

Fobia Socială – Abordare prin prisma Psihoterapiei Pozitive Social phobia – as seen in the light of Positive Psychotherapy

Mirela D. Motronea, Cabinet Individual de Psihologie

Introducere

Viața omului este presărată de situații în care dorințele și tendințele individului trebuie să aștepte, să ocolească sau să renunțe. De cele mai multe ori motivele sale nu sunt conștiente, motiv pentru care consecințele apar sub forma sentimentelor de ură, anxietate, angoasă, agresivitate sau simptome care la prima vedere nu au o motivație. Teama excesivă de o evaluare negativă contribuie la amplificarea anxietății într-o serie de situații sociale. Din păcate, evitarea și eludarea nu fac decât să consolideze temerile subiacente și contribuie la generalizarea fricii asupra unui număr din ce în ce mai mare de situații. Fobia este cea mai frecventă formă a tulburării de anxietate, devenind astfel, a treia tulburare psihiatrică, ca frecvență în S.U.A. Privind în ansamblu efectele generate de această boală și reacția omului în context social, ne-a determinat să ne orientăm spre această temă.

Abstract

The excessive apprehension before a negative assesment adds to the extension of anxiety in a series of social contexts. Phobia is the most frequent form of anxiety and it is ranked in the U.S as the third psychiatric disorder. After an overview of the effects this illness causes socially and the human reaction to it, we have decided to tackle this subject. This paper intends to differentiate the non conflicting behavioural parts or positive parts from the real symptom, in this way offering the patient and his environment the basis to better cope with the problems. In order to proceed with the pshychotherapeutic intervention in this case, we aim to cover the five steps of Positive Psychotherapy like: observation, inventory (micro and macro-trauma, the separation of the capacities and the conflicts involved, the WIPPF and other methods), situational encouragement, verbalization and expansion of goals regarding the reactions of the patient in diverse social circumstances. According to the theory presented in this study, anxiety has been a predetermined clasic answer that involved the associaton of unpleasant stimuli to other areas of life at a conscious level (at work, among friends, on the street or at home). Anxious individuals are very suspicious, they can't trust people as much as to have also positive relations, long-lasting ones and they get to live in a painful solitude. One of the correlative-causative factors could be the psychosocial one that plays a crucial role in the onset of an illness (life-events, microtraumas, the basic conflict) but also in its spread.

Aspecte teoretice

Conform studiilor și cercetărilor realizate în ultimele două secole, ne arată că majoritatea persoanelor suferă de fobie socială timp de mai mulți ani, înainte de a căuta sau de a găsi un tratament adecvat. Încă nu se cunosc cu exactitate cauzele fobiei sociale, dar se pare că persoanele cu fobie socială manifestă tendința de a se descrie drept sensibile, emotive și predispuse către îngrijorare. Tot studiile ne-au arătat că această afecțiune poate fi vindecată sau ameliorată, dacă este identificată din timp, diagnosticată corect și tratată corespunzător. Plecând de la principiul „auto-ajutorării”, cuvântul pozitiv din denumirea acestei metode derivă din cuvântul „positum” care înseamnă „ceea ce este faptic și dat”. Conflictele, tulburările pe care le au pacienții nu sunt singurele lucruri faptice, date. Pacientul are cu sine și capacitatea de a face față conflictelor. Pacientul suferă nu doar de tulburarea sau conflictul în sine, ci și din cauza sentimentului de lipsa de speranță pe care îl generează un diagnostic. Această parte descrisă mai sus este condiționată istoric și cultural. În cadrul Psihoterapiei Pozitive pacientul învață să renunțe la rolul de pacient și să devină terapeut pentru sine, precum și pentru mediul din care provine. Într-un final, scopul procesului terapeutic este acela de a ajuta pacientul să își dezvolte propriile capacități înăscute și să găsească echilibrul în viața de zi cu zi.

Pe baza clasificării din Manualul de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, DSM-IV-TR, descris de **Romilă (2003)**, tulburările de anxietate au fost grupate în următoarele categorii:

- Tulburările anxioase fobice (fobia specifică, fobia socială, agorafobia);
- Atacuri de panică;
- Tulburarea anxioasă generalizată;
- Tulburarea obsesiv-compulsivă;
- Reacția acută la stres;
- Tulburarea de stres posttraumatică.

Fobia definită de **Popescu-Neveanu (1978)** în dicționarul de psihologie, ca fiind o „teamă patologică, obsesivă, de intensitate disproporționată, cu obiect precizat.Ea nu poate fi explicată sau raționalizată și scapă

controlului voluntar. În fața acestor stări de anxietate paroxistică se constituie de cele mai multe ori conduite de apărare cum sunt: conduita de evitare, găsirea unui truc sau diferite strategeme securizante”. Se poate observa prin definiția dată fobiei că acest fenomen se referă la un grup de simptome cauzate de obiecte sau situații care provoacă frica. Proiecții ale anxietății, fobiile pot invada oricare din obiectele și situațiile realității de care experiența individuală se leagă într-un mod oarecare.

Dacă în cazul anxietății teama nu avea obiect, în fobie ea capătă caracter specific (formă, nume, localizare). Termenul de fobie vine de la grecescul „phobos”-frică. Asocierea obiectului cu situația stresantă poate fi în cadrul concepției reflexologice elementul declanșator al fobiei care după un număr de repetări poate apare fără o altă întărire. Vom încerca să le sistematizăm după conținutul lor pe cele mai frecvente: de locuri, spațiu, de contacte interumane, de animale, de boli. În funcție de conținutul lor, fobiile mai pot fi diagnosticate, așa cum se arată în **DSM-IV-TR (2003)**:

- Fobie socială discretă (în situația când persoana se teme de expunerea la doar una sau două situații sociale);
- Fobie socială de performanță;
- Fobie socială generalizată (în situația când persoana se teme de expunerea la mai multe situații sociale).

Judd în 1994 descoperă că aproximativ două treimi dintre pacienții cu fobie socială, care ajung să beneficieze de terapie pentru tratarea acestei tulburări, prezintă forma „generalizată” a acesteia, așa cum se arată în **Leahy, Holland (2010)**.

Conform celor descrise mai sus și încercarea de a înțelege comportamentul pacientului față de boală, ne-am propus să abordăm câteva aspecte teoretice legate de existența unei tulburări de personalitate, cât și spre tipul acesteia. Personalitatea se referă la modul în care suntem obișnuiți să ne percepem pe noi înșine, relațiile cu ceilalți și mediul înconjurător. Acordarea importanței cuvenite factorilor psihodinamici, de dezvoltare și de personalitate este importantă în situația unei intervenții psihoterapeutice deoarece poate aduce informații necesare descrierii tipului de personalitate și plasarea acestuia între normalitate și tulburare.

Prin tulburare de personalitate înțelegem acele trăsături inflexibile și dezadaptative care provoacă fie perturbări în funcționalitatea socioprofesională a individului, fie disconfort subiectiv. Tulburarea de personalitate este un *Pattern* persistent de experiență interioară și comportament care deviază în mod clar de la așteptările pe care le avem din partea persoanei; acest *Pattern* este pervaziv și inflexibil, cu debut în adolescență sau timpuriu în viața adultă, stabil în timp și care determină disfuncționalitate, descris în **DSM-IV-TR (2003)**.

Cercetările desfășurate în întreaga lume privind tulburările anxioase, au demonstrat posibilitatea că persoanele cu tulburare de personalitate de tip evitant, sunt anxioase în aproape toate tipurile de interacțiune socială. Ele se tem nu numai de o evaluare negativă, la care se și așteaptă, dar și de respingere și umilire. Adesea, au sentimentul inferiorității în comparație cu cei din jur, au o stimă de sine scăzută și evită pe cât posibil interacțiunile sociale. Preocuparea principală a oamenilor cu personalitate evitantă nu este aceea că par anxioși, ci din contră ei pot fi mult mai neliniștiți cu privire la modul în care se relaționează față de ceilalți și se tem că, într-un fel sau altul, vor fi considerate exagerate sau lipsite de valoare și vor fi respinse.

Estimările privitoare la frecvența acestei probleme variază destul de mult, însă cel puțin un sfert din persoanele cu fobie socială prezintă și o personalitate evitantă.

Conform mai multor studii se estimează că peste 50% dintre persoanele cu fobie socială nu reușesc să absolve liceul. 70% dintre aceștia au un statut social sub mediu și 20% ajung să aibă nevoie de ajutor social. Mai mult de 50% dintre persoanele cu fobie socială nu au partener, sunt divorțate ori s-au separat de partener, așa cum se arată în **Leahy, Holland (2010)**.

Deși în țara noastră nu dispunem de studii epidemiologice privind tulburările anxioase, ne-am raportat totuși la alte studii făcute în afara țării cât și la prezentările făcute într-un studiu, descris de **Teodorescu (1999)**, precum că: într-un studiu recent (Teodorescu și Andreescu, 1996) asupra asocierilor medicamentoase într-un spital bucureștean am putut observa lipsa diagnosticului pe foile de externare pe o perioadă de un an. În mod surprinzător un studiu ulterior (Teodorescu și Subțirică, 1997) regăsea aceleași rezultate într-o populație ambulatorie. Fenomenul se poate explica fie prin prezența unei comorbidități care masca fobia socială, fie printr-un deficit diagnostic sau în sfârșit printr-o solicitare scăzută de servicii medicale a acestor bolnavi, ceea ce ar fi în acord cu observații făcute în alte țări.

Studiile epidemiologice ale fobiei sociale au evidențiat un raport constant de 2 la 1 între femei și bărbați. Cu toate acestea, în eșantioanele clinice, raportul este egal sau chiar mai ridicat în cazul bărbaților, așa cum se arată în **Leahy, Holland (2010)**.

Pornind de la ideea că atunci când temerile sunt excesive și iraționale, pot să conducă la deteriorări semnificative în funcționarea academică, profesională și socială, în viața unei persoane. Ne-am propus să abordăm acest caz prin intermediul Psihoterapiei Pozitive, o abordare analitico-diferențială, de lungă durată, punând în practică cele descrise anterior, nevoile subiective și obiective ale pacientului, fără a pierde din vedere unicitatea sa. Analiza diferențială îndeplinește acest criteriu prin faptul că ea nu se bazează pe o singură tehnică, ci însușează o mulțime de tehnici psihoterapeutice diferite (de exemplu terapia individuală, terapia de grup,

terapia de familie, metode de relaxare, procedee psihanalitice, povești terapeutice, modele cognitiv-comportamentale etc.).

Flexibilitatea tehnică ne permite ca metodologia aleasă, să fie conform necesităților psihoterapeutice ale pacientului, și în acest fel pacienții cu personalitate evitantă pot fi ajutați prin intermediul programului conceput pentru fobia socială, deoarece aceste două tulburări au foarte multe elemente în comun. Prezenta lucrare are ca obiectiv, diferențierea părților de comportament neconflictuale sau pozitive față de simptomul real, oferind pacientului și mediul său ambient baza necesară pentru a se descurca mai bine cu problemele sale.

Pentru realizarea obiectivelor și cele descrise anterior, ne-am propus să evidențiem anumite aspecte cu privire la unele situații care pot determina experiențierea anxietății sociale și modul de reacție a pacientului în diverse situații sociale.

Comparații bibliografice

Rezultatele noastre cu privire la importanța evenimentelor de viață (life-events) concordă cu cele ale altor cercetări. Potrivit lui Freud, impulsurile inconștiente amenință să izbucnească în conștiință și să producă anxietate. Anxietatea este legată, din punct de vedere al dezvoltării, de fricile de desintegrare din copilărie, care derivă din frica de a pierde un obiect iubit sau din frica de castrare, așa cum se arată în **Kaplan, Sadock (2001)**. Din punct de vedere etiologic, anxietate se asociază cu un stimul înfricoșător în mod natural (de ex., un accident). Deplasarea sau transferarea ei ulterioară asupra unui alt stimul prin condiționare produce fobia față de un obiect sau de o situație care sunt noi și diferite. În cazul fobiei, vârsta de debut este la sfârșitul copilăriei. Conform concepției psihodinamice, așa cum se arată în **Kaplan, Sadock (2001)**, mecanismele de defensă (deplasare, simbolizare) îndepărtează sau previne anxietatea. Anxietatea este detașată de idee sau situație și este deplasată asupra unui alt obiect sau situații simbolice. Netratate, fobiile se pot agrava sau extinde (generaliza). Un proverb mai vechi, spunea că: „Cu cât reziziți mai mult, cu atât durează mai mult”.

Se folosesc o serie de imagini lingvistice și cugetări populare, care vizează această satisfacere: iubirea vindecă și ura distruge, o altă conștiință, iubește-te pe tine însuși, spune pot și vei putea, învață să iubești pentru a fi iubit, ești singurul stăpân pe viața ta.

Povestea orientală, descrisă de **Peseschkian (2005)**, “Despre curajul de a risca o încercare”:

Un rege își puse curtea la încercare pentru un post important. Numeroși oameni puternici și înțelepți se aflau în jurul lui. „Înțelepților – spuse regele –, am o problemă, și vreau să văd care dintre voi este în stare să o rezolve.” Îi conduse pe oameni la o ușă enormă, mai mare decât văzuse cineva vreodată. Regele le explică: „Aici vedeți cea mai mare și cea mai grea ușă din regatul meu. Care dintre voi poate să o deschidă?” Unii dintre curteni scuturară doar din cap. Alții, care se numărau printre cei înțelepți, se uită la ușă mai de aproape, dar recunoscuseră că nu pot să o facă. Când înțelepții spuseră asta, restul curții consimți că această problemă era prea dificil de rezolvat. Un singur vizir se duse la ușă. O examină cu ochii și cu degetele, încercă mai multe modalități de a o deschide și, în cele din urmă, o trase cu o smucitură puternică. Și ușa se deschise. Fusesse lăsată întredeschisă numai, nu închisă complet, și nimic altceva nu fusese necesar, decât bunăvoința de a realiza ceva și curajul de a acționa cu îndrăzneală. Regele spuse: „Vei primi postul de la curte, pentru că tu nu te bizui doar pe ceea ce vezi sau auzi; tu îți pui propriile puteri în joc și riști o încercare.”

Vom aborda în continuare fobia socială făcând apel la noțiunile de bază ale Psihoterapiei Pozitive:

Conflictul actual – conform simptomatologiei, poate fi raportată la cele patru aii:

- **corp/simțuri:** pacienta cu fobie își alimentează mentalul cu o imaginație nebenefică asupra organismului. Restricțiile pe care le impune boala duc la apariția anxietății și a sentimentului de neputință. O parte reacționează la pierderea controlului prin resemnare și pe de altă parte presiunea internă epuizează “doza” de energie;
- **profesie/realizare:** fobicii se remarcă prin seriozitate, fidelitate, sinceritate, politețe, punctualitate, de cele mai multe ori lipsește bucuria de a decide, curajul și năzuințele expansive. Dorințele exagerate de a controla sunt greu de suportat de către partener, și totuși nu reușesc să se despartă tocmai datorită atașamentului unul față de celălalt;
- **relații:** izolare și retragere față de relații noi;
- **fantezie/viitor:** încearcă să fugă de responsabilități prin a se lăsa influențată de exterior, de ceea ce a văzut sau ceea ce a auzit. Își pierde credința prin instinctul de supraviețuire care preia controlul. Capacitățile actuale: seriozitate, politețe, sinceritate, fidelitate în atașament sunt deosebit de pregnante iar iubirea, credința, acceptarea și speranța pot fi dezvoltate în continuare.

Conform celor descrise mai sus reiese faptul că pacienta nu conștientizează emoțiile adevărate care l-a rândul lor au condus la mecanisme de apărare și rezistențe pe cele patru arii.

Metodologia cercetării

Descrierea instrumentelor și metodelor utilizate prin intermediul Psihoterapiei Pozitive

În cele ce urmează , vă prezentăm o scurtă descriere a modelului teoretic al Psihoterapiei Pozitive asupra procesului terapeutic, precum:

- Inventarul Wiesbaden-Psihoterapia Pozitivă și Terapia Familiei - WIPPF (care pune în evidență capacitățile subiectului).

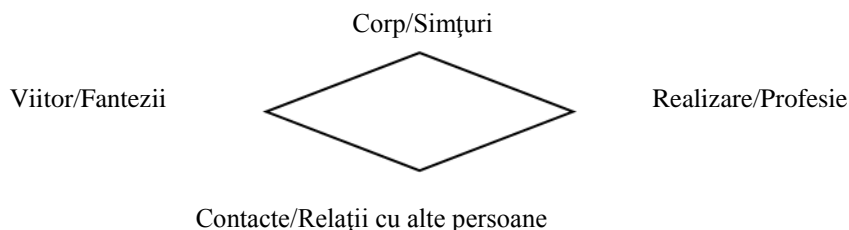
În mod frecvent literatura de specialitate psihologică, psiho-pedagogică și psihoterapeutică se concentrează pe funcția simptomelor și dinamica conflictelor. Investigarea conținutului cauzelor și condițiilor determinate ale bolilor, ne conduc la formularea capacităților actuale. Aceste atitudini și moduri de comportament în Psihoterapia Pozitivă sunt denumite *capacități actuale*. Este vorba despre: *punctualitate, curățenie, ordine, supunere, politețe, fidelitate, sinceritate, dreptate, hărnicie/performață, chibzuință, seriozitate, precizie, conștiinciozitate* precum și *dragoste, model răbdare, timp, contact, sexualitate, încredere în sine și în ceilalți, speranță, credință, dubiu, certitudine și unitate*. Din punct de vedere al conținutului, aceste norme psihologice reale (capacitățile reale) se împart în două categorii de bază: *capacități secundare* și *capacități primare*.

Capacitățile secundare sunt: *punctualitatea, curățenia, ordinea, supunerea, politețea, sinceritatea, fidelitatea, dreptatea, hărnicia/performața, economia, seriozitatea, precizia și conștiinciozitatea*. Ele sunt capacități de cunoaștere, însemnând capacitatea de a învăța și de a instrui, oglindându-se în normele de acțiune ale grupului social din care face parte individul.

Capacitățile primare sunt: *dragoste, model, răbdare, timp, contact, sexualitate, încredere în sine și în ceilalți, speranță, credință, dubiu, certitudine și unitate*. Ele sunt capacități de iubire, însemnând capacitatea de a iubi și de a fi iubit, desemnând faptul că aceste capacități sunt apropiate de Eu , de domeniul emoțional.

- Modelul Balanța (pentru rezolvarea conflictelor).

Când avem o problemă, ne simțim supărați, împovărați sau neînțeleși, când trăim într-o tensiune constantă, sau nu vedem sensul vieții, putem exprima toate aceste dificultăți cu ajutorul următoarelor patru arii. Aceste arii sunt legate de cele patru modele ale învățării și cunoașterii. Ele ne lasă să vedem cum se percepe cineva pe sine, mediul înconjurător, și cum anume testează realitatea:



Aceste patru arii pot fi găsite în situații concrete de viață ca și conflicte și concepte tipice. Fiecare persoană își dezvoltă propriile modalități de a face față problemelor cu care se confruntă.

Analiza diferențială consideră în prim plan conflictele valorice: *conflictul actual, conflictul de bază și conflictul interior*, care sunt raportate la capacitățile actuale distincte.

Conflictul actual descrie evenimentele, împrejurările, schimbările, dificultățile și solicitările care apar pentru prima dată sau se repetă în viața unei persoane și pentru controlul cărora nu mai sunt suficiente modelele de comportament și de cunoaștere disponibile. Conflictul actual se poate manifesta în cele patru arii ale vieții și se completează împreună cu pacientul, pornind cu o întrebare specifică „ariei”:

-Aria „corp/simțuri” – de ex.: Ce importanță au pentru dvs. corpul și sănătatea?

-Aria „realizare” – de ex.: Ce importanță au profesiunea și munca pentru dvs.?

-Aria „contacte” – de ex.: Ce importanță au contactele/evenimentele sociale?

-Aria „viitor/fantezii” – de ex.: În general, vă faceți gânduri despre viitorul personal sau profesional?

În nici un caz conflictul actual nu se prezintă ca un eveniment dramatic sau ca o traumă. Nu rareori conflictul actual se dezvoltă de-a lungul anilor, de aceea, în cadrul inventarierii este recomandabil ca pacientul să fie întrebat despre întâmplările/evenimentele de viață cele mai importante, pozitive și negative petrecute în viața sa.

Conflictul de bază a luat naștere din lipsa unei experiențe fundamentale sau dintr-o traumatizare, care a condus la o frustrare emoțională agravantă. În această fază de evoluție nu s-a putut ajunge la o soluție mulțumitoare și de durată, consecința fiind o persistentă disponibilitate pentru conflict, sărăcie emoțională și vulnerabilitate.

Conflictul interior reprezintă actualizarea conflictului de bază ca urmare a conflictului actual. Este vorba de contradicția interioară dintre așteptările și valorile interiorizate, și nevoile, dorințele de sine stătătoare din viața actuală. Conflictul interior se exprimă printr-o serie de năzuințe fundamentale ambivalente: politețe-sinceritate; dependență-autonomie; supunere-putere/control; siguranță-libertate; responsabilitate-plăcere etc..

- Cele cinci etape ale terapiei analitico-diferențiale (Psihoterapia Pozitivă).

Strategia celor cinci pași ai tratamentului integral în Psihoterapie Pozitivă este o strategie terapeutică în care se împletesc psihoterapia și ajutorarea. Un scop adițional al nostru este acela de a realiza o psihoterapie orientată pe conflict cât mai eficientă și mai eficace posibil. Strategia se împarte în cinci pași după cum urmează:

Etapa 1. Observarea/Distanțarea – pacientul sumarizează propriul punct de vedere asupra conflictelor personale actuale. Terapeutul interpretează pozitiv simptomele, utilizând metafore și elemente simbolice. Aceasta îl face pe pacient să se distanțeze într-o măsură mai mare de propriile probleme cât și la o expansiune a punctelor de vedere asupra propriilor probleme.

Etapa 2. Inventarierea – pe baza unui inventar al capacităților actuale i se cere pacientului să facă o sumarizare a celor mai importante zece evenimente petrecute în viața sa în ultimii cinci ani (teoria microtraumelor). În această etapă pacientul se deplasează dinspre simptom spre conflict. Se evaluează punctele de vedere psiho-social și spiritual ale pacientului.

Etapa 3. Încurajarea situațională – luând în considerare orientarea pe resurse și încurajând pacientul să găsească soluții la situația sa încă nerezolvată, în această etapă psihoterapeutul întreabă: „Ce probleme din viața ta ai rezolvat deja și ce ai învățat din rezolvarea lor ?”

Etapa 4. Verbalizarea – pacientul este întrebat: „Ce conflicte sunt încă nerezolvate și care sunt patru probleme pe care dorești să le rezolvi în următoarele opt săptămâni ?”. Se abordează conținutul conflictului și se utilizează tehnici care îl vor ajuta pe pacient să își rezolve activ problema.

Etapa 5. Lărgirea scopurilor – se învață a nu transfera conflictul în alte sfere comportamentale, ci a ne îndrepta spre experiențe noi, netrăite până atunci.

Aceste cinci etape sunt utile și ușor de utilizat astfel încât chiar și școli de psihoterapie care diferă unele de altele le pot utiliza astfel putând lucra împreună.

- Poveștile orientale ca instrumente de psihoterapie, așa cum se arată în **Peseschkian (2005)**.

Poveștile sunt utilizate cu scop terapeutic astfel incluzând în procesul terapeutic utilizarea intuiției și a imaginației.

Instrumentele și metodele complementare aplicate studiului de față, în scopul ajutării pacientului, vor fi descrise în continuare:

- Basmele terapeutice. Prin aceasta, la fel ca și mitul, parabola sau fabula, introducând iraționalul, basmul terapeutic, lărgeste spațiul interior al pacientului.
- Poveștile terapeutice. Am ales pentru acest caz o anumită categorie de povești terapeutice, în special cele care facilitează dezvoltarea abilităților socio-emoționale.
- Modelul cognitiv. Restructurarea cognitivă prin observarea comportamentelor celorlalți și testarea prezicerilor, experimente comportamentale, jocul de rol, expunerea *in vivo*, training de relaxare prin respirație, chestionare și fișe specifice fobiei sociale, așa cum se arată în **Leahy, Holland (2010)**.

În afară de cele descrise mai sus ca și abordări sau mai folosit metafore, elemente simbolice, proverbe, fabule, zicători și biblioterapie.

Studiu de caz

În cele ce urmează, vă prezentăm modul în care am aplicat cele descrise anterior în cazul unei paciente cu fobie socială generalizată.

La cabinet s-a prezentat o pacientă în vârstă de 29 de ani, cu programare telefonică, solicitând ca fiind o urgență consultația, necăsătorită, are un prieten de doi ani, de 11 ani locuiește în București, este născută în Republica Moldova și lucrează la o firmă de consultanță de 4 ani ca economist.

Declarația spontană a pacientei: „Acum simt că a venit momentul și sunt pregătită pentru a face o schimbare cu mine și viața mea. Mi-am propus de foarte mult timp să merg la un psiholog, dar de fiecare dată când imi propuneam să fac o programare, renunțam pur și simplu, crezând că imi pot rezolva problemele, dar am ajuns la concluzia că nu pot și nu știu de ce”. „Vreau să mă cunosc mai bine și să elimin cauzele care mă împing spre o instabilitate emoțională”. „Vreau să-mi rezolv problemele, am nevoie de ajutor, nu mă simt în stare singură”.

Descrierea pacientului: Aspectul său indică o stare de tristețe, îngrijită, îmbrăcată modest, aranjată, poartă bijuterii asortate cu îmbrăcămintea, postura pare a fi încordată, își frământă mâinile în timp ce vorbește, sfioasă, vorbește încet, calm dar în același timp se exprimă foarte greu, lasând impresia că-și controlează cuvintele, timidă, privirea în pământ, foarte rar mă privește în ochi, pare că ceva o neliniștește, o frământă.

Neliniștea pacientei este descrisă de probleme somatice anterioare, precum: dureri în zona pieptului, dificultăți de respirație (senzație de sufocare, nevoie acută de aer), dureri de cap; probleme somatice prezente,

precum: amețelă, stare de oboseală cronică, senzație de slăbiciune, dificultăți de concentrare, agitație. De 2 ani și jumătate a făcut tot felul de investigații clinice: endocrinologie (presupus diagnostic de hipotirodie – nu i s-a recomandat tratament – control periodic), cardiologie, analize de sânge, analize hormonale (insuficiență de strogen). În urma investigațiilor fără un rezultat, o determină să apeleze la medicina naturistă și i se recomandă tratament naturist (ceaiuri și pastile din plante) pentru liniște și relaxare. Tratamentul naturist nu o satisface „decât nimic, mai bine așa”. Simte că starea ei se agravează din ce în ce mai mult. Neliniștea ei este că, nu poate descoperi cauza acestor stări.

Vom parcurge în continuare **cele cinci etape ale Psihoterapiei Pozitive:**

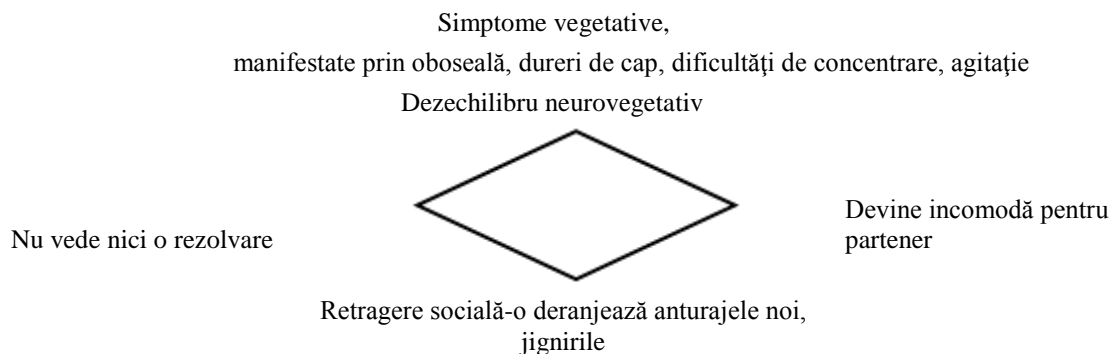
Etapa 1. Observarea/Distanțarea

Am încercat să strâng cât mai multe informații a situației pacientei, o descriere concretă a conflictului actual, după cum urmează:

- Vine din propria inițiativă, nu a mai fost niciodată la un terapeut; crede că problemele ei sunt de natură psihologică;
- Se simte foarte obosită (mai ales dimineața) când trebuie să meargă la servicii, în ultimul timp a început să și întârzie, teamă că într-o zi își poate pierde serviciul, frică și nesiguranță;
- Probleme de comunicare cu partenerul, relația este pe punctul de a se destrăma;
- Nu are prieteni (își petrece timpul alături de partener și prietenii lui);
- Evită să intre în relațiile cu ceilalți, din cauza accentului (vorbește moldovenește);

Acuzele prezentate sunt: că se simte „complexată”, „inferioară”, timidă și roșește repede în preajma unui grup, că viața i s-a schimbat și că părerea ei „nu valorează” prea mult; oboseală cronică; nu suportă petrecerile și prezența altora (relații noi); evită situații noi de teama de a nu fi criticată, jignită; probleme de relaționare: „*mă simt stingheră, rușinată în preajma prietenului îl iubesc foarte mult dar nu-mi plac prietenilor lui, sunt mereu noi*”; se simte singură; nu vede nici o rezolvare; are nevoie de ajutor. Conflictul actual ar fi „contactul” în care apare problema la nivel de relație cu partenerul actual.

Încercăm să prezentăm pe **romb în cele patru arii:**



Etapa 2. Inventarierea

Folosind modelul balanță facem o sumarizare a celor spuse de pacientă, cerându-i să precizeze în procente unde a investit mai mult și unde este deficitar.

Am extras capacitățile actuale cerând pacientei să completeze WIPPF (Inventarul Factorilor de Personalitate Wiesbaden) acasă, pentru a evidenția capacitățile primare, secundare (urmează să fie analizate în următoarea ședință).

Discutând evenimentele de viață care se iau din temă ajungem la dimensiunea model (conflictul bazal).

Am încercat identificarea evenimentelor care au jucat un rol central în dezvoltarea simptomelor:

- a) **“events-life”** – evenimentele de viață pe care pacientul le consideră cele mai importante:
 - 1985 (3 ani) tatăl are o relație extraconjugală cu sora mamei; certurile și scandalurile din familie încep să o afecteze, nu înțelege nimic, se simte speriată;
 - 1996 (14 ani) mama se îmbolnăvește psihic (nu cunoaște diagnosticul), se internează la psihiatrie, fapt pentru care a dezorientat-o foarte mult și apare sentimentul de vinovăție; se simte abandonată, nesigură și tristă;
 - 1998 (16 ani) are primul ei prieten, începe viața sexuală; se simte pentru prima dată iubită, dorită, înțeleasă, fericită și apreciată;
 - 2000 (18 ani) se mută la București, pentru studii; pentru prima dată se simte singură, speriată, fără ajutor, nevoită să-și caute o locuință și un loc de muncă;
 - 2002 (20 ani) apare decesul mătușii sale (sora mamei – diagnosticată cu diabet), într-un accident de mașină, a simțit o pierdere imensă; a fost mult timp deprimată, furioasă, abandonată și confuză; s-a simțit parăsită;

- 2004 (22 ani) apare decesul bunicii (din partea mamei), moare din cauza diabetului netratat, îi lipsește prezența fizică și acum; se simte părăsită și abandonată, a iubit-o foarte mult, a fost mama pe care și-o dorea; apare al doilea prieten în viața ei la București, relația durează 2 ani, a fost părăsită brusc fără să înțeleagă de ce, s-a simțit iritată și furioasă de felul cum a procedat; apare un sentiment de tristețe profund și dezamăgire;
- 2006 (24 ani) al treilea prieten din viața ei, este tot din București, locuiește împreună la părinții lui, relația durează 1 an de zile, nu-l iubește; păstrează relația cu el doar pentru mama acestuia, descrie că și-ar fi dorit-o ca mamă pentru ea, pentru că o prețuia foarte mult, o iubea, o liniștea prezența ei; după separare se apucă de fumat, un pachet pe zi; suferă foarte mult pentru decizia care a luat-o, deprimată și nesigură în deciziile ei;
- 2008 (26 ani) apar primele simptome de oboseală cronică și amețeli, face investigații clinice, toate fără rezultat; începe tratament naturist;
- 2009 (27 ani) îl cunoaște pe partenerul actual, este din Constanța, acceptă relația cu el din motivele că nu mai suportă singurătatea; nu se implică foarte mult în relație;
- 2010 (28 ani) apar simptome noi: dureri în piept cu senzație de sufocare-lipsă de aer, dureri de cap foarte mari, oboseală în special dimineață, se lasă de fumat, crezând că din cauza țigărilor nu se simte bine; probleme la nivel de relație cu actualul prieten, îi declanșează sentimentul de teamă, frică de abandon.

b) Microtraume

Conform relatărilor pacientei și factorilor numiți mai sus, care au acționat cumulativ, au avut pentru pacientă un impact major asupra relațiilor sociale cât și în plan profesional. Ajutată de suprasolicitarea profesională și evenimentele neplăcute sa-i creeze o instabilitate față de idealuri, ducând până la culpabilitate. Nefăcând diferența dintre “a fi vinovată” și “a se simți vinovată” evenimentele de viață (pierderea mamei prin boală, moartea celor dragi, *patternul* de comportament al tatălui: autoritar, tăcut, distant, rece, aplatizat emoțional și *patternul* de comportament al mamei: afectivitate aplatizată, rece, agresivă, izolare socială să se transforme la nivel conștient, teama de abandon (singurătate, respingere). Aceste stări tensionale sau manifestat în plan psihic (emoțional), fizic (vegetativ) și social.

În timpul ședințelor am utilizat povești socio-emoționale, precum:

Povestea “Stridia”, descrisă de **Davis (2011)**:

- Problemele vizate în această poveste au fost: stima de sine scăzută, imaginea de sine denaturată, incapacitatea de a-și recunoaște punctele forte;
- Mesajul transmis a fost “Adunăți forțele și mergi mai departe”. Să caute o modalitate prin care să obțină ceva pozitiv dintr-o experiență negativă;
- Simbolurile și metaforele folosite au fost:

-stridia reprezintă sinele, așa cum este văzut el de aceia care au o stimă de sine scăzută sau care își construiesc o imagine de sine prin prisma unui sistem de valori negative;

-perla reprezintă experiența de factură pozitivă sau forța interioară care pot fi dobândite în urma unei experiențe negative.

La sfârșitul poveștii pacienta a trebuit să conceapă o listă cu zece puncte forte ale sale, temă pentru acasă.

În cadrul următoarei ședințe descoperă câteva capacități: iubire, apreciere, respect, afectivitate, acceptare, dragoste, încredere, speranță, siguranță, curajul, cunoașterea.

Mesajul povești a avut un impact pozitiv asupra sa în momentul când a trebuit să-și găsească punctele tari, ceea ce nu se gândise până acum, și realizează că mai mult s-a gândit la ce vor crede ceilalți despre ea decât la nevoia ei de a fi ea însuși. Descriem în continuare cum a ajuns pacienta să-și conștientizeze aceste gânduri:

“Cum o să reacționeze prietenul meu când am sa-i spun că nu-mi place anturajul lui”, îi este frică de singurătate, că o va părăsi.

“Îmi este greu de fiecare dată să spun ce gândesc”, îi este frică de respingere.

“Sunt furioasă că nu pot lua o decizie singură”, se simte vinovată față de relație.

Pentru evaluare și diagnostic a fost evaluată cu bateria standard, descrisă mai jos.

Se aplică în cadrul acestei etape și Chestionarul de fobie socială, așa cum se arată în **Leahy, Holland (2010)**, în care pacienta este rugată să treacă situațiile sociale de care de obicei îi este teamă, ca temă de casă. În continuare prezentăm rezultatele:

Situație	Nivelul de anxietate		
	Puțin (1)	Moderat (2)	Ridicată (3)

Prezentări orale în fața altor persoane			3
Petreceri		2	
Întâlnirea altor persoane	1		
Inițierea unei conversații	1		
Discuții în contradictoriu			3
Discuțiile cu un superior la locul de muncă			3
Întâlnirile de afaceri			3
Contactul vizual direct		2	
Consumarea de alimente sau băuturi în fața altor persoane	1		
Scrisul în fața unei persoane	1		
Cererea de informații	1		
Vorbirea la telefon în (transport) public		2	
Discuții personale în public			3

Pacienta a fost informată că: prezentările orale în fața altor persoane, discuțiile în contradictoriu, discuțiile cu un superior la locul de muncă, întâlnirile de afaceri și discuțiile personale în public, reprezintă sursa cea mai ridicată de anxietate socială și i se explică că există intervenție eficientă pentru aceste situații, precum: jocul de rol în cadrul ședințelor și expunerea *in vivo*.

I s-a explicat că expunerile vor fi gradate de la situațiile puțin anxioase până la cele mai anxioase. Se alege fiecare situație anxioasă și i se oferă pacientului ca temă pentru acasă. I se cere pacienței ca înainte de începerea expunerii să-și identifice gândurile negative și să ofere răspunsuri raționale.

În urma acestor descrieri pacientei i se oferă o fișă cu informații despre fobia socială, Fișa de lucru 5.5, descrisă de **Leahy, Holland (2010)**. Pacienta rămâne uimită, „*nu credeam că sunt chiar așa de bolnavă, încât v-a trebui să iau și medicamente pentru aceste situații*”. I se recomandă consult psihiatric, nu dorește pe motiv că „*asa cum am reușit să identific anumite emoții în cadrul acestor ședințe, și mi-am acceptat pentru fiecare responsabilitatea, așa voi putea să mă lupt cu ele până la capăt*”.

Din informațiile obținute de până acum ne determină să luăm în considerare și diagnosticul adițional de tulburare evitantă de personalitate, în situațiile când frica include majoritatea situațiilor sociale. Se aplică Inventarul Multiaxial Clinic Millon (MCMIII), descris de **Millon (2010)**, pentru adulți, instrument de diagnostic validat științific în scopul evaluării tulburării de personalitate și a sindroamelor clinice. Scalele acestui inventar au fost grupate în așa fel încât să reflecte interacțiunea tulburărilor de pe Axa I și Axa II, bazându-se pe sistemul de clasificare DSM-IV și identificarea caracteristicilor de personalitate profunde și pervasive care se află la baza simptomelor manifeste.

Cotarea manuală a testului MCMIII, nu ne permite să vă prezentăm grafic rezultatele, încercăm pe cât posibil să descriem rezultatele de pe foaia de profil a pacienței. În urma aplicării testului vă prezentăm următoarele:

- Axa I – Sindrom clinic moderat – Somatoform, scorul brut BR de 76, nivel care ne indică prezența sindromului;
- Axa II – Pattern clinic de personalitate – Evitant, scorul brut BR de 83, nivel care indică prezența unei tulburări de personalitate.

Interpretare: Conform rezultatelor, personalitatea e văzută ca echivalentul psihologic al sistemului imunitar. Conform modelului de vulnerabilitate în acest caz, o tulburare de personalitate îl predispune pe pacient la o tulburare de pe Axa I. Atunci când reacțiile de protecție nu sunt disponibile, rezultă o tulburare de pe Axa I. În cazul de față conform scorurilor brute, indicator normal. Tulburarea de pe Axa II poate fi predispusă să dezvolte o condiție specifică Axei I.

Majoritatea indivizilor au o anumită reacție sau sentiment în legătură cu simptomele lor, iar această conștientizare influențează caracteristicilor lor de personalitate într-o manieră reciprocă, descris de **Millon (2010)**. Interpretarea a fost mai mult în scop informativ pentru pacientă și de a înțelege cauzele care au determinat efectele sale în timp. „*Nu există cauză fără efect*”.

c) Conflictul de bază

Datorită situației conflictuale și motivele pentru care se susține conflictul, este că istoria de viață a pacienței este rezultatul unei familii cu principii și credințe potrivite unui mediu rural, de când se știe ea, i se spunea mereu: „*Nu vorbi neîntrebată*”, „*La masă nu se vorbește*”, „*Nu mai pune întrebări*”, „*Să ai grijă ce spui*”, „*Să fi cuminte*”, „*Numai fi așa de curioasă*”. „*Ai grijă ce faci că nu vreau să-mi aud vorbe în sat*”. Pacienta se descrie

ca fiind timidă și retrasă de când se știe, și din ce își mai aduce aminte că, până la cinci ani era foarte vorbărească și curioasă. A fost crescută de bunică până la vârsta de 6 ani. Tatăl era dominator, autoritar, rece, distant cu ea după ce pleacă la 18 ani, comunicare slabă. Pune foarte mult accent pe învățare, realizare, corectitudine, seriozitate. Mariajul fiind perceput de copil ca nefuncțional, nu exista foarte multă comunicare. La 18 ani când a hotărât să vină în București, părinții nu au fost de accord, iar în timpul facultății a suferi destul de mult din cauza celor care făceau glume proaste la adresa ei din cauza accentului moldovenesc și își propune să-și schimbe dialectul. Complexată de cum vorbește, preferă mai mult să tacă. La 26 ani se angajează la o firmă de consultanță, toți acest ani a avut probleme de relaționare cu colegii cât și cu șeful ei, spunând: că se simte presată de timp, mai ales când sunt proiecte la termen. Menajarea corpului și a sănătății, lipsa contactelor sociale, precum și întrebările privind sensul atitudinii sale au fost etichetate timp pierdut. Prin aceste conexiuni, pacienta a recunoscut dinamica procesului său de socializare, care i-a permis să-și explice emoționalitatea sa.

Etapa 3. Încurajarea situațională

Pe baza inventarierii făcute, pacienta vede alternative concrete și posibilități de largire a ariilor de contacte, corp, realizare, viitor. Rezultatele de la începutul intervenției au fost: corp 25%, realizare 40%, contacte 25%, viitor 20%. Pentru echilibrarea celorlalte arii/aspecte din viață ei i-am sugerat să-și imagine un romb, fiecare colț reprezentând ariile și să precizeze în procente unde a investit cel mai mult și unde deficitară. Rezultatele au fost: corp 75%, contacte 50%, realizare 70%, viitor 65%. În această etapă am încercat să explic pacientei ce înseamnă „positum” și cum o poate ajuta pe ea capacitățile pe care le-am descifrat în pașii anterior.

„Știți ce înseamnă positum? De unde vine?”

Vine din limba latină și înseamnă ceea ce este dat ca întreg.

(-) înseamnă conflictele, problemele pe care le are o persoană, iar

(+) reprezintă tot ce face el ca să rezolve, ce resurse are sau ce resurse descoperă din rezolvarea unei probleme/situații de viață”.

Conotația pozitivă (positum-ul) pe care am găsit-o împreună cum că fobia sa ar fi : “frica care mă îndrumă spre o alegere bună și o viață liniștită”, a surprins-o pe pacientă și a făcut-o curioasă.

I s-a explicat că situația actuală o poate ajuta să descopere un nou punct de vedere. S-au discutat diverse situații de viață și cum este să îți analizezi și să notezi gândurile negative, să-și aducă aminte că nu este nimic anormal să îi fie teamă din când în când și că nu este perfectă. La sfârșitul discuției i se recomandă să folosească așa cum am învățat până acum, tehnica restructurării cognitive, fiindu-i extrem de utilă în provocarea gândurilor automate și conceperea variantelor de răspunsuri raționale la aceste gânduri. Povestea orientală, descrisă de **Peseschkian (2005)**, “O poveste de drum”.

“Misticismul person povestește despre călător care se târa pe un drum aparent fără sfârșit. Era încărcat cu tot felul de poveri. Un sac greu de nisip îi atârna pe spate; unburduf gros cu apă îi era atârnat în jurul corpului. În mâna dreaptă ducea o piatră de formă ciudată, iar în stânga, un bolovan. În jurul gâtului, o piatră de moară se legăna la capătul unei frânghii roase. Lanțuri ruginite, cu care trăgea mari greutate prin nisipul prăfos, îi răneau gleznele. Pe cap, omul ținea în echilibru un doveac pe jumătate putrezit. Cu fiecare pas, lanțurile zăngăneau. Suspinând și gemând, se mișca înainte pas cu pas, plângându-se de soarta sa grea și oboseala care îl chinuia. Pe drum, îl întâlni un fermier în căldura strălucitoare a miezului zilei. Fermierul îl întrebă: “O, călătorule oboist, de ce te încarci cu bolovanul acesta?”

“Groaznic de nătâng, răspunse călătorul, nu-l observasem înainte.” Cu aceasta, aruncă piatra la o parte și se simți mult mai ușor. Iarăși, după ce merse cale lungă pe drum, îl întâlni un fermier și îl întrebă: “Spune-mi, călătorule oboist, de ce te chinui cu doveacul oe jumătate putrezit de pe cap și de ce tragic acele mari greutate de fier, legate de lanțuri în urma ta?”

Călătorul răspunse: “Sunt foarte bucuros că mi le-ai arătat! Nu mi-am dat seama ce-mi făceam mie însumi”. Își dădu jos lanțurile și zdrobi doveacul în șanțul de pe marginea drumului. Încă odată, se simți mai ușor. Dar, cu cât mergea mai departe, cu atât începea să sufere din nou.

Un fermier venind de pe camp îl privi cu uimire și spuse: “O, om bun, cari un sac cu nisip, dar ceea ce vezi până departe e mai mult nisip decât ai putea tu căra vreodată. Iar burduful tău mare de cu apă – ca și cum ai plănui să treci deșertul Kawir. Tot drumul, un râu curat curge pe lângă tine și te va însoți în călătoria ta pentru mult timp. Auzind acestea, călătorul deschise burduful și goli apa sălcie pe potecă. Apoi, umplu o groapă cu nisipul din ranița sa. Stătu acolo gânditor și se uită la soarele care apunea. Ultimele raze își trimiteau lumina spre el. Se uită la sine, văzu piatra de moară atârânănd grea de gâtul său și își dădu brusc seama că piatra era cea care îl făcea încă să meargă atât de încovoiat. O dezleagă și o aruncă în râu, cât putu de departe. Eliberat de poverile sale, călători mai departe prin răcoarea serii, să-și găsească adăpost.

Pacienta relatează că poveștile au avut un efect pozitiv asupra sa, în special această poveste care a analizat-o cu atenție “poverile” duse atâtat timp “în cărcă” și că nu și-a putut da seama că trecutul său și evenimentele din viață au putut să o afecteze atât de mult.

Etapa 4. Verbalizarea

În această etapă s-a realizat prelucrarea conflictelor. Unul dintre conflictele interioare ale pacientei este cel dintre politețe și sinceritate. „*Prefer să nu-mi spun părerea pentru că mă tem de reacția celorlalți. Nu-mi plac discuțiile în contradictoriu*”. Conflictul de bază al pacientei legat de aceste două capacități este modelul din familie: „*Pentru părinții mei conta mai mult ce spun vecinii. Așa este la noi pe la țară*”. S-a folosit proverbul „*Învăță din trecut pentru a putea trăi în prezent*”. Își spunea de multe ori că „*asta-i viața, nu toți avem parte de noroc în viață*”. Întotdeauna a crezut că problemele au fost rezolvate, dar se pare că mai are multe de învățat. Ca temă pentru acasă i se dă să analizeze conflictele încă nerezolvate și de găsit patru probleme pe care le dorește să le rezolve în următoarele opt săptămâni. Se vor utiliza tehnicile de restructurare cognitivă (monitorizarea zilnică a gândurilor automate disfuncționale și a stărilor emoționale) care o va ajuta pe pacientă să își rezolve activ problemele.

Etapa 5. Lărgirea scopurilor

Bănuiala pacientei de la începutul terapiei ca fiind pentru ea o problemă de „natură psihologică”, în condițiile în care starea de sănătate se accentua iar pe de altă parte problemele la nivel de relație scapă „controlului”, ajunge la concluzia că de fapt se confruntă cu o boală, necunoscută de ea până atunci și care de foarte mult timp această boală a condus-o pe un drum presărat: de neputință, nefericire, disperare și ezitarea unor momente critice din viață. Această frică inexplicabilă s-a accentuat cu timpul iar apoi s-a transformat într-o afecțiune.

La prima întâlnire de psihoterapie afirma: „*Sunt într-o relație cu cineva de 2 ani de zile, și am constatat că îl iubesc foarte mult, simt că ceva numai funcționează între noi iar acum suntem pe cale să ne despărțim. Simt că înnebunesc, nu știu cum să procedez, numai suport despărțirile, pentru că, am mai avut trei relații înainte să-l cunosc pe el și știu cât de mult am suferit, încât numai vreau să trec prin așa ceva*”. „*Nu concep viața de aici înainte fără el*”.

Etapa aceasta pregătește desprinderea de psihoterapie, ajutând pacientul să-și planifice viitorul astfel încât să-și poată menține și îmbunătăți starea de sănătate, relațiile personale cât și cele profesionale.

Povestea “O poveste de drum”, continuă să acționeze modificând concepția despre viață și găsind noi sensuri. Pe de-o parte s-a ocupat de responsabilitățile din cadrul firmei de consultanță reușind să-și impună punctul de vedere în fața șefului, unde a urmat o promovare pe un post mai înalt în firmă cu un salariu mai mare. Și-a îmbunătățit relația cu partenerul, se înțeleg mai bine și și-a propus să se mute la prietenul ei acasă, care locuiește în Constanța, dar deocamdată nu este sigură de această decizie.

În această etapă pacienta a trebuit să spună concret cum își vede viitorul, cât timp și energie își alocă pentru cele patru arii ale vieții.

Terapia s-a desfășurat o dată pe săptămână timp de 8 luni după care o dată la două săptămâni timp de 5 luni iar înspre final o dată pe lună timp de 3 luni.

Rezultate

După 1 an și 4 luni de terapie pacienta reușește să-și mențină relația cu partenerul, își dă demisia de la firma de consultanță și se mută la Constanța definitiv. Începe o nouă viață. Pe viitor are de gând să-și facă propria ei familie alături de prietenul ei.

Discuțiile

Factorii corelativ-etologici responsabili de apariția acestei tulburări sunt: factorii biologici, factorii genetici și factorii psihosociali. Se constată că după 1 an de terapie să se ajungă la o scădere semnificativă a problemelor de natură somatică, reducându-se ca număr situațiile anxiogene.

Pacienta a devenit treptat capabilă să-și planifice viața trecând peste boala sa. Ea a observat că de fiecare dată când se expunea unei situații devenea mai relaxată, calmă și avea o senzație de eliberare. Conform aspectelor teoretice reiese faptul că în studiul de față anxietatea a reprezentat un răspuns condiționat clasic care a implicat asocierea unor stimuli neplăcuți: dureri în zona pieptului, dificultăți de respirație, dureri de cap, amețeală, stare de oboseală cronică, senzație de slăbiciune, dificultăți de concentrare, agitați și cu o anxietate de separare care este adusă la nivelul conștientului de situarea persoanei singure într-un mediu nou, populat.

În cazul de față devine clar faptul că unul dintre acești factori prezentați mai sus, cel psihosocial a avut un rol decisiv atât în declanșarea bolii (life-events, microtraume, conflict de bază) cât și în extinderea ei. Actualmente locuiește și lucrează în Constanța și numai prezintă acuze.

Concluziile

Cazul de față a demonstrat că psihoterapia, indiferent de metoda și tehnică folosită, ea poate preveni și îmbunătăți starea de sănătate a individului.

Bibliografie