabile, asumându-și responsabilitatea reacțiilor sale, odată cu o mai bună adaptare la mediu.

Latura psihologică a asistenței persoanelor post AVC necesită includerea de strategii și demersuri complete, de calitate, de natură să le mențină în măsura posibilului autonomia, demnitatea de a trăi, conexiunea socială și, mai general, calitatea vieții.



## BIBLIOGRAFIE

*În limba română:*

1. Anuarul Statistic al Republicii Moldova. Chișinău: Statistica (F.E.-P. Tipogr. Centrală), 2019.
2. Anuarul Statistic al Republicii Moldova. Chișinău: Statistica (F.E.-P. Tipog. Centrală). 2010.
3. BABAN, A. Stres și personalitate. Editura Presa Universitară Clujeană, 1998.
4. BĂJENARU, O. Ghiduri de diagnostic și tratament în neurologie. Editura Amaltea, 2005. pp. 7-27.
5. BERNIC, V. Estimarea impactului stresorilor psihosociale în etiologia accidentului vascular cerebral. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2019, Nr. 4 (82), pp. 117-121.
6. BERNIC, V., GROPPA, St. et al. Evaluarea particularităților de răspândire a accidentelor vasculare cerebrale în Republica Moldova. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2017, nr. 1(53), pp. 29-32.
7. BUCUN, N.; ANȚIBOR, L. Relațiile interpersonale ca dimensiune psihologică a calității vieții. In: Revista Univers Pedagogic, 2013, Nr. 2, pp. 21-32.
8. BUCUN, N., GLAVAN, A. Repere teoretice și metodologice ale evaluării psihologice a persoanelor post accident vascular cerebral. In: Revista Univers Pedagogic, Nr. 2 (66), 2020, pp. 76-87.
9. BUDIRCĂ, A.G. Optimizare cognitivă pentru creșterea calității vieții la persoanele cu și fără afazie post accident vascular cerebral. Rezumatul tezei de doctorat, 2016.
10. CIOBANU, GH. Managementul accidentelor vasculare cerebrale. In: Ciobanu Gh. Resuscitarea cardiorespiratorie și cerebrală. Vol. 2, 2014, pp. 207-270.
11. CIOCANU, M.; TALMACI, V.; CATANĂ, V. Legislația Republicii Moldova în problemele calității serviciilor medicale, Sănătate Publică, Economie și Management. Chișinău, 2008, Nr. 3 (25).
12. CIOCÎRLAN, A., DRĂGULESCU, R. Distorsionări ale comunicării. Cercetări de psiholingvistică. Cluj Napoca: Casa Cărții de Știință, 2013.
13. COJOCARI, D., AGAPII, E., BODIU, A. Recuperarea pacienților după accident vascular cerebral ischemic, cu patologie stenozană a arterelor bazinului carotidian, în urma tratamentului chirurgical. In: Știința culturii fizice, 2014, nr. 20/4, pp. 72-80.
14. COJOCARU, Șt. Metode apreciative în asistența socială. Iași: Editura Polirom, 2005, 224 p.
15. CONSTANTIN, T.; MACOVEI, E.I.; ORZAN, A.; NECHITA, V. Implicarea motivațională; operaționalizare și primele studii de validare a unei scale standardizate. In: Analele de Psihologie și Științe ale Educației. Editura Universității „Al.I. Cuza”, nr. 2, 2008 (in print)
16. COSMOVICI, A. Psihologie generală. Iași: Polirom, 1996. p. 178.
17. CRĂCIUN, M. Diagnosticul și tratamentul afaziei. Ed. Risoprint, Cluj Napoca, 2009.
18. DANAILĂ, L.; GOLU, M. Tratat de neuropsihologie. Editura Medicală, 2000, vol. I; 2006, vol. II.

19. ENĂCHESCU, C. Tratat de igienă mintală. Iași: Polirom, 2004.
20. FURDUI, T.; CIOCHINĂ, V. De la Fiziologia generală la știința nouă în biomedicină – Sanocreatologia – calea de dezvoltare a științei în Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie al Academiei de Științe a Moldovei. In: Buletinul AȘM. Științele vieții. 2016, Nr. 1(328), pp. 75-100.
21. GASNAȘ, A.; GROPPA, St. Neuroplasticitatea cerebrală în accidental vascular cerebral. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2015, Nr. 2(47), pp. 100-107.
22. GHERGUȚ, A. Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale: strategii de educație integrată. Iași: Polirom, 2001.
23. GLAVAN, A. Incluziunea socială a persoanelor cu ictus cerebral – limite și perspective. In: Culegere de studii: Dialog intercultural Polono-Moldovenesc, vol. II, nr. 2. Centrul de cultură Poloneză UST. Chișinău, 2018 pp. 3-9.
24. GLAVAN, A. Calitatea vieții tinerilor din perspectiva sănătății. In: Revista Univers Pedagogic, nr. 2017, 1 (53), pp. 89-93.
25. GLAVAN, A. Conceptul de terapie ocupațională și aplicabilitatea practică în reabilitarea post AVC. In: Cadrul didactic – promotor al politicilor educaționale. Materialele Conferinței Științifice Internaționale: Chișinău IȘE (Tipogr. Print Caro), 2019, pp. 274-283.
26. GLAVAN, A. Consilierea psihosocială a persoanelor cu dizabilități în procesul de reabilitare complexă prin programe educaționale. In: Materialele conferinței republicane a cadrelor didactice, Psihopedagogie și Managementul Educației, vol. V. Chișinău, UST, 1-2 martie 2019, pp. 38-42.
27. GLAVAN, A. Dimensiuni ale reabilitării post AVC. In: Filantropia – arta binelui. Cadre Noologice, Grupuri Vulnerabile, Omul Limitat. Volum de lucrări. București: Editura Universitară, 2020, pp. 79-93.
28. GLAVAN, A. Dimensiuni psihologice ale reabilitării post accident vascular cerebral. Monografie. Coord. șt. N. Bucun. Chișinău: UST, 2019.
29. GLAVAN, A. Îmbunătățirea modalităților de incluziune socială a persoanelor în urma accidentului vascular cerebral bazată pe conceptele de învățare și de modificabilitate cognitivă Reuven Feurștein. In: Revista științifico-practică Vector European. Chișinău, 2019, nr. 3, pp. 139-143.
30. GLAVAN, A. Incluziunea socială a persoanelor cu ictus cerebral – limite și perspective. In: Culegere de studii: Dialog intercultural Polono-Moldovenesc, vol. II, nr. 2, Centrul de cultură Poloneză UST. Chișinău, 2018, pp. 3-9 .
31. GLAVAN, A. Incluziunea socio-profesională a persoanelor cu ictus cerebral suportat. In: Evaluarea în sistemul educațional: dezbateri actuale. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 9-10 noiembrie 2017. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print Caro”), 2017, pp. 421-425.
32. GLAVAN, A. Perspective sociale ale persoanelor cu dizabilități determinate de ictus cerebral. In: Revista „Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială”, 2018, nr. 1 (50), pp. 37-43.
33. GLAVAN, A. Profilul socio-demografic al persoanelor cu accident vascular cerebral. Studiu clinico-sociologic. In: Revista Univers Pedagogic, 2020, Nr. 2 (66), pp. 93-103.
34. GLAVAN, A. Reabilitarea capacităților cognitive ale adulților în urma unui accident vascular cerebral bazată pe conceptele de potențial de învățare și de

- modificabilitate structurală Reuven Feuerstein (investigație experimentală). In: Materialele Congresului Științific Internațional Polono-Moldo-Român: Educație-Politici-Societate. 1-4 aprilie 2019, vol. 3. Chișinău, 2019, nr. 1, pp. 107-114.
35. GLAVAN, A. Studiul clinico-psihologic al tulburărilor cognitive la persoanele post accident vascular cerebral. In: Psihologie. Revista Științifico-Practică, vol. 36, 2020, Nr. 1-2, pp. 40-48.
  36. GLAVAN, A.; BARBU, E. Aspecte ale intervenției psihopedice în cazul pacienților cu afazii instalate în urma traumelor craniale în clinica de Neurologie și Neurochirurgie a IMSP Institutul de Medicină Urgentă. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2015, Nr. 2(47), pp. 211-213.
  37. GLAVAN, A.; BUCUN, N. Excitarea canalelor senzoriale pentru reglarea capacității de muncă. In: Evaluarea în sistemul educațional: dezbateri actuale. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 9-10 noiembrie 2017. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Print Caro”), 2017, pp. 400-403.
  38. GLAVAN, A.; BURUNSUS, V. Rolul hipertensiunii arteriale în dezvoltarea AVC și a demenței de tip vascular. In: Materialele conferinței a VI-a națională de epileptologie. Conferința a II-a națională de boli vasculare cerebrale consacrată Aniversării a 60 de ani de învățământ medical superior în Republica Moldova. Sinteze și rezumate, 11-13 mai 2005, pp. 29-33.
  39. GLAVAN, A.; BURUNSUS, V.; GLAVAN, Iu. Traumatismele craniale secundare accidentelor vasculare. In: Materialele conferinței a VI-a națională de epileptologie. Conferința a II-a națională de boli vasculare cerebrale consacrată Aniversării a 60 de ani de învățământ medical superior în Republica Moldova. Sinteze și rezumate, 11-13 mai 2005, pp. 60-61.
  40. GLAVAN, A.; BURUNSUS, V.; MARINA, A. Comunicarea ca suport psihoemoțional în cadrul reabilitării medico-sociale a pacienților cu maladii cerebro-vasculare. In: Materialele conferinței a VI-a națională de epileptologie. Conferința a II-a națională de boli vasculare cerebrale consacrată Aniversării a 60 de ani de învățământ medical superior în Republica Moldova. Sinteze și rezumate, 11-13 mai 2005, pp. 57-60.
  41. GLAVAN, A.; BURUNSUS, V.; MARINA, A. Factorii ce influențează eficacitatea reabilitării bolnavilor cu ictus cerebral. In: Materialele conferinței a VI-a națională de epileptologie. Conferința a II-a națională de boli vasculare cerebrale consacrată Aniversării a 60 de ani de învățământ medical superior în Republica Moldova. Sinteze și rezumate, 11-13 mai 2005, p. 49-53.
  42. GLAVAN, A.; GROPPA, S., Evaluarea neuropsihologică și proiectarea intervenției psihologice în reabilitarea pacienților cu accident vascular cerebral (AVC). In: Archives of the Balkan Medical Union, vol. 52, aprilie 2017, Celsius Publishing House, pp. 9-14.
  43. GLAVAN, A.; SIRIC, I. Consilierea psihologică în procesul de recuperare medicală a pacienților. In: Archives of the Balkan Medical Union, vol. 51, aprilie 2016, Celsius Publishing House, pp. 188-189.
  44. GLAVAN, A.; SIRIC, I. Evaluarea neuropsihologică a tulburărilor cognitive la pacienți după traumatisme craniale. In: *Tehnologii didactice moderne: In memoriam dr. hab., prof. univ. Stela Cemortan*. Materialele Simpozionului Pedagogic Internațional. Chișinău: IȘE (Tipogr. „Cavaioi”), 2016, pp. 484-488.

45. GLAVAN, A.; VÎRLAN M. Managementul psihologic al reabilitării deficitului cognitiv post AVC. In: Revista științifico-practică Vector European, 2020, Nr. 1, pp. 150-156.
46. GLAVAN, A.; VÎRLAN, M. Educație și asistență psihosocială a persoanelor cu dizabilități cronice în procesul de reabilitare complexă. In: Revista științifico-practică Vector European, 2019, Nr. 3, pp. 143-145.
47. GLAVAN, A.; VÎRLAN, M. Rolul factorilor sociali în cadrul etiologiei accidentului vascular cerebral. In: Revista Psihologie, Pedagogie specială, Asistență socială, 2020, Nr. 3 (60), pp. 82-94.
48. GROPPA, St.; ZOTA, E. et al. Profilaxia accidentului vascular cerebral ischemic. Chișinău: Tipogr. Centrală, 2006.
49. GROPPA, St., ZOTA, E., EFREMOVA, D., CHIFORIȘINA, V. Profilaxia secundară a accidentului vascular cerebral ischemic și factorii de risc modificabili în populația Republicii Moldova. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2015, nr. 4(49), pp. 130-133.
50. HAYES, N., ORRELL, S. Introducere în psihologie. Ediția a III-a. București: ALL, 2005. p. 97.
51. HOLDEVICI, I. Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală. București: Editura Trei, 2011.
52. Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate 2007-2021. In: Monitorul Oficial, 17.08.2007, nr. 127-130 (p. 33, 58, 61 din PNS).
53. HUFSCHMIDT, A.; LUCKING, C.H. Neurologie integrală de la simptom la tratament. Iași: Polirom, 2002.
54. IAMANDESCU, I.-B. Stresul psihic și bolile interne, vol. I. Ed. a II-a. București: Editura All, 1993.
55. IAMANDESCU, I.B. Comportament și sănătate. București: Editura Amaltea, 2007.
56. IAMANDESCU, I.B. Psihologia Sănătății. București: Editura Infomedica, 2005.
57. IAMANDESCU, I.B.; FRUNZĂ, A. Elemente de psihosomatică cardiovasculară. In: Psihologie Medicală. Psihosomatică generală și aplicată. București: Editura Infomedica, 2009.
58. IAMANDESCU, I.B. Elemente de psihosomatică generală și aplicată. București: Editura Infomedica, 1999.
59. IONESCU, Ș.; JACQUET, M.M.; LHOTE, C. Mecanismele de apărare: teorie și aspecte clinice. Iași: Polirom, 2007.
60. JIANU, D.C. Elemente de afaziologie. Timișoara: Editura Mirton, 2001, pp. 174-179.
61. KORY-CALOMFIRESCU, Ș.; KORY-MERCEA, M. Afazia în accidentele vasculare cerebrale. Cluj-Napoca: Editura Casa Cărții de Știință, 1996.
62. KORY-CALOMFIRESCU, Ș.; MOȘ, A.; KORY-MERCEA, M. Afazia prin hematom al talamusului stâng. A IV-a Conferință Națională de Stroke, 2001.
63. LAZĂR, T. Accidentele vasculare cerebrale – Problemă de sănătate publică: Consfătuire organizată cu ocazia sărbătoririi centenarului Spitalului de Neurologie și Psihiatrie Oradea. Editura Universității din Oradea, Băile-Felix, 2003.
64. LIGIA, O.; INDRA, M. Imagistica cerebrală prin rezonanță magnetică. Timișoara: Print book, 2004.

65. LINTON, R. Fundamentul cultural al personalității. București: Editura Științifică și Enciclopedică, 1968.
66. LUPU, I. Calitatea vieții în sănătate. Definiții și instrumente de evaluare. In: Calitatea Vieții, 2006, nr. 17(1-2), pp. 73-91.
67. MALCOCI, L.; MUNTEANU, P. Studiu sociologic. Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități.
68. MĂRGĂRIT, M.; FILIP, S.M. Principii kinetoterapeutice în bolile neurologice. Editura Universității din Oradea, 1997, p. 73.
69. MEREUȚĂ, I. In: Tendințele fenomenelor demografice din Republica Moldova și păstrarea genofondului Țării. Materialele Conferinței Naționale de Demografie Medicală, 26 octombrie 2018, pp. 131-139.
70. MIFTODE, V. Metodologia sociologică: metode și tehnici de cercetare sociologică. Editura Porto-Franco, 1995.
71. MIFTODE, V. Tratat de Asistență socială. Protecția populațiilor specifice și auto-marginalizate. Editura Lumen, 2012.
72. MITROFAN, I. Psihoterapie: (repere teoretice, metodologice și aplicative). București: Editura SPER, 2008.
73. MORARU, A.; PASCAL, O.; HAMÎȚCHI, E. et al. Reabilitarea medicală a bolnavului cu accident vascular cerebral – Protocol Clinic național PCN -181. Aprobate de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Chișinău, 2012, rev. 2014, p. 8.
74. MORE, V.; GRIGOR, V. Analiza pacienților cu accidente vasculare cerebrale tratați conservativ în secția neurologie BCV a centrului național științifico-practic medicină de urgență în anul 2005. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2006, nr. 4(8), pp. 63-65.
75. NEAGOE, A.; ARMEAN, P.; VĂLCEANU, D.; CHIVU, R. Morbiditatea spitalizată și factorii de risc asociați accidentelor vasculare în România. In: Acta Medica Transilvanica: 2013, nr. 2, vol. II, pp. 25-29.
76. NICA, A.S. Compendium de medicină fizică și recuperare. București: Editura Universitară „Carol Davila”, 1988, pp. 65-159.
77. ONOSE, G. Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, noțiuni de bază și actualități. Vol. I. București: Editura Medicală, 2007, pp. 71-119.
78. ONOSE, G.; PĂDURE, L. (Ed. coord.) et al. Compendiu de Neuroreabilitare la adulți, copii și vârstnici. „Carol Davila”. București: Editura Universitară, 2008.
79. OPREA, L.; COJOCARU, D. Bazele comportamentului social în sănătate. București: Pro Universitaria, 2015.
80. PASCAL, O. Dezvoltarea asistenței de reabilitare neurologică în Republica Moldova. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2009, nr. 3(22), pp. 8-11.
81. PASCAL, O. Dezvoltarea serviciilor de reabilitare medicală și paliative în contextul regionalizării serviciilor spitalicești. Health Forum, 2013.
82. PENDEFUNDA, L. Neurosonografia cerebrovasculară Doppler și diagnosticul accidentelor vasculare cerebrale. In: Rev. Med. Chir.: 1988, nr. 31, pp. 2385-391.
83. PLATON, C.; CHETRARI, V. Stima de sine: delimitări conceptuale. In: Materialele conferinței științifice internaționale „Învățământul postmodern între eficiență și funcționalitate” (15 noiembrie 2013). Chișinău: CEP USM, 2014, pp. 407-410.

84. Raport Mondial Privind Dizabilitatea. Ediție tipărită, 2012, publicat de OMS „World Report on Disability”, 2011. pp. 21-30 p., pp. 101-131 p., pp. 255-267, pp. 280-284.
85. ROSENGREN, A.; HELLHAMMER, J. Neuropattern – un nou procedeu pentru diagnosticul stresului. In: Infomedica, 2004, nr. 10 (128), pp. 38-40.
86. SCUTELNICU, D. Hemoragia intracerebrală. Timișoara: Editura Mirton, 1999. IIIV:33-119.
87. SEYLE, H. De la vis la descoperire. București: Editura Medicală, 1968.
88. SLUJITORU, A.Ș. Corelații clinico-histologice în accidentele vasculare cerebrale ischemice. Rezumatul tezei de doctorat. Craiova, 2012.
89. ȘTEFĂROI, P. Teoria fericirii în asistența socială. Editura Lumen, 2009.
90. STOCHECI, C.M. Accidentele vasculare cerebrale în județul Argeș – studiu clinic, histologic și imunohistochimic. Rezumatul tezei de doctorat. Craiova, 2012.
91. TACHE, G.O. Ghid de medicină fizică și recuperare medicală. București: Editura Scripta, 2001. pp. 27-28.
92. VLĂDESCU, C.; CIUTAN, M.; MIHĂILĂ, V. Rolul măsurării mortalității evitabile în aprecierea stării de sănătate a populației. In: Revista „Management în sănătate”, 2010, nr. 3 (XIV), pp. 5-11.
93. VRAȘTI, R. Alcoolismul: Detecție, Diagnostic, Evaluare. Un compendiu de scale, chestionare și interviuri standardizate. Timișoara: Timpolis, 2001.
94. ZAMFIR, C.; STOICA, L. O nouă provocare: dezvoltarea socială. Iași: Polirom, 2006. pp. 178-185.
95. ZOTA, E.; EFREMOVA, D.; GROPPA, St. Accidentul vascular cerebral în Republica Moldova: aspecte medico-sociale. In: Archives of the Balkan Medical Union, 2015, 50 (1), pp. 189-193.

*În limba rusă:*

96. АЛФЕРОВА, Т.С. Теоретические основы развития биосоциальных систем и научное обеспечение службы реабилитации. Автореф. дис. канд. мед. наук. Москва, 1990.
97. АНДРЕЕВА, О.С. Основы медико-социальной реабилитации инвалидов. Москва: ФЦЭРИ, 2003.
98. АБРАМОВА, Г.С. Психологическое консультирование: Теория и опыт. Москва: Изд. Центр „Академия”, 2000.
99. АКИНО, Т.; САМУЭЛЬС, М. Нарушения сознания. Неврология. Под редакцией М. Самуэляса. Москва: Изд-во „Практика”, 1997.
100. АНОХИН, П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности. Москва: Изд-во „Наука”, 1979.
101. АНЦЫФЕРОВА, Л.И. Психологическое содержание феномена „субъект” и границы субъектно-деятельностного подхода. In: Проблема субъекта в психологической науке. Под ред. А.В. Брушлинского, М.И. Воловиковой, В.Н. Дружинина. Москва: Изд-во „Академический проект”, 2000, с. 27-42.
102. АРОНОВИЧ, Г.Д.; ОППЕЛЬ, В.В.; ТРЕТЬЯКОВА, В.А. Помощь на дому больным с сосудистыми поражениями головного мозга. Ленинград: Изд-во „Медгиз”, 1963.

103. БАРСКИЙ, Ф.И. Личность как черты и как нарратив: возможности уровневых моделей индивидуальности. In: Методология и история психологии, 2008, №3, с. 93-105.
104. БАТУРИН, Н.А. Ситуативная и личностная беспомощность. In: 52 научная конференция: материалы конф. преподавателей фак-та психологии. Под ред. Н.А. Батурина. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2000, с. 21-22.
105. БЕК, А. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Изд-во „Питер”, 2003.
106. БОГОЛЕПОВ, Н.К. Церебральные кризы и инсульты. Москва: Изд-во „Медицина”, 1971.
107. БОДРОВ, В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. Москва: Изд-во ПЕР-СЭ. 2006.
114. БОЖОВИЧ, Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. Москва: Изд-во „Просвещение”, 1968.
108. ВЕРЕЩАГИН, Н.В. Гетерогенность инсульта: взгляд с позиции клинициста. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2003. No 9, с. 8-10.
109. ВЕРЕЩАГИН, Н.В.; ГНЕЗДИЦКИЙ, В.В.; СУСЛИНА, З.А. et al. Лечение и предупреждение расстройств познавательной функции у больных артериальной гипертонией и атеросклерозом: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования церебролизина. In: Терапевтический архив, 2001, Т. 73, № 4, с. 22-27.
110. ВЕРЕЩАГИН, Н.В.; ПИРАДОВ, М.А.; СУСЛИНА, З.А. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. Москва: Изд-во „Интермедика”, 2002.
111. ВОДОПЬЯНОВА, Н.Е. Противоводействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека. In: Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 16 „Психология. Педагогика”. 2011, Выпуск 2, Июнь, с. 38-50.
112. ВЫГОТСКИЙ, Л.С. История развития высших психических функций. Собрание сочинений. Т. 3. Москва: Изд-во „Педагогика”, 1983.
113. ВЫГОТСКИЙ, Л.С. Мышление и речь. Изд. 5, испр. Москва: Изд-во „Лабиринт”, 1999.
114. ВЫРТОСУ, С.; ГИНГУЛЯК, В. Особенности проявления оптимизма и жизнестойкости у студентов. *Studia universitatis moldaviae, Seria „Științe ale educației”*, 2017, Nr. 5 (105), pp. 188-193.
115. ГАЛЬПЕРИН, П.Я. Введение в психологию. Психология как объективная наука. Москва-Воронеж, 1998.
116. ГАЛЬПЕРИН, П.Я. Метод, факты и теории в психологическом формировании умственных действий и понятий. In: Психология как объективная наука. Москва-Воронеж, 1998, с. 389-398.
117. ГИППОКРАТ. Этика и общая медицина. Пер. с древнегреч. В.И. Руднева. СПб.: Изд-во „Азбука”, 2001.
118. ГЛАВАН, А.Г.; ТКАЧУК, Д.В. Нейропсихологическое направление в системе современной реабилитации постинсультных больных. In: Abstracts Book of the VI Ukrainian Congress of Neurosurgery; 14-16 June 2017. Kharkiv, Ukrain, 2017, с. 185.
119. ГЛАВАН, А. Психологические и социальные аспекты реабилитации после инсульта. In: Сборник исследований: Польско-молдавский межкультурный диалог, том II, № 2, Центр польской культуры UST. Кишинэу, 2018, с. 16-25



120. ПЛАВАН, А. Психологическое направление в системе современной реабилитации постинсультных больных. In: Revista Univers Pedagogic, 2017, Nr. 3 (55), pp. 74-79.
121. ПЛАВАН, А. Социальные аспекты реабилитации после инсульта. In: журнале факультета психологии и специальной психопедагогике Государственного педагогического университета им. Иона Крянгэ: „Психология специальной педагогики и социальной помощи”, 2018, Nr. 1 (50), с. 88-96.
122. ГЛОЗМАН, Ж.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. Изд-во „Смысл”, 2012, с. 92-115.
123. ГЛОЗМАН, Ж.М. Мотивационные и личностные аспекты реабилитации больных с афазией. In: Актуальные проблемы современной психологии. Материалы международной конференции. Москва: Изд-во Московского университета, 1983, с. 212-215.
124. ГОРБАЧ, И.Н. Неврологические расстройства: формы, стадии, синдромы, течение. Словарь. Минск: Изд-во „Наука и техника”, 1995.
125. ГОРДЕЕВА, Т.О.; ОСИН, Е.Н.; ШЕВЯХОВА, В.Ю. Диагностика оптимизма как стиля объяснения успехов и неудач. Опросник СТОУН. Москва: Изд-во „Смысл”, 2009.
126. ДИКАЯ, Л.Г. Самоактуализация как ведущая детерминанта субъектной саморегуляции эмоционального выгорания педагога. In: Стресс, выгорание, совладание в современном контексте. / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. Москва: Изд-во „Институт психологии Ран”, 2011, с. 422-442.
127. ДОБРОХОТОВА, Т.А.; БРАГИНА, Н.Н.; ЗАЙЦЕВ, О.С. et al. Односторонняя пространственная агнозия. Москва: Изд-во „Книга ЛТД”, 1996.
128. ДОБРОХОТОВА, Т.А.; ПОТАПОВ, А.А.; ЗАЙЦЕВ, О.С.; ЛИХТЕРМАН, Л.Б. Обратимые посткоматозные бессознательные состояния. In: Социальная и клиническая психиатрия, 1996, №3, с. 26-36.
129. ЕЛИСЕЕВ, О.П. Практикум по психологии личности, 2-е издание, исправленное и дополненное. СПб.: Изд-во „Питер”, 2004. с. 206.
130. ЕПИФАНОВ, В.А. Восстановительная медицина. Москва: Издательская группа „ГЭОТАР-Медиа”, 2012. с. 280-282.
131. ИЛЬИН, Е.П. Эмоции чувства. СПб.: Изд-во „Питер”, 2001.
132. КАБАНОВ, М.М. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных. Клиническая психология. Сост. и общая редакция Н.В. Тарабриной. СПб.: Изд-во „Питер”, 2000, с. 231-243.
133. КАБАНОВ, М.М. Реабилитация психически больных. Ленинград: Изд-во „Медицина”, 1978, с. 11-43.
134. КАЛИТКИН, К.Н. Психотерапия в хирургии. (Практическое руководство для врачей) / Ред. Ф. Ф. Детенгоф. Ташкент: Изд-во „Медицина”, 1965. р. 67
135. КАРАХАН, В.Б.; ЛИХТЕРМАН, Л.Б. Консервативное лечение ЧМТ. In: Нейротравматология. Справочник. Москва: ИПЦ Вазар-Ферро, 1994, с. 92-96.
136. КИРПИЧЕНКО, А.А.; ГУРЛЕНЯ, А.М.; ПАШКОВ, А.А. Нервные и психические болезни (с основами ухода за больными): Учеб. пособие. Минск: Изд-во „Вышэйшая школа”, 1998, с. 61.
137. КЛОЧКО, Н.П. Нейропсихологическая реабилитация больных с сосудистыми патологиями. In: Психология в образовании. Выпуск 8. Сургут, 1999.



138. КОГАН, О.Г.; НАЙДИН, В.Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. Москва: Изд-во „Медицина”, 1988.
139. КОРОБОВ, М.В.; ДЕДЕНЕВА, Ж.Г.; ШЕЛОМАНОВА, Т.Н. et al. Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации: Учеб.-метод. пособие. СПб.: Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2007.
140. КОРСАКОВА, Н.К. et al. Роль мотивации в продуктивности познавательной деятельности больных артериальной гипертензией в среднем возрасте, в журнале Национальный психологический журнал, том 4, № 36, 2019, с. 72-91.
141. КОРСАКОВА, Н.К.; ГЛОЗМАН, Ж.М. Психологическая служба в нейрохирургии и неврологии. Психологический журнал. Том 7, №3, 1986.
142. КРОТКОВА, О.А. Восстановление памяти у нейрохирургических больных. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1982, с. 24-18.
143. ЛЕОНТЬЕВ, А.Н., Потребности, мотивы, эмоции. Москва: МГУ, 1971.
144. ЛЕОНТЬЕВ, Д.А. et al. Личностный потенциал. Структура и диагностика. Москва, Смысл, 2011.
145. ЛУРИЯ, А.Р. Основы нейропсихологии. Москва: МГУ, 1973, с. 9.
146. ЛУРИЯ, А.Р. Внимание и память. Москва: Издательство московского университета, 1975. с. 25-32.
147. ЛУРИЯ, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. Москва: Академический Проект, 2000, с. 47-53
148. МАГОМЕДОВА, Н.Т.; ДАЛГАТОВ, М.М. Каузальная атрибуция и индивидуально-психологические особенности личности. Ярославский психологический вестник, 2005, No. 16, с. 76-81.
149. МУЗДЫБАЕВ, К. Оптимизм и пессимизм личности. In: Журнал Социологические исследования, 2003, №12, с. 87-96.
150. ПЕТРОВА, Е.А.; ХАЗОВА, С.А. Ресурсы личности: проблемы и перспективы исследования. In: Журнал практического психолога, 2010, №2, с. 86-103.
151. СУСЛИНА, А.; ВАРАКИН, Ю.Я.; ВЕРЕЩАГИН, Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. Москва: МЕДпресс-информ, 2009.
152. СУСЛИНА, А.; ВАРАКИН, Ю.Я. Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга. 2-е изд. Москва: МЕДпресс-информ, 2017.
153. СЫЧЁВ, О.А. Психология оптимизма: учебно-методическое пособие к спецкурсу. Бийск: БПГУ им. В.М. Шукшина, 2008.
154. ХАЗОВА, С.А.; ДОРЬЕВА, Е.А. Ресурсы субъекта: теория и практика исследования. Монография. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2012.
155. ХОМСКАЯ, Е.Д. Проблема факторов в нейропсихологии. Хрестоматия по нейропсихологии. Москва: Российское психологическое общество, 1999.
156. ХОМСКАЯ, Е.Д. Хрестоматия по нейропсихологии. Москва: Российское психологическое общество, 1999.
157. ХОМСКАЯ, Е.Д.; БАТОВА, Н.Я. Мозг и эмоции. Нейропсихологическое исследование. Москва: Российское педагогическое агентство, 1998.
158. ЦВЕТКОВА, Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение. Москва: МПСИ, 2000.

159. ЦВЕТКОВА, Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. Москва: Изд-во „Просвещение”, 1995.
160. ЦВЕТКОВА, Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. Москва: Московский университет, 1985. р. 122.
161. ЦВЕТКОВА, Л.С. Нейропсихология и восстановление высших психических функций. Москва: МГУ, 1990.
162. ЦИРИНГ, Д.А. Феномен выученной беспомощности в онтогенезе личности. Автореф. дис. канд. психол. наук. Пермь, 2001.
163. ШВЕЙЦЕР, А. Культура и этика. Москва: Изд-во „Прогресс”, 1973. с. 25-86.
164. ЯКОБСОН, П.М. Психологические проблемы мотивации поведения человека. Москва: Изд-во „Просвещение”, 1969.
165. ЯХНО, Н.Н.; ШТУЛЬМАН, Д.Р. Болезни нервной системы. Том 1. Москва: Изд-во „Медицина”, 2005.

*În limba engleză:*

166. AASS, N.; FOSSA, S.D.; DAHL, A.A. Prevalence of Anxiety and Depression. Seen at the Norwegian Radium Hospital. In: Pub. Med.: 1997, nr. 33(10), pp. 1597-604.
167. ADAMS R.D.; VICTOR, M. Principles of Neurology. Six Edition (Chapter, 23: Affections of Speech and Language) International Edition 1997, Mc Graw-Hill. Inc.
168. ADAMS, R.D.; TORVIK, A.; FISHER, C.M. Cerebral Vascular Diseases. Third Conference, New York, Grune and Stratton, 1961, pp. 133-150.
169. ADELOYE, D. An estimate of the incidence and prevalence of stroke in Africa: a systematic review and meta-analysis. PLoS One: 2014, nr. 269(6).
170. ALAMOVITCH, S.; ELIASZIW, M.; ALGRA, A. et al. Risk, causes and prevention of ischemic stroke in elderly patients with symptomatic internal-carotid-artery stenosis. Lancet, 2001, pp. 357-1154.
171. ALLAN, H.; ROPPER, R.; BROWN H. et al. Principles of Neurology, Eight Edition. In: McGraw-Hill Medical Publishing Division: 2005, pp. 660-747.
172. ALLEN, L. et al. Therapeutic interventions for aphasia initiated more than six months post stroke: a review of the evidence. In: Top Stroke Rehabil., 2012 noi.-dec., nr. 19(6), pp. 523-35.
173. ALLPORT, G., Personality: a psychological interpretation. N.Y., 1937.
174. ANDERSEN, G.; VESTERGAARD, K. et al. Effective treatment of post-stroke depression with selective serotonin reuptake inhibitor. In: Stroke: 2004, nr. 25, pp. 1099-1104.
175. ANDERSON, C.S.; CHAKERA, T.M.; STEWARTWYNNE, E.G. Validation of a clinical classification for subtypes of acute cerebral infarction. In: J. Neural Neurosurgery Psychiatry: 1994, nr. 57, pp. 1175-1179.
176. ANDERSON, R.J.; FREEDLAND, K.E.; CLOUSE R.E.; LUSTMAN, P.J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. In: Meta-Analysis Diabetes Care, 2001 Jun; 24(6), pp. 1069-1078.
177. APPEL, L.J.; CHAMPAGNE, C.M. et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. In: Jama, 2003 Apr. 23-30, nr. 289(16), pp. 2083-93.

178. APPELROS, P.; STEGMAYR, B.; TERENCE, A. Sex differences in stroke epidemiology: A systematic review. In: *Stroke*, 2009, nr. 40, pp. 1082-1090.
179. APTAKER, R.L.; ROTH, E.J.; REICHHARDT, G. et al. Serum albumin level as a predictor of geriatric stroke rehabilitation outcome. In: *Arch Phys. Med. Rehabil.*, 1994, nr. 75 (1), pp. 80-84.
180. ARBOIX, A.; MARTI-VILALTA, J.L. New Concepts in Lacunar Stroke Etiology: The Constellation of Small – Vessel Arterial Disease. In: *Cerebrovascular Diseases*, 2004, nr. 17(1), pp. 58-62.
181. ARDILA, A. *Aphasia Handbook*. Florida International University, Miami, Florida, USA, 2014, p. 207, pp. 198-205.
182. ASHTARI, F.; SALARI, M.; AMINOROAYA, A. et al. Metabolic syndrome in ischemic stroke: A case control study. In: *J. Res Med Sci.* 2012, nr. 17(2), pp. 167-70.
183. ASMUNDSON, G.; TAYLOR, S.; COX, B. *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions*. New York: Wiley, 2001.
184. ASPLUND, K. et al. Stroke in Europe. Widening gap between East and west. In: *Cerebrovasc Diseases*, 1996, vol. 6, nr. 1.
185. ASTROM, M.; ADOLFFSSON, R.; ASPLUND, K. Major depression in stroke patients: a 3-year longitudinal study. In: *Stroke*, 1993, nr. 24, pp. 976-982.
186. BADAN, I.; BUCHHOLD, B.; HAMM, A. et al. Accelerated glial reactivity to stroke in aged rats correlates with reduced functional recovery. In: *J. Cereb Blood Flow Metab*, 2003, nr. 23, pp. 845-54.
187. BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. In: *American Psychologist*, 1982, nr. 37(2), pp. 122-147.
188. BARKER-COLLO, S.; BENNETT, D.A.; KRISHNAMURTHI, R.V. et al. Sex Differences in Stroke Incidence, Prevalence, Mortality and Disability-Adjusted Life Years: Results from the Global Burden of Disease Study 2013. In: *Neuroepidemiology*, 2015, nr. 45(3), pp. 203-214.
189. BARNETT H.J.; TAYLOR D.W.; ELIASZIW M. et al. Benefit of carotid endarterectomy in patients with symptomatic moderate or severe stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. In: *N Engl J. Med*, 1998, nr. 339(20), pp. 1415-1425.
190. BARNETT, H.J. Stroke prevention in the elderly. In: *Clin. Exp. Hypertens*, 2002, nr. 24, pp. 563-571.
191. BARRETT-CONNOR, E.; KHAW, K. Diabetes mellitus: an independent risk factor for stroke? In: *JAMA*, 1988, nr. 258, pp. 116-123.
192. BELLOC, N.; BRESLOW, L. Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1972, pp. 409-421.
193. BERTHIER, M., Poststroke Aphasia. *Epidemiology, Pathophysiology and Treatment*. In: *Drugs Aging*, 2005, vol. 22, nr. 2.
194. BHAT, V.M.; COLE, J.W.; SORKIN, J.D. et al. Dose-response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. In: *Stroke*, 2008, nr. 39(9), pp. 2439-43.
195. BHATIA, S.K. Tissue engineering for clinical applications. In: *Biotechnol J.*, 2010, nr. 5, pp. 1309-1323.
196. BLAND, S.T.; PILLAI, R.N.; ARONOWSKI, J. et al. Early overuse and disuse of the affected forelimb after moderately severe intraluminal suture occlusion of the middle cerebral artery in rats. In: *Behav Brain Res*, 2001, 126, pp. 33-41.

197. BLANŞARD, D. et al. Impact of age and gender on in-hospital and late mortality after acute myocardial infarction: increased early risk in younger women: Results from the French nation-wide USIC registries. In: *European Heart Journal*, June 2006, vol. 27, Issue 11, pp. 1282-1288.
198. BOEHME, A.K.; ESENWA, C.; ELKIND, M.S. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. In: *Circulation research*: 2017, nr. 120(3), pp. 472-495.
199. BONITA, R.; SOLOMON, N.; BROAD, J. Prevalence of stroke and stroke-related disability. Estimates from the Auckland Stroke Studies. In: *Stroke* 1997, nr. 28, pp. 1898-1902.
200. BOOTH, J.; CONNELLY, L.; LAWRENCE, M. et al. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. In: *BMC Neurol.*, 2015, nr. 15.
201. BRADFORD, D.; BURKE, W. *Reinventing Organization Development*, 2005.
202. BRAININ, M. et al. Acute neurological stroke care in Europe: results of the European Stroke. Care Inventory. In: *Eur J. Neurol*, 2000, nr. 7, pp. 5-10.
203. BRAISBY, N.; GELLATLY, A. *Cognitive Psychology*. New York: Oxford University Press Inc., 2005.
204. BRAMLETT, H.M.; DIETRICH, W.D. Pathophysiology of cerebral ischemia and brain trauma: similarities and differences. In: *J. Cereb Blood Flow Metab*, 2004, nr. 24(2), pp. 133-150.
205. BRODERICK, J.; BROTT, T.; TOMSICK, T. et al. Intracerebral Hemorrhage More Than Twice as Common as Subarachnoid Hemorrhage. In: *Jurnal of Neurosurgery*, 1993 Feb, nr. 78(2), pp. 188-191.
206. BRODERICK, J.P. et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Statement for Healthcare Professionals From a Special Writing Group of the Stroke Council. In: American Heart Association. National Library of Medicine, 1999, nr. 30(4), pp. 905-915.
207. BRØNNUM-HANSEN, H.; DAVIDSEN, M.; THORVALDSEN, P. Long-Term Survival and Causes of Death After Stroke. In: *Stroke*, 2001, nr. 32, pp. 2131-2136.
208. BROWN, A.W.; MARLOWE, K.J.; BJELKE, B. Age effect on motor recovery in a post acute animal stroke model. In: *Neurobiol Aging*, 2003, nr. 24, pp. 607-614.
209. BROWN, J.M.; MILLER, W.R. Impact of motivational interview on participation and outcome in residential alcoholism treatment. In: *Psychology of Addictive Behavior*, 1993, nr. 7, pp. 211-218.
210. BUDDEBERG, C.; WILLI, J. *Psychosocial Medizin*. Springer. Berlin, 1998.
211. CARDOL, M.; De JONG, B.A., Van DEN BOS, G.A. et al. Beyond disability: perceived participation in people with a chronic disabling condition. In: *Clin. Rehabil.* 2002, nr. 16, pp. 27-35.
212. CARLEN, M.; MELETIS, K.; GORITZ, C. et al. Forebrain ependymal cells are Notch-dependent and generate neuroblasts and astrocytes after stroke. In: *Nat Neurosci.*: 2009, nr. 12, pp. 259-267.
213. CARNEY, R.M.; FREDLAND, K.F.; VEITH, R.C. Depression, the autonomic nervous system and coronary artery disease. In: *Psychosom Med.*, 2005, nr. 67, pp. 29-33.
214. CAROD-ARTAL, F.J.; TRIZOTTO, D.S.; CORAL, L.F.; MOREIRA, CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. In: *J Neurol Sci.*, 2009 Sep 15, nr. 284(1-2), pp. 63-88.

215. CAROD-ARTAL, J.; EGIDO, J.A.; GONZALEZ, J.L.; DE SEIJAS, V. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. In: *Stroke*, 2000, nr. 31, pp. 2995-3006.
216. CARR, A.; HIGGINSON, I. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered? In: *British Medical Journal*, 2001, nr. 322, pp. 1357-1360.
217. CHEN, S.J.; CHANG, C.M.; TSAI, S.K. et al. Functional improvement of focal cerebral ischemia injury by subdural transplantation of induced pluripotent stem cells with fibrin glue. In: *Stem Cells Dev.*, 2010, nr. 19, pp. 1757-1767.
218. CHONG, D.K. Measurement of instrumental activities of daily living in stroke. In: *Stroke*, Jun 1995, nr. 26(6), pp. 1119-1122.
219. CHOU, C.Y. Psychometric comparisons of four disease-specific health related quality of life measures for stroke survivors. In: *J. Stroke Cerebrovascular Dis.*, 2015 Mar, nr. 24(3), pp. 655-662.
220. CINTEZĂ, M.; PANĂ, B.; COCOHINO, E. et al. Prevalence and control of cardio-vascular risk factors in Romania – cardio-zone national study – *Medica – A J. of Clin Medicine*, 2007, pp. 277-288.
221. CLARKE, P. et al. Well – being after stroke in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging. In: *Stroke*, April 2002, nr. 33(4), pp. 1016-1021.
222. CLARKE, P.; MARSHALL, V.; BLACK, S.E. et al. Well-being after stroke in Canadian seniors: findings from the Canadian Study of Health and Aging. In: *Stroke*, 2002, nr. 33, pp. 1016-1021.
223. CLOKE, Ch.; DAVIES, M. Participation and empowerment in child protection. Paperback, 1995.
224. COLLINS, R.; ARMITAGE, J.; PARISH, S. et al. Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol-lowering with simvastatin in 5963 people with diabetes: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet*, 2003, nr. 361(9374), pp. 2005-16.
225. COLLINS, R.; PETO, R.; MACMAHON, S. et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, 1990, nr. 335(8693), pp. 827-38.  
comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*: 2001, pp. 1069-1078.
226. CORBETTA, M.; SHULMAN, G. Spatial neglect and attention networks. In: *Annu Rev. Neurosci.*, 2011, nr. 34, pp. 569-599.
227. CORELLA, D.; CARRASCO, P.; SORLÍ, J.V. et al. Mediterranean diet reduces the adverse effect of the TCF7L2-rs7903146 polymorphism on cardiovascular risk factors and stroke incidence: a randomized controlled trial in a high-cardiovascular-risk population. In: *Diabetes Care*, 2013, nr. 36(11), pp. 3803-3811.
228. COREY, G. *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. Brooks/Cole, Cengage Learning, 2012.
229. CORRAO, G.; BAGNARDI, V.; ZAMBON, A.; LA VECCHIA, C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. In: *Prev Med.*, 2004, nr. 38, pp. 613-619.
230. COULL, A.J.; LOVETT, J.K.; ROTHWELL, P.M. Oxford Vascular Study. Population based study of early risk of stroke after transient ischemic attack or minor

- stroke: implication for public education and organization of services. *BMJ*, 2004, pp. 326-328.
231. CROSSMAN, A.R. Functional anatomy of movement disorders. In: *J. Anat.*, 2000, nr. 196 (Pt4), pp. 519-525.
232. CURTIS, M.A.; LOW, V.F.; FAULL, R.L. Neurogenesis and progenitor cells in the adult human brain: a comparison between hippocampal and subventricular progenitor proliferation. *Dev. Neurobiol.*, 2012, nr. 72, pp. 990-1005.
233. De BRUIJN, M.A.; SYNHAEEVE, N.E.; Van RIJSBERGEN, M.W. et al. Quality of Life after Young Ischemic Stroke of Mild Severity Is Mainly Influenced by Psychological Factors. In: *J. Stroke Cerebrovascular Dis.*, 2015 Oct, nr. 24(10), pp. 2183-2188.
234. DECE, S.; BASTON, R.; KASDON, D.L. et al. Aphasia in Subdural Hematom. In: *Arch Neurol*, March 1983, nr. 40, pp. 177-178.
235. DEFLORIO, M.L.; MASSIE, M.J. Review of depression in cancer: Gender differences. In: *Depression*, 1995, nr. 3, pp. 66-80.
236. DÉGI, L. CSABAT. Aspecte psihosociale ale bolilor tumorale. *Evaluare și intervenție. Presa Universitară Clujană*, 2015, pp. 26-28.
237. DHAMMOON, M.S.; MCCLURE, L.A.; WHITE, C.L. et al. Quality of Life after Lacunar Stroke: The Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes Study. In: *J. Stroke Cerebrovasc Dis.*, 2014 May-Jun, nr. 23(5), pp. 1131-1137.
238. DIDIER, J.P. La plasticité de la fonction motrice. *Collection de l'Académie européenne de Médecine de Réadaptation*. Paris: Springer Verlag, 2004.
239. DIENER, H.C.; SACCO, R.L. et al. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. In: *Neuro Engl J. Med.*, 2008, nr. 359, pp. 1238-1251.
240. DOBKIN, B.H.; DORSCH, A. New Evidence for Therapies in Stroke Rehabilitation. In: *Current Atherosclerosis Reports*, 2013 Jun, nr. 15(6), p. 331.
241. DONG, Y.; SHARMA, V.K.; CHAN, B.P. et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the MiniMental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute stroke. In: *J. Neurol Sci.*, 2010, nr. 299(1-2), pp. 15-18.
242. DONNAN, G.A.; FISHER, M.; MACLEOD, M.; DAVIS, S.M. Secondary prevention of stroke – Authors' reply. In: *The lancet clinic journal*, vol. 372, nr. 9643, pp. 1009-1020.
243. DRĂGULESCU, R. Psycholinguistic and neurolinguistics approaches on communication distortions. In: *Globalization and intercultural dialogue: multidisciplinary perspectives* (ed. Iulian Boldea). Târgu Mures, Arhipelag XXI, 2014.
244. DUGGIRALA, R.; GONZÁLEZ-VILLALPANDO, C.; O'LEARY, D.H. et al. Genetic basis of variation in carotid artery wall thickness. In: *Stroke*, 1996, nr. 27(5), pp. 833-837.
245. DUNCAN, P. W., LAI, S.M., KEIGHLEY, J. Defining post-stroke recovery: implications for design and interpretation of drug trials. In: *Neuropharmacology*, 2000, nr. 39, pp. 835-841.
246. ELBAZ, A. et al. Motor function in the elderly: evidence for the reserve hypothesis. In: *Neurology*, 2013, nr. 81, pp. 417-26.
247. ERIKSON, H. *The Life Cycle Completed*. W.W. Norton, 17 iun. 1998.

248. ESPÁRRAGO-LLORCA, G.; CASTILLA-GUERRA, L.; FERNÁNDEZ-MORENO, MC. et al. Post-stroke depression: an update. In: *Neurologia*. 2015 Jan.-Feb., nr. 30(1), pp. 23-31.
249. EVANS, DR. Enhancing Quality of Life in the Population at Large. In: *Social Indicators Research*, 1994, nr. 33:1, pp. 47-88.
250. FABBRO, F. The Neurolinguistics of L2 Users. In: *Portraits of the L2 Users*, edited by Vivian Cook. UK: Multilingual Matters LTD, 2002.
251. FAVA, G.A.; WISE, T.T.N. Psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: a solution for somatoform disorders. In: *J. Psychiatry*, 2007, nr. 164, pp. 1002-1003.
252. FEIBEL, J.H.; SPRINGER, C.J. Depression and failure to resume social activities after stroke. In: *Arch Phys Med Rehabil*. 1982, nr. 63, pp. 276-278.
253. FEIGIN, V.L.; FOROUZANFAR, M.H., KRISHNAMURTHI, R. et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2014, 383, pp. 245-254.
254. FEIGIN, V.L.; FOROUZANFAR, M.H.; KRISHNAMURTHI, R. et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2014, pp. 245-255.
255. FEIGIN, V.L.; MENSAH, G.A.; NORRVING, B. et al. Atlas of the Global Burden of Stroke (1990-2013): The GBD 2013 Study. In: *Neuroepidemiology*, 2015, nr. 45(3), pp. 230-236.
256. FOIX, C.; LEVY, M. Les ramollissements sylviens. In: *Rev. Neurol. Paris*: 1927, nr. 11, 51 p.
257. FRITZSCHE, K.; WIRSCHING, M. *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. Springer, Heidelberg, 2015.
258. GAEDE, P.; VEDEL, P.; LARSEN, N. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. In: *N Engl J. Med*, 2003, nr. 348, pp. 383-393.
259. GAINOTTI, G. et al. Anomia with and without lexical comprehension disorders. In: *Brain and Language*, 1986, nr. 29, pp. 18-33.
260. GAMALDO, A.; MOGHEKAR, A.; KILADA, S. et al. Effect of a clinical stroke on the risk of dementia in a prospective cohort. In: *Neurology* 2006, nr. 67, pp. 1363-1369.
261. GARRAWAY, W.M.; AKHTAR, A.J. et al. Management of Acute Stroke in the Elderly: Preliminary Results of a Controlled Trial. In: *Br Med J*, 1980 Apr 12, nr. 280(6220), pp. 1040-1043.
262. GEMA COSTA, R.; FRANCISCO, G. Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes. In: *Revista Medicina Clínica*: 2009, vol. 1 (28), nr. 18, pp. 687-691.
263. GLADER, E.L.; STEGMAYR, B.; NORRVING, B. et al. Sex differences in management and outcome after stroke: a Swedish national perspective. In: *Stroke*, 2003, nr. 34, pp. 1970-1975.
264. GLAVAN, A. Particularities of the Socio-Professional Rehabilitation of People After Stroke. In: *World Science*: 2020, nr. 6(58), Vol. 3.
265. GLAVAN, A. Psychological dimensions of post-stroke rehabilitation. In: *Balneo Research Journal* 2020, nr. 11(3), p. 321.



266. GLAVAN, A. Specific Educational Interventions in the Rehabilitation of Cognitive Capacities of Adults Due to a Cerebrovascular Accident (Experimental Investigation). In: World Science, 2020, nr. 6(58), Vol. 3.
267. GLYMOUR, M.M.; MASELKO, J.; GILMAN, S.E. et al. Depressive symptoms predict incident stroke independently of memory impairments. In: *Neurology*, 2010, nr. 75(23), pp. 2063-2070.
268. GODEFROY, O. et al. Is the Montreal Cognitive Assessment superior to the Mini-Mental State Examination to detect poststroke cognitive impairment? A study with neuropsychological evaluation. In: *Stroke*, 2011, nr. 42, pp. 1712-1716.
269. GOLDSTEIN, K.; HANFMANN, E.; RICKERS-OVSIANKINA. Case Lanuti: Extreme Concretization of Behavior Due to Damage of the Brain Cortex. In: *Psychological Monographs*. Ed. by John F. Dashiell, 1944, vol. 57, No. 4, whole No. 264, pp. 1-72.
270. GONON, MAH.; BRUCKERT, R.; MICHEL, F. Lexicalization in an anomic patient. In: *Neuropsychology*, 1989, nr. 27(4), pp. 391-407.
271. GOODGLASS, H.; KAPLAN, E. The assessment of aphasia and related disorders. William and Wilkins, Second Edition, Reprinted, 1996.
272. GORELICK, P.B. Stroke prevention. In: *Arch Neurol*, 1995, nr. 52, pp. 347-55.
273. GOYAL, M.; DEMCHUK, A.M.; MENON, B.K. et al. Randomized assessment of rapid endovascular treatment of ischemic stroke. In: *N. Engl. J. Med.*, 2015, nr. 372, pp. 1019-1030.
274. GREZES, J.; DECETY, J. Functional anatomy of execution, mental simulation, observation, and verb generation of actions: a meta-analysis. In: *Hum. Brain Mapp*: 2001, nr. 12, pp. 1-19.
275. GROTTA, J.C. et al. Agreement and variability in the interpretation of early CT changes in stroke patients qualifying for intravenous rtPA therapy. In: *Stroke*:1999, nr. 30, pp. 1528-33.
276. GUAJARDO, V.D.; TERRONI, L.; SOBREIRO, MDE. F. et al. The Influence of Depressive Symptoms on Quality of Life after Stroke: A Prospective Study. In: *J. Stroke Cerebrovascular Dis.* 2015 Jan, nr. 24(1), pp. 201-209.
277. GUAN, J., TONG, W.; DING, W.; DU, S. et al. Neuronal regeneration and protection by collagen-binding BDNF in the rat middle cerebral artery occlusion model. In: *Biomaterials*, 2012, nr. 33, pp. 1386-1395.
278. GUEYFFI, E.R.F.; BULPIT, C.; BOISSEL, J.P. Antihypertensive drugs in very old people. *Lancet*, 1999.
279. GUNAYDIN, R.; KARATEPE, A.G.; KAYA, T.; ULUTAS, O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: A short-term follow-up study. In: *Arch Gerontol Geriatr.*, 2011 Jul-Aug, nr. 53(1), pp. 19-23.
280. GUTENBRUNNER, C.; WARD, A.B.; CHAMBERLAIN, M.A. White book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine, 2007, nr. 45, pp. 6-47.
281. GUTENBRUNNER, C.; WARD, A.B.; GIUSTINI, A. et al. A position paper on Physical & Rehabilitation Medicine programmes in post-acute settings. Union of European Medical Specialists Section of Physical & Rehabilitation Medicine (in conjunction with the European Society of Physical & Rehabilitation Medicine). In: *J Rehabil Med*, 2012 Apr, nr. 44(4), pp. 289-98.



282. HAIDT, J. Morality. In: *Perspectives on Psychological Science*, 2008, nr. 3(1), pp. 65-72.
283. HALL, M.J.; LEVANT, S.; DEFRANCES, C.J. Hospitalization for Stroke in U.S. Hospitals, 1989-2009. *NCHS*, 2012, nr. 95, pp. 1-8.
284. HANKEY, G.J. Long-term outcome after ischemic stroke/transient ischemic attack. In: *Cerebrovascular Dis*, 2003, nr. 16, Suppl. 1, pp. 14-19.
285. HANKEY, G.J.; WARLOW, C.P.; SELLAR, R.J. Cerebral angiographic risk in mild cerebrovascular disease. In: *Stroke*, 1990, nr. 21(2), pp. 209-222.
286. GOODGLASS, H.; KAPLAN, E. *Assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia Lea and Febiger, 1972.
287. HARTER, M.C.; CONWAY, K.P.; MERIKANGAS, K.R. Association between anxiety disorders and physical illness. In: *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2003, nr. 253 (6), pp. 313-320.
288. HARTMANN, M.D.; RUNDEK, T.; MAST, H. et al. Mortality and causes of death after first ischemic stroke. In: *Neurology*, 2001 Dec 11, nr. 57(11), pp. 2000-2005.
289. HARVEY, R.; ROTH, E.; YU, D. et al. *Physical Medicine and Rehabilitation. In: C50-Stroke Syndromes. Fourth Edition*, 2011.
290. Health Economic Evaluation of Rehabilitation Programmes in the „Rehabilitation Science” Research Funding Programme in Germania. In: *Rehabilitation*, 2005, nr. 44, pp. 46-56.
291. HENDERSON, V. *Basics principles of nursing care*. Geneva: I.C.N. International Council of Nursing, 1977.
292. HENDERSON, V. *The nature of nursing*. New York: Editure Macmillan, 1996.
293. HINES, G.H. Cross-cultural differences in two-factor motivation theory. In: *Journal of Applied Psychology*, December 1973.
294. HOLROYD-LEDUC, J.M.; KAPRAL, M.K.; AUSTIN, P.C. et al. Sex differences and similarities in the management and outcome of stroke patients. In: *Stroke*, 2000, nr. 31, pp. 1833-1837.
295. HOLSAPPLE, J.W.; PRESTON, J.B.; STRICK, P.L. The origin of thalamic inputs to the „hand” representation in the primary motor cortex. In: *J. Neurosci.*, 1991, nr. 11, pp. 2644-2654.
296. HOUSE, A. Mood disorders in the first year after stroke. In: *Nurse Times*, 1987, nr. 2, pp. 211-21.
297. HOUSE, A.; DENNIS, M.; WARLOW, C. et al. Mood disorders after stroke and their relation to lesion location: a CT scan study. In: *Brain.*, 1990, nr. 113, pp. 1113-1130.
298. HOWITT, D.; CRAMER, D. *Introducere în SPSS pentru psihologie*. Iași: Editura „Polirom”, 2006.
299. HUEI-CHING, Y.; CHIA-LING, L. et al. Effect of biofeedback cycling training on functional recovery and walking ability of lower extremity in patients with stroke. In: *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 2014, vol. 30, nr. 1, pp. 35-42.
300. JARACZ, K.; KOZUBSKI, W. Quality of life in stroke patients. In: *Acta Neurol Scand*, 2003, nr. 107, pp. 324-329.
301. JETTE, A.M.; KEYSOR, J.; COSTER, W.; HALEY, S. Beyond function: predicting participation in a rehabilitation cohort. In: *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 2005, nr. 86, pp. 2087-2094.

302. JIA, H.; DAMUSH, T.M.; QIN, H.; RIED, L.D. et al. The impact of poststroke depression on healthcare use by veterans with acute stroke. In: *Stroke*, 2006, nr. 37(11), pp. 2796-2801.
303. JONG, G.; VAN RAAK, L.; KESSELS, F.; LODDER, J. Stroke subtype and mortality. a follow-up study in 998 patients with a first cerebral infarct. In: *J. Clin Epidemiol.*, 2003, nr. 56, pp. 262-268.
304. JONKMAN, E.J.; DE WEERD, A.W.; VRIJENS, N.L. Quality of life after a first ischemic stroke: long-term developments and correlations with changes in neurological deficit, mood and cognitive impairment. In: *Acta Neurol. Scand.*, 1998, nr. 98, pp. 169-175.
305. KADLECOVÁ, P.; ANDEL, R.; MIKULÍK, R. et al. Alcohol consumption at midlife and risk of stroke during 43 years of follow-up: cohort and twin analyses. In: *Stroke*, 2015, nr. 46(3), pp. 627-33.
306. KALRA, L. The Influence of Stroke Unit Rehabilitation on Functional Recovery From Stroke. In: *J. Stroke*, 1994 Apr, nr. 25(4), pp. 821-825.
307. KAPRAL, M.K.; FANG, J.; HILL, M.D. et al. Sex differences in stroke care and outcomes: results from the registry of the Canadian Stroke Network. In: *Stroke*, 2005, nr. 36, pp. 809-814.
308. KARASEK, R.; THEORELL, T. *Healthy work – stress, productivity and reconstruction of working life.* New York Basic Books, 1990.
309. KASTE, M. et al. Organization of Stroke Care: Education, Stroke Units and Rehabilitation. In: *J. Cerebrovascular Diseases*, 2000, nr. 10 (suppl. 3), pp. 1-11.
310. KAUKHANEN, M.L.; KORPELAINEN, J.T.; HILTUNEN, P. et al. Domains and determinants of quality of life after stroke caused by brain infarction. In: *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 2000, nr. 81, pp. 1541-1546.
311. KIELHOLTZ, P.; SEIGENTHALER, W.; TAGGART, P.; ZANCHETTI, A. *Troubles psychosomatique cardio-vasculaires – quand et comment les traiter.* Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne: 1982, pp. 38-52.
312. KIM, P.; WARREN, S. et al. Quality of life of stroke survivors. In: *Q Life Res*, 1999, nr. 8, pp. 293-301.
313. KIM, P.; PARK, E-Y. An analysis of depressive symptoms in stroke survivors: verification of a moderating effect of demographic characteristics. In: *BMC Psychiatry*, 2017, Apr. 8; nr. 17, p. 132.
314. KING, R.B. Quality of life after stroke. In: *Stroke*, 1996, nr. 27(9), pp. 1467-72.
315. KOLOMINSKI-RABAS, P.L.; WEBER, M. et al. Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence and long term survival in ischemic stroke subtypes: a population based study. In: *Stroke*, 2001, nr. 32, pp. 2735-2740.
316. KONG, K.H.; YANG, S.Y. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. In: *Singapore Med J.*, 2006, nr. 47(3), pp. 213-218.
317. KOPP, M.S. et al. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. In: *Social Science and Medicine*, 2000, nr. 51, pp. 1351-1361.
318. KOTILLA, M.; WALTIMO, O.; NIEMIM, L. et al. The profile of recovery from stroke in factors influencing outcome. In: *Stroke*, 1984, nr. 15, pp. 1039-1044.
319. KUHN, T. *Structura revoluțiilor științifice.* București: Editura „Humanitas”, 2008.

320. KURTZ, S.; GIVEN, G. *Clinical Research: Concepts and Principles for Advanced Practice Nurses*. 2004.
321. LANG, R. Funktionelle Kreislauf Regulation Störungen. *Therapien Woche* 39. In: *Therapien Woche*, 1990, nr. 40, pp. 440-445.
322. LANGE, B.; KOENIG, S.; CHANG, C.-Y. et al. Designing informed game-based rehabilitation tasks leveraging advances in virtual reality. In: *Disabil. Rehabil.*, 2012, nr. 34(22), pp. 1863-1870.
323. LANGHORNE, P. et al. Is stroke unit care portable? A systematic review of the clinical trials. In: *Age and Ageing*, 2005, nr. 34, pp. 324-330.
324. LASKA, A.C.; HELLBLOM, A.; MURRAY, V. et al. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. In: *Journal of Internal Medicine*, 2001, vol. 249 (5), p. 420.
325. LEACH, M.J.; GALL, S.L.; DEWEY, H.M. et al. Factors associated with quality of life in 7year survivors of stroke. In: *J. Neurol Neurosurgeon Psychiatry*, 2011, nr. 82, pp. 1365-1371.
326. LEE, C.D.; FOLSOM, A.R.; BLAIR, S.N. Physical activity and stroke risk: a meta-analysis. In: *Stroke*, 2003, nr. 34(10), pp. 247-581.
327. LEE, J.S.; HONG, J.M.; MOON, G.J. et al. A long-term follow-up study of intravenous autologous mesenchymal stem cell transplantation in patients with ischemic stroke. In: *Stem Cells*, 2010, nr. 28, pp. 1099-1106.
328. LEONARDI-BEE, J.; BATH, P.M.; PHILLIPS, S.J.; SANDERCOCK, P.A. IST Collaborative Group. Blood pressure and clinical outcomes in the International Stroke Trial. In: *Stroke*, 2002, nr. 33(5), pp. 1315-20.
329. LETT, H.S. et al., Depression as a Risk Factor for Coronary Artery Disease: Evidence, Mechanisms, and Treatment. In: *Psychosomatic Medicine*, May-June 2004, vol. 66, Issue 3, pp. 305-315.
330. LEYS, D. et al. Poststroke dementia. In: *Lancet Neurol.*, 2005 Nov, nr. 4(11), pp. 752-759.
- LIN, N. Social networks and status attainment. In: *Annual Review of Sociology*, 1999, vol. 25, pp. 467-487.
331. LO, E.H.; DALKARA, T.; MOSKOWITZ, M.A. Mechanisms, challenges and opportunities in stroke. In: *Nature Reviews. Neuroscience*, 2003, vol. 4, nr. 5, pp. 399-415.
332. LOPEZ, A.D.; MATHERS, C.D.; EZZATI, M. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*: 2006, nr. 367, pp. 1747-1757.
333. LOYD-JONES, D.; ADAMS, R.; CARNETHON, M. et al. Heart disease and stroke statistics – 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. In: *Circulation*, 2009, nr. 119, pp. 480-486.
334. MADUREIRA, S. et al. Dementia and cognitive impairment three months after stroke. In: *Eur J. Neurol.*, 2001 Nov; nr. 8(6), pp. 621-627.
335. MARCELO, B.; POSTROKE, A. *Epidemiology, Pathophysiology and Treatment*. In: *Drugs Aging*, 2005, vol. 22, nr. 2, 164 p.
336. MARKUS, T.M.; TSAI, S.Y.; BOLLNOW, M.R. et al. Recovery and brain reorganization after stroke in adult and aged rats. *Ann. Neurol.*, 2005, nr. 58, pp. 950-953.
337. MARSHALL, E.J. Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. In: *Alcohol and Alcoholism*, vol. 49, Issue 2, March/April 2014, pp. 160-164.

338. MARTIN, L.A. Treatment of Aphasia. In: Arch. Neurol., 1998, vol. 55, pp.
339. MARTY S. PLAYER; PETERSON L.E. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: a review. In: The International Journal of Psychiatry in Medicine, 2011, nr. 41 (4), pp. 365-377.
340. MASTERS, A.; WALLACE, H.R. Personal Development for Life and Work. South-Western Cengage Learning, 2010.
341. MATSUZAKI, S.; HASHIMOTO, M.; YUKI, S. et al. The relationship between post-stroke depression and physical recovery. In: J. Affect Disord., 2015 May, nr. 1(176), pp. 56-60.
342. MAYA, J. LAMBIASE; KUBZANSKY, L.D.; THURSTON, R.C. Prospective Study of Anxiety and Incident Stroke. In: J. Stroke, 2014, nr. 2 (45), pp. 438-443.
343. McDOWELL, F.H. et al. Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. Part 1. Analysis of 248 unscreened patients-medical and functional prognostic indicators. In: J. Stroke, 1977, nr. 8, pp. 651-656.
344. McEWAN, B. Physiology and neurobiology of stress and adaptation. In: Physiol. Rev., 2007, nr. 87, pp. 873-904.
345. McKEVITT, C.; REDFERN, J.; LA-PLACA, V.; WOLFE, C.D.A. Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. In: Clin Rehabil., 2003, nr. 17, pp. 865-870.
346. McLENNAN, S.N. et al. Validity of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a screening test for the mild cognitive impairment (MCI) in a cardiovascular population. In: J. Geriatr Psychiatry Neurol., 2011, nr. 24(1), pp. 33-38.
347. MENLOVE, L.; CRAYTON, E.; KNEEBONE, I. et al. Predictors of Anxiety after Stroke: A Systematic Review of Observational Studies. In: J. Stroke Cerebrovascular Dis., 2015, nr. 24(6), pp. 1107-1117.
348. MEREUȚĂ, I.; ȘVEĂȚ, V. et al. Sanogenetic principles in the adaptation, readmission and rehabilitation of oncology patients. In: Revista științifico-practică Info-Med, pp. 131-139.
349. MESCHIA, J.F.; BUSHNELL, C.; BODEN-ALBALA, B. et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. In: American Stroke Association. In: Stroke, 2014, nr. 45(12), pp. 3754-832.
350. MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press, 1991.
351. MIWA, K.; HOSHI, T. et al. Silent cerebral infarction is associated with incident stroke and TIA independent of carotid intima-media thickness. In: Internal medicine (Tokyo, Japan), 2010, nr. 49 (9), pp. 817-22.
352. MOLZAHN, A.E.; PLUMMER, M. Quality of Life in Contemporary Nursing Theory A Concept Analysis. In: Nursing Science Quarterly, 2009, nr. 22(2), pp. 134-40.
353. MORRIS, P.L.P.; ROBINSON, R.G.; RAPHAEL, B. Prevalence and course of depressive disorders in hospitalized stroke patients. In: Int J. Psychiatry Med., 1990, nr. 20, pp. 349-364.
354. MOYERS, T.B.; MILLER, W.R.; HENDRICKSON, S.M.L. How Does Motivational Interviewing Work? Therapist Interpersonal Skill Predicts Client Involvement Within Motivational Interviewing Sessions. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2005, nr. 73, pp. 590-598.

355. MURESANU, D.F.; HEISS, W.D.; HOEMBERG, V. et al. Cerebrolysin and Recovery After Stroke (CARS) A Randomized, Placebo-Controlled, Double-Blind, Multicenter Trial. In: *Stroke*, 2015, nr. 47(1), pp. 151-159.
356. MYERS, A.; DEWAR, H.A. Circumstances attending 100 sudden death from coronary artery disease with coronar necropsy. In: *Brit. Heart. J.*, 1975, nr. 37, pp. 11-33. National Stroke Assotiation. Global and Regional Patterns in Cardiovascular Mortality From 1990 to 2013. In: *J. Circulation*, 2015, vol. 132, nr. 17, pp. 1667-1678.
357. NICHOLLS, C.S.; STRANDNESS, D.E. Jr. Noninvasive diagnosis of cerebro-vascular insufficiency. In: *Int Surg.*, 1984, nr. 69, pp. 199-206.
358. NIEMI, M.L.; LAAKSONEN, R.; KOTILA, M., et al. Quality of life 4 years after stroke. In: *Stroke*. 1988, nr. 19, pp. 1101-1107.
359. NIEMI, M.L.; KOTILA, M.; WALTIMO, O. Does a single stroke precede dementia? In: *Acta Neurologica Scandinavica*, April, 2009, nr. 69(S98):335-336.
360. NOBLE, A.J.; SCHENK, T. Posttraumatic stress disorder in the family and friends of patients who have suffered spontaneous subarachnoid hemorrhage. In: *J. Neurosurg.*, 2008, nr. 109, pp. 1027-1033.
361. NOVITZKE, J. Privation of Memory: What can be done to help stroke patients remember? In: *J. Vasc Interv Neurol.*, 2008 Oct, nr. 1(4), pp. 122-123.
362. NUNES, B. et al. Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. In: *BMC Neurol.*, 2010, Jun. nr. 11, pp. 10-42.
363. O'BREIN, J.T., et al. Vascular Cognitive Impairment. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, September 2006, vol. 14, Issue 9, pp. 724-733.
364. O'DONNELL, M.J. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries. The interstroke study: a case-control study. *The Lancet*, 18 iunie, 2010.
365. Ottawa Panel Evidence – Based Clinical Practice Guidelines for Post-Stroke Rehabilitation. In: *Journal Topics in Stroke Rehabilitation*, 2006, vol. 13.
366. OTTENBADIER, K. et al. Hospital Readmission in Persons With Stroke Following Postacute Inpatient Rehabilitation. In: *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2012.
367. PACIARONI, M.; CASO, V.; AGNELLI, G. The Concept of Ischemic Penumbra in Acute Stroke and Therapeutic Opportunities. In: *Eur Neurol.*, 2009, nr. 61, pp. 321-330.
368. PANG, G.; ZUO-QUAN, C.; YU-HAI, B. et al. Correlation Between Carotid Intraplaque Hemorrhage and Clinical Symptoms: Systematic Review of Observational Studies. *Stroke* 2007, nr. 38(8), pp. 2382-2390.
369. PAOLUCCI, S.; ANTONUCCI, G.; GIALLORETI, L.E. Predicting Stroke Inpatient Rehabilitation Outcome: The Prominent Role of Neuropsychological Disorders. In: *Eur Neurol*: 1996, nr. 36, pp. 385-390.
370. PAPAGNO, C. et al. Two cases of progressive anomia; a clinicalMRI study. *Brain and language* 1998, nr. 65, pp. 125-127.
371. PARIKH, R.M.; ROBINSON, R.G.; LIPSEY, J.R. et al. The impact of poststroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow-up. In: *Arch Neurol.*: 1990, nr. 47(7), pp. 785-789.
372. PARIKH, R.M.; FEDOROFF, P. et al. Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke? In: *American journal of Psychiatry*, nr. 148(9), pp. 1172-1176.

373. PARK, G.Y.; IM, S.; OH, C.H. et al. The association between the severity of poststroke depression and clinical outcomes after first-onset stroke in Korean patients. In: *Gen Hosp Psychiatry*, 2015 May-Jun, nr. 37(3), pp. 245-250.
374. PARSONS, T. Social Systems and the Evolution of Action Theory Social Work. September 1978, Vol. 23, Issue 5, p. 429.
375. PATEL, M.; COSHALL, C.; RUDD, A.G.; WOLFE, C.D. Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with its recovery. In: *Clin Rehabil.*, 2003 Mar, nr. 17(2), pp. 158-66.
376. PAYNE, B.K. The Situated Inference Model. In: *Integrative Account of the Effects of Primes on Perception, Behavior, and Motivation*. Review Article Find in PubMed, 2011, May 18.
377. PAYNE, M. *Modern Social Work Theory* (3rd ed.). Chicago: Lyceum Books, 2005, 366, pp. 186-187.
378. PEDERSEN, T.R. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet.*, 1994, Nov 19, nr. 344(8934), pp. 1383-9.
379. PELTONEN, M.; STEGMAYR, B.; ASPLUND, K. Time Trends in Long-term Survival After Stroke. The Northern Sweden Multinational Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease (MONICA) Study, 01.07.1998, Vol. 29, No. 7, 1985-1994.
380. PENDLEBURY, S.T. et al. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009, nr. 8, pp. 1006-1018.
381. PETERSON, C.; SEMMEL, A.; VON BAEYER, C.; ABRAMSON, et al. Distinguishing optimism from pessimism in older adults: Is it more important to be optimistic or not to be pessimistic? *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 73(6), pp. 1345-1353.
382. POLLAK, J.; DOYLE, K.P.; MAMER, L.; SHAMLOO, M. et al. Stratification substantially reduces behavioral variability in the hypoxic-ischemic stroke model. In: *Brain Behav.*, 2012 Sep., vol. 2, issue 5, pp. 698-706.
383. POLLOCK, A.; LANGHORNE, P. What are the components of effective stroke unit care? *British Geriatrics Society*. In: *J. Age and Ageing*, 2002, nr. 31, pp. 365-371.
384. POPESCU, B.; BĂJENARU, O. et al. Blood-brain barrier alterations in ageing and dementia. *Journal of the Neurological Sciences*, vol. 283, Issues 1-2, 15 August 2009, pp. 99-106.
385. QUANDT, F.; HUMMEL, F.C. The influence of functional electrical stimulation on hand motor recovery in stroke patients: a review. In: *Exp. Transl. Stroke Med.*, 2014, nr. 6, pp. 9-16.
386. QURESHI, A.I.; HUSSEIN, H.M. et al. Subacute recanalisation and reocclusion in patients with acute ischemic stroke following endovascular treatment. In: *Neurocrit Care*: 2009, nr. 10, pp. 195-203.
387. RAPP, M.A. et al. Persistent depressive symptoms after acute coronary syndrome are associated with compromised white matter integrity in anterior cingulate: a pilot study. *Psychoter*. In: *Psychosom*, 2010, nr. 3, pp. 131-202.
388. REVICKI, D.A.; KAPLAN, R.M. Relationships between psychometric and utility-based approaches to the measurements of health-related quality of life. In: *Quality of Life Research*, 1993, nr. 2, pp. 477-487.

389. REYNOLDS, K.; LEWIS, L.B.; NOLEN, J.D.L. Alcohol consumption and risk of stroke. In: *JAMA*, 2003, nr. 289, pp. 579-588.
390. RIBO, M. et al. Temporal profile of recanalization after intravenous tissue plasminogen activator: selecting patients for rescue reperfusion techniques. In: *Stroke*, 2006, nr. 37, pp. 1000-1004.
391. RIDDELL, R.C. Poverty, disability and aid, international development cooperation. In: T. Barron, J.M. Ncube, eds. *Poverty and Disability*. London: Leonard Cheshire Disability, 2010.
392. RINGLEB, P.A.; BOUSSER, M.G., FORD, G., BATH, P.; BRAININ, M. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. In: *The European Stroke Organization (ESO)*, 2008.
393. ROBERT, A.A.; ZAMZAMI, M.M. Stroke in Saudi Arabia: a review of the recent literature. In: *Pan African Medical Journal*, 2014, Jan 15, nr. 17, p. 14.
394. ROBERT, L. *The social work dictionary* Washington. DC: NASW Press, 2014.
395. ROCHETTE, A.; DESROSIERS, J.; BRAVO, G.; ST-CYR-TRIBBLE, D. et al. Changes in participation after a mild stroke: quantitative and qualitative perspectives. In: *Top. Stroke Rehabil.*, 2007, nr. 14, pp. 59-68.
396. ROGER, V.L.; GO, A.S.; LLOYD-JONES, D.M. et al. Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2012 update: A report from the American heart association. In: *Circulation*, 2012, nr. 125, pp. 188-197.
397. ROGERS, C. *Carl Rogers on personal power*. New York: Delacorte Press, 1977.
398. ROPER, N.; LOGAN, W.W.; THIERNEY, A.J. *The elements of nursing, A model of nursing based on a model of living*. Editura Churchill Livingstone, Edinburgh, 1991.
399. ROPPER, A.; BROWN, R. Cerebrovascular diseases. In: McGraw-Hill (eds.). *Adams and Victor's Principles of Neurology*, eighth edition. New York, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2005, pp. 691-704.
400. ROSAMOND, W.; FLEGAL, K.; FRIDAY, G. et al. Heart Disease and Stroke Statistics - 2007 Update A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. In: *Circulation*, 2007, nr. 115, pp. 69-171.
401. ROTHWELL, P.M.; COULL, A.J.; SILVER, L.E. et al. Population-based study of event-rate, incidence, case fatality, and mortality for all acute vascular events in all arterial territories (Oxford Vascular Study). *Lancet*, 2005, nr. 366, pp. 1773-1783.
402. SACCO, R.L.; ADAMS, R. et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack. In: *Stroke*, 2006, nr. 37, pp. 577-617.
403. SACCO, R.L.; WOLF, P.A.; GORELICK, P.B. Risk factors and their management for stroke prevention. In: *Neurology*, 1999, nr. 53, pp. 515-524.
404. SAGEN, U.; VIK, T.G.; MOUM, T., et al. Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke. In: *J. Psychosom Res.*, 2009 Oct, nr. 67(4), pp. 325-332.
405. SAVER, J.L. Time Is Brain - Quantified. In: *Stroke*, 2006, nr. 37, pp. 263-266.
406. SCHABITZ, W.R.; BERGER, C.; KOLLMAR, R. et al. Effect of brain-derived neurotrophic factor treatment and forced arm use on functional motor recovery after small cortical ischemia. In: *Stroke*, 2004, nr. 35, pp. 992-997.



407. SCHACHTER, S.; SINGER, J. Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. In: *Psychological review*, 1962, nr. 69 (5), pp. 379-399.
408. SCHEIER, M.; CARVER, C. Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. In: *Cognitive Therapy and Research*, 1992, nr. 16(2), pp. 201-228.
409. SCHERER, M.J. et al. Predictors of assistive technology use: the importance of personal and psychosocial factors. In: *Disability and Rehabilitation: 2005*, nr. 27, pp. 1321-1331.
410. SEGAL, E.; GERDES, K.; STEINER, S. An introduction to the profession of social work 2010.
411. SELIGMAN, M. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press: 2002, pp. 3-9.
412. SELIGMAN, M.; ABRAMSON, L.; SEMMEL, A.; VON BAEYER, C. Depressive attributional style. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, vol. 88, pp. 242-247.
413. SELYE, H. *The stress of life*. Longman, Green London, 1957.
414. SHAH, R.S.; COLE, J.W. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. In: *Expert Rev Cardiovasc Ther*, 2010, nr. 8(7), pp. 917-932.
415. SHAPIRO, A.; KEYES, C.L. Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? In: *Social Indicators Research*, 2008, nr. 88(2), pp. 329-346.
416. SHARP, L.K.; LIPSKY, M.S. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. In: *Am Fam Physician*, 2002, nr. 66, pp. 1001e9.
417. SHINTON, R.; BEEVERS, G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. In: *BMJ.*, 1989, nr. 298(6676), pp. 789-94.
418. SIMS, N.R.; MUYDERMAN, H. Mitochondria, oxidative metabolism and cell death in stroke. In: *Biochimica et Biophysica Acta*, 2010, nr. 1802 (1), pp. 80-91.
419. SIROL, M.; SANCHEZ, P.; LECHAT, P. Les statines préviennent-elles le risque d'accident vasculaire cérébral? In: *Med. Interne*, 2003, nr. 152, pp. 188-193.
420. SKEVINGTON, S.M.; LOFTY, M.; O'CONNELL, K.A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. In: *Quality of Life Research*, 2004, nr. 13, pp. 299-310.
421. SKILBECK, C.E.; WADE, D.T.; HEWER, R.L. et al. Recovery after stroke. In: *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1983, nr. 46, pp. 5-8.
422. SRIVASTAVA, A.; TALY, A.B.; GUPTA, A. et al. Post-stroke depression: prevalence and relationship with disability in chronic stroke survivors. In: *Indian Acad Neurol.*, 2010, nr. 13(2), pp. 123-127.
423. STAESSEN, J.A.; ANG, J.G.; THIGS, L. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly. *Lancet*, 2000, nr. 355, pp. 865-872.
424. STEAD, L.F.; BERGSON, G.; LANCASTER, T. Physician advice for smoking cessation In: *Cochrane Database Syst Rev.*, 2008 Apr 16, nr. (2): CD000165.
425. STEGMAYR, B.; ASPLUND, K. Diabetes as a risk factor for stroke. In: *Diabetology*, 1995, nr. 38, pp. 1061-1068.
426. STEPTOE, A.; KIVIMAKI, M. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Ann. Publ. Health*, 2013, nr. 34, pp. 337-354.



427. STEVENS et al. Palliative care in stroke: a critical review of the literature. In: *Palliative Medicine*, June 1, 2007, nr. 22(1), pp. 95-96.
428. STONE, J.; TOWNEND, E.; KWAN, J. et al. Personality change after stroke: Some preliminary observations. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2004, nr. 75, pp. 1708-1713.
429. STRONG, K.; MATHERS, C.D.; BONITA, R. Preventing stroke: saving lives around the world. In: *Lancet Neurol*, 2007, nr. 6, pp. 182-187.
430. STURM, J.W.; DEWEY, H.M.; DONNAN, G.A. et al. Handicap after stroke: how does it relate to disability, perception of recovery and stroke subtype?: the North East Melbourne Stroke Incidence Study (NEMESIS). In: *Stroke*, 2002, nr. 33, pp. 762-768.
431. SUENKELER, I.H.; NOWAK, M.; MISSELWITZ, B. et al. Time course of health-related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. In: *J Neurol*, 2002, nr. 249, pp. 1160-1167.
432. SUN, J.-H.; TAN, L.; YU, J.-T. Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. In: *Annals of Translational Medicine*, 2014, nr. 2(8), 80 p.
433. SUN, J.-H.; TAN, L.; YU, J.-T. Post-stroke cognitive impairment: epidemiology, mechanisms and management. In: *Annals of Translational Medicine*, 2014, nr. 2(8), 80 p.
434. TATEMICHI, T.K.; DESMOND, D.W.; STERN, Y. et al. Cognitive impairment after stroke: frequency, patterns, and relationship to functional abilities. In: *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1994, nr. 57, pp. 202-207.
435. TAYLOR, T.N., DAVIS, P. H. et al. Life time cost of stroke in the United States. In: *Stroke*, 1996, nr. 27, pp. 1459-1466.
436. TERRONI, L., SOBREIRO, M.F.M., CONFORTO, A.B. et al. Association among depression, cognitive impairment and executive dysfunction after stroke. In: *Dement Neuropsychology*, 2012, nr. 6 (3), pp. 152-157.
437. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHO-QOL-BREF Quality of Life Assessment. In: *Psychol Med.*, 1998, nr. 28, pp. 551-558.
438. THEORELL, T. Evaluating life events and chronic stressors in relation to health. In: *The psychosomatic Assessment – Kargul*, 2012, pp. 58-71.
439. THOMPSON, K.M.; GERLACH, S.Y. Advances in the care of patients with intracerebral hemorrhage. In: *Mayo Clin Prac*, 2007, nr. 82(8), pp. 987-990.
440. THORVALDSEN, P.; ASPLUND, K.; KUULASMAA, K. et al. Stroke Incidence, Case Fatality, and Mortality in the WHO MONICA Project. In: *Stroke*, 1995, pp. 361-367.
441. TOBIN, C., HEVEY, D., HORGAN, N.F. et al. Health-related quality of life of stroke survivors attending the volunteer stroke scheme. In: *J. Med Sci*, 2008, nr. 177, pp. 43-47.
442. Van der WORP, H.B.; Van GIJN, J. Acute Ischemic Stroke. In: *The New England Journal of Medicine*, 2007, nr. 357, pp. 572-579.
443. Van PEPPEN R.P. et al. The development of a clinical practice stroke guideline for physiotherapists in The Netherlands: A systematic review of available evidence. In: *Disability and Rehabilitation*, 2017, vol. 29.

444. VASAN, R.S.; LASON, M.G.; LEIP, E.P. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. In: *N Engl J. Med.*, 2001, nr. 345, pp. 1291-1297.
445. VERSTER, A. Social reintegration in the European Union. Lisbon, 2003, 2-83 p.
446. VLASSOFF, T. Trends and Educational Differences in Non-Communicable Disease Risk Factors in Pitkäranta, Russia, From 1992 to 2007. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, 2015 Feb, nr. 43(1), pp. 91-98.
447. WANG, J.; YANG, W.; XIE, H. et al. Ischemic stroke and repair: current trends in research and tissue engineering treatments. In: *Regen Med Res*: 2014, nr. 2-3.
448. WARD, A. History of Social Psychology: Insights, Challenges, and Contributions to Theory and Application. In book: *Handbook of Social Psychology*, 2010.
449. WARE, J.E.; SHERBOURNE, C.D. The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. In: *Medical Care*, 1992, nr. 34, pp. 220-223.
450. WILLMOT, M.; LEONARDI-BEE, J. et al. High blood pressure in acute stroke and subsequent outcome: a systematic review. *Hypertension*, 2004, nr. 43, pp. 18-24.
451. WOLFE, C.D.; RUDD, A.G.; HOWARD, R. et al. Incidence and case fatality rates of stroke subtypes in a multiethnic population: the South London Stroke Register. In: *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2002, nr. 72(2), pp. 211-6.
452. WOODBURY, D.; SCHWARZ, E.J.; PROCKOP, D.J. et al. Adult rat and human bone marrow stromal cells differentiate into neurons. In: *J. Neurosci Res*, 2000, nr. 61, pp. 364-370.
453. WOOD-DAUPHINE, S. et al. Disablement following stroke. In: *Disability and rehabilitation*: 1999, vol. 21, nr. 5-6, pp. 258-268.
454. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health ICF-CY. World Health Organization, 2007.
455. World Health Organization. The World Health Report. Life in the 21st century: a vision for all. Geneva, 1998.
456. WU, X.; MIN, L.; CONG, L., et al. Sex differences in health-related quality of life among adult stroke patients in Northeastern China. In: *J. Clin Neurosci*. 2014, Jun, nr. 21(6), pp. 957-961.
457. WU, Y. et al. The effects of educational background on Montreal Cognitive Assessment screening for vascular cognitive impairment, no dementia, caused by ischemic stroke. In: *J. Clin Neurosci*. 2013 Oct, nr. 20(10), pp. 1406-10.
458. WYLLER, T.B.; SVEEN, U. Non-linguistic cognitive symptoms of cerebral stroke. In: *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2002 Feb 28, nr. 122(6), pp. 627-30.
459. XAVIER de BOISSEZON. Aphasie: Evaluation et prise en charge. Enseignement National DES de Médecine Physique et de Réadaptation et DIU de Rééducation, Module: Neuropsychologie et Rééducation. Garches, 2010.
460. YOU, R.X.; THRIFT, A.G.; MCNEIL, J.J. et al. Ischemic stroke risk and passive exposure to spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. In: *J. Public Health*, 1999, nr. 89(4), pp. 572-575.
461. YU, F.; MORSHEAD, C.M. Adult stem cells and bioengineering strategies for the treatment of cerebral ischemic stroke. In: *Curr Stem Cell Res & Therapy*, 2011, nr. 6, pp. 190-207.
462. ZAHURANEC, D.B.; MAJERSIK, J.J. Percentage of acute stroke patients eligible for endovascular treatment. In: *Neurology*, 2012, nr. 79(13), pp. 22-25.

463. ZASTROW, Ch. Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People. Brooks/Cole, 2009.
464. ZHU, L.; FRATIGLIONI, L.; GUO, Z, et al. Association of stroke with dementia, cognitive impairment, and functional disability in the very old: A population-based study. In: Stroke: 1998, nr. 29, pp. 2094-2099.

*În limba franceză:*

465. GLAVAN, A. Approche interdisciplinaire en réadaptions. In: „Balkan Medical Union”. Materialele Conferinței Internaționale, vol. 48, nr., supl. 3, 22-24 septembrie. Chișinău, 2013, pp. 226-228.
466. GLAVAN, A.; BĂLĂNUȚĂ, T. L'Evaluation neuropsychologique chez les patients atteints de maladies du système nerveux. In: „Balkan Medical Union”. Materialele Conferinței Internaționale, vol. 48, nr., supl. 3, 22-24 septembrie. Chișinău, 2013, pp. 229-231.

*Webografie:*

467. American Heart Association: Heart disease & stroke statistics, Chicago, 2009, American Heart Association. [citat 20.06.2020]. Disponibil: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circulationaha.108.191261>
468. ANDERSON, R. et al. Second European Quality of Life Survey: Overview, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2009. [citat 27.01.2020]. Disponibil: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/02/en/1/EF0902EN.pdf>
469. ANTONOVSKY, A. Studying Health vs. Studying Disease, Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin, 19 Feb.1990. (Universidade Nova de Lisboa). [citat 06.08.2020]. Disponibil: [www.cnaa.acad.md\\_www.ensp.unl.pt/saboga/soc/public/soc\\_AAconference\\_berlim\\_91.pdf](http://www.cnaa.acad.md_www.ensp.unl.pt/saboga/soc/public/soc_AAconference_berlim_91.pdf)
470. ASLAND, A. International foundation, pp. 190-191. [citat 27.06.2020]. Disponibil: [http://www.brainaging.ro/PDFs/11%20februarie%202011/CNS%20forum%20text\\_RO.pdf](http://www.brainaging.ro/PDFs/11%20februarie%202011/CNS%20forum%20text_RO.pdf)
471. BROWN, S.L.; NESSE, R.M. et al. Providing Social Support May Be More Beneficial Than Receiving It: Results From a Prospective Study of Mortality. In: Psychological Science 14 (4):320. 01.07.2003. [citat 18.06.2020]. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-9280.14461>
472. Cardiovascular diseases statistics. [citat 23.06.2020]. Disponibil: [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Cardiovascular\\_diseases\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics)
473. Chirurgie vasculară. [citat 02.03.2020]. Disponibil: <http://www.chirurgievasculara.ro/endarterectomia-carotidiana.php>
474. CHUN-HUNG, C. et al. Pre-Hospital and In-Hospital Delays After Onset of Acute Ischemic Stroke: A Hospital-Based Study in Southern Taiwan, Kaohsiung J Med Sci., 2007, nr. 23(11), pp. 552-559. [citat 20.04.2020]. Disponibil: [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(08\)70002-0](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(08)70002-0)
475. DECI, E.L.; RYAN, R.M. Self-Determination Theory; An Approach To Human Motivation And Personality, 2004. [citat 06.08.2020]. Disponibil: [www.cnaa.acad.md\\_http://www.psych.rochester.edu/SDT/index.html](http://www.cnaa.acad.md_http://www.psych.rochester.edu/SDT/index.html)

476. DONALDSON, L. Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People, 2009. [citat 08.05.2018]. Disponibil: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130104153257/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_110256.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130104153257/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_110256.pdf)
477. DONNAN, G.A.; FISHER, M.; MACLEOD, M. et al. Stroke. *Lancet*, 2008, pp. 1612-1623. [citat 22.06.2020]. Disponibil: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60694-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60694-7)
478. EMCDDA (2008). Drugs and vulnerable groups of young people. Identifying groups most at risk of developing drug problems. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. [citat 12.04.2018]. Disponibil: [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/499/EMCDDA\\_Slo8\\_vulnerable-young\\_121281.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/499/EMCDDA_Slo8_vulnerable-young_121281.pdf)
479. European Stroke Organization. Ghid de management al accidentului vascular cerebral ischemic și accidentului ischemic tranzitor, 2008. [citat 11.05.2020]. Disponibil: [http://www.ms.ro/documente/ghid%201\\_8292\\_5994.pdf](http://www.ms.ro/documente/ghid%201_8292_5994.pdf)
480. Heart, Vascular & Thoracic Institute (Miller Family). [citat 26.06.2020]. Disponibil: <https://my.clevelandclinic.org/ccf/media/files/heart/110539091819HDSStat-s2005Update.pdf>
481. Irish Heart Foundation. Stroke Thrombolysis Guidelines Version 2.0, 2015. [citat 20.04.2020]. Disponibil: [file:///C:/Users/laptop-lenovoS340/Downloads/7467\\_IHF-Stroke-thrombolysis\\_V2\\_March2015.pdf](file:///C:/Users/laptop-lenovoS340/Downloads/7467_IHF-Stroke-thrombolysis_V2_March2015.pdf)
482. LAMBIASE, M.J. Prospective Study of Anxiety and Incident Stroke Originally. 19 Dec 2013, vol. 45, nr. 2, pp. 438-443. [citat 09.06.2019]. Disponibil: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.003741>
483. LOPEZ, A.D.; MATHERS, C.D.; EZZATI, M. et al. Global and Regional Burden of Disease and Risk Factors, 2001: Systematic Analysis of Population Health Data. London, England: *Lancet*, 2006 May 27, nr. 367(9524), pp. 1747-57. [citat 16.05.2020]. Disponibil: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68770-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9)
484. MARGINEAN, I. et al. First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania. Luxembourg, Office for Official Publications European Communities, 2006. [citat 11.05.2019]. Disponibil: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/67/en/1/ef0667en.pdf>
485. MORARU, A.; PASCAL, O.; HAMIȚCHI, E. et al. Reabilitarea medicală a bolnavului cu accident vascular cerebral – Protocol Clinic național. PCN-181. Aprobat de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Chișinău: 2012, Rev. 2014, p. 8. [citat 06.02.2020]. Disponibil <http://inn.md/sites/default/files/reabilitareaaavc.pdf>
486. Mortality from heart disease and stroke. Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing, Paris. [citat 24.06.2020]. Disponibil: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012\\_9789264183896-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en)
487. NANCY, M.S.; GUILCHER, S.J.T.; SUSAN, B. Physical therapists' perceptions and use of standardized assessments of walking ability post-stroke. In: *J. Rehabil Med*, 2011; 43(6) pp. 543-549. [citat 02.06.2019]. Disponibil: <https://doi.org/10.2340/16501977-0820>
488. Noua lege anti-fumat: cu 1% mai puțini fumători pe an în Moldova. [citat 14.01.2020]. Disponibil: <http://www.bloguvern.md/2014/07/14/>

489. Ocrotirea sănătății în RM. [citat 01.08.2019]. Disponibil: <http://www.statistica.md/pageview.php>
490. PAMELA, W.; DUNCAN, R. Post-Stroke Rehabilitation- Clinical Practice Guidelines. In: Jurnal Stroke of the American Heart Association, 2005, nr. 36, pp. 100-143. [citat 23.05.2020]. Disponibil: <http://stroke.ahajournals.org/subscription/>
491. POP, C.-E. Starea de sănătate a populației din România în context european. O abordare din perspectiva calității vieții. In: Revista „Calitatea vieții”. București, 2010, nr. 3-4 (XXI), pp. 274-305. [citat 15.03.2020]. Disponibil: <http://www.revistacalitatevietii.ro/pdf>
492. POSTĂN, L. Motivația învățării la vârstele adulte din perspectiva conceptului educație pe parcursul vieții. Teza de doctor în pedagogie. Chișinău, 2006. citat. [citat 06.08.2020]. Disponibil: <http://www.cnaa.md/thesis/6392/>
493. Raportul Organizației Mondiale a Sănătății, Geneva 2006. World Health Organisation Report, 2006, Geneva. [citat 13.05.2020]. Disponibil: [https://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf)
494. Rehabilitation Measures Database. [citat 28.07.2020]. Disponibil: <http://www.rehabmeasures.org/default.aspx>
495. Revista „Politici de sănătate”. Dăm cuvântul specialiștilor. [citat 24.06.2020]. Disponibil: <http://www.politicidesanatare.ro>.
496. ROBERT, A.A.; ZAMZAMI, M.M. Stroke in Saudi Arabia: a review of the recent literature. In: Pan Afr Med J. eCollection, 2014 Jan 15, nr. 17, p. 14. [citat 26.05.2020]. Disponibil: <https://pub.med.ncbi.nlm.nih.gov/24932325/>.
497. SMITH, P.S. et al. Berg Balance Scale and Functional Reach: determining the best clinical tool for individuals post acute stroke. In: Journal Clinical Rehabilitation, November, 2014. <https://doi.org/10.1191/0269215504cr8170a>

## ANEXE

### Anexa 1.

#### GLOSAR

- Accident vascular cerebral:** o afecțiune neurologică acută gravă, rezultată în urma blocării irigației cu sânge a unei zone cerebrale sau prin hemoragie cerebrală.
- Afazie globală:** se caracterizează prin atingerea tuturor modalităților de comunicare.
- Afazie motorie:** se caracterizează printr-o importantă reducere calitativă și cantitativă a limbajului oral, uneori pseudomutism, tulburări fonetice, sintactice, apraxie bucofacială. Înțelegerea orală este puțin alterată.
- Afazie senzorială:** tulburarea limbajului oral la nivel impresiv și expresiv prin folosirea parafaziilor, jargonofaziilor.
- Deteriorare:** reprezintă orice deficit sau anormalitate de structură sau funcție psihologică, fiziologică sau anatomică.
- Dizabilitate:** termen pentru depreciere, limitări de activitate și restricții de participare. Aceasta denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre un individ (cu o stare de sănătate) și factorii contextuali ai individului.
- Dizartrie:** forma de perturbare a limbajului prin modificarea debutului, melodiei, ritmului, tonului vocii, timbrului.
- Disfagie:** reprezintă noțiunea utilizată pentru caracterizarea dificultăților de deglutiție.
- Funcționalitate:** termen general pentru definirea funcțiilor corpului, structurilor corporale, activităților și participării. Aceasta denotă aspectele pozitive ale interacțiunii dintre un individ și factorii contextuali ai aceluiași individ.

<b>Handicap:</b>	reprezintă prejudiciul adus destinului unei anumite persoane – rezultat al unei deteriorări sau invalidități – care limitează sau chiar împiedică îndeplinirea unui rol normal pentru individul respectiv.
<b>Invaliditate:</b>	reprezintă orice reducere parțială sau totală – datorată deteriorării – a capacității de a desfășura o activitate de o manieră sau între limitele considerate normale pentru o ființă umană.
<b>Kinetoterapie:</b>	reprezintă totalitatea măsurilor și mijloacelor necesare pentru prevenirea, tratamentul și recuperarea medicală, utilizând ca mijloc fundamental exercițiul fizic, mișcarea.
<b>Logopedie:</b>	este știința despre fiziologia și patologia procesului de înțelegere, de comunicare, despre prevenirea și tratamentul pedagogic-colectiv al defectelor în domeniul înțelegerii și comunicării.
<b>Reabilitare:</b>	utilizarea tuturor mijloacelor de reducere a impactului condițiilor dizabilitante și handicapante și oferirea posibilității integrării sociale optime a persoanelor cu dizabilități.
<b>Terapie ocupațională:</b>	formă de tratament care folosește activități și metode specifice pentru a dezvolta, ameliora sau reface capacitatea de a desfășura activitățile necesare vieții individului, de a compensa disfuncții și de a diminua deficiențele fizice.

**LISTA INSTRUMENTELOR DE CERCETARE UTILIZATE**

1. Chestionarul E.P.I. (Eysenck Personality Inventory)
2. Clock Drawing Test (CDT)
3. Criteriile DSM V pentru tulburarea depresivă și de anxietate (*Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică al Tulburărilor Mentale*, 2015)
4. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)
5. Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)
6. Interviu motivațional
7. Inventarul Motivației Intrinseci (IMI)
8. Inventarul de personalitate PT/Berkeley
9. Mini-Mental State Examination (MMSE) (Mini test pentru examinarea stării mentale)
10. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Scala Montreal de evaluarea cognitivă)
11. Scala autoeficienței generale (elaborată de R. Schwarzer, M. Jerusalem, adaptată de V.G. Romek)
12. Scala OMS de calitate a vieții (WHOQOL-BREF)(WHO-QoL (World Health Organization Quality of Life)
13. Scala Persistenței Motivaționale (SPM)
14. Scala stimei de sine Rosenberg
15. Testul „*Labirint*”
16. Tehnica de cercetare a calităților volitive ale personalității (după Н. Станбулова, traducere din limba rusă) (determinante: 1) capacitatea de atingere a scorurilor; 2) curajul și capacitatea de a lua decizii; 3) perseverența și fermitatea; 4) inițiativa și independența; 5) autocontrolul și anduranța).
17. Testul orientării privind sensul vieții, modificat de Д. Леонтьев.
18. Testul optimismului dispozițional, (elaborat de M. Scheier, C. Carver, adaptat de către Т. Гордеева, О. Сычѐв, Е. Осин)
19. Testul viabilității (adaptat de către Д. Леонтьев și Е. Рассказова)
20. Western Aphasia Battery (WAB)
21. Wechsler Memory Scale (WMS)



**Anexa 3.**

**FIȘA DE EVALUARE A BOLNAVULUI CU AVC**  
**Examinarea primară a bolnavului**

Numele, prenumele pacientului \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ luna \_\_\_\_\_ anul \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

1.	Acuzele bolnavului la internare	
2.	Anamneza bolii	
3.	Anamneza vieții	
4.	Antecedente eredocolaterale	
<b>EXAMENUL OBIECTIV GENERAL</b>		
5.	Starea generală	satisfăcătoare
		gravitate medie
		gravă
		extrem de gravă
6.	Poziția	activă
		pasivă
		forțată
7.	Facies	obișnuit
		iritat
		trismus
		edemențiat
		hipocratic
		acromegalic
8.	Nutriția	satisfăcătoare
		scăzută
		crescută
<b>EXAMENUL NEUROLOGIC</b>		
9.	Conștiența	clară obnubilare, moderată obnubilare, profundă sopor
		comă I, II, III GCS _____ puncte
		confuz, excitație psihomotorie, halucinații
		dezorientare temporo-spațială, delir
10.	Dereglări de vorbire	contact verbal: Nu, Da
		vorbire păstrată, dizartrie
11.	Nervul olfactor	anosmie, hiposmie, euosmie, hiperosmie, paraosmie
12.	Nervul optic II	acuitatea vizuală păstrată, scăzută, amauroză, ambiopien DS hemianopsie _____ DS; scotom _____ DS

13.	Nervii III, IV, VI	fantele palpebrale simetrice, asimetrice (DS), ptoza DS, exoftalm DS, edoftalm DS.
		poziția globilor oculari pe linia medie, deviere pe axa orizontală, verticală, strabism convergent, divergent OD OS.
		mortalitatea globilor oculari în volum deplin diminuată spre D, spre S
		convergența păstrată, diminuată
		pareza privirii Nu, Da, spre D, spre S
		pupilele OD OS, forma rotundă, ovală, neregulată OD OS, midriază, mioză
		foto reacție vie OD OS, diminuată OD OS, abolită OD OS
14.	Nervul trigemen V	sensibilitatea pe față păstrată, hiperestezie, hipoestezie, anestezie ram. I+ram. II ram, III, pe D, pe S.
15.	Nervul facial VII	reflexul conjunctival viu, diminuat, abolit pe D, pe S
		reflexul mandibular viu, diminuat, abolit pe D, pe S
16.	Nervul acusticovestibular VIII	pareza nu este, tip central, tip periferic pe D, pe S
		acuitatea auditivă păstrată, hipoacuzie, hiperacuzie pe D, pe S
		nistagm absent orizontal, vertical, rotatoriu la privire spre D, spre S
17.	Nervul glosofaringian	vertij absent, central, periferic
		reflexul faringian păstrat, diminuat, păstrat pe D, pe S
		devierea uvulei spre D, spre S
18.	Nervul vag X	degluțiția păstrată, diminuată, absentă
		fonația păstrată, disfonie, afonie, nasolalie
19.	Nervul hipoglos XII	Reflexul velopalatin viu pe D, pe S, diminuat pe D, pe S, abolit pe D, pe S
		motilitatea capului și a umerilor păstrată, pareza pe D, pe S
20.	Nervul hipoglos XII	poziția limbii pe linia medie, deviere spre D, spre S fasciculații Da, Nu, limba geografică Da, Nu.
21.	Sensibilitatea	păstrată, hipoestezie, anestezie, hiperestezie (hiperpatie), parestezii
		tip: periferic: mononeuritic, polineuritic, plexitic, segmentar _____
		conductor, nivelul _____
		central
		pe D, pe S

22.	Motilitatea	volumul mișcărilor în membre				
		deplin, pareză (ușoară, moderată, profundă), plegie				
		bipareză, parapareză, paraplegie, tetrapareză, tetraplegie				
		tip central, periferic				
		pe D, pe S				
		Tonusul muscular	păstrat	hipotonic	hipertonic	
			proba Barre Mingazzini	negativă	pozitivă pe D, pe S	
		Forța musculară	membr. superior D	puncte		
			membr. superior S	puncte		
			membr. inferior D	puncte		
membr. inferior S	puncte					
23.	Reflexele	ROT D S vii, înviorate, diminuate, abolite pe D, pe S				
		patologice negative	Babinski Gordon Oppenheim Schaffer	dreapta dreapta dreapta dreapta	stânga stânga stânga stânga	
		automatismului oral	Negative de trompa Marinescu-Rodovici naso-labial			
24.	Probele de coordonare	proba-indice nas: corect, incorect, pe D, pe S				
		proba călcâi-genunchi: corect, incorect, pe D, pe S				
		proba Romberg stabil, instabil cu deviere spre D, spre S, anterior, posterior				
25.	Tremor	Nu, Da, posdural de intenție, de repaus funcțional				
26.	Dismetrie	Nu pe D, pe S, Da pe D, pe S				
SISTEMUL VEGETATIV						
27.	Reflexul clino-ortostatic					
28.	Reflexul orto-clinos-tatic					
STATUTUL MENTAL						
29.	Atenția	aproxie, hipoprosexie, euproxie, hiperproxie				
30.	Dispoziția	atimie, hipotimie, eutimie, hipertimie, paratimie				
31.	Afectivitatea	euforie, disforie, anxietate, depresie, labilitate				

32.	Limbajul	afazie Nu, Da _____ alalie, dislexie, mutism, logoclonie
33.	Gândirea	Păstrată, accelerată, incoerentă, inhibată, rezonanță, circumstanțială, schizofazie, stereotipii, idei obsesive, idei delirante
34.	Memoria	păstrată, hipomnezie, amnezie _____, hiper-mnezie, confabulații, criptomnezie, pseudoreminiscențe, ecmnezie
35.	Praxis	apraxie Nu, Da _____
36.	Gnosis	agnozie Nu, Da _____
37.	Scorul NIHHS	
38.	Scala Hunt Hess	
39.	Mini Mental State	
40.	Diagnostic clinic	
41.	Planul de investigații	
42.	Planul de tratament	

Semnătura \_\_\_\_\_

**CHESTIONAR-STUDIU SOCIO-DEMOGRAFIC**

Bună ziua stimat(-ă) domn/doamnă, numele meu este \_\_\_\_\_

Realizăm un studiu pe teme de sănătate. Opinia dumneavoastră este deosebit de importantă pentru strategiile naționale de prevenire a factorilor de risc pentru AVC. Participarea la acest studiu este voluntară și puteți refuza să răspundeți la orice întrebare pe care o veți considera irelevantă sau prea personală. Anonimatul dumneavoastră este garantat pe deplin. Chestionarea durează aproximativ 20 de minute.

**1. Date demografice**

- Care este sexul dvs.?

<input type="checkbox"/>	Masculin
<input type="checkbox"/>	Feminin

- Ce vârstă aveți? \_\_\_\_ ani

- Care este nivelul dvs. educațional?

Fără școală absolvită	<input type="checkbox"/>
Școală primară	<input type="checkbox"/>
Școală gimnazială	<input type="checkbox"/>
Școală profesională	<input type="checkbox"/>
Liceul	<input type="checkbox"/>
Postliceal	<input type="checkbox"/>
Învățământ superior	<input type="checkbox"/>
Refuz	<input type="checkbox"/>

- Care este mediul dumneavoastră de rezidență?

<input type="checkbox"/>	Urban
<input type="checkbox"/>	Rural

- Care este statutul dumneavoastră marital?

Singur(-ă)	<input type="checkbox"/>
Uniune consensuală / într-o relație	<input type="checkbox"/>
Căsătorit(-ă)	<input type="checkbox"/>
Divorțat(-ă)	<input type="checkbox"/>

Văduv(-ă)	<input type="checkbox"/>
Refuz	<input type="checkbox"/>

- Care dintre următoarele statusuri descriu cel mai bine activitate dvs.?

Muncitor necalificat	<input type="checkbox"/>
Ocupație cu studii medii	<input type="checkbox"/>
Ocupație cu studii superioare	<input type="checkbox"/>
Elev/ă, student(-ă)	<input type="checkbox"/>
Pensionar(-ă)	<input type="checkbox"/>
Casnic(-ă), fără ocupație	<input type="checkbox"/>
Independent/ă (liber profesionist(-ă), patron)	<input type="checkbox"/>
Șomer(-ă)	<input type="checkbox"/>
Altele. Care?	<input type="checkbox"/>
Refuz	<input type="checkbox"/>

- Aveți copii?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

Câți? \_\_\_\_\_

- Luând în calcul anul trecut, puteți să-mi spuneți care a fost câștigul/venitul mediu pe lună (în lei)?
- Care este înălțimea dumneavoastră (în centimetri)? \_\_\_\_\_ cm
- Care este greutatea dumneavoastră corporală (în kilograme)? \_\_\_\_ kg

## 2. Istoric medical

- Ați avut vreodată măsurată tensiunea arterială de un doctor sau asistent medical?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Vi s-a spus vreodată că aveți tensiune arterială crescută sau hipertensiune, de către un doctor sau asistent medical?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Vi s-a spus că sunteți hipertensiv?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați luat medicamente prescrise de un doctor sau alt lucrător din sănătate pentru tratarea tensiunii arteriale crescute?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați avut măsurată vreodată glicemia?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Vi s-a spus vreodată că aveți glicemie crescută sau diabet de către un doctor?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați luat medicamente prescrise de un doctor pentru diabet?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați efectuat vreodată o analiză pentru determinarea colesterolului (nivelul de grăsime din sânge) la un laborator?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Vi s-a spus vreodată ca aveți valori crescute ale colesterolului de un doctor?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați luat vreun tratament prescris de un doctor pentru valori crescute ale colesterolului?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați avut vreodată un atac de cord sau dureri în piept din cauza bolilor de inimă sau un accident vascular cerebral?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- În ultimii 3 ani v-a sfătuit un medic sau un farmacist să...

Să renunțați sau să nu începeți să fumați	Da	Nu
Să reduceți sarea din dietă	Da	Nu

Să mâncați în fiecare zi cel puțin cinci porții de fructe și/sau legume	Da	Nu
Să reduceți grăsimea din dietă	Da	Nu
Să începeți sau să faceți mai multă activitate fizică	Da	Nu
Să mențineți o greutate corporală sănătoasă sau să scădeți în greutate	Da	Nu
Să reduceți consumul de zahăr din dietă	Da	Nu

### 3. Activitate fizică

- Mergeți pe jos cel puțin 30 de minute pe zi?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Câte zile mergeți pe jos într-o săptămână obișnuită, timp de 30 minute?  
\_\_\_\_\_ zile

- Faceți vreun fel de sport sau activități recreaționale?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Câte zile faceți aceste activități într-o săptămână obișnuită? \_\_\_\_ zile
- Câte minute petreceți făcând aceste activități într-o zi obișnuită?  
\_\_\_\_\_ min.
- Care credeți că este durata minimă recomandată pentru practicarea activităților fizice pentru un adult?

10 minute pe zi	<input type="checkbox"/>
30 de minute pe zi	<input type="checkbox"/>
75 de minute pe săptămână	<input type="checkbox"/>
150 minute pe săptămână	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>

- Care dintre următorii factori este cel mai important pentru dumneavoastră în practicarea activităților fizice?

Motivația personală	<input type="checkbox"/>
Existența unei game largi de oportunități de practicare a activităților fizice	<input type="checkbox"/>
Existența în apropierea locuinței a unei infrastructuri adecvate pentru practicarea activităților fizice (de ex. parcuri, săli de sport, etc.)	<input type="checkbox"/>
Disponibilitate de timp și bani	<input type="checkbox"/>



Sprijinul familiei și al prietenilor	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>

- Care dintre următorii factori vă motivează cel mai mult în practicarea activităților fizice?

Aspectul fizic	<input type="checkbox"/>
Menținerea sănătății	<input type="checkbox"/>
Starea de bine/plăcerea	<input type="checkbox"/>
Competiția	<input type="checkbox"/>
Scăderea în greutate	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>

- Câte minute petreceți stând pe scaun sau culcat într-o zi obișnuită (exceptând dormitul)? \_\_\_\_min.

#### 4. Comportamentul alimentar

- Câte porții de fructe și legume credeți că sunt recomandate a fi consumate zilnic?

Răspundeți la această întrebare știind că, de exemplu: O porție de fructe = un măr / o banană / o portocală / o pară / o nectarină / 2 prune / 2 kiwi / 3 caise / 7 căpșuni / 14 cirese; o porție de legume = 2 broccoli / 4 linguri de spanac sau fasole / 1 castravete / o roșie medie / 7 roșii cherry

1 porție	<input type="checkbox"/>
3 porții	<input type="checkbox"/>
5 porții	<input type="checkbox"/>
7 porții	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>

- Câte porții de fructe și legume mâncați în medie într-o zi obișnuită? \_\_\_\_ porții
- Cât de des adăugați sare sau un alt produs cu sare în mâncare chiar înainte de a o mânca?

Întotdeauna	<input type="checkbox"/>
Des	<input type="checkbox"/>
Uneori	<input type="checkbox"/>
Rar	<input type="checkbox"/>
Niciodată	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>

- Cum evaluați consumul dumneavoastră de sare?

Mult prea multă	<input type="checkbox"/>
Prea multă	<input type="checkbox"/>
Doar cantitatea adecvată	<input type="checkbox"/>
Prea puțină	<input type="checkbox"/>
Mult prea puțină	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>

- Ați dori să faceți modificări în dieta dumneavoastră?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu
<input type="checkbox"/>	Nu știu

- Ce modificări ați dori să faceți în dieta dumneavoastră?

Mai puțin zahăr	Da	Nu
Mâncare mai de calitate	Da	Nu
Mâncat regulat	Da	Nu
Evitarea gustărilor hiper-calorice	Da	Nu
Alimente mai naturale	Da	Nu
Mai multă varietate	Da	Nu
Mâncare mai puțin procesată	Da	Nu
Mai puține grăsimi	Da	Nu
Mai multe vegetale (inclusiv salate)	Da	Nu
Mai multe fructe	Da	Nu
Mai puțină sare	Da	Nu
Mai puține alimente semipreparate / fast-food	Da	Nu
Nu știu	<input type="checkbox"/>	

## 5. Consumul de alcool

- Ați consumat vreodată alcool de orice fel, cum ar fi bere, vin, spirtoase, sau de alte feluri?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați renunțat să beți pentru o perioadă mai scurtă sau mai lungă de timp din cauza unor motive de sănătate, cum ar fi un impact negativ asupra sănătății dumneavoastră, ori la sfatul doctorului?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ați consumat alcool de orice fel în ultimele 12 luni?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Cât de des ați consumat, pe parcursul ultimelor 12 luni, cel puțin o băutură alcoolică?

Zilnic	<input type="checkbox"/>
5-6 zile pe săptămână	<input type="checkbox"/>
3-4 zile pe săptămână	<input type="checkbox"/>
1-2 zile pe săptămână	<input type="checkbox"/>
1-3 zile pe săptămână	<input type="checkbox"/>
Mai puțin de o dată pe lună	<input type="checkbox"/>

- Care sunt sursele dvs. de informare referitoare la sănătate, alimentație și igienă?

Familia	Da	Nu
Școala	Da	Nu
Prietenii	Da	Nu
TV	Da	Nu
Radio	Da	Nu
Internet	Da	Nu
Medicul de familie	Da	Nu
Facebook	Da	Nu
Altele. Care?		

## 6. Consumul de tutun

- În baza a ceea ce cunoașteți sau credeți, fumatul poate cauza...

	Da	Nu	Nu știu	Refuz
Accident vascular cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atac de cord, infarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de stomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer al cavității bucale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paradentoză	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporoză	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nașteri premature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfuncții erectile, impotență	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Care sunt sursele informațiilor dumneavoastră despre consecințele fumatului asupra sănătății?

	Da	Nu
Familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Școala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prietenii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facebook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nu știu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refuz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altele. Care?		

- În opinia dumneavoastră, credeți că expunerea la fumul de țigară are același efect asupra sănătății ca și fumatul?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu
<input type="checkbox"/>	Nu știu
<input type="checkbox"/>	Refuz

- În prezent, fumați zilnic sau mai rar produse din tutun de orice fel, cum ar fi țigări, trabucuri sau pipe?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Ce vârstă aveți când ați început să fumați prima oară? \_\_\_\_ ani

- Cât de important este ceea ce simțiți când fumați?

	Foarte important	Aprox. important	Neimportant
Mă ajută să mă relaxez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este ceva de făcut când mă plictisesc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fac față la stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Îmi place	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este ceva de făcut cu prietenii sau familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mă oprește de la îngrășat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altceva. Care?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ați fost sfătuit să renunțați la fumat în timpul oricărei vizite la un doctor?

<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu
<input type="checkbox"/>	Nu am fost la medic în ultimele 12 luni

- Ați încercat să renunțați la fumat?

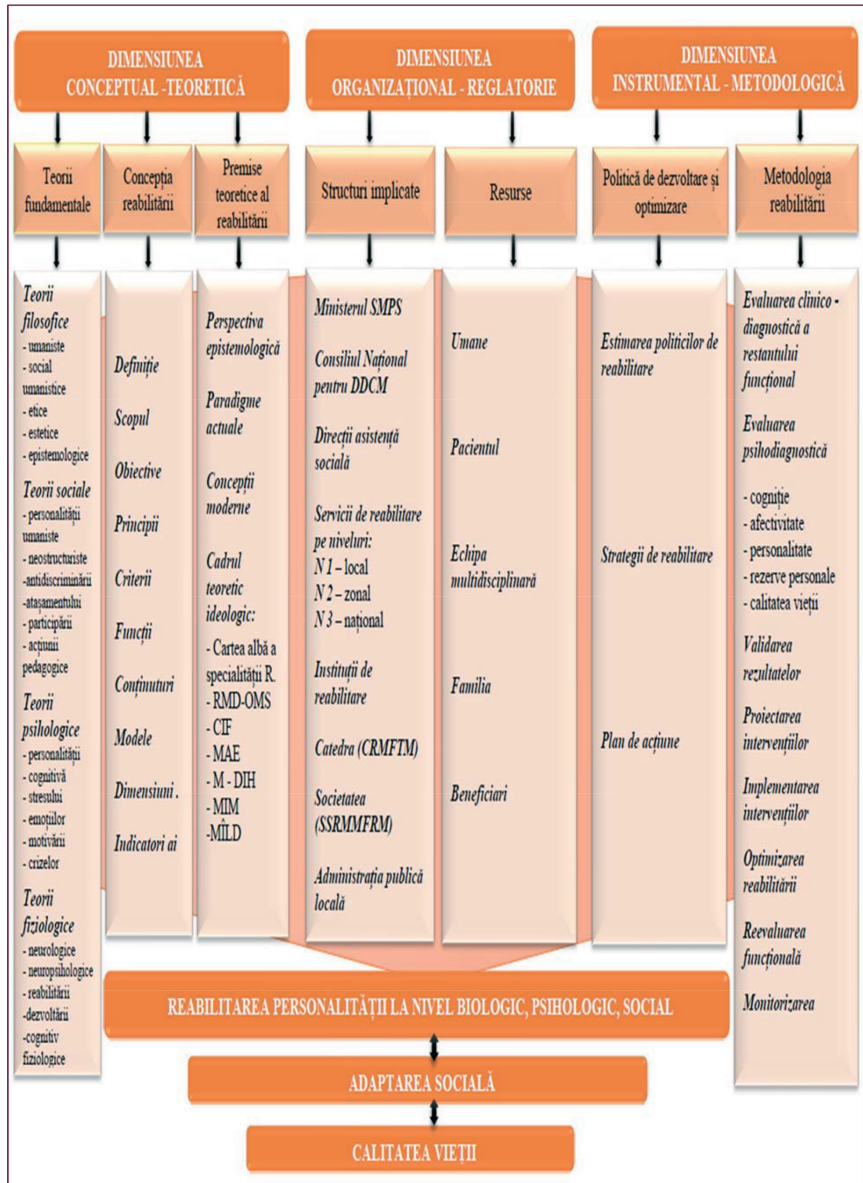
<input type="checkbox"/>	Da
<input type="checkbox"/>	Nu

- Care dintre următoarele ar fi principalele motive pentru care nu doriți să vă lăsați de fumat?

	Da	Nu	Refuz
Sunt dependent și nu cred că voi putea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cred că fumatul este dăunător pentru sănătatea mea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cred că fumatul îmi reduce stresul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cred că fumatul mă menține viu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Îmi place să fumez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mă tem că mă voi îngreșa dacă renunț	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alt motiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Vă mulțumim pentru timpul acordat!***

## MODEL DE EFICIENTIZARE A PROCESULUI DE REABILITARE POST AVC



**PROGRAM DE EFICIENTIZARE A REABILITĂRII  
PERSOANELOR POST AVC**

**Scop:** formarea deprinderilor de autoreglare a sferei afectiv-comportamentale la persoanele post accident vascular cerebral

**Obiective generale:**

1. Diminuarea tensiunii psihoemoționale post AVC;
2. Instalarea stării de relaxare mentală și musculară, confort și încredere în forțele proprii la persoanele post AVC;
3. Normalizarea și echilibrarea stărilor și proceselor psihice, prin exteriorizarea emoțiilor negative;
4. Aprecierea adecvată a situației, atitudinea față de propria boală, tabloul intern al bolii, orientarea spre scop;
5. Stimularea autoperceperii pozitive, încrederii în sine, al activismului vitalității, comportamental și motivațional;
6. Estimarea resurselor personale, autoevaluarea posibilităților proprii, inventarierea activităților pentru realizarea scopului;
7. Optimizarea proceselor cognitive, întărirea Eu-lui, armonizarea min-te-corp;
8. Stabilirea obiectivelor pentru viitor și provocarea stării de bine la persoanele post AVC.

**Durata: 60 min.**

**Ședința nr. 1.**

**Introducere.**

Ele se numesc diferit: umilință, chin dulce, liniște perfectă, bucurie îmbătătoare, suferință calmă, neliniște tristă, furie fără margini... Despre ce vorbesc acum? Desigur despre emoții – care sunt “sunetele sufletului nostru”. Ele joacă un rol foarte important în viața noastră. Noi suferim, ne bucurăm, suntem triști, ne supărăm, suntem neliniștiți sau fericiți – toate acestea sunt manifestări ale emoțiilor noastre. Emoțiile pot fi pozitive și negative. Cele pozitive ne colorează viața în culori aprinse, de gală; cele negative – ne provoacă stări depresive și stres. Vom discuta despre posibilitățile stimulării emoțiilor pozitive.

**1. Prezentarea**

1. Pe mine mă cheamă ...
2. Cel mai mult îmi place ...
3. Cinci cuvinte care mă caracterizează ...

**2. Tehnica „Diminuarea emoțiilor negative”**

1. Respirația: 3-4 inspirații scurte consecutive, apoi 3-4 expirații scurte consecutive;
2. Numărați dinții (din partea interioară) cu limba;

3. Ușor masați vârful degetului mic;
4. Strângeți degetele în pumn cu degetul mare în interior. Respirați liniștit, fără grabă.

La inspirație – strângeți cu putere pumnul, la expirație – desfaceți. Repetați de 5 ori.

5. Același exercițiu, doar că de această dată cu ochii închiși. Astfel efectul se dublează.

### **3. Tehnica „*Tabloul Intern al Bolii și al Sănătății*”**

Tabloul Intern al Bolii – atitudinea față de boala sa, Tabloul Intern al Sănătății – atitudinea

față de sănătatea sa. Pacienții cu maladii cronice nu cunosc care este Tabloul Intern al Sănătății.

Rolul psihologului constă în acordarea ajutorului pentru a se percepe ca persoană sănătoasă, a

simți emoțiile pozitive, ca urmare a unei stări de sănătate bună, să conștientizeze “dublul câștig”

drept consecință a bolii.

Instrucțiune: Desenați, vă rog, boala și sănătatea dvs.

Atenție:

1. Imaginile bolii și sănătății trebuie să se deosebească esențial. Dacă persoana a desenat două imagini asemănătoare (ex.: a copacilor uscați), trebuie de întrebat, de ce sănătatea sa arată atât de neplăcut și este rugat să introducă o schimbare în imaginea sănătății, să o „învie”.

2. Tabloul Intern al Sănătății nu trebuie să aibă simboluri de iarnă, culori reci, tema morții și/sau dispariției. Tabloul Intern al Sănătății trebuie să provoace emoții pozitive. Psihologul contribuie la schimbarea imaginii sănătății într-o imagine agreabilă prin culori și prezentare. Culorile standard: albastru – pentru boală, verde – pentru sănătate.

3. Dacă persoana desenează pe foaie Tabloul Intern al Bolii mai mare sau Tabloul Intern al Bolii subminează Tabloul Intern al Sănătății, este necesar de schimbat Tabloul Intern al Sănătății: de lărgit, de adăugat crengi verzi ale sănătății, care străpung și distrug Tabloul Intern al Bolii. Când ambele imagini sunt gata și Tabloul Intern al Sănătății se va deosebi esențial de Tabloul Intern al Bolii, subiectul este rugat să se adâncească în imaginea Tabloul Intern al sănătății, să simtă sănătatea în corpul său. Acest exercițiu se repetă de câteva ori. Apoi, când persoana este orientată spre sănătate, deoarece astfel de stare îi este comodă, confortabilă, simte emoții pozitive, se poate analiza „dublul câștig” al bolii. Pentru aceasta timp de 15 min trebuie să scrie pe foaie toate asociațiile care apar la tema bolii sale, apoi se discută.

***Temă pentru acasă. Tehnica „ Transformarea problemelor în scopuri”***

Fiecare din noi se confruntă cu anumite probleme. Unele pot fi acceptate și



nu merită eforturi pentru a fi rezolvate. Altele ne deranjează mult, de aceea am dori să le găsim o rezolvare. Multe din problemele noastre pot fi rezolvate, dacă sunt transformate în scopuri. Să încercăm această activitate. Gândiți-vă la o problemă, pe care doriți să o rezolvați cel mai mult. Întocmiți o listă a dificultăților, legate de această problemă, pe care ați dori să le înlăturați cât mai curând. Pentru a le depista pe cele mai importante, încercați să răspundeți la următoarele întrebări:

*Ce vreau cu adevărat să realizez, să posed sau să fac?*

*Ce-mi aduce plăcere în această activitate?*

*În ce domenii am nevoie de perfecționare a abilităților, pentru a face față acestei probleme?*

*Ce mă preocupă mult în ultimul timp?*

*Ce-mi provoacă mai multe dificultăți în ultimul timp?*

*Ce-mi provoacă mai multe griji în ultimul timp?*

*Ce-mi aduce satisfacție?*

*Ce mă întristează?*

*Ce aș dori să schimb în atitudinea mea față de sine?*

*Ce aș dori să schimb în comportamentul meu?*

*Ce îmi i-a mai mult timp actualmente?*

*Ce-mi este dificil să fac?*

*Ce mă obosește mai mult?*

*Cum aș putea să-mi programez mai bine timpul?*

*Cum aș putea să organizez mai bine activitatea mea?*

*De ce fel de resurse am nevoie?*

Analizând răspunsurile la întrebări, descrieți problema pe care ați dori să o rezolvați cât mai repede. Încercați să oferiți o descriere cât mai obiectivă. Formulați câteva scopuri, care vă orientează spre rezolvarea acestei probleme. Ce ar putea contribui la înlăturarea ei, sau cel puțin la diminuare?

## **Ședința nr. 2.**

**Scop:** formarea unei atitudini adecvate față de propria situație

**Obiective:**

1. Observarea comportamentului propriu
2. Formularea nouă a situațiilor de boală
3. Echilibrarea stării psihice (anxietate, depresie)
4. Inventarierea activităților pentru realizarea scopului

**Durata: 60 min.**

**Discuții asupra temei pentru acasă.**

Care este acum atitudinea dvs. față de problema în cauză? Prin ce se deosebește atitudinea dvs. de trăirile de până la analiza pe care ați făcut-o? Cum poate fi numită acum problema dvs.? Vă doriți la fel de mult ca aceasta să nu fi existat? Ce vă oferă rezolvarea problemei date?

### 1. Test psihogeometric

Psihogeometria este un sistem de analiză a tipologiei personalității pe baza observărilor duse asupra comportamentului uman. Subiectul dă preferinței în alegerea unei figuri geometrice de către om. Sun prezentate 5 figuri: pătrat, triunghi, cerc, dreptunghi, zigzag.

Instrucțiune: Alegeți figurile geometrice în ordinea preferințelor. Pe locul întâi puneți figura față de care puteți spune cu ușurință „Această figură mă caracterizează! ”. Încercați să simțiți forma dvs. Dacă este complicat, atunci alegeți figura care v-a atras atenția de la început. Apoi aranjați și celelalte figuri în ordinea preferinței dvs. Figura care ați ales-o pe primul loc – este figura dvs. de bază sau subiectivă. Ea vă poate da posibilitatea să determinați caracteristicile dominante ale caracterului dvs. și particularitățile comportamentale. Restul figurilor sunt modulatori care provoacă anumite schimbări în comportamentul dvs. Ultima figură aleasă identifică forma persoanei cu care interacțiunea vă poate provoca greutăți mai mari. În caz că nici una dintre figuri nu vă caracterizează totalmente, puteți fi descris ca o combinație din două sau trei forme. Caracteristicile psihologice fundamentale ale comportamentului conform figurilor geometrice aranjate pe primul loc:

1. Pătrat – organizare, punctualitate, respectarea strictă a normelor, instrucțiunilor, gândire analitică, atenție la detalii, orientare la fapte, pasiune spre vorbirea scrisă, acuratețe, curățenie (îngrijire), spirit de raționalitate, ordine, prudență, rigiditate, răceală, practicism, spirit de economie, chibzuință, străduință, încăpățănare, tenacitate (perseverență), încrezut în luarea deciziilor, răbdare, apt de muncă, erudiție profesională, politician slab, cerc restrâns de prieteni și cunoscuți.

2. Triunghi – lider, tendință spre conducere, ambiție, orientare spre victorie, pragmatism, orientare spre esența problemei, încredere în sine, hotărâre, impulsivitate, sentimente puternice, îndrăzneală, energie necontrolată, înclinație spre risc, capacitate de muncă înaltă, distracții furtivoase (impetuozitate), nerăbdare, politician foarte bun, agerime a minții, istețime, câmp larg de comunicare, cerc restrâns de apropiați și prieteni.

3. Cerc – necesitate sporită în comunicare, contactare, bunăvoință, grijă față de alții, generozitate, capacitate de compătimire, intuiție bună, liniștire, tendință spre autoînvinuire și melancolie, sensibilitate emoțională, încredere în oameni, orientat spre părerea altor oameni, neîncredere în forțele proprii, politician slab, vorbăreț, capacitate de a insufla încredere, convingere a altor oameni, sentimentalism, aspirație spre trecut, orientare spre munca publică, flexibilitatea regimului zilei, cerc larg de prieteni și cunoscuți.

4. Dreptunghi – spirit schimbător, încontinuitate, nedeterminare, excitabilitate, sete de cunoștințe, orientare pozitivă spre tot ce e nou, îndrăzneală, autoapreciere joasă, neîncredere în sine, încrezător (credul), nervozitate,

schimbări rapide și bruște ale dispoziției, evitarea conflictelor, uitare, orientat spre pierderea lucrurilor, nepunctualitate, prieteni noi, imitarea comportării altor oameni (încercarea “rolurilor”), tendință spre răceală, traume, accidente rutiere.

5. **Zigzag** – setea de schimbări și transformări, creativitate, setea de cunoștințe, intuiție excelentă, încrezut în ideile proprii, visător, aspirație spre viitor, dispoziție pozitivă spre tot ce e nou, entuziasm, exaltare, nemijlocire, spontaneitate, nepracticism, impulsivitate, instabilitatea dispoziției, a comportării, tendință de a lucra în singurătate, repulsie la lucrul cu hârtiile, sufletul companiei, agerime a minții, istețime, dezordine în problemele financiare.

## **2. Tehnica „Dă un nume problemei tale”**

Termenii, legați de patologii, pot avea un șir de consecințe nedorite. Chiar și cuvintele de ordin general: „dereglație”, „deviere”, „disfuncție”, „patologie” – provoacă imaginea unui deficit sau anormalitate. Această metodă constă în căutarea formulării, care ar forma climatul speranței, care ar permite să vadă problema ca pe ceva schimbător. Funcția formulării noi – de a forma cea pistă pentru rezolvarea creativă a problemelor și permiterea persoanei de a fi mai activ în rezolvarea lor. O singură formulare aleasă corect poate totodată să ușureze discuția despre problemă și să joace rolul principal de pistă pentru hotărâri creative noi.

Exemple de întrebări:

- *Aveți o oarecare poreclă sau nume pentru această problemă?*
- *Poate, începem cu aceea ca să denumim problema dvs. cu un nume simpatic „optimist”. Care ar putea fi?*
- *Cum ar fi fost numită problema dvs. de către generația veche, până la apariția psihologiei?*
- *Am putea să ne folosim de termenul „Eu-l slab”. Dar dacă am spune „Eu-l doarme”, nu ar însemna aceasta tot același lucru, doar că va avea o nuanță simpatică?*

Trebuie de subliniat că, noul nume al problemei nu trebuie să nege seriozitatea ei. Noua denumire nu trebuie să devină o posibilitate de a se eschiva de la activitatea, ea trebuie să fie adecvată tuturor, ca să-i permită persoanei să se includă activ în rezolvarea problemei.

Exemplu: termenul „depresie” se folosește pentru definirea situației când, oamenii văd viața sa într-o lumină pesimistă, suferă de lipsa energiei vitale. Depresia îi privează de încrederea în sine, îi aduce la deprimare. Pentru această situație se pot folosi frazele: „petrecerea inventarierii vieții”, „a stânge forțele”, „a se afla în căutarea sensului vieții”, „bucuria ascunsă” ș.a. Nu întotdeauna subiectul este capabil să schimbe noțiunea „suferindă” care a purtat-o mult timp. Atunci ne limităm la aceea ca, problema să primească un nume oarecare sau o poreclă simpatică, cu care vom lucra în continuare.

### 3. Tehnica „Anotimpuri”

(Pentru o derulare mai optimală a procesului imaginativ, se recomandă realizarea exercițiului pe un fundal muzical). În natură totul e în armonie. Iată de ce am putea învăța de la natură, cum să realizăm o stare de armonie a lucrurilor. În natură, la fel precum în viața omului, au loc diferite schimbări. Schimbările din viața noastră ne pot bucura, dar și întrista. Dar natura prin schimbare menține starea de armonie. Să urmărim cum se schimbă anotimpurile. Toamna – strânsul roadelor, ăderea frunzelor, plecarea păsărilor. Iarna – viscol și vijelie. Primăvara – renaștere. Vara – vegetație și creșterea rodului. Aceasta deoarece tot ce se petrece asigură o continuitate. Dacă dorim să adunăm rodul eforturilor noastre, trebuie să ne bucurăm de posibilitatea unui început. Acest gând trebuie să vă ghideze în realizarea exercițiului. Ați privit vreodată un Mugure când se deschide? Ați simțit nevăzuta lui forță interioară ce pare să învingă petalele, să le răsfrângă? Ați simțit parfumul pătrunzător pe care-l degajă atunci când izbucnește-n afară? El exersează forța solară-n limbajul miresmei. El se deschide, se dilată, emite... Priviți-l cum își trăiește răsfrângerea ca pe o victorie și încercați să simți asemenea lui această putere. Deschideți-vă, creșteți și transmiteți ceva din căldura aceea discretă și pură ce sălășluiește în chiar miezul dvs. Ascultați-o atent... repe-rați-i vibrația, simțiți-o... Și-acum, observați atent cum ghemul din mijlocul florii se-adună încet, se-înfășoară, devine puternic, dulce-acru. Asistați la nașterea fructului, imaginați-vă cum se-întorc sevele-n miezul acesta, se concentrează, se-adună, până ce el devine tot mai greu, rotunjit... Și simțiți cum fetusul-fruct, crud și incert își caută gustul său fermecător de-nceput. Fragil se înfășoară în el până dă pe-afară și poate desprinde petalele florii, pe rând... și într-o bună zi exersează explozia – dă-n pâng. Ce nuanțe frenetice curg dinăuntru-n afară, ce gusturi străine se decantează, adânci și suave deodată, dinspre acel interior în care veghează un sâmbure, poate mai mulți... Cum soarbe lumina pe care-o preface în gust și-n miros cu cât te afunzi mai spre miez... Acolo el cântă. Ce forță au sunetele lui interioare, ce putere prin care istoria fructului devine memoria vie a sâmburelui... De-acum și de-aici el o duce cu sine spre altundeva și cândva, când, prinzând rădăcini, va reitera arta creșterii sale.

...Dvs. puteți să fiți Fructul acum? Încercați! Ce pierdeți?!...

Finalizare. Pe o coală de hârtie notați în ordine crescătoare câteva analize ale evenimentelor, care au loc acum în viața Dvs.: Ce se ascunde în mugurele activității pe care o realizați sau ați realizat-o? Ce dă primele frunze? Ce e în floare? Ce roade adunați?

Alegeți din lista alcătuită două puncte, care vă par mai importante. Dați-le o scurtă explicație:

- Ce ați ales?

- Care este istoria acestui ciclu al activității dvs.?
- Ce facilitează și ce încurcă realizarea?
- Poate această activitate să constituie un scop important al vieții dvs.?
- Ce vă orientează spre realizarea acestui scop?
- Cum va fi viața dvs., dacă acest scop se va realiza?

Ce ați conștientizat pe parcursul realizării exercițiului?

### **Temă pentru acasă. Tehnica „Desenați propriul Curcubeu”**

Imaginați-vă curcubeul dvs. personal, format de către soare și ploaie pentru a vă bucura pe dvs. Fie ca punctele, pe care se fixează curcubeul la orizont, semnifică starea dvs. prezentă și viitoare. Imaginați-vă, că în punctul viitorului vă așteaptă ceva valoros și foarte dorit pentru dvs., care vă convine ideal. Desenați curcubeul, iar acolo, unde el pleacă după orizont, desenați scopul, care vă vine în minte în timpul exercițiului. Concentrați-vă mai întâi de toate asupra curcubeului, asupra culorilor sale, curbei sale. În timpul cât desenați vă pot veni în minte diferite gânduri, în memorie vor apărea felurite scopuri. Desenați viitorul scop în prim plan, conștientizând că acesta poate să nu fie unicul gând important. Puteți face desenul simbolic și realist sau combinându-le ambele metode. Pentru acest exercițiu se oferă 20 min. După ce terminați desenul, priviți-l și răspundeți la următoarele întrebări:

1. Cum să-mi ating scopul?
2. Ce depinde de mine și ce depinde de alții?
3. Ce bariere pot întâlni în cale?
4. De la ce va trebui să mă dezic?
5. Ce voi câștiga?
6. Cine, în afară de mine, va avea de câștigat de la atingerea acestui scop?
7. Care este atitudinea mea față de acest scop?

### **Ședința nr. 3.**

**Scop:** Aprecierea adecvată a situației prezente

**Obiective:**

1. Autoevaluarea posibilităților proprii
2. Echilibrarea stărilor emoționale (depresie, anxietate)
3. Estimarea barierelor gândirii
4. Stimularea încrederii în sine

### **Discuții asupra temei pentru acasă**

Discuții asupra desenului „Curcubeul” conform întrebărilor pregătite acasă.

#### **1. Tehnica „Estimarea resurselor personale”**

Fiecare persoană posedă anumite resurse – deprinderi, aptitudini, interese, calități forte ale caracterului ș.a. Ele pot fi utilizate într-o oarecare măsură pentru rezolvarea anumitor probleme.

Însă aceste resurse pot rămâne și neutilizate, dacă atenția nu este focalizată

intenționat asupra lor (punem întrebări directe – tehnica acestor întrebări permite evidențierea posibilităților de a face față problemelor și de a ține piept tensionării).

Întrebări:

- Dacă eu ar trebui să trec prin astfel de situație ca dvs., probabil, nu aş supraviețui. Cum v-a reușit? De unde ați avut atâta putere?
- Atât de mult timp ați reușit să fugiți de această problemă. Ce surse ați folosit pentru aceasta?
- Există ceva ce dvs. vă reușește cel mai bine? Cum ar fi posibil de folosit această calitate pentru rezolvarea problemei dvs. la momentul dat?
- Care este cea mai bună trăsătură al caracterului dvs.? Cum v-ați folosit de ea în cazul dat? Ce mai este posibil de făcut, ce v-ar permite să includeți această parte puternică a dvs. pentru hotărârea problemei acesteia?
- Există probleme asemănătoare, pe care le-ați rezolvat până la aceasta? Ați putea să vă gândiți, cum ați putea folosi o rezolvare asemănătoare în cazul dat?
- Cine, după părerea dvs., ar putea rezolva problema dată? Cum vă imaginați dvs. că ar face-o?

## **2. Tehnica „Respirația care tratează”**

Relaxați-vă ca de obicei și în poziția obișnuită. Atenț, cu răbdare și fără grabă conștientizați senzațiile interioare, imaginar, atent, trecând peste tot organismul de sus până jos, examinându-l în întregime. Căutați locurile, în care simțiți disconfort, încătușare, stingere – orice senzații, ce deosebesc partea „dubioasă” de la celelalte sectoare vecine, care o evidențiază pe fondalul celorlalte regiuni, care parcă o fac străină. Evidențiați mai întâi zona cea ce vă creează imagine de „a nu fi în regulă”. Imaginar îndreptați într-acolo respirația dvs. În acest timp veți observa, că spre deosebire de sectoarele „sănătoase”, unde puteți orienta imaginar respirația fără anumite greutateți, în locurile „bolnave” se simte un fel de împotrivire, de parcă ceva împiedică trecerea liberă. Respirați prin aceste zone, „suflați-le”. Imaginați-vă, că expirația „curăță” aceste „dopuri”, „baraje” în calea respirației. Imaginați-vă, cum acea căldură, care iese cu aerul expirat, o îndreptați spre locul bolnav în timpul expirației. De regulă, este mai ușor de imaginat, că senzația se mișcă pe suprafața corpului. Puteți să vă imaginați, că senzația „barajului” se mută în altă zonă a corpului, folosind respirația ca o forță de mișcare, care schimbă „bariera” împreună cu expirația ...mai departe și mai departe...până când, însăși senzația va dispărea, de parcă s-ar evapora, pierzându-se la locul nou.

## **3. Tehnica „Calea spre atingerea scopului”**

Uneori noi știm foarte bine ce dorim, dar nu ne ajunge energie pentru realizarea propriilor dorințe, pentru ca pe parcursul unei perioade îndelungate de timp să depunem efort și să nu ezităm, indiferent bariere și obstacole.

Gândiți-vă la scopurile importante, pe care doriți să le realizați, și prescurtat descrieți-le prin câteva cuvinte cheie. Spectrul acestor scopuri poate fi foarte larg: acestea pot fi scopuri abstracte și concrete, greu de atins și ușor, distante și apropiate. Importanța semnificativă aici constă în aceea că, scopul este important pentru dvs., și doriți într-adevăr să se realizeze. Acum alegeți din lista personală de preferințe acel scop, care este cel mai stringent în acest moment, care este mai tentant. Așezați-vă comod și închideți ochii. De câteva ori inspirați adânc și fie ca odată cu expirația să vă păărăsească toate grijele, gândurile, treburile urgente, să plece tensionarea/încordarea. Concentrați-vă asupra scopului ales. Fie ca în conștiința dvs. să apară imaginea care simbolizează acest scop. Acesta este simbolul personal, individual, și imaginea poate fi oricare: obiect natural, animal, ființă umană, obiect. Rămânând cu ochii închiși, imaginați-vă că, aveți în față o cărare lungă și dreaptă, care duce spre vârful unui deal. Deasupra dealului vedeți anume acea imagine, care vă simbolizează scopul. Iar pe ambele părți ale cărării simțiți prezența diferitor forțe, care încearcă să vă facă să vă întoarceți din cale, să vă încurce să atingeți vârful dealului. Aceste forțe pot face aproape orice doresc. Nu pot ele face doar un singur lucru – să distrugă cărarea dreaptă, ca o rază, care strălucește în față. Aceste forțe simbolizează variate situații care vă distrag atenția, persoane, scopuri mai puțin importante, dispoziții proaste. La chemul lor sunt multe moduri de a vă impune să deviați. Ele vor încerca să vă priveze de curaj sau să vă atragă cu ceva. Ele vor aduce multe dovezi logice, care vor dovedi că nu are sens de mers mai departe. Ele vor încerca să vă sperie sau să vă provoace sentimentul de vină/culpă. Ați putea să vă simțiți ca un conglomerat al voinței curate și să mergeți înainte pe cărare fără a devia. Nu vă grăbiți și rezervați-vă suficient timp pentru a înțelege strategia fiecărui „îndignat al calmului”. Simțiți orientarea mișcării. Puteți chiar să schimbați câteva vorbe cu cineva dintre acei care încearcă să vă distragă atenția, însă după aceasta iarăși continuați-vă calea și simțiți ființă vie, orientată înainte de o voință fermă. Când atingeți vârful dealului, uitați-vă la acea imagine, care simbolizează scopul pe care l-ați trasat. Simțiți prezența lui, rămâneți un timp oarecare alături de el și primiți plăcere de la apropierea lui. Simțiți, ce înseamnă pentru dvs. această imagine, ascultați, ce vă poate spune acum. Acum a venit timpul să permiteți tuturor imaginilor să pălească și să se îndeparteze pe planul doi. Luați cu dvs. ceea ce s-a dovedit a fi important pentru dvs. și treptat întoarceți-vă înapoi. Deschideți ochii, întindeți-vă, îndreptați-vă. Scrieți ideile dvs. vizavi de scop și acele forțe, care vor să vă facă să vă întoarceți din calea dvs.

### ***Temă pentru acasă. Tehnica „Povestea despre șanse realizate”***

În unele din poveștile copilăriei noastre eroii suportă mult timp dificultățile vieții, pentru ca în final să câștige. Așa se întâmplă în „Cenușăreasa”, „Bobo-

cul cel urât”, „Fata babei și fata moșneagului”. Ce le-a ajutat eroilor să-și realizeze visul? Încercați să vă amintiți istoria lor, transformând eroii neîncrezuți, timizi în încrezuți și insistenți. Discuție asupra conținutului exercițiului:

- *Cum s-a schimbat povestea?*
- *În ce postură eroul poveștii vă este mai simpatic?*
- *Ce i-a ajutat Cenușăresei să ajungă regină, Bobocelului urât – lebădă, fetei moșneagului – fericită?*
- *Ce învățăminte vă oferă aceste povești?*

#### **Ședința nr. 4.**

**Scop:** învățarea tehnicilor de autoreglare a stărilor psihice- anxietate, depresie

#### **Obiective:**

1. Exteriorizarea emoționale negative
2. Discriminarea propriilor stări emoționale
3. Relaxarea și echilibrarea stării psihice
4. Armonizarea minte-corp

#### **Discuții asupra temei pentru acasă**

Formulați câte un motto al vieții, inspirându-vă din poveștile discutate.

#### **1. Tehnica „Dispoziția”**

Aveți în față un set de creioane colorate, carioca și o foaie de hârtie curată. Desenați orice doriți – linii, pete colorate, figuri. Este important să redați propriile emoții, să alegeți culoarea și să faceți desenul în acel mod care vă place mai mult, în deplină concordanță cu dispoziția proprie. Imaginați-vă că, transferați neliniștea și anxietatea din interior pe foaia de hârtie, exteriorizând-o totalmente, până la sfârșit. Desenați până când o să fie completată toată suprafața foii și o să simțiți o ușurare. Acum timpul este nelimitat: desenați atât timp, de cât aveți nevoie. Apoi întoarceți foaia și scrieți câteva cuvinte, care vă descriu dispoziția. Nu vă gândiți mult, este important ca cuvintele să apară liber, fără un control special din partea dvs. După ce ați desenat dispoziția și ați expus-o în cuvinte, cu plăcere, emoțional, rupeți foaia și aruncați-o la coș. Gata! Acum ați scăpat de starea tensionată! Tensiunea emoțională s-a epuizat prin desen și a dispărut, ca acest desen neplăcut pentru dvs.

#### **2. Tehnica „Tabelul emoțiilor”**

Stresul nu este periculos pentru organism, dacă găsește o ieșire adecvată, este compensat cu relaxarea și utilizat ca factor al activismului vitalității organismului. Drept factori ai stresului pot fi: graba permanentă, conflictele, un somn neîmplinit, insatisfacția personală, realizarea sarcinilor contrar voinței proprii, visele nocturne în abundență, lipsa persoanei cu care ar fi posibil de discutat problemele personale. Toți acești factori provoacă emoții negative, pe care individul nu le poate gestiona. Cel mai bun remediu, desigur, ar fi



– înlăturarea factorului stresant – de a dormi îndeajuns, de a fi relaxat, de soluționat conflictele. În viața cotidiană, însă, nu totul depinde doar de o singură persoană. Și uneori nu suntem în stare să evităm acele situații, care ne provoacă stres și trăiri negative legate de acesta. De aceea este necesar să diferențiem diferite stări emoționale.

Leveluri	Fericire	Tristețe	Furie	Frică
<b>Scăzut</b>	Plăcere Voioșie Recuperare Satisfacție Pacificare	Nenorocire Tristețe Singurătate Amărăciune	Nemulțumire Iritare Supărare Supraexcitare	Nedumerire Nehotărâre Neîncredere Pericol Vigilență
<b>Mediu</b>	Distracție Bucurie Inspirație Vitalitate Admirație	Deznădejde Chin Durere Suferință Neputință	Scârbă Furie Ostilitate Agresivitate	Spaimă Constrângere Teamă Neliniște Anxietate
<b>Înalt</b>	Jubilare Încântare Triumfare Extaz	Asuprire Prigonit Inutilitate Doliu Fără speranță	Turbare Mânie Ură Iritare extremă	Panică Groază Stupoare Coșmar

### 3. Tehnica „Relaxarea musculară progresivă”

Este o tehnică de relaxare de tipul „încordare–relaxare”. Scenariul tehnicii de relaxare după tipul „încordare–relaxare”, necesită respectarea unor reguli anumite. Recomandările ar fi:

- în timpul exercițiului încordați fiecare grup de mușchi, iar relaxarea o faceți treptat, atrăgând o atenție deosebită la deosebirea între starea de relaxare medie și relaxare totală;
- folosiți în totalmente perioada de 5 sec. pentru eliminarea treptată a tensiunii;
- în următoarele etape este necesar de eliminat tensiunea rămasă până la senzația de relaxare totală a mușchilor. Această etapă este necesară pentru recunoașterea și eliminarea tensiunii psihice minore;
- nu încordați mușchii prea tare – puteți avea convulsii musculare;
- pentru realizarea exercițiului de relaxare este necesar de expus sarcina în voce, calm, lent, cu simțul ritmului și păstrarea pauzelor de timp indicate;
- înainte de exercițiu este necesar de ocupat o poziție maximal confortabilă și pe cât este posibil de exclus influența factorilor externi.

Puneți mâinile de-a lungul corpului și alegeți cea mai confortabilă poziție. Închideți ochii și respirați câteva ori adânc, ca să începeți procesul de relaxare. Permiteți respirației să decurgă natural, în ritm liniștit, calm. Abdomene-

nul se ridică cât mai sus, când inspirați, și se lasă cât mai jos când expirați. Se pare că respirați cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural și liniștit mod de respirație. Noi respirăm astfel, când dormim. Respirația va deveni lentă și controlată. Acum simțiți o forță care vă apasă și totodată simțiți o relaxare. Sunteți relaxat. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă simțiți ușurat. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți: 1 min., 2 min. și mai mult. Nimeni nu vă va încurca. Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

**Temă pentru acasă. Tehnica „Liniștea gândurilor: Eu văd ..., Eu aud ..., Eu simt...”**

Fiecare frază se începe obligatoriu cu enunțul, care descrie experiența senzitivă nemijlocită: „Eu văd..., Eu aud..., Eu simt...” – cu descrierea detaliată a informației vizuale, auditive sau chinestetice, care vă caracterizează în acest moment. Deci, vorbiți neîncetat, fără pauze, despre tot ce vedeți în momentul dat, apoi auziți, apoi simțiți la nivel de senzații corporale externe. Când vorbirea continuă un timp îndelungat, apare o stare deosebită de simplitate și naturalitate, în care te poți simți într-adevăr ușor și plăcut... stare, în care „ce este în gând, aceea este și pe limbă”... stare de eliberare de dublura internă, când se oprește obișnuința pentru fiecare persoană, „gândirea dublă”, ... când nu trebuie jucat rolul față de conlocuitor, de încordat intern și de a nu fi sincer... când este posibil de a fi persoana însăși, fără mască, fără fațete. Simțiți senzațiile legate de această stare... memorați însuși starea, ca să vă puteți reîntoarce la ea mai târziu. La începutul fiecărei fraze noi, inspirați lent și expirați prelungit. Apoi după efectuarea a trei faze, treceți la a patra: monitorizarea senzațiilor interioare a întregului corp. La sfârșit – inspirație adâncă și expirație bruscă de trei ori.

### **Sedința nr. 5.**

**Scop:** învățarea tehnicilor de autoreglare psiho-emoțională

**Obiective:**

1. Dezvoltarea abilităților de autocontrol în situații de boală
2. Schimbarea viziunii asupra situației negative
3. Conștientizarea stării de relaxare
4. Focalizarea pe rezolvarea problemei

#### **Discuții asupra temei pentru acasă**

Descrieți detaliat cum a derulat exercițiul: informația vizuală, auditivă sau chinestetică, care dintre ele mai mult v-a marcat.

#### **1. Tehnica Respirația**

Instrucțiune: Folosiți respirația pentru a ieși de sub influența directă a stresului. Pentru aceasta odată cu expirația vă relaxați și odată cu inspirația puțin vă dați pe spate, ridicați bărbia și ușor întoarceți capul pe spate. Așezați-vă

comod și expirați tot aerul din plămâni. Odată cu expirația vă relaxați. Vă apucați strâns cu ambele mâini de marginile fotoliului și la inspirație trageți în sus, de parcă ați încerca să-l ridicați. Încordați mâinile, abdomenul și cei-lalți mușchi ai corpului, continuând parcă ridicarea fotoliului, pe care sunteți așezat. Încet expirați pe nas, relaxând corpul și eliberând fotoliul. După expirație relaxați-vă complet. Nicăieri în corp nu trebuie să rămână încordare. Îndepliniți trei-cinci astfel de cicluri. Timpul inspirației, expirației și opririi respirației îl determinați în conformitate cu stare sănătății dvs. și cu ritmul respirației dvs. (Dacă aveți hipertensiune, atunci practicați doar metoda de relaxare a respirației, fără faza de încordare la inspirație). Cu fiecare expirație, eliberați-vă de tensiunea rămasă, de parcă ați „sufla” indicii ei de pe scala contorului personal de măsurare.

## **2. Tehnica „Jocul de puzzle”**

Imaginați-vă că stați pe un scaun cu o masă mică înaintea. Pe masă sunt diverse cutii de culori și forme diferite; sunt roșii, albastre, galbene și verzi; unele cutii sunt pătrate, cubice, iar altele cilindrice. În fiecare dintre ele există un set separat de piese de puzzle. Atunci când vă puteți vedea stând la masă cu cutiile de culori diferite, afirmați. Așa este foarte bine. Acum vă rog să alegeți doar una dintre aceste cutii – de orice culoare și formă preferi – să scoateți piesele din jocul de puzzle și să le puneți pe masă. Observați că nu există nici o poză pe capacul cutiei, așa că nu am idee care va fi în final imaginea – și nici nu știți în acest moment. Dar va fi poza unei scene sau a unui incident care este îndeaproape conectat cu problema actuală. Minte inconștientă știe exact ce piesă caută și vă va ajuta să potriviți piesele laolaltă, astfel încât să vedeți care va fi imaginea. Așa că puteți începe acum, punând laolaltă piesele de puzzle – o piesă aici, una dincolo – și puteți face acest lucru mult mai repede decât ați face-o în mod obișnuit... În câteva momente, veți reveni la starea de veghe și îmi veți putea spune exact ce ați văzut în acea imagine, pe măsură ce a început să se formeze. Descrieți ceea ce vedeți, cu cât mai multe detalii posibile. Ce se întâmplă în imaginea dvs. sau la ce vă gândiți privind imaginea? Acum că ați finalizat jocul de puzzle, vă rog să reveniți la starea dvs., aici și acum. Inspirați adânc și expirați brusc de trei ori, înainte de a deschide ochii.

***Temă pentru acasă. Tehnica „Transformarea gândurilor automate – Eu trebuie..., Eu nu pot..., Eu mă tem că...”***

Aveți în față o fișă cu trei începuturi de fraze a câte 10 de fiecare tip.

Instrucțiune: terminați aceste fraze conform caracteristicilor personale. Scrieți primele gânduri care vă vin în minte, atunci când citiți începutul frazei.

1-10. *Eu trebuie.....*

11-20. *Eu nu pot.....*

21-30. *Eu mă tem că.....*

## **Ședința nr. 6.**

**Scop:** antrenarea deprinderilor de viață

**Obiective:**

1. Estimarea resurselor personale
2. Observarea senzațiilor proprii
3. Relaxarea mentală
4. Ancorarea stării de bine intern

### **Discuții asupra temei pentru acasă**

Se transformă gândurile negative în idei cu nuanță pozitivă, cu citirea ulterioară de câteva ori pe zi, pentru o programare pozitivă.

1. „Eu trebuie...” se transformă în „Eu nu vreau...”
2. „Eu nu pot...” se transformă în „Îmi doresc să...”
3. „Eu mă tem că...” se transformă în „Eu vreau...”

#### **1. Tehnica „Amintiri”**

Amintiți-vă acel timp din viața personală când erați încrezut în sine și iubit cu adevărat... Alegeți un episod oarecare din acea perioadă...și retrăiți-l din nou cu toate detaliile sale... Amintiți-vă toate sunetele...mirosurile...culorile...muzica...sentimentele dvs., și retrăiți-le din nou... Încercați să vă răspundeți singur...care sunt cele mai esențiale particularități ale acestei retrăiri...Ce va împiedică să simțiți astfel de senzații acum?...

#### **2. Tehnica „Cunoașterea personală”**

Exercițiul este propus pentru antrenarea deprinderii de observație asupra sentimentelor sale. Aceasta este o deprindere simplă, o observație asupra proceselor fiziologice personale. În calitate de obiect al observației folosim propriul corp – palma mâinii drepte pentru dreptaci și palma mâinii stângi pentru stângaci. Pentru încălzire faceți un șir de mișcări simple, care pregătesc „materialul” pentru lucru de mai departe, asigurând o multitudine de senzații fiziologice, care este imposibil de a nu le observa.

1. Uniți vârfurile degetelor la ambele mâini, lipiți-le cu forță, împingându-le unul pe altul. Faceți cu putere 15-20 de mișcări reciproce, de parcă a-ți strânge o pară de cauciuc imaginară, care se află între palme, imitând lucrul pompei.
2. Energic frecați palmele una de alta, până când va apărea o senzație intensă de căldură.
3. Puternic și repede, nu mai puțin de 10 ori, strângeți și desfaceți pumnul, atingând senzația de oboseală în mușchii palmei.
4. Fluturați pasiv mâna care „atârnă”.

Acum – atenție și încă o dată atenție! Puneți palmele simetric pe genunchi. Orientați toată atenția la senzațiile interioare. Tot ce este din exterior în acest timp, parcă nu ar exista pentru dvs. Concentrați-vă atenția pe palma dreaptă. Ascultați senzațiile. În primul rând atrageți atenția la următoarele senzații:

1. Senzația de greutate. În mână simțiți greutate sau ușurință.

2. Senzația de temperatură. În mână simțiți frig sau căldură.
3. Senzații suplimentare (nu neapărat, dar există des):
  - uscăciune sau umiditate;
  - pulsație;
  - înțepare;
  - senzația trecerii curentului electric;
  - senzația „furnicării”, „piele de găină”;
  - amortire (de obicei la vârful degetelor);
  - vibrație;
  - tremor muscular.

Posibil, veți simți, că palma parcă iradiază o oarecare „energie”. Străduiți-vă să memorați această senzație, care vă va prinde bine mai apoi. Poate, veți simți în degete, palmă, mână – apariția unei mișcări – dați-i drumul la libertate. Observați după ea dintr-o parte. Închipuiți-vă, că corpul s-a trezit și se mișcă involuntar, independent de dorință. Continuați să duceți observații asupra senzațiilor, fără întreruperi, de parcă v-ați aprofunda în acest proces, imaginar delimitându-vă de tot ce vă înconjoară, de toate din exterior. Stăruiți-vă să prindeți în senzații „cele mai mici schimbări”, deoarece senzațiile niciodată nu rămân strict stabile și neschimbate; este important de reținut, de concentrat atenția asupra lor, ca să observi aceste schimbări. Urmăriți cum senzațiile se schimbă: când sunt mai puternice, când sunt mai slabe; cum își schimbă localizarea treptat schimbându-se dintr-un punct în altul, și cum unele senzații eliberează locul pentru altele. Continuați să îndepliniți exercițiile destul de mult 8-10 min, iar dacă aveți răbdare și mai mult timp. La sfârșit – ieșirea activizatorie.

### **3. Tehnica „Urcarea pe munte”**

Imaginați-vă că este o zi frumoasă de primăvară... Soarele cald strălucește deasupra... făcându-vă să vă simțiți confortabil și relaxat, dar plin de entuziasm față de călătoria pe care urmează să o realizați. În vreme ce priviți în sus la vârful muntelui, știți că scopul este să ajungeți acolo pentru a descoperi un secret personal. Imaginați-vă acum poteca, ce urcă treptat pe coasta lină. Pe măsură ce urcați tot mai sus... din ce în ce mai sus, poteca devine mai îngustă, iar terenul mai abrupt. Odihniți-vă un moment și simțiți briza răcoasă pe piele și prin păr. Sunteți deja destul de sus pe munte, iar în jos se întinde o priveliște frumoasă... Puteți vedea la câțiva kilometri depărtare în jur. Ici-colo vedeți câte un iepure sau câteva capre negre, sau oi. Ele trăiesc în pace aici sus, împreună cu păsările și fluturii. Pe măsură ce urcați mai sus, muntele devine un pic mai abrupt și, pe alocuri, poteca devine mai îngustă. Tufișurile sălbatice mărginesc pe alocuri poteca și florile de munte răsar pentru a te întâmpina. Puteți vedea un alt munte, ce pare atât de aproape, încât ați putea să pășiți peste el; dar în realitate știți că este mult prea departe.

După ce urcați mai sus pe munte, în final, ajungeți la un platou unde vă opriți pentru a vă odihni. Uităndu-vă în josul muntelui, puteți vedea cât de departe ați ajuns. Ați mers drum lung în sus pe poteca de munte, care uneori a fost ușoară și alteori dificilă, dar ați continuat. Și puteți continua acum, până când ajungi în vârf. Apropiati-vă de scopul dvs. Chiar în vârful muntelui vă așteaptă o persoană semnificativă din viața Dvs., care vă poate da răspunsul la problema dvs. Memorați acest răspuns. Și... acum... inspirați adânc și expirați brusc de trei ori, și reveniți aici și acum, în ziua de azi (data, luna, anul).

### ***Temă pentru acasă. Tehnica „ Desenați mandala (cerc magic, imagine simbol) proprie”***

Vă propun o foaie de desen cu un cerc inclus diametrul 27 cm, un creion simplu și un set de creioane/carioca/crete pastelate, colorate. Această tehnică este asemeni unui fapt sacru, precum este dialogul cu sine însuși. Într-un sens oarecare ca rezultat al desenării mandalei, se va naște propriul „eu”.

Instrucțiuni: luați o culoare și desenați ceva în mijlocul cercului. Alegeți culoarea care, în cea mai mare măsură vă este plăcută la moment. Focalizați atenția la forma imaginii și gândiți-vă, ce acțiune vă va șopti să faceți. Este important să primiți plăcere de la acest lucru. Marginile cercului nu trebuie să fie pentru dvs. o barieră de neînving. Dacă vreți să ieșiți din aceste limite, o puteți face – doar e cercul dvs. Când veți finaliza desenul, semnați-l și puneți data, și faceți un semn care este partea de sus a imaginii. Completați prin imagine tot conținutul cercului, începând din mijloc. Ce imagine apare, aceea o puneți în cerc. Nu încercați să dați din start o explicație. Cineva a zis, că e mai bine să fii o celulă vie a ficatului, decât o „celulă” sintetică a inimii artificiale (astfel de fraze evidențiază necesitatea fidelității față de sine însuși).

### ***Ședința nr. 7.***

**Scop:** redobândirea autoaprecierii adecvate

#### **Obiective:**

1. Prelucrarea stării de neliniște
2. Autoaprecierea stării psihice
3. Relaxarea psihologică
4. Stimularea autoevaluării

#### ***Discuții asupra temei pentru acasă***

Dacă imaginea din cerc este aranjată mai mult în partea stângă jos – reflectă prioritar procesele inconștiente; în partea din stânga sus și mai departe spre dreapta – reflectă procesele conștiente și transformarea conștiinței. După categorie deosebim 2 tipuri: mandale simetrice, care amintesc floarea sau portocala în tăietură și reflectă în exclusivitate momentul dat de timp, lipsa culorilor și a formei în desen sunt legate de materialul psihic ce se află în afara domeniului conștient; mandale compuse, în diferite sectoare având culori și

forme, reflectă materialul atât conștient, cât și inconștient, care se va descoperi mai mult pe parcursul lucrului.

### **1. Tehnica „Jocul cu neliniștea”**

Povestiți despre conținutul stării de neliniște. Dacă aveți mai multe gânduri care vă provoacă neliniște, alegeți una dintre situațiile concrete, pentru a petrece apoi astfel de lucru cu fiecare situație în parte. Încercați să spuneți, cât de des și cât de mult vă gândiți la situația dată pe parcursul zilei (câte ori, cât timp în general). Alegeți timpul și locul, care nu este caracteristic pentru neliniștea dvs.. Vă puteți convinge că, cu cât este mai stabil locul, cu atât este mai eficientă tehnica dată. În acest timp responsabil, trebuie să vă gândiți doar la conținutul negativ al neliniștii, la posibilele scenarii negative a dezvoltării ei. Permiteți-le să apară în conștient liber, ignorând faptul că vă vor provoca neliniște și retrairi. Nu vă distrageți atenția la alternativele pozitive pe care vi le poate da conștientul, după principiul „Da... dar!”. Continuați să vă gândiți doar la conținutul negativ. Imposibil să vă gândiți la variante din ce în ce mai rele, decât doar câteva minute. Pregătindu-vă de lucru, este necesar să inspirați bine și să începeți liniștit și profund să respirați, de dorit cu umor să vă adresați conștientului: „Ei, drag conștient, azi vom avea ceva nou, și eu cred că tu vrei să mă ajuți să ocup acest timp, așa că, te rog, dă-mi și amintește-mi, tot ce poți”. Cât nu ar fi de neașteptat, dar degrabă veți vedea că, câteva minute (5-10) vă va fi de ajuns, ca să transformați neliniștea într-o stare mai liniștită, stare de siguranță sau chiar să vă eliberați definitiv de ea. Astfel, folosind timpul doar pentru „jocul de-a neliniștea” ați atins scopul – asociindu-vă cu neliniștea, o localizați într-un loc anumit și o limitați într-un timp anume. La sfârșitul tehnicii date, adresați-vă iar conștientului: „Da, dragă conștient... mult stimabil „Eu” azi ai lucrat binișor, mulțumesc ție, eu știam că nu o să mă dai de gol într-o situație dificilă...”.

### **2. Tehnica „Treapta pe care vă aflați...”**

Instrucțiune: Aveți o fișă cu 10 scări desenate. Apreciați, după părerea proprie, pe care treaptă vă aflați acum.

Evaluarea:

- a) 1-4 subapreciere
- b) 5-7 apreciere adecvată
- c) 8-10 supraapreciere

### **3. Tehnica „Metafora tufei de trandafir”**

Imaginați-vă că arătați ca o tufă de trandafiri, în special o tulpină cu frunze verzi și un boboc de trandafir. Bobocul pare verde, deoarece separele sunt închise, dar chiar în vârf se poate vedea un punct roșu. Acum, pe măsură ce vă concentrați asupra acestui punct de culoare roșie, separele verzi încep să se separe, să se deschidă treptat, relevând petalele din interior, de o delicată

culoare roșie. Sepalele continuă să se deschidă până când puteți vedea întregul boboc delicat. Petalele se separă și ele încet, până când apare un trandafir perfect, complet deschis. Așa că acum respirați și inspirați parfumul acestui trandafir delicat, inhalând parfumul său caracteristic și inimitabil; atât de delicat, dulce și delicios. Continuați să inspirați parfumul său vindecător, care vă încântă și vă pătrunde toate simțurile, în fiecare parte a corpului. Imaginați-vă forța vieții care ia naștere din rădăcinile florii și duce la deschiderea ei... Memorați această stare. Acum, inspirați adânc și expirați brusc, de trei ori, și deschideți ochii.

### ***Temă pentru acasă. Tehnica „Eul-real și Eul-ideal”***

Instrucțiune: Desenați, vă rog persoana proprie în două ipostaze. Prima imagine trebuie să reprezinte Eul real, iar a doua imagine – Eul ideal. Acest exercițiu îl efectuați în 10-15 min.

### ***Ședința nr. 8.***

**Scop:** autoobservarea activă

**Obiective:**

1. Recunoașterea tiparelor comportamentale proprii
2. Observarea senzațiilor interioare
3. Relaxarea mentală
4. Relaxarea musculară

### ***Discuții asupra temei pentru acasă***

Răspundeți la următoarele întrebări:

1. Când ați simțit încordare/tensionare mai mare – la desenarea imaginii reale sau ideale?
2. Ce ar fi bine de făcut, cum să acționați ca aceste două noțiuni real-ideal să devină unificate/ într-un tot unitar?

### ***1. Tehnica „Chineziterapie. Poza lui Cook”***

La început trebuie de recunoscut prezența stresului. Cel mai neproductiv comportament – este fuga de propriile probleme. Este important de a le privi în față și de a lua hotărâri importante. Nimeni, în afară de însuși persoana, nu va face acest lucru. Dacă nu se primește individual, atunci a sosit timpul de apelat pentru ajutor și de scăpat de stres. Pentru ajutor corpului se poate recomanda mai multe ore de somn, săturați-vă de somn. La fel ajută folosirea unui volum mai mare de apă pură cu scopul eliminării produselor descompunerii hormonilor stresului; alimentație completă sănătoasă, ședere la aer curat în timpul zilei.

**Poziția 1.** Așezați-vă comod, puneți picioarele pe podea. Picioarul drept puneți-l pe genunchiul piciorului stâng, încrucișați mâinile în așa mod, ca mâna dreaptă să fie de-asupra celei stângi. Apucați cu mâna stângă glezna piciorului drept, iar palma dreaptă puneți-o pe partea interioară a tălpii



drepte. Apăsați cu limba palatul dur și respirați profund. Închideți ochii și stați în poziția aceasta 30-60 sec. Apoi schimbați picioarele, puneți piciorul stâng pe genunchiul drept și corespunzător schimbați mâinile. Repetați exercițiul.

**Poziția 2.** Șezând pe fotoliu puneți ambele tălpi pe podea. Uniți palmele astfel, ca degetele să se atingă reciproc. Închideți ochii. Apăsați cu limba palatul dur. Respirați profund. Rămâneți în poziția aceasta 30-60 sec. Acest exercițiu permite echilibrarea tuturor meridianelor energetice. Este benefic de efectuat în caz de supraoboseală, tensionare, stări de stres.

### **2. Tehnica „Respirația orientată”**

Relaxați-vă. Respirați cu abdomenul. Încercați să simțiți într-adevăr respirația. Foarte atent observați toate senzațiile, care apar în timpul respirației. Folosiți 5-7 min. pentru aceasta fără întrerupere. Continuați să duceți observații asupra senzațiilor interioare, legate cu respirația.

Găsiți o senzație, legată de centrul cutiei toracice. Dacă se simte undeva la suprafață, ea poate aminti o atingere ușoară. Dacă o simțiți mai profund – poate aminti o greutate, destul de moderată, posibil de răbdat. Observați, cum se schimbă la inspirație și la expirație, schimbările vor fi contrarii. Dacă este senzația de atingere, apăsare din exterior, de obicei la inspirație – ea se intensifică, iar la expirație „apăsarea” slăbește. Dacă este senzația de greutate interioară, atunci la inspirație – greutatea crește, iar la expirație – scade, „se topește”. Fiți atent – mai întâi schimbările pot fi abia observabile; în timpul observației ele se pot intensifica (astfel este construită atenția noastră). Dacă apariția senzațiilor stabile în centrul cutiei toracice, se manifestă diferit la inspirație și expirație, dați frâu liber fanteziei, imaginându-vă, că respirația, aerul inspirat în afară de mișcările sale prin căile de respirație trece prin această porțiune, imaginați-vă că respirați prin această porțiune a propriului corp. Respirați astfel 4-5 min. Apoi încercați să orientați respirația imaginar în alte părți ale corpului, după dorința personală.

### **3. Tehnica „Relaxarea mintală/psihologică”**

Închideți ochii și respirați de câteva ori adânc, încet. În timp ce respirați încet și adânc, imaginați-vă la etajul 7 al unei clădiri. Vă plimbați de-a lungul unui coridor roșu și ajungeți la capătul lui, unde este partea de sus a unei scări rulante, cu indicatorul „coborâre”. Este o scară rulantă, de o culoare argintie, foarte interesantă. E o scară rulantă, netedă, silențioasă, foarte solidă și sigură. Pășiiți pe ea și simțiți cum începeți să alunecați în jos. Țineți mâinile pe balustradă și coborâți fără nici un zgomot, foarte lent..., foarte sigur..., foarte liniștit... Coborâți într-o incursiune relaxantă, spre parter, unde știți că puteți cunoaște lume. Continuați să coborâți și să vă simțiți liniștit și relaxat, ... liniștit și relaxat...Trageți, adânc, aer în piept. În timp ce respirați, repetați „7” de mai multe ori. Vizualizați această cifră „7”, afișată în fața pereților de un

roșu aprins, de la etajul „7”. Culoarea roșie rămâne în urma dvs., în timp ce dvs. continuați să vă relaxați și să vă lăsați în jos. Acum ați ajuns la etajul 6. Ieșiți de pe scara rulantă și vedeți numărul 6, imprimat pe pereții de un portocaliu aprins, de la etajul 6. Înconjurat de această culoare, pășiți spre partea de sus a scării rulante. Pășiți spre ea și, din nou, glisați ușor în jos. Trageți adânc aer în piept și, când expirați, repetați de mai multe ori „6” și vedeți clar pereții de un portocaliu aprins care vă înconjoară. Vă simțiți liniștit și relaxat, în vreme ce coborâți silențios spre o zonă și mai plăcută și odihnitoare. Acum ați ajuns la etajul 5. Vedeți indicatorul etajului 5 și observați că pereții au o culoare galben-aurie, foarte plăcută. Ieșiți de pe scara rulantă și pășiți pe acest coridor galben, spre următoarea scară rulantă, de coborâre. Trageți adânc aer în piept și în timp ce expirați, vizualizați numărul „5”. Repetați mental numărul „5” de mai multe ori, în vreme ce vă delectați cu această minunată și veselă culoare galben-aurie. Pășiți pe următoarea scară rulantă și continuați să vă lăsați în jos. Vă simțiți foarte bine, foarte ușor, în vreme ce vă lăsați în jos și nu faceți nimic altceva decât să vă desfățați de culori. Vedeți indicatorul etajului 4 și observați că pereții sunt de un verde ca iarba, odihnitor și succulent. Ieșiți de pe scara rulantă a etajului 4 și mergeți prin această culoare verde-smarald, spre următoarea scară rulantă. Inspirați adânc și în timp ce expirați vizualizați numărul 4. Repetați de mai multe ori „4”. Vă pătrundeți de plăcerea acestui verde clar și bogat care vă înconjoară, în vreme ce pășiți spre următoarea scară rulantă și glisați spre un spațiu mai plăcut și mai relaxant. Ajungeți la indicatorul etajului 3 și vedeți că pereții acestuia sunt de o minunată culoare albastră. Vă simțiți invadat de acest albastru calm, liniștitor. Va simțiți înconjurat de albastru. Vă opriți câteva clipe la etajul 3 și vizualizați o scenă liniștită din natură, un loc preferat în care v-ați simțit cel mai relaxat, un lac albastru sau un ocean albastru, calm sau câmpii/munți acoperiți de un vast cer albastru. Simțiți iarăși aceeași senzație de armonie și relaxare adâncă pe care ați simțit-o atunci. Vă bucurați de culoarea albastră care curge pe lângă dvs. și trăiți o senzație foarte plăcută, foarte odihnitoare, foarte relaxantă. Trageți adânc aer în piept și în timp ce expirați, vizualizați numărul 3. Repetați în minte „3” de mai multe ori. Pășiți pe următoarea scară rulantă de coborâre și începeți încă o dată să glisați în jos, silențios și ușor, spre un spațiu și mai relaxant, plăcut, de o culoare caldă și odihnitoare. Vedeți indicatorul etajului 2 și observați că pereții care vă înconjoară la acest etaj sunt de un indigo „plin”. Vă mișcați pe acest indigo spre următoarea scară rulantă, coborând prin acest indigo, spre o zonă mai plăcută și mai relaxantă. Vedeți indicatorul „1” și constatați că acest nivel are o culoare luminoasă, violetă. Scara glisează ușor în jos și dvs. coborâți la etajul 1. Trageți adânc aer în piept și în timp ce expirați, vizualizați numărul 1 și repetați „1” de mai multe ori. Vă place culoarea luminoasă violetă din jurul dvs. Ați ajuns într-o stare foarte, foarte rela-

xată. Vă simțiți foarte odihnit, foarte relaxat, foarte sănătos. Acum sunteți la nivelul dvs. interior de bază. La acest nivel vă puteți conecta cu ușurință la alte zone ale conștiinței dvs. Continuați să vă odihniți și să savurați relaxarea totală și să respirați adânc. Timp de aproximativ un minut vă simțiți complet relaxat. Ca să ieșiți din acest nivel interior, de bază, numărați de la 1 la 3. Când ajungeți la 3, deschideți ochii și vă simțiți energic, echilibrat, proaspăt și fără nici o tensiune.

### ***Temă pentru acasă. Tehnica „Soarele meu”***

Instrucțiuni: Desenați un cerc în mijlocul foii și scrieți în cerc cuvântul Eu. Imaginați-vă că acest cerc sunteți Dvs., iar razele soarelui sunt calitățile pozitive ale Dvs. Pe fiecare rază scrieți câte o calitate.

### ***Ședința nr. 9.***

**Scop:** schimbarea tiparelor de gândire

**Obiective:**

1. Autoinfluența asupra proceselor cognitive
2. Observarea comportamentului propriu
3. Relaxarea musculară
4. Întărirea Eu-lui

### ***Discuții asupra temei pentru acasă***

Determinarea calităților sale bune; activizarea deprinderii de a gândi pozitiv despre sine.

#### ***1. Tehnica „Șase pălării ale gândirii”***

Imaginați-vă că odată cu îmbrăcarea unei pălării de o anumită culoare căpătați posibilitatea de a gândi în alt mod:

- pălăria albă – vă învață să gândiți prin intermediul cifrelor, faptelor, fără emoții, logic și concis;
  - pălăria neagră – vă învață să vedeți toate părțile negative ale situației, să apreciați riscurile;
  - pălăria galbenă – vă învață să descoperiți potențialul pozitiv, plusurile situației;
  - pălăria roșie – vă învață să vedeți evenimentul în culori vii, trăindu-l intensiv;
  - pălăria verde – vă învață să depistați o soluție originală, nouă;
  - pălăria albastră – vă învață să găsiți sensul în faptele Dvs., să generalizați experiențele, să analizați problema în contextul evenimentelor curente;
- Urmează să fie realizate însărcinările, îmbrăcând pe rând pălării de diferite culori.

Însărcinări: relatarea de pe diferite poziții a unei povești foarte cunoscute:

- „Scufița Roșie”,
- „Capra cu trei iezi”,

- „Gogoaşa” etc.;
- reţeta salatei cu roşii, castraveţi, ceapă şi ardei;
- publicitatea îngheţatei cu ciocolată „Eskimo”.

Discuţia asupra conţinutului exerciţiului:

- Ce aţi învăţat în cursul acestui exerciţiu?
- Ce „pălărie” îmbrăcaţi de obicei când vă confrunţaţi cu o situaţie complicată?
- Ce pălărie v-ar plăcea să îmbrăcaţi într-o asemenea situaţie?
- Încercaţi să schimbaţi „pălăria”.
- Ce se schimbă în modul Dvs. de a gândi, a reacţiona afectiv, a acţiona?

## **2. Tehnica „Relaxarea musculară progresivă totală”**

Puneţi mâinile de-a lungul corpului şi alegeţi cea mai confortabilă poziţie a corpului. Închideţi ochii şi respiraţi câteva ori adânc, ca să începeţi procesul de relaxare. Permiteţi respiraţiei să decurgă natural, în ritm liniştit, calm. Abdomenul se ridică cât mai sus, când dvs. inspiraţi, şi se lasă cât mai jos când expiraţi. Se pare că respiraţi cu abdomenul, nu cu pieptul. Acesta este cel mai natural şi liniştit mod de respiraţie. Noi respirăm astfel, când dormim. Acum respiraţia va deveni lentă şi controlată. Acum vă veţi concentra asupra diferitor grupuri de muşchi. La început încordaţi fruntea, ridicând sprâncenele. Şi încet relaxaţi fruntea. Simţiţi fruntea relaxată total; fie ca orice tensiune, pe care o simţiţi aici să dispară fără urmă. Închideţi ochii, strângeţi pleoapele puternic. Încet relaxaţi muşchii oculari. Permiteţi-le să se relaxeze total. Zâmbiţi, zâmbiţi larg, pe cât puteţi, simţiţi cum se încordează muşchii obrazilor. Permiteţi zâmbetului să dispară încet, simţiţi, cum dispăre încordarea din obraji. Daţi voie oricărei tensiuni rămase, pe care încă o simţiţi, să dispară, să se evapore. Strângeţi buzele, împreună, puternic. Şi lent relaxaţi buzele şi limba. Simţiţi limba, buzele relaxate. Strângeţi puternic dinţii. Treptat permiteţi maxilarelor să slăbească şi să se relaxeze, simţiţi, cum tensiunea se micşorează şi dispăre. Simţiţi toată faţa într-o stare de relaxare. Fruntea, faţa şi gura sunt total relaxate. Nici un muşchi nu se va mişca pe faţă. Faţa este nemişcătoare şi tăcută. Acum veţi simţi încordare în muşchii gâtului. Plecaţi capul pe piept şi încercaţi să îl atingeţi cu bărbia. Încordaţi gâtul. Lent ridicaţi capul de pe piept, relaxaţi gâtul. Apăsaţi cu capul în suprafaţa patului pe care sunteţi culcat. Şi treptat aruncaţi toată încordarea de la gât. Toţi muşchii gâtului sunt relaxaţi şi nemişcaţi, capul liniştit şi fără greutate stă culcat pe pat. Permiteţi oricărei tensiuni care persistă să dispară de la cap şi gât. Ridicaţi umerii spre cap atât de sus, pe cât puteţi. Şi lent permiteţi-le să se lase în jos. Simţiţi umerii calmi şi nemişcaţi. Încordaţi braţul, îndoind muşchiul biceps astfel, încât să apară o curbă convexă. Încet scoateţi încordarea din partea de sus a mâinii. Strângeţi pumnii şi încordaţi muşchii antebraţului şi labei mâinii. Şi din nou relaxare, lent şi treptat. Relaxaţi total

capul, gâtul, umerii și mâinile astfel, ca să vă simțiți liber și comod. Încordați mușchii pieptului și abdomenul. Treptat relaxați-le. Încovoiați spatele, simțiți cum se încordează. Și încet dezdoiați-vă, relaxând fiecare mușchi. Simțiți capul, gâtul, torsul și mâinile în liniște absolută. Dați-le voie să stea nemișcate și în repaos total. Imaginați-vă cât sunt de nemișcate; nici nu le puteți mișca. Acum veți lucra cu partea de jos a corpului. Mai întâi încordați mușchii fesieri. Și permiteți-le să se relaxeze, câte puțin, treptat. Debarasați-vă de orice încordare rămasă în regiunea fesieră. Simțiți cum fesele stau – plăcut, comod, bine. Încordați mușchii coapselor, apoi al genunchilor. Permiteți încordării din coapse și de la genunchi să dispară lent. Coapsele și genunchii pierd tensiunea rămasă și se aranjează ca să se odihnească. Încordați pulpele picioarelor. Și lent relaxați-le. Simțiți picioarele total relaxate. Lent relaxați degetele picioarelor. Apoi îndoiați degetele picioarelor în jos cât mai tare. Permiteți degetelor și tălpilor să se întoarcă la starea de liniște, pauză. Tălpile se află acum într-o stare de relaxare totală. Simțiți o forță care vă apasă tot corpul, total relaxat și liniștit, în jos. Simțiți o relaxare evident profundă.

Și, acum sunteți total relaxat – din vârful capului până la degetele de la picioare. De fiecare dată când atingeți o astfel de stare de relaxare, căpătați o odihnă profundă, completă, după care vă este foarte ușor de trăit. Atenție la respirație, care dă viață, un circuit fără sfârșit, care aduce energia vitală în timpul inspirației și elimină cele netrebuincioase prin expirație. Relaxarea va atinge un nivel profund, dacă veți simți, cum prin corpul trece un curent de aer, pătrunzând în interiorul corpului și apoi părăsindu-l lent. Atrageți atenție, cum corpul a devenit greu. Nu vă puteți mișca. Rămâneți în această stare atât, cât doriți: 1 min., 2 min. și mai mult. Nimeni nu vă va încurca. Iar când vă veți scula, mișcărilor vor fi moi, lente și liniștite.

### **3. Tehnica „Intervenție de întărire a Eului (imagerie dirijată)”**

Aveți posibilitatea să vă lăsați timpul de care aveți nevoie pentru a vă găsi propriul loc, propriul spațiu pentru a vă simți confortabil ... și doar tu știi când vei atinge acea stare, starea de confort care este necesară, în vederea ... începerii călătoriei către atingerea liniștei, relaxării și confortului interior. Lăsați mintea inconștientă să călătorească acolo unde dorește ... lăsați sentimentele să se ducă acolo unde doresc ... lăsați senzațiile să călătorească și ... ați putea să vă acceptați indiferent de ceea ce face mintea, spiritul și corpul tău. Ați putea sta pe vârful unui munte, putând alege să vă imaginați un curcubeu. Și... pentru un moment ... simțiți că acest curcubeu cunoaște toate răspunsurile de care aveți nevoie ... toate secretele vieții. Inspirând profund ați putea să intrați în mod confortabil într-o transă din ce în ce mai profundă. Și ... în același timp ați putea să vă simțiți din ce în ce mai aproape de curcubeu... împlinindu-vă în final dorința de a-l atinge ... învăluindu-vă cu culorile sale ... și ceva foarte special ar putea să vi se întâmple în această minunată călătorie

de vindecare. Vă imaginați atât de luminos, atât de plin de energie de când ați intrat în acest curcubeu. Prima culoare în care ați intrat este cea roșie ... frumoasa bandă roșie...simțiți-o, trăiți-o, simțiți cum vă învăluie în totalitate, respirați în roșeață și începeți să observați cât de bine începeți să vă simțiți. *Culoarea roșie semnifică tăria... tăria fizică, tăria emoțională, tăria mentală.* Este tăria pe care o chemați pentru a vă echilibra, pentru a vă atinge scopul de a fi sănătos. Și de acum înainte de câte ori veți avea nevoie să vă alimentați această tărie, tot ce va trebui să faceți va fi – să închideți ochii și să vă înconjurați, să vă imaginați înconjurat, învăluit de culoarea roșie a curcubeului.

Și acum permiteți minții inconștiente să coboare către un nivel mai profund de relaxare mintala și vizualizați-vă părăsind banda roșie și intrând în cea portocalie... Simțiți culoarea pe piele, respirați-o, miroșiți-o, umpleți-vă plămânilor și lăsați-o să intre în circuitul sangvin... *Portocaliul reprezintă vindecarea...* – vindecarea fizică, vindecarea mentală și cea emoțională. În fapt, procesul de vindecare are loc chiar acum în interior. Imaginează-ți și simte moleculele portocalii ca milioane de anticorpi microscopici care vă curăță de toate impuritățile... stres, tensiune, anxietate, îngrijorare și disconfort... Portocaliul vă poate vindeca de orice intruziune nedorită din viață, pur și simplu închizând ochii și respirând profund în culoarea portocalie.

Inspirați pentru ultima dată culoarea oranj și permiteți inconștientului să călătorească către banda galbenă. Cum ați intrat în zona galbenă simțiți cât de fierbinte este galbenul... cât de plin de energie vă simțiți... Simțiți această energie circulând în corpul dvs. *Culoarea galbenă reprezintă puterea...* Și acum combinați puterea galbenului cu tăria roșului și cu vindecarea portocaliului... pur și simplu lăsați timpul să vă pătrundă, să vă reîntinerească. Observați cât de bine vă simțiți... Oricând vă veți simți dărâmat, dezolat... doar închideți ochii și respirați puterea galbenului...cufundați-vă în tăria roșului și în vindecarea portocaliului... și astfel nevoile vă vor fi satisfăcute.

Ați putea începe să vă lăsați purtat din banda galbenă în cea verde. Cum ați intrat în banda verde călătoriți din ce în ce mai relaxat, simțiți culoarea verde pe propria piele, vă simțiți răcorit și reîmprospătat. *Verdele reprezintă auto-controlul...* Ori de câte ori veți simți cum mânia și nemulțumirea vă încinge, în viața personală sau la locul de muncă, de fiecare dată culoarea verde vă va răcori, odată cu fiecare respirație.

Respirați pentru ultima dată culoarea verde și îndreptați-vă plutind către zona albastră. Odată ce ați pătruns în zona albastră vă simțiți în siguranță. *Albastrul reprezintă protecția...* Tot timpul suntem expuși unor momente de necazuri, de tristețe, de stres... și câte odată simțim nevoia să ne retragem pentru a ne proteja pe noi înșine pentru scurte perioade de timp. Deci, acum dețineți abilitatea de a închide ochii oricând și oriunde, singuri sau împreună cu alții, să respirați în îmbrățișarea protectoare a culorii albastre. Veți desco-

peri că albastrul vă va proteja și vă va ajuta în timp ce continuați să vă atingeți scopurile.

Și acum aș vrea să vă pregătiți pentru cea mai interesantă culoare a curcubeului – violetul. *Violetul reprezintă tranziția...* Culoarea violet vă va permite să treceți de la dominarea minții conștiente către zona profundă a propriei schimbări. Violetul deschide o nouă lume, noi experiențe interioare. Și în timp ce mintea conștientă se odihnește, mintea inconștientă este liberă să atingă insight-ul de care aveți nevoie. Deci închideți ochii și respirați culoarea violet.”

În ritm propriu, permiteți Eul-ui dvs. să părăsească curcubeul cu toată înțelepciunea sa, împreună cu puterea și noua înțelegere pe care ați adunat-o și lăsați-vă câteva momente de totală pace, confort și echilibru înainte de a redeschide ochii.

**Temă pentru acasă.** *Tehnica „Harta viitorului”*

Vom desena o hartă. Aceasta va fi Harta Viitorului. Însemnați pe hartă locul, unde vă aflați acum. Mai apoi notați locul unde ați dori să vă aflați în viitor și distanța în ani care vă desparte de acest punct din harta voastră, începeți să notați calea spre viitor. Ea trece peste râuri și munți, prin localități populate intens și prin deșert. Notați denumirile fiecărui obiect din harta voastră. Identificați locurile mai puțin accesibile, pe care le veți parcurge mai dificil. După ce veți definitiva harta, stabiliți ce mijloace de transport pot fi folosite în deplasarea spre scop. Ce va alimenta transportul ales? Cu cine veți merge alături pe unele porțiuni, cine vă va ajuta să vă deplasați în cele mai dificile locuri? Cum se aranjează calea ta – cu multe cotituri și staționări, sau confruntând locurile periculoase și urmând-o cu insistență? Discuția asupra conținutului exercițiului (*răspunsurile la întrebări sunt notate și apoi prezentate în formă de relatare*):

- Identificați cele mai importante locuri din hartă.
- Ce scopuri intermediare urmează a fi realizate, până a ajunge în punctul final?
- Există sau nu o legătură (un drum) între punctele cardinale de pe hartă?
- Unde urmează să vă confrunțați cu pericole?
- Unde vă veți alimenta și de ce aveți nevoie pentru a vă restabili forțele?
- Ce sentimente încercați, privind la harta întocmită?

### **Ședința nr. 10.**

**Scop:** ancorarea modelelor cognitiv-comportamentale corespunzătoare stării de bine post AVC

**Obiective:**

1. Stabilirea obiectivelor pentru viitor
2. Formarea deprinderilor de ancorare a stărilor emoționale pozitive

3. Combinarea proceselor psiho-comportamentale
4. Provocarea stării de bine

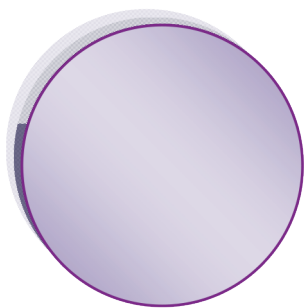
### **Discuții asupra temei pentru acasă**

Răspunsurile pentru întrebările temei pentru acasă de la ședința precedentă notate și prezentate în formă de relatare.

#### **1. Tehnica „Roata vieții”**

Să aveți obiective clar stabilite, pe care să le urmați întocmai, pare să fie condiția necesară pentru succes în orice domeniu! Este această condiție suficientă? S-a întâmplat vreodată să vă doriți foarte mult un anumit lucru, să vă focalizați toată atenția pe acel lucru și prin efort susținut să îl obțineți? S-a întâmplat, de asemenea, ca bucuria succesului obținut să dureze foarte puțin, iar dvs. să reveniți la o stare de nemulțumire? Această „întâmplare” este un semn clar că eforturile dvs. nu sunt îndreptate în direcția potrivită sau, metaforic vorbind, nu ați pus scara pe zidul potrivit. O metodă simplă și de impact, prin care puteți evalua dezechilibrele din viața dvs. și cauzele nemulțumirilor, este roata vieții. Acest model de evaluare se referă la ariile vieții. Iată cum vă poate ghida roata vieții către obținerea echilibrului dorit: când distribuiți timpul folosit pentru fiecare dintre aceste arii, țineți cont de obiectivul pe termen lung de armonizare a ariilor vieții.

Instrucțiune: Realizați o reprezentare grafică a nivelului de satisfacție alocat fiecărei arii într-un interval de timp. Este surprinzător ce impact poate avea această reprezentare grafică pentru percepția vieții în general.



Odată creată aceasta reprezentare, luați în considerare centrul cercului cu valoarea zero și marginea cercului cu valoarea 10. Astfel, puteți da pentru fiecare secțiune o măsură a satisfacției proprii prezente în fiecare din ariile reprezentate.

Întrebarea retoric-metaforică ce survine aici este: Roata se poate învârti suficient de bine dacă are această formă? Și a doua întrebare-cheie: Cum puteți obține o roată cât mai „rotundă” și în același timp cât mai „plină”?

Într-o lume perfectă, probabil ne dorim o roată a vieții cât mai plină și cât



mai echilibrată. Și totuși, în realitate se întâmplă rar acest lucru. Prin urmare, este necesar de a găsi soluții pentru trecerea de la un nivel mai jos la unul mai înalt, în acea sferă care necesită aceasta. Motivul este simplu: vă reechilibrați roata vieții și vă recâștigați simțul echilibrului. Iată un model simplu, în 5 pași, prin care puteți explora obiectivele cu adevărat importante pentru dvs. Puneți-vă următoarele întrebări:

- *Ce îmi doresc?*
- *Asta este ceea ce îmi doresc cu adevărat?*
- *Care este lucrul, căruia nu îi acord suficientă atenție în viața mea chiar acum?*
- *Care este pasul cel mai simplu pe care îl pot face chiar acum către ceea ce vreau?*
- *Propune-ți să revizuiști periodic roata vieții și echilibrul personal (lunar, de exemplu).*

Stabiliți-vă obiectivele pe baza unei viziuni de ansamblu a vieții dvs. și nu doar prin comparație cu standardele sociale. Pe termen lung, veți avea mult de câștigat. Roata vieții se-învârtește...

### **2. Tehnica „Formarea lanțului de ancorare”**

Determinați, cum aflați că o anumită situație vă creează stare neplăcută, legată de un oarecare eveniment. Ce vă dă de știre – gândurile, poziția, mișcările, respirația...? Hotărâți, la care stare mai întâi ați vrea să treceți, de îndată cum primiți acest semnal intern. La care în al doilea rând? Al treilea ...? (Ex. „lanțul” dvs. poate arăta în felul următor „tensionare-liniște-interes-creativitate”). Amintiți-vă timpul, când erați foarte calm și fixați această stare printr-o atingere-ancoră (cel mai comod este să atingeți cu un anumit deget o anumită parte a corpului). Ieșiți din acea stare de liniște, amintiți-vă când ați avut un interes enorm și fixați acea stare printr-o mișcare-ancoră, radical diferită de precedentă. Efectuați aceasta și pentru situația de creativitate (fixați-o/ancorați-o și pe aceasta). Întoarceți-vă la retrăirea stării de tensiune (ex: amintiți-vă cauza ultimei stări de tensionare). Cum numai ați simțit semnalul tensionării/nelineștii, includeți acea mișcare-ancoră a liniștei/calmității. Când această stare va atinge apogeul maxim, includeți ancora interesului, iar apoi a creativității.

### **3. Tehnica „Integrarea ancorelor”**

Principul „combinării”, a două procese neurologice contrarii se află la baza unei metode puternice, de integrare a ancorelor. Așezați-vă comod, amintiți-vă când ați fost pe deplin încrezut în forțele proprii, plin de energie creativă sau pur și simplu sănătos (alegeți o stare). Ancorați aceste amintiri pe genunchiul dvs. drept, printr-o ușoară apăsare cu mâna dreaptă. Convingeți-vă că, ancorați anume în acel moment când retrăiți această amintire cel mai intens. Acum amintiți-vă situația traumatizantă care vă provoacă amin-

tiri negative. Fixați ancora cu mâna stângă pe genunchiul stâng. Cu ambele mâini odată apăsați pe ambele ancore. În rezultat ambele modele de comportament se vor ciocni într-un loc și în același timp, astfel că neurologic va fi necesar de a le integra. Starea cu resurse și fără resurse se vor contopi, impunând creierul dvs. să caute noi posibilități în situația, care mai devreme se percepea ca problematică, și/sau schimbarea stării din nesănătoasă/neli-niștită în una mai sănătoasă / de calmitate. Acum imaginați-vă situația problematică sau traumatică în viitor. Dacă lucrul dvs. a fost cu succes, observați că vă este mai ușor să găsiți resurse în situația dată (pe măsura cum vă veți imagina situația, vor apărea semne ale stării-resursă). Și fiți încrezut că, în consecință, dvs. veți putea simți „posedarea resursei” nimerind într-o situație problematică, sau să vă însănătoșiți mult mai repede.

### ***Temă pentru acasă. Tehnica „O călătorie în prezent”***

Vă propun un exercițiu simplu, nu o călătorie în viitor, ci o călătorie în prezent. Evaluați-vă viața! Evaluați ce ați fost până acum, ce ați făcut sau ce ați avut! Poate întâmpinați o rezistență, considerând inutil să vă faceți o asemenea analiză și cu cât veți opune mai multă rezistență cu atât mai mult, probabil, aveți nevoie să vă răspundeți la întrebările de mai jos! Adăugați valoare vieții dvs. răspunzând sincer acestor întrebări. Nu există răspunsuri corecte sau greșite, sunt răspunsurile dvs.!

1. Ce v-a oprit până acum cel mai mult să aveți o viață împlinită (*notați 3 lucruri/fapte/emoții*)?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  
2. Ce ați putea face de acum încolo pentru a înlătura fiecare din cele trei bariere?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  
3. Ce ați făcut până acum pentru a învăța, pentru a vă dezvolta?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  
4. Ce ați putea face în continuare pentru a vă dezvolta și a învăța mai mult?
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_

5. Ce ați făcut până acum pentru a fi mai sănătos?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
6. Ce ați putea face în continuare pentru a fi mai sănătos?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
7. Ce lucruri remarcabile ați făcut până în prezent care au adus o contribuție pentru tine, dar mai ales celor din jur?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
8. Ce lucruri remarcabile ați putea să faceți în continuare?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
9. Care sunt talentele dvs. folosite sau nefolosite?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
10. Cum ați putea să le puneți în aplicare pentru a fi mai fericit sau mai împlinit?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
11. Ce lucruri bune / fapte bune ați făcut până acum?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
12. Ce lucruri bune / fapte bune ați putea face în continuare?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_
13. Care sunt oamenii din viața dvs. cărora le sunteți recunoscător?  
a. \_\_\_\_\_  
b. \_\_\_\_\_  
c. \_\_\_\_\_

14. Cum ați putea să le arătați fiecăruia dintre ei că le sunteți recunoscător?
- a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
15. Dacă astăzi ați afla că mai aveți doar 7 zile de trăit, care ar fi acele 5 lucruri pe care le-ați face?
- a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_
16. Cum ați lăsat până acum să se reverse iubirea dvs. asupra propriei persoane, asupra familiei și asupra celor din jur?
- a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_
17. Cum ați putea să continuați astfel încât să vă simțiți și mai împlinit?
- a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
18. Care sunt cele mai importante lucruri pe care le prețuiți cel mai mult la dvs.?
- a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_
19. Cum ați putea să valorificați în viață aceste 5 lucruri pentru a vă simți mai împlinit?
- a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
  - d. \_\_\_\_\_
  - e. \_\_\_\_\_

20. Ce ați făcut până acum pentru a sparge rutina vieții?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
21. Ce ați putea face în continuare pentru a ieși din starea de confort, pentru a vă lărgi cercul experiențelor astfel încât să vă simțiți mai împlinit?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
22. Ce vă face pe dvs. unic, diferit și special?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
23. Ce ar trebui să se întâmple pentru a fi dvs. mai împăcat cu sine însuși?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
24. Cum credeți că ați putea să aduceți mai multă împlinire în viața personală.
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
25. Ce ați putea face astfel încât să simțiți că viața dvs. are un sens cu adevărat desăvârșit?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
26. Care sunt acele 3 lucruri care v-au oprit până acum să aveți o viață mai împlinită?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_
27. Care sunt lucrurile cu adevărat importante din viața dvs.?
- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

28. De ce credeți că aceste lucruri sunt importante pentru dvs.?

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

29. Cum ați putea să faceți astfel încât să dați mai multă atenție acestor lucruri cu adevărat importante pentru dvs.?

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

30. Care sunt acele 3 lucruri pe care le veți face astăzi ca urmare a răspunsurilor pe care vi le-ați dăruit?

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

**Este momentul să includeți persoana proprie în planul vieții dumneavoastră!**

Țineți aproape aceste răspunsuri și recitiți-le cel puțin odată pe săptămână! Acest demers simplu poate aduce în viața dvs. mai multă împlinire decât vă imaginați! Acceptați provocarea, pentru că este important să vedeți în ce măsură conțați personal pentru dvs. cu adevărat! Puteți învăța, vă puteți simți împlinit, fericit, puteți avea succes, vă puteți schimba, puteți să aveți tot ce vă doriți!

## PROGRAM DE TERAPIE COGNITIVĂ A TULBURĂRILOR DE PERSONALITATE POST AVC

Terapiile cognitive se desfășoară pe durata unui an și jumătate și numără între 30 și 40 de ședințe de o oră, efectuate de un singur terapeut. Uneori, sunt suficiente și 20 de ședințe, atunci când este vorba numai de a adapta schemele, și nu de ale reface. Pentru a modifica schemele cognitive perturbate precoce, terapeutul utilizează tehnici cognitive, emoționale, comportamentale interpersonale și strategii de menținere.

### *1. Stabilirea unei relații terapeutice pozitive și utilizarea funcțiilor raționale.*

Pentru că terapia să aibă sens, terapeutul trebuie să admită că procesul de schimbare la care va fi supus pacientul este unul dificil.

Pentru a pune în lumină schemele și ale modifica pe toată durata terapiei vor utilizate schimbările din relație.

### *2. Formatul ședințelor*

Pacientul și terapeutul vor avea o relație de „colaborare empirică”, precum doi cercetători care lucrează în baza unei ipoteze comune. Terapeutul nu îl va confrunța brutal pe pacient cu schema sa, ci treptat, va căuta să îl facă să o poată evalua, pentru a o putea pune apoi în discuție. Pentru a pune la punct problemele raționale pe de o parte și de cealaltă se va adopta o structură problematizată la ședință, care se va derula în următoarele etape:

- Evaluare exercițiilor cognitive și a experiențelor comportamentale prevăzute în timpul ultimei ședințe;
- Agenda de ședințe: pacientul alege o temă;
- Frecvente recapitulări făcute împreună cu terapeutul;
- Tehnici cognitive, emoționale, interpersonale, și comportamentale, pentru modificarea schemelor;
- Aprecieri critice a intervențiilor terapeutului;
- Elaborarea comună a problemelor raționale;
- Discutarea problemelor de exerciții cognitive și de experiențe comportamentale;
- Agenda ședinței următoare, fixată în funcție de rezultatele acestei ședințe: este o temă prioritară.

### *3. Tehnici generale*

#### *Rezolvarea problemei*

Una dintre constantele tulburărilor de personalitate este dificultatea de a rezolva problemele. Inclusiv persoane inteligente pot pune în aplicare soluții stupide, total inadaptate, din cauza unei proaste gestionări a realității și a absenței gândirii logice sau operaționale. Rezolvarea problemelor concrete se va efectua în timpul ședințelor și se va continua în viața curentă. Aceasta

se desfășoară în șapte etape (Anexa 7.1: Fișa șapte etape de rezolvare a problemei).

#### *Modificarea comunicărilor patologice*

Comunicările agresive, negative, aversive sau persecutante vor fi modificate prin jocul de rol cu feedback, jocul răsturnat și reproducerea modelului comportamental, urmate de aplicare în viața cotidiană exercițiilor practice.

#### *Modificarea gândurilor negative depresogene*

Gândurile negative depresogene vor fi scoase la lumină și apoi modificate prin discutarea socratică a gândurilor automate. Utilizarea unei fișe va permite discutarea lor treptată (Anexa 7.2, *Fișa pe 5 coloane*). Aici vom mai adăuga exercițiile progresive de plăcere și stăpânire, efectuate în așa de zi cu zi și evaluate cu ajutorul unei fișe (Anexa 7.3, *Plan săptămânal de activitate*).

#### *4. Terapia cognitivă centrată pe schemele cognitive precoce*

Pentru scoaterea la lumină și modificarea schemelor, terapeutul se va folosi de metodele cognitive, emoționale, interpersonale și comportamentale. El va menține rezultatele obținute cu ajutorul tehnicilor de continuare.

#### **Metode cognitive**

##### *Studierea scenariilor de viață*

Studierea scenariilor de viață constituie un element fundamental. Aici vor trebui precizate scenariile vizând istoria personală a pacientului – relațiile cu familia, prietenii, partenerii sexuali, colegii, educația, serviciul – și, eventual, puse în relație cu evenimentele traumatiche. Terapeutul va căuta să-i arate pacientului cum i-au modelat experiențele personale credințele despre el însuși, despre ceilalți sau viitor. De asemenea, terapeutul îi poate cere pacientului să-și scrie povestea propriei vieți ca pe o nuvelă sau ca pe un scenariu de film, făcând referire la filmele sau romanele ale căror personaje sunt emblematice pentru problema lui.

##### *Scoaterea la lumină și modificarea gândurilor automate*

În analiza funcțională, terapeutul va începe prin stabilirea legăturilor dintre cogniții, emoții, acțiuni și evenimente. Pacientul va fi îndemnat să folosească o emoție negativă ca pe un semnal pentru a deveni conștient de gândurile sale automate sau de comportamentul său disfuncțional. Amintirile, imaginile mentale, jocurile de rol, autoînregistrarea evenimentelor emoționale zilnice, visele sau alte situații care provoacă emoții neplăcute vor permite atingerea schemelor neadaptate precoce.

##### *Scoaterea la lumină și modificarea distorsiunilor cognitive*

Apoi, terapeutul va atrage atenția asupra distorsiunilor cognitive. Exemplu: suprageneralizarea și gândirea în „alb și negru”, gândirea dihotomică. Reguli personale trebuie identificate concret, apropiindu-le de relațiile pe care pacientul le are cu terapeutul și cu ceilalți. Sistemul central de credințe fiind bine stabilit, va trebui să-i identificăm caracterul abuziv. În general, pacientul se supune întotdeauna unui sistem de reguli inflexibile.



## *Modificarea schemelor precoce neadaptate*

### *Atitudinea*

O modalitate prin care putem evita lezarea pacientului este aceea de a compara utilitatea trecută a postulatelor cu gradul lor actual de negociabilitate. Terapeutul se va reține de la orice comentariu legat de veracitatea schemelor, adresând cu prudență întrebări inductive sau folosind dialogul socratic.

### *Tehnicile*

Vor fi folosite tehnicile obișnuite ale terapiei cognitive: întrebări, joc de rol, discutarea postulatelor, modificarea postulatelor prin rezolvarea de probleme, exerciții concrete de îndeplinit în realitate, pentru modificarea comportamentelor autodefetiste.

Cum schemele inadaptate precoce sunt de lungă durată, pentru a obține un rezultat, trebuie să repetăm aceste metode constant, timp de un an. Discuția socratică constă în a evalua avantajele și dezavantajele ce decurg din menținerea modului actual de comportament, propunând alternative și decidând pentru și împotriva menținerii acestor strategii.

#### *1. Definirea schemei negative*

Se va încerca scoaterea la lumină a conceptului global de incapacitate, de lipsă a respectului de sine, de dependență sau de absență a controlului. De asemenea, se va sublinia dihotomia, care conduce la judecăți de sine negative, în „negru și alb”. După ce am obținut definiții detaliate, este mai ușor, ținând seama de dovezile pentru și împotriva, să arătăm modul în care schemele filtrează percepțiile.

#### *2. Stabilirea argumentelor pentru și împotriva*

Terapeutul și pacientul trec în revistă toate faptele care, acumulate de-a lungul anilor, susțin această percepție de sine, până atunci niciodată pusă în discuție. Uneori, pacienții prezintă o listă lungă de fapte, dar, de cele mai multe ori, e clar că există doar câteva incidente sau situații de la care pornește credința. Concepția față de sine se cristalizează foarte devreme și de aceea vor trebui examinate experiențele precoce.

*3. Se atrage atenția asupra faptului că nu a fost luată în considerare și argumentația contrară*

Discuția socratică presupune evaluarea schemei și luarea în calcul a argumentelor pentru și împotriva ei. După ce s-a produs argumentația în favoarea schemei, se trece la căutarea probelor care sunt împotriva ei. O dată problemele determinate discuția va sublinia că această evidență nu a fost niciodată luată în considerare sau că a fost filtrată, conform unei prejudecăți sau a unui „bias cognitiv”.

#### *4. Metoda continuumului*

În terapia cognitivă, este cea mai eficientă metodă de modificare a schemelor. După ce am definit, de exemplu, ce înseamnă „persoană impulsivă”,

dependentă, o persoană care „valorează” ceva sau o persoană „lipsită de valoare” stabilim un continuum de la 0 la 100 (cei doi poli sunt diferiți). Pacientului i se cere să se evalueze pe acest continuum și să pună în discuție o percepție în „negru și alb” pe care o are despre sine.

#### 5. *Reinterpretarea experiențelor din copilărie*

În copilăria sa, pacientul ar fi putut juca un rol care să nu fi fost numai-dacă în propriul interes, dar care, atunci, ar fi însemnat ceva pentru părinți. Cu ajutorul pacientului, terapeutul se va interesa despre fiecare membru al familiei și va încerca să ajungă la o viziune mai realistă asupra vieții lui familiale. Nu trebuie invalidată percepția pe care o are pacientul despre familia sa, ci trebuie recunoscute cu empatie traumatismele ajutând pacientul să se degajeze de spectrul traumei în viața sa actuală.

#### 6. *Testul de probare a istoricului schemei*

Este o tehnică eficientă, care privește dovezile pentru și împotriva schemei, prin examinarea etapă cu etapă a vieții pacientului.

#### 7. *Dezvoltarea „memo-flash-urilor”*

Este vorba despre simple fraze, construite de către pacient, care evocă dovezile contrare schemei. Ele sunt utilizate atunci când totul merge rău și când un punct de vedere echilibrat pare imposibil.

#### *Metode afective*

##### 1. *Jocul de rol despre trecut*

Terapeutul joacă mai întâi rolul unuia dintre părinți, iar pacientul pe cel al copilului. Adeseori, rolurile vor fi inversate, deoarece pacientul nu este încă în măsură să adopte rolul de copil-adult cu suficientă convingere sau siguranță. Această inversare de roluri continuă până în momentul când pacientul va fi mulțumit că și-a prezentat propriul punct de vedere, făcându-se înțeles. Exercițiul se încheie întotdeauna cu terapeutul, în rolul unuia dintre părinți, pacientul „jucând” propriul său rol.

##### 2. *Discutarea responsabilităților personale*

Frecvent este necesar să operăm o reatribuire a responsabilității pentru toate dificultățile întâlnite. Pacientului i se poate cere să stabilească procentaje reprezentate sub forma unui cadran statistic. De asemenea, vor fi folosite și jocuri de rol, prin care, după mai multe intervenții de roluri, responsabilitatea personală se relativizează.

##### 3. *Joc de rol: avocatul schemei (punct și contrapunct)*

După ce au fost folosite metodele pentru scoaterea la lumină și modificarea schemei, putem folosi o metodă emoțională, pentru a verifica dacă a avut loc vreo schimbare. Terapeutul îl joacă pe avocatul diavolului și ia rolul schemei, iar pacientul trebuie să-și apere noile sale puncte de vedere, mai echilibrate și mai sănătoase.

### *Metode interpersonale*

Au în vedere relația terapeutică însăși. În timpul ședințelor, terapeutul trebuie să observe constant acele semne care pot fi indicii pentru declanșarea unei scheme: este momentul oportun pentru a o examina și a o pune în discuție.

### *Empatie și limite*

Empatia terapeutului este esențială, dar este importantă și stabilirea limitelor profesionale. Adeseori, terapeutul va fi încercat de sentimente de exasperare, de furie sau de agresivitate, în funcție de interacțiunea propriei sale personalități cu cea a pacientului. Relația poate și chiar trebuie să trezească cogniții negative, iar terapeutul trebuie să fie capabil să se extragă din acest raport pentru a face din el un obiect de comunicare. În egală măsură, trebuie fixate limitele de intervenție și disponibilitatea terapeutului, intervențiile terapeutice fiind clar explicate.

### **Anexa 7.1. Fișa: Șapte etape de rezolvare a problemei**

1. Definirea problemei
2. Inventarierea tuturor situațiilor posibile
3. Evaluarea soluțiilor
  - a) Avantajele și dezavantajele
  - b) Consecințele pentru sine și pentru ceilalți, pe termen scurt, pe termen mediu și pe termen lung
  - c) Implicații concrete (bani, timp) etc.
4. Luarea unei decizii
5. Executarea deciziei
6. Evaluarea rezultatelor
7. Dacă rezultatele obținute nu sunt satisfăcătoare, procesul va fi reluat de la etapa 1, redefinind și reformulând problema nerezolvată.

### **Anexa 7.2. Fișa pe 5 coloane**

<b>Nume:</b>	<b>Prenume:</b>	<b>Vârstă:</b>	<b>Data:</b>	<b>Oră:</b>
<i>Situație</i>	<i>Emoție / Emoții)</i>	<i>Gânduri automate</i>	<i>Răspuns rațional</i>	<i>Rezultat</i>
1. Evenimentul precis care a produs emoția neplăcută.	1. Specificare: trist, agresiv, anxios etc.	1. Notarea gândului automat care a precedat sau a urmat emoția.	1. Notarea gândului rațional care s-a produs ca răspuns la gândul automat.	1. Reevaluarea nivelului de convingere în gândul automat.

2. Firul ideilor, gândurilor, amintirilor sau imaginațiilor care au produs emoția neplăcută.	2. Evaluarea intensității emoției (de la 0 la 8).	2. Evaluarea nivelului de convingere în gândul automat (de la 0 la 8).	2. Evaluarea nivelului de convingere în răspunsul rațional (de la 0 la 8).	2. Specificarea și evaluarea care îi urmează gândului automat (de la 0 la 8).
--	---	--	--	---

### Anexa 7.3. Plan săptămânal de activitate

<b>Nume: Prenume:</b>							
Săptămâna de la _____ la _____							
Precizați-vă activitățile dvs. de plăcere (P) și de stăpânire (M), atribuindu-le o notă de la 0 la 5, în funcție de intensitatea plăcerii sau gradul de stăpânire.							
	<i>luni</i>	<i>marți</i>	<i>miercuri</i>	<i>joi</i>	<i>vineri</i>	<i>sâmbătă</i>	<i>duminică</i>
9 h - 10 h							
10 h - 11 h							
11 h - 12 h							
12 h - 13 h							
13 h - 14 h							
14 h - 15 h							
15 h - 16 h							
16 h - 17 h							
17 h - 18 h							
18 h - 19 h							
19 h - 20 h							
20 h - 21 h							

### Anexa 7.4. Scara de înregistrare a lui Beck. Pe trei coloane

Nume:	Prenume:	Sex:
Zi:	Oră:	Vârstă:
Situație	Emoție (Emoții)	Gânduri automate
<b>Descriere:</b>		
1. Evenimentul precis care a produs emoția neplăcută.	1. Specificare: trist, agresiv, anxios etc.	1. Scrierea gândului automat care a precedat sau a urmat emoția.
2. Firul ideilor, gândurilor, amintirilor sau imaginațiilor care au produs emoția neplăcută.	2. Evaluarea intensității emoției (de la 0 la 8).	2. Evaluarea nivelului de convingere în gândul automat (de la 0 la 8).

## **PROGRAM DE TERAPIE A DEPRESIEI POST AVC**

Terapia cognitivă este eficientă în depresiile de intensitate ușoară sau medie post AVC. De asemenea, este necesar ca pacientul să aibă o memorie și un nivel de concentrare satisfăcătoare, pentru a putea face legătura între dispoziție, evenimente exterioare și gânduri. Nivelul social sau o mai bună formarea școlară nu au nici o influență semnificativă în ceea ce privește rezultatele.

### ***Contradicții și limite***

Aceasta este contraindicată în cazul depresiei cu stări delirante sau maniacodepresive. Pentru a putea modifica gândurile depresive, trebuie să fie conservat sensul realului. În cazul incapacității unor pacienți de a face legătura între emoții, gânduri și comportamente nu este indicată terapia cognitivă, fiind de preferat ca acești pacienți să fie tratați cu antidepresive.

### ***Antidepresivele***

Terapiile cognitive pot constitui o alternativă la antidepresive în măsura în care unii pacienți refuză medicamentele sau dacă este vorba despre o serie de contraindicații fizice ori de o toleranță defectuoasă. Combinația dintre antidepresive și terapia cognitivă este posibilă și, în general, mai eficientă decât medicamentele antidepresivele unică formă de tratament.

### ***Unde se desfășoară terapia? Cine o face?***

Cadrul obișnuit în care se desfășoară tratamentul este salonul de spital sau cabinetul psihologului. De fapt, cea mai mare parte a celor consultați suferă de o depresie de intensitate moderată, care reprezintă forma cea mai frecventă a maladiei depresive. Pacienții sunt conștienți de depresie lor și sunt capabil să vorbească despre ea.

### ***Aplicarea terapiei cognitive în cazul depresiei***

Terapia cognitivă folosește tehnici pentru modificarea gândurilor negative, învățându-ne să diferențiem realitatea faptelor de aprecierea lor subiectivă, atât în timpul ședințelor de terapie, cât și în viața de zi cu zi.

### ***Contractul terapeutic***

Este o terapie de scurtă durată care se derulează în aproximativ 20 de ședințe, de câte 45 de minute fiecare. În general, terapiile cognitive se desfășoară pe o perioadă de la 3 la 6 luni, câte una sau două ședințe pe săptămână. Pentru început, se recomandă câte două ședințe, săptămânal. Durata scurtă prezintă un avantaj evident: atât pacientul, cât și terapeutul vor fi determinați astfel să colaboreze activ în ceea ce privește problemele cotidiene.

### ***Organizarea ședințelor***

Terapia prezintă o anumită structură. Terapeutul și pacientul se pun de acord asupra unei „agende” care precizează de la începutul și din-

ții temele ce urmează a fi abordate. „Asupra cărui lucru vreți să lucrăm astăzi?” este propoziția introductivă tip, care invită pacientul să ia inițiativa. O dată aleasă, teama trebuie ilustrată. Pacientului îi vor fi solicitate exemple de situații problematice, pentru a percepe mai bine dificultățile din momentul respectiv. Frecvent, terapeutul va rezuma punctele importante care apar în timpul ședinței: „Dacă am înțeles eu bine, am observat că...”. La sfârșitul fiecărei ședințe, terapeutul îi va cere pacientului să rezume ceea ce a înțeles, făcând o comparație cu cei ce reținut el însuși.

La sfârșit, terapeutul îl întreabă pe pacient dacă are ceva de obiectat referitor la ședință. Această anchetă este în mod un mod de a pune în lumină gândurile negative pe care urmează să le modifice terapia. Ele sunt frecvente, mai ales la început, deoarece așteptările prea mari ale pacientului provoacă deseori decepții. Cu cât consideră mai mult că ceea ce se petrece este doar un alt tratament, cu atât riscă mai mult să eșueze. El vine la tratament pentru că i s-a spus să vină, dar nu credea în acesta. Informațiile date îi permit, de asemenea, terapeutului să își corecteze propriile erori de interpretare sau eventualele greșeli de tact față de cineva, pentru care respectul de sine poate fi lesne pus în discuție.

Terapeutul trebuie să dea dovadă de o foarte bună înțelegere a problemelor cu care se confruntă pacientul și să își imagineze că necazurile acestuia sunt ale lui. El trebuie să îl trateze de la egal la egal să păstreze în același timp o relație cu caracter profesional. Terapeutul nu poate deveni prietenul pacientului, dacă vrea să rămână un sfetnic care să îl ajute la înțelegerea și detașare de problemele pe care le are. Stilul terapiei este directiv. Terapeutul intervine aproape la fel de des ca și pacientul și pune sarcini și exerciții practice. Accentul cade aici pe o relație de colaborare, compatibilă cu aceia dintre doi savanți ce caută aceleași adevăr. De fapt, terapeutul joacă rolul unui expert care susțin abordarea problemelor dintr-o altă lumină.

În sfârșit, practicianul trebuie să încurajeze independența și autonomia pacientului în raport cu ședințele de terapie și cu persoana terapeutului. Un aspect fundamental este acela că sarcinile din viața cotidiană sunt puse în practică. Ele sunt teme care trebuie făcute în afara timpului dedicat ședințelor.

De comun acord, vor fi programate experiențe care vizează înmulțirea situațiilor de plăcere și de control. Scopul programelor respective este de a mobiliza și de a pune în discuție gândurile depresive, prin confruntarea lor cu realitatea.

### ***Etapele terapiei***

În timpul primelor trei ședințe, după ascultarea necazurilor pe care le are pacientul, evaluarea clinică a riscului suicidar și alte estimări terapeutice care derivă de aici, terapeutul prezintă principiile terapiei cognitive. Aceasta trebuie să explice de la prima ședință faptul că gândirea este o interpretare a realității și să dea un exemplu imediat, printr-o problemă concretă expusă de pacient. De asemenea, este importantă și construirea unei realități strânse, pozitive.

### ***Creșterea activității***

Chiar de la prima ședință, pacientului i se va da un plan de activitate săptămânal, care să îi permită înregistrare experiențelor de plăcere și control. De asemenea, chiar de la început se va discuta cu el un program de sarcini progresive pentru desprinderea de inactivitate și accentuarea experiențelor de plăcere și control în activitățile de serviciu sau din timpul liber. Programul urmărește în egală măsură încurajarea contactelor sociale. Chiar la începerea ședinței, va fi pusă în aplicare schema simplă.

### ***Gânduri automate depressive***

Punerea în evidență a gândurilor automate de precis se poate realiza notând pe o listă cele mai frecvente gânduri automate pe care le are un om depresiv.

### ***Gânduri automate depressive***

Cel mai greu mi-e să înfrunt lumea.  
Nu sunt bun.  
De ce nu reușesc niciodată?  
Nimeni nu mă înțelege.  
I-am lăsat baltă pe ceilalți.  
Nu cred că mai pot continua astfel.  
Mi-ar plăcea să fiu mai bun.  
Sunt atât de slab!  
Viața mea nu merge așa cum vreau eu.  
Mă dezamăgesc singur.  
Nimic nu mai e ca înainte.  
Nu o să mai suportă asta multă vreme.  
Nu reușesc să mă apuc de ceva.  
Oare ce e neregulă cu mine?  
Aș vrea să fiu altcineva.  
Nu pot face ca lucrurile să meargă.  
Mă detest.  
Nu am nici o valoare.  
Aș vrea să dispar.  
Ce nu merge cu mine?  
Sunt un fraier.  
Mi-am ratat viața.  
Sunt un ratat.  
Nu o să reușesc niciodată.  
Sunt așa de lipsit de speranță...  
Ceva trebuie să se schimbe.  
Sigur e ceva în neregulă cu mine.  
Viitorul meu este sumbru.  
Asta nu merită osteneală.  
Nu reușesc niciodată să termin ce am început.

### ***Jocurile de rol***

Sunt folosite pentru a reconstitui mintal situațiile. Interpretând situația, ca pe scenă, pacientul va putea astfel să reconstituie sentimentele și gândurile pe care le-a avut în legătură cu mediul său profesional sau familial.

### ***Tehnicile de vizualizare în imaginație***

Unii pacienți sunt prea slăbiți pentru a juca o scenetă. O tehnică mai simplă constă ale cere să-și închidă ochii și să își imagineze o scenă din viața curentă, în care au dificultăți de acțiune. Apoi, li se va cere să se concentreze asupra monologului interior produs în legătură cu imaginile respective.

### ***Întrebările directe***

Subiectul poate fi parțial conștient de gândurile negative care îi întunecă spiritul. În acest caz, discuția poate permite descrierea și studierea lor. Prin descrierea gândurilor negative, subiectul se distanțează și ajunge să controleze un fenomen subconștient, pe care trebuia să îl suporte fără să își dea seama și de la care nu pricepea decât consecințele, adică tulburările de atenție și de memorie.

### ***Emoție și gând automat***

Dacă ai emoții apare spontan, mai ales atunci când pacientul începe să plângă, terapeutul îl va întreba ce monologuri interioare și ce imagini trezește sau însoțește cel sentiment de tristețe. Tăcerile, semnele de anxietate mai mult sau mai puțin subtile trebuie să conducă la același întrebări. Terapeutul se poate simți indiscret (și chiar este, în cele din urmă). El trebuie să îi explice pacientului necesitatea de a avea acces, fără porniri voyeuriste, în zona problemelor ascunse, care pot ajuta la descoperirea resorturilor subtile ale depresiei.

### ***Înregistrarea gândurilor automate în afara ședințelor***

De asemenea, pentru viața cotidiană poate fi utilizată o fișă de autoînregistrare. Pacientul va completa fișa respectivă de fiecare dată când simte o emoție puternică. Fișele vor fi studiate împreună cu terapeutul și vor constitui o bază de discuție în fixarea temelor pentru ședințele ulterioare. Vă prezentăm în continuare un exemplu de fișă a unei persoane depresive. Această fișă încearcă „să stabilească relațiile între situațiile, emoțiile și gândurile automate”.



## Fișă de evaluare a gândurilor automate

Se completează în caz de emoții neplăcută puternică  
(angoasă, depresie, furie etc.)

Zi: \_\_\_\_\_ Oră: \_\_\_\_\_

Situație	Emoție	Gânduri automate
1. Descrieți evenimentul care a produs emoția neplăcută.	1. Precizați emoția: furie, tristețe, angoasă etc.	1. Notați gândurile automate care precedă, însoțesc sau urmează după emoția respectivă.
<i>Weekend-ul, singur.</i>	<i>Tristețe, anxietate.</i>	<i>Toată lumea, până și copiii m-au abandonat.</i>
2. Descrieți șirul ideilor, gândurilor, amintirilor sau visele pe care vi le produce emoția neplăcută.	2. Evaluați intensitate emoției (de la 0 la 8).	2. Evaluați-vă gradul de convingere în gândurile automate (de la 0 la 8).
<i>Altădată trăiam mai bine.</i>	7	6

**Rolul fișe de evaluare este de a înregistra situația declanșată, emoția resimțită și gândul automat asociat.** După câteva exerciții împreună cu terapeutul, pacientul va completa fișa în afara ședințelor, ori de câte ori se simte trist, anxioasă, apatic sau coleric. Este de preferat să fie făcute câteva „simulări” în timpul ședinței pentru a stăpâni mai bine această tehnică, ce își propune conștientizarea subiectului în legătură cu sensul negativ pe care o dă evenimentelor. Este posibil, ca într-o primă fază, autoobservarea gândurilor negative să agraveze depresia și de aceea trebuie să se treacă rapid la modificarea gândurilor depresive.

### **Modificarea gânduri automate în timpul ședinței**

În primele 4 ședințe vor fi discutate, împreună cu pacientul, gândurile automate în scopul de a-l ajuta să aibă o viziune mai puțin rigidă asupra lumii în primul rând pacientul trebuie ajutat să dobândească o anumită distanțare față de opiniile sale depresive: terapeutul va propune examinarea argumentelor pentru și împotriva gândurilor negative. El îl ajută pe subiect să nu își mai asume în mod sistematic responsabilitatea pentru tot ce nu merge bine în jur.

În unele cazuri grave, când pacientul are gânduri suicidare, vor fi puse în discuție monologurile critice interioare și postulatul potrivit căruia sinucidere a reprezentat singura soluție pentru a scăpa de sentimentul de culpabilitate.

### **Schimbarea gândurilor automate în afara ședinței**

Acest lucru se realizează printr-o fișă care adaugă la evaluarea gândurilor automate punerea lor în discuție prin alte gânduri alternative, pe care subiectul le consideră mai raționale. În tabelul următor putem observa partea din fișă corespunzătoare punerii în discuție a gândurilor automate disfuncționale.

## Fișă de modificare a gândurilor automate

Se completează în caz de emoții neplăcută puternică  
(angoasă, depresie, furie etc.)

Zi: \_\_\_\_\_ Oră: \_\_\_\_\_

Situație-emoție	Gânduri automate	Gânduri alternative
1. Descrieți evenimentul ori ideile care au produs emoția neplăcută.	1. Notați gândurile automate care precedă, însoțesc sau urmează după emoție.	1. Notați gândurile opuse gândurilor automate. Ele sunt gânduri pe care le considerați mai raționale.
<i>Succesele mele de reabilitare sunt copleșitoare: nu ar fi trebuit să accept intervenția.</i>	<i>Sunt un incapabil.</i>	<i>Ceialtați au încredere în mine, deci și eu pot avea încredere în propria persoană. Cine nu riscă, nu câștigă.</i>
2. Precizați emoția: furie, tristețe, angoasă etc.	2. Evaluați-vă gradul de convingere în gândurile automate (de la 0 la 8).	2. Evaluați-vă gradul de convingere în gândurile opuse gândurilor automate (de la 0 la 8).
<i>Angoasă</i>	7	4
Evaluați intensitate emoției (de la 0 la 8).		3. Reevaluați-vă gradul de convingere în gândurile automate după acest examen care le-a contrazis.
8		3

### Modificarea postulatelor

Începând cu ședință a zecea, se poate trece la izolarea postulatelor corespunzătoare gândurilor automate. La sfârșitul ședinței apar gânduri repetitive, care se organizează forme de steme de credințe – adevărate viziuni personalizate asupra lumii.

Chiar dacă acestea reprezintă caricatura sistemelor morale obișnuite și atrage după sine destulă suferință, subiectul va ține cont de aceste postulate. La început, el „nu vrea să audă nici măcar de modificare a unei virgule”. De altfel, postulatele reprezintă adeseori achiziții ideologice precece, care au avut loc în timpul expresiilor emoționale întinse. De asemenea, postulatele mai pot fi urmarea unei identificări cu ideile unor persoane dragi sau influente, pot reprezenta niște imperative familie.

### Scoaterea la lumină a postulatelor

În general vom căuta teme comune mai multor gânduri automate. Vor fi studiate scenariile repetitive de refuz sau eșec din viața pacientului, pentru a desprinde caracteristici comune și un scenariu mai cuprinzător. De asemenea, terapeutul poate folosi tehnica „săgeții în jos” care permite să „cobori” pas cu pas (pornind de la un gând automat depresiv) până la postulatele ce

reprezintă sursa depresie. La fiecare etapă, terapeutul își va întreba pacientul: „Și care este cea mai rea consecință a lucrului pe care mi l-ați spus?”

### ***Rezolvarea problemei***

Postulatele sunt reguli stabilite de tratare a informației. Atunci când situațiile problematice sunt rezolvate între mod nesatisfăcător, consecințele negative pot fi importante sau ne semnificative, însă ele contribuie oricum la menținere depresie. „Procesul de rezolvare a problemei” se fondează pe un model circular alcătuit din șapte etape. modelul este circular pentru că etapa 7 continuă cu etapa 1, iar procesul trebuie reluat de câteva ori.

Această metodă nu este nouă, însă aplicarea ei se face arareori cu rigurozitate. Punerea în aplicare a „procesul de rezolvare a problemei” necesită o apropiere sistematică care, o dată asumată, sporește semnificativ șansele de rezolvare pentru o mare varietate de situații. Cele 7 etape de rezolvarea problemei sunt următoarele:

#### *1. Definirea problemei*

Explicitarea, aprofundarea problemei, observarea cauzelor și a consecințelor problemei respective. Aceasta va fi formulată în termeni foarte precizi concreți. Trebuie acordată atenție situării problemei în contextul global.

#### *2. Elaborarea soluțiilor*

Inventarierea tuturor soluțiilor posibile fără ale evalua și fără ale cenzura. Se impune ca subiectul să fie cât mai creativ posibil și să nu ezite să treacă pe listă o variantă bizară, neconvențională.

#### *3. Evaluarea soluțiilor*

Evaluarea fiecărei soluții, subliniind avantajele și dezavantajele, consecințele pe termen scurt, mediu și lung, pentru sine și pentru ceilalți, implicațiile concrete (bani timp) etc. Evaluarea trebuie făcută în scris. De asemenea, trebuie prevăzut un anumit interval de timp, necesar pentru a verifica dacă nu lipsesc anumite informații pertinente.

#### *4. Luarea unei decizii*

Ținând cont de bilanțul rezultat din comparația soluțiilor posibile, se optează pentru o soluție sau un ansamblu de soluții. Se va insista mai mult pe căutarea unui compromis, o soluție de sinteză, parțială, și nu pe soluția „perfectă”. Amânările vor fi evitate.

#### *5. Executarea deciziei*

Se precizează sarcinile legate de punerea în aplicare a deciziei și se întocmește o agendă. În această etapă, așteptările trebuie să fie realiste, în funcție de tipul necesar aplicării deciziei și observării efectelor executării deciziei respective.

#### *6. Evaluarea rezultatelor*

Evaluarea rezultatelor acțiunii, în funcție de obiectivele vizate și de problemă definită în prealabil.

### *7. Redefinirea problemei*

Dacă rezultatele obținute sunt nesatisfăcătoare, se va relua procesul, cu etapa 1, redefinim și formulând problemă rezolvată. Obținerea unor rezultate nesatisfăcătoare nu trebuie privită ca un eșec, ci ca un indiciu că problema trebuie să fie reformulată, că trebuie căutată o soluție mai bună și o strategie adecvată de aplicare, că trebuie să ne angajăm din nou într-un proces de rezolvare a problemei.

#### *Confruntarea cu realitatea și sarcini practice*

La sfârșitul fiecărei ședințe terapeutice pacientul este confruntat cu situații reale. Scopul lor este de a compara gândurile negative cu realitatea. Adeseori, pacientul evită bilanțul, fiindu-i teamă, în orice situație, de eșec sau de excluderea socială. Jocul de rol și prezentarea de imagini mentale în stare de relaxare facilitează confruntarea cu realitatea și favorizează contactele sociale prestări sociale care ar putea deveni pozitive.

#### *Sfârșitul tratamentului*

O dată ce a fost modificate gândurile automate și postulatele, iar activitatea pacientului a crescut în mod semnificativ, se poate trece la ultima etapă a terapiei. Momentul poate avea loc după 20 de ședințe desfășurate, de obicei, pe o perioadă de 3 la 6 luni. Terapia se termină printr-o recapitulare a ceea ce s-a înțeles și realizat pe durata ședințelor. Împreună cu pacientul, se va stabili apoi un program de menținere, alcătuit din teme atât cognitive, cât și comportamentale.

#### *Menținerea rezultatelor*

Pacientul va fi revăzut lunar (pe o perioadă de 6 luni), iar în al doilea semestru de după terapie, de două ori. De asemenea, vor fi propuse ședințe de recapitulare, care se dovedesc adesea la fel de necesare ca și repetarea unui vaccin.

## Anexa 9.

### PROGRAM DE TERAPIE A ANXIETĂȚII POST AVC

Tratamentul psihologic al anxietății generalizate conține în general două elemente de bază: relaxarea și modificarea cognitivă. De obicei se derulează în 12 ședințe practicate de un psiholog.

#### **Relaxarea: modificarea simptomelor fizice ale angoasei.**

Prima parte are drept scop învățarea unei metodă de relaxare a plecat din situații care creează pacientului anxietate. Este vorba despre o relaxare controlată declanșată chiar de subiect în momentul în care simte cel mai mic indiciu psihologică sau fizic de anxietate. Într-o primă fază, i se va cere să noteze pe o fișă simptomele de anxietate și gândurile automate care survin.

#### **Evaluarea anxietății fizice și psihice**

Data/ora	Situație	Emoții	Gânduri automate	Tensiune – zone ale corpului încordate (de la 0 la 100)
18 h	Antrenament pe calculator	Anxietate, tristețe	„Nu-mi reușește nimic. E o catastrofă, îi voi decepționa pe toți, mă vor abandona”.	„Spate, umeri și brațe, dureri de cap. Îmi simt capul strâns într-un cec de fier”.

În două sau în trei ședințe va fi anunțată vomita de relaxare, se vor întocmi tabele care trebuie completate acasă, de două ori pe zi, timp de 10 minute. Nu voi prezenta aici în detaliu o metodă de relaxare, ci voi semnală pur și simplu condițiile care ne permit să obținem un răspuns optimal de relaxare.

#### **Răspuns de relaxare**

##### *Condiții*

1. Un mediu calm liniște
2. Atitudine pasivă: alungit sau așezat între un fotoliu Concentrare timp de 10 minute
3. Diminuare a tonusului muscular

##### *Rezultate*

1. Relaxare musculară
2. Respirație lentă
3. Încetinirea ritmului cardiac
4. Căldură și dilatare a vaselor de sânge

Fiecare ședință de relaxare efectuată, la început cu ajutorul psihologului, apoi cu ajutorul unei casete, poate fi evaluată după tabelul următor:

### Evaluarea relaxării

Data/ora	Durată	Zone ușor de relaxat	Zone încordate	Tensiunea înainte și după relaxare (de la 0 la 100)
20 h	8 minute	Brațe	Umeri	70/20

Vom dezvolta capacitatea de relaxare de câte ori va fi necesar, trecând, de exemplu, la o respirație profundă. Pacientul va aplica această metodă imediat ce vă simțiți cel mai mic simptom de anxietate, pentru a preveni astfel escaladarea. El va nota în fișa următoare circumstanțele de rezultate aceste relaxări prin indici de tensiune fizică și psihică.

### Evaluarea relaxării prin indici fizici și psihici

Situație	Indici fizici și psihici	Controlul anxietății		Nivelul tensiunii după control (de la 0 la 100)
		Da	Nu	
Nu-mi reușesc exercițiile de recuperare	Tensiune a spatelui de 80%. „Mă vor abandona”.	X		40

### Modificarea grijii

#### *Izolarea și modificarea gândurilor automate*

Sunt necesare mai multe etape:

#### *1. Punerea în relația emoție a comportamentului și a grijii*

Trebuie stabilită legătura situație – emoție anxioase. Primele ședințe au avut drept scop evidențierea situațiilor care provoacă anxietate: stabilirea legăturii situație – emoție este primul pas în înțelegerea atât cât de către pacient, cât și de terapeut, a sensului anxietății.

#### *2. Scoaterea la lumină a gândurilor automate*

Analiza funcțională despre care vorbeam va fi însoțită de o serie de întrebări cu referire la activități cotidiene. Terapeutul va identifica principalele surse de anxietate sau neliniște.

Pentru un pacient anxios, terapeutul va avea următoarele întrebări: ce gânduri aveți și ce vă spuneti dimineața, când vă treziți? Ce gânduri vă vin dimineața când ajungeți la serviciu? Care sunt sentimentele pe care le aveți când vă întâlniți cu terapeutii, cu rudele? Scoaterea la lumină a acestor gânduri automate negative este posibilă dacă pacientul notează pe fișa prezentată mai sus de fiecare dată când simte o creștere a angosaiei.

### 3. Punerea în discuție a gândurilor automate

Terapeutul îi cere pacientului să-i demonstreze rețeaua concepției sale. Acesta va trebui să-i dea argumente complete și evidente pentru a-l convinge că are dreptate să gândească așa. Spre exemplu, terapeutul va cere: „Demonstrați-mi că nu puteți îndeplini programul recuperator, fapt pentru care vă considerați neputincios”, „Demonstrați-mi că există între un adevăr riscul de a fi abandonat de apropiați pentru aceasta”. Pe durata acestei pune în discuție a gândurilor automate, terapeutul va căutat să restabilească o funcție deoptrivă realistă și lipsită de angoasă a situației. Punerea în discuție sunt evident conturate concepției pacientului. Unii pacienți își modifică ușor credințele, pe când alții sunt mai rezistenți la schimbare. Adeseori, pacientul adună probele prin care să își susțină temerile, fără a admite logica unei judecăți realiste. Urmărind acest demers, pacientul începe să își rezolve din afară propria realitate. Făcând apel la trecut și protejându-se de viitor, el va realizat că nu are nici o dovadă fiind care să își mențină o asemenea concepție.

Pacientul poate astfel să ia cunoștință de lipsa de fundament a concepțiilor sale. I se va solicita să-și blocheze imediat apariția gândului perturbator, înlocuindu-l cu un gând mai realist, definit împreună cu terapeutul (care nu are voie să-și impună propriile norme!). Aceste gânduri alternative vor înlocui gradual gândurile automate negative. Procedul va fi transferat de la ședință la viața de zi cu zi a pacientului. La fiecare apariție serioasă a anxietății pacientul va nota pe o fișă, identică celei folosite în cazul depresiei, elementele discutate din timpul ședinței: descrierea situației, gânduri automate, nivelul anxietății, natura gândurilor opuse gândurilor perturbatoare și rezultatul punerii în discuție a acestui gând.

### Fișă de modificare a gândurilor automate

Se completează în caz de emoție neplăcută (angoasă, depresie, furie).

Zi: \_\_\_\_\_ Oră: \_\_\_\_\_

Situație- emoție	Gânduri automate	Gânduri alternative
1. Descrieți evenimentul ori ideile care au produs emoția neplăcută.	1. Descrierea gândurilor automate care precedă, însoțesc sau urmează după angoasă.	1. Notați gândurile opuse gândurilor automate. Acestea sunt gândurile pe care dvs. le considerați mai raționale.
<i>Nu mă isprăvesc cu programul terapeutic anevoios</i>	<i>Dacă se mai întâmplă, voi fi abandonat de către toți.</i>	<i>Oricine are dreptul să greșească, să nu poată... Alții nu reușesc mai des decât mine.</i>

2. Precizați emoția: furie, tristețe, angoasă etc.	2. Evaluați-vă gradul de convingere în gândurile automate (de la 0 la 8).	2. Evaluarea gradului de convingere în gândurile opuse gândurilor automate negative (de la 0 la 8).
<i>Angoasă</i>	5	4
Evaluați intensitatea emoției (de la 0 la 8).		3. Reevaluați-vă gradul de convingere în gândurile automate după acest examen contradictoriu.
5		3

#### 4. Recunoașterea și modificarea postulatelor

Gândurile automate gravitează în jurul unui număr limitat de teme sau în jurul unei teme unice. După izolarea diferitor grupe de gânduri catastrofice, este necesar să deducem împreună cu pacientul regulile generale ale funcționării lor anxioase. Care este morala tuturor acestor mini scenarii care pun în relație gândurile automate și se regroupează în teme: frica irațională de a întârzia, de chef, de magic, de zbor, de despărțire etc.?

*Săgeata în jos: „doar ce e mai rău se întâmplă”*

Prin metoda săgeții în jos, putem izola cea mai mare consecință imaginată de pacient, care trebuie să împingă la extrem această grijă. Temele anxietății generalizate sunt cele ale vieții cotidiene, în care o nenorocire nu vine niciodată singură.

#### **Săgeata în jos**

**Temă: dizabilitate și singurătate**

dacă nu reușesc programul recuperator, ce se va întâmpla?

*Consecințe?*

Neputință, neajutorare

*Consecințe?*

Povară pentru familie

*Consecințe?*

Abandonul serviciului de către soție, tulburări economice.

*Consecințe?*

Sărăcie.

*Consecințe?*

Boală.

*Consecințe?*

Să mori de unul singur la spital.

Și ce semnificație are asta pentru dumneavoastră?

Trebuie ca tot timpul să fiu perseverent și motivat pentru reabilitare, altminteri familia mea și cu mine riscăm să o terminăm în mizerie.



*Stabilirea unei legături între postulatele melodramatice și experiențele precoce de pierdere a controlului.*

De cele mai multe ori se dovedește utilă stabilirea unei legături între postulate și experiențele anterioare de pierdere a controlului asupra mediului extern. Postulatele pot să explice prevenirea reîntoarcerii evenimentelor neplăcute pentru o atitudine neliniștită.

*5. Expunerea în imaginație: obișnuirea cu scenariile melodramă*

Expunerea repetată în imaginație la gândurile care ne liniștesc și la consecințele lor negative este adeseori utilă, deoarece neliniștea marchează acele imagini mentale ce corespund reprezentării unei catastrofe. Astfel, sunt necesare 10 ședințe cu terapeutul, apoi pacientul va repeta în imaginație respectivele scenarii (pe care consideră că le evita prin anxietate).

*6. Modificarea comportamentelor magice.*

O ultimă etapă ar fi suprimarea consecințelor comportamentale ale grijii. Acestea sunt activități magice, repetative și de neclintit care afectează subiectul, nelăsându-i șanse de a levința, în ciuda presiunilor exercitate de apropiați adeseori victimele unor excese de afecțiune.

## CUPRINS

<i>Lista de abrevieri</i> .....	3
<b>PREFAȚĂ</b> .....	5
<b>PRELIMINARII</b> .....	7

### CAPITOLUL I.

#### CONGRUIENȚE CLINICO-PSIHO-SOCIALE ALE REABILITĂRII ÎN ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL

1.1. Accidentul vascular cerebral – aspecte generale .....	13
1.2. Accidentul vascular cerebral – manifestări și evoluții .....	19
1.3. Accidentul vascular cerebral – circumstanțe generale de apariție .....	34
1.4. Accidentul vascular cerebral – breviar etiopatogenic și de tratament .....	46
1.5. Abordarea posibilităților de reabilitare post accident vascular cerebral .....	50
<i>Sinteza capitolului I</i> .....	61

### CAPITOLUL II.

#### PARADIGMA REABILITĂRII EFICIENTE A PERSOANELOR POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

2.1. Fundamente teoretice ale eficientizării reabilitării post accident vascular cerebral .....	64
2.2. Conceptualizarea procesului de eficientizare a reabilitării post accident vascular cerebral .....	76
2.3. Model de eficientizare a procesului de reabilitare post accident vascular cerebral .....	106
<i>Sinteza capitolului II</i> .....	127

### CAPITOLUL III.

#### ROLUL FACTORILOR PSIHO-SOCIALI ÎN EVOLUȚIA ACCIDENTULUI VASCULAR CEREBRAL

3.1. Factori demografici în evoluția accidentului vascular cerebral .....	129
3.2. Factori sociali tradiționali ai accidentului vascular cerebral .....	140
3.3. Ecoul psihosocial al accidentului vascular cerebral .....	146
<i>Sinteza capitolului III</i> .....	153

### CAPITOLUL IV.

#### PROFILUL SOCIO-DEMOGRAFIC ÎN ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL

4.1. Factori psihocomportamentali de risc pentru accidentul vascular cerebral .....	155
--	-----

4.2. Aspecte socio-demografice specifice accidentului vascular cerebral .....	166
<b>Sinteza capitolului IV</b> .....	173

## CAPITOLUL V.

### PARTICULARITĂȚI PSIHLOGICE ALE PERSOANELOR POST ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

5.1 Identificarea statusului cognitiv la persoanele cu accident vascular cerebral .....	176
5.2. Tulburări de limbaj și comunicare în accidentele vasculare cerebrale.....	189
5.3. Complexitatea tulburărilor afective post accident vascular cerebral .....	199
5.4. Particularități de personalitate post accident vascular cerebral .....	210
5.5. Aspecte psihologice ale sferei emoțional-volitivă post accident vascular cerebral .....	222
5.6. Identificarea nivelului motivațional al persoanelor în procesul terapeutic post accident vascular cerebral.....	231
5.7. Evidențierea conceptului de sine – stima de sine și imaginea de sine – la persoanele post AVC.....	243
5.8. Evidențierea resurselor personale la bolnavii post accident vascular cerebral .....	258
5.9. Calitatea vieții persoanelor post accident vascular cerebral .....	276
5.10. Profilul psihologic al persoanelor post accident vascular cerebral....	294
<b>Sinteza capitolului V</b> .....	300

<b>CONCLUZII</b> .....	302
------------------------	-----

<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	305
---------------------------	-----

<b>ANEXE</b> .....	334
--------------------	-----

Anexa 1. Glosar .....	334
-----------------------	-----

Anexa 2. Lista instrumentelor de cercetare aplicate .....	336
---	-----

Anexa 3. Fișa de evaluare a bolnavului cu AVC.....	337
--	-----

Anexa 4. Chestionar-studiu socio-demografic.....	341
--	-----

Anexa 5. Model de eficientizare a procesului de reabilitare post AVC .....	350
--	-----

Anexa 6. Program de eficientizare a reabilitării persoanelor post AVC .....	351
---	-----

Anexa 7. Program de terapie cognitivă a tulburărilor de personalitate post AVC .....	383
--	-----

Anexa 8. Program de terapie a depresiei post AVC.....	389
---	-----

Anexa 9. Program de terapie a anxietății post AVC .....	397
---	-----

## ***NOTE***

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

**Centrul Editorial „Univers Pedagogic”**

Redactor-șef:

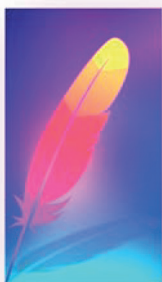
**Stela Luca**

Redactor tehnic:

**Maria Bondari**

Redactor:

**Oxana Uzun-Negrescu**



---

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

**Glavan, Aurelia.**

Reabilitarea psihosocială a persoanelor post accident vascular cerebral: Monografie / Aurelia Glavan; coordonator științific: Nicolae Bucun; redactor-șef: Stela Luca; Ministerul Educației, Culturii și Cercetării, Institutul de Științe ale Educației. – Chișinău: IȘE, 2020 (Tipogr. „Print-Caro”). – 408 p.: fig., tab.

Referințe bibliogr.: p. 308-333 (497 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-48-182-3.

616.831-005.1-082:159.9

G 61

---



**Aurelia Glavan** (născută la Verejeni, Ocnița) – medic neurolog de categorie superioară la Institutul de Medicină Urgentă, doctor în psihologie, conferențiar universitar.

- **Studii:** Universitatea de Stat de Medicină „Nicolae Testemițanu”, doctorat *Psihologie* – Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, postdoctorat *Psihologie socială* – Institutul de Științe ale Educației.  
Calificări, stagii, perfecționări în domeniul neurologiei, psihologiei, reabilitării, asistenței sociale – în țară și peste hotare.
- **Domenii prioritare:** accidentul vascular cerebral, dizabilitățile post AVC, neurorecuperarea, neuropsihologie, psiho-diagnostic. Participantă la numeroase foruri științifice naționale și internaționale de specialitate, membru al Asociației Naționale și Europene de Neurologie, Psihologie, al Asociației Specialiștilor în reabilitare medicală și medicină fizică din Republica Moldova.
- **Domenii de interes științific:** neurologie, psihologie clinică și psihologia stărilor morbide, neuropsihologie și psiho-diagnostic, psihologia sănătății.

Autoare a peste o sută de lucrări științifice publicate, autor a două monografii, co-autor a trei monografii și a mai multor ghiduri de specialitate, autor a numeroase lucrări științifico-metodice și didactice.