

Maria Dorina Pașca

**COMUNICAREA
ȘI
PACIENTUL CU DIZABILITĂȚI**

Maria Dorina Pașca

COMUNICAREA
ȘI
PACIENTUL CU DIZABILITĂȚI



Editura Ardealul
Târgu Mureș, 2021

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

Pașca Maria Dorina,

***COMUNICAREA ȘI PACIENTUL CU
DIZABILITĂȚI*** / Maria Dorina Pașca, Târgu Mureș:

Editura Ardealul, 2021

Conține bibliografie

ISBN 978-606-8372-72-3

61
316

CUPRINS

Nu uita că eu... /7

Cap. 1 Comunicarea - repere conceptuale/9

1.1 definiție/9

2.2 logistică/16

1.3 ascultarea/26

1.4 bariere/31

Cap. 2 Pacientul cu dizabilități - abordare cognitivă/43

2.1 identități/43

2.2 structuri/51

2.3 drepturi/70

2.4 mobilități/77

Cap. 3 Specificul comunicării - strategii procedurale/96

3.1 medic/96

3.2 medic stomatolog/110

3.3 farmacist/114

3.4 nutriționist/116

Cap. 4 Secvența psihoterapeutică - dimensiunea impactului/127

4.1 terapii scurte/127

4.2 terapii ocupaționale/133

4.3 exercițiul – joc/158

4.4 aplicații/168

Îți mulțumesc pentru că.../189

Bibliografie/191

Adnotări/197

Nu uita că eu...

- am nevoie de iubire ca să pot străbate drumul vieții, fără mari greutăți;
- trebuie să fiu acceptat așa cum sunt nefiind o pedeapsă, ci o... încercare;
- am încredere în ajutorul tău, atunci când sănătatea mea, poate deveni o... povară;
- te înțeleg chiar dacă tu nu mă poți înțelege, dar, totuși... înțelege-mă;
- iau atitudine față de răutățile celor din jurul meu, zâmbind și mergând mai departe;
- îmi găsesc în fiecare dimineață porția de speranță și sănătate, cu credința că pot să răzlesc mai departe;
- știu că dragostea ta pentru mine nu are unitate de măsură, de aceea la rândul-mi îți dăruiesc ... iubire;
- cred în puterea ta ca eu, să fiu acel cineva, prețuit și considerat... om;

- pot să ating infinitul, doar învățându-mă să mă cunosc, știind că **eu**, ... sunt. **eu**... exist.

Autoarea

Cap. 1 Comunicarea - repere conceptuale

- 1.1 definiție;
- 2.2 logistică;
- 1.3. ascultarea;
- 1.4 bariere;

1.1 definiție

A porni spre o definiție a comunicării, reprezintă un lung drum al cunoașterii și identității, deoarece itemii ce-i putem găsi, incumbă o serie de metamorfoze ale schimbării înțelesului și perceperii actului de sine.

Urmărind un fir al definițiilor, e necesar a porni de la:

- DEX (2009) - **comunicarea** = a face cunoscut, a da de știre, a informa, a înștiința, a spune sau a vorbi;

- Lohisse J. (2002) - **comunicarea** transmite ideea relației cu celălalt;
- Prutianu Șt (2000) - **comunicarea** este cea care crează comuniunea și comunitatea, adică, mai curând o țesătură de relații, decât o cantitate de informații;
- Lemeni G, Miclea M (2004) - **comunicarea** se definește ca procesul prin care se transmite informația de la un emițător la receptor, prin utilizarea unui sistem de semne și simboluri;

am ajunge Commarmond, G, Exiga A (2005) cu siguranță la un paradox doar la prima investigație logică, aceea că ea, comunicarea este un joc de influențe reciproce între persoane, între libertăți și afectivități, rămânând în expectanță atunci când, Prutianu Șt (2000) - comunicarea scapă încercărilor de a o defini, semantica termenului comunicare nu încapă într-o

definiție , dar fiecare definiție surprinde câte ceva din ceea ce este comunicarea.

Totodată, se afirma și faptul că noi comunicăm și atunci când nu comunicăm (cumunicarea non-verbală), important fiind mesajul transmis spre a fi decodificat de receptor.

De asemenea, pentru o bună comunicare e necesară cunoaște Pasecinic V (2000) din perspectiva psihologiei comunicării umane, acelor elemente ce **evită** rezistența psihologică a interlocutorului prin:

- convorbirile negative, nu vă plângeți, nu puneți pe umerii altora propriile probleme și greutăți;
- manifestările de intoleranță, de iritare față de cei din jur, mai ales în prezența lor;
- formele de adresare care îl înjosesc pe partener;

- să vă opuneți în mod demonstrativ altor oameni;

practic, **nu**:

- amenințați în comunicare, presiunea și forța, amenințările cu pedeapsa sau cu alte consecințe negative;
- acceptați “provocarea” partenerului fără argumente ponderabile;
- încetați certurile;

cât și, abțineți-vă de a vă amesteca în chestiunile altor oameni, de a fi sâcâitori.

Deci, Rubinstein S (după Pasecinic V - 2000) inima omului este toată țesută după atitudinile sale umane față de alți oameni, iar a reuși să te porți cu alții așa cum ai dori ca ei așa să se comporte cu tine, poate fi cu certitudine un deziderat major, un atuu în arta comunicării, lista definițiilor rămânând nu

numai deschisă, dar și subiectul ca atare, inepuizabil, totul fiind trecut prin prisma cele care comunică.

În acest context, surprindem într-o formă poate, mai puțin academică și/sau doctă, dar accesibilă, scurtă, clară și concisă, următoarele:

a) Decalogul comunicării

1. - Poți să nu comunic.
2. - A comunica presupune cunoașterea de sine și stima de sine.
3. - A comunica presupune cunoașterea nevoilor celuilalt.
4. - A comunica presupune a ști să asculți.
5. - A comunica presupune a înțelege mesajele.
6. - A comunica presupune a da feedback-uri.
7. - A comunica presupune a înțelege procesualitatea unei relații.

8. - A comunica presupune a accepta conflictele.
9. - A comunica presupune a știți să îți exprimi sentimentele.
- 10.- A comunica presupune ameliorarea rezolvării conflictelor.

b) Regulile comunicării

- Fiecare opinie trebuie ascultată.
- Nimeni nu este întrerupt.
- Toate întrebările au rolul lor.
- Nimeni nu este ridiculizat.
- Fiecare are dreptul să nu participe activ.
- Nimeni nu este criticat sau moralizat.
- Fiecare are dreptul să fie ascultat.
- Nimeni nu este blamat.
- Nimeni nu este judecat și etichetat.
- Nimeni nu monopolizează discuția.

- Nimeni nu este obligat să își exprime punctul de vedere.

Și dacă, subscriem unui decalog al comunicării, iminent vom ajunge și la:

Decalogul tăcerii

Taci, dacă nu ai de spus ceva valoros.

Taci, atunci când ai vorbit destul.

Taci, până îți vine rândul să vorbești.

Taci, până ești provocat.

Taci, atunci când ești nervos și iritat.

Taci, atunci când intri în Biserică pentru ca Dumnezeu să îți poată vorbi.

Taci, când pleci de la biserică pentru ca Duhul Sfânt să poată imprima în mintea ta, lucrurile pe care le-ai auzit.

Taci, când ești ispitit să vorbești.

Taci, când ești ispitit să critici.

Taci, când ai timp înainte de a vorbi.

Amin!

(Rafael Noica)

Continuând în aceeași notă a definițiilor, ajungem a ne crea noi, înșine una, ținând cont de mesaj și personalizând actul ca atare în logistica sa.

1.2 logistică

Vom cuprinde în compartimentul de logistică câteva aspecte ce definesc o comunicare eficientă, în cazul de față, **cu pacientul cu dizabilități**.

Astfel vom vorbi despre **scopurile** procesului de comunicare, Stanton N (1995) acestea găsiindu-se sub forma de:

- **să fim receptați** (auziți, citiți);
- **să fim înțeleși**;
- **să fim acceptați**;
- **să provocăm o reacție** (o schimbarea de comportament sau atitudine) invocând

de fapt, relația ce se stabilește între emițător și receptor, unde:

- **emițătorul** = persoana care inițiază comunicarea și care dorește să ofere o informație;
- **receptorul** = persoana care primește sau recepționează mesajul/informația și confirmă astfel că a ajuns mesajul/informația;
- **canalul** = calea de transmitere a mesajului, fiind în strânsă legătură cu acesta;
- **mesajul** = forma informației transmise de emițător, verbal sau nonverbal.

Pe lângă scopuri, pentru o bună preluare a mesajului comunicării și intenției în fond a acesteia, e necesar a respecta unele **reguli**, printre care, Abric J.C. - 2002- (după Pașca MD 2012) cele care definesc

felul de comunicare autentic, urmărind eficacitatea și calitatea acesteia pornind de la:

- **să ascuți** = să iei în considerare punctul de vedere al celuilalt;
- **să observi** = altfel spus, să fii atent la toate evenimentele, de multe ori, de natură nonver-bală, care au loc în situația de comunicare;
- **să analizezi** = în scopul de a discerne partea de explicit de cea de implicit, partea observabilă de cea ascunsă, de a degaja elementele care, constituie câmpul psihologic și social determinant pentru indivizi;
- **să controlezi** = calitatea și relevanța mesajului (feedback-ul) și procesele susceptibile de a parazita interacțiunea;

- **să te exprimi** = pentru celălalt, în funcție de interlocutor și de natura obiectului comunicării;

Este important a lua în considerare complexitățile comunicării, având în vedere **stilul** acesteia, Craioveanu P (2006) - surprinzând unele caracteristici, cum ar fi:

- **direct:**
 - comunicarea este unidirecțională;
 - comunicatorii invită ca ideile lor să aibă prioritate;
 - comunicatorii îi conving pe ceilalți să acționeze așa cum doresc ei;
 - comunicatorii își folosesc puterea și autoritatea pentru a se face ascultați;
 - comunicatorii utilizează manipularea interlocutorului;
- **egalitarism:**

- comunicarea e bidirecțională;
- comunicatorii stimulează generarea de idei de către ceilalți;
- comunicarea este deschisă și fluidă;
- comunicarea este prietenoasă și caldă, bazată pe înțelegere reciprocă;
- **structurativ:**
 - comunicarea este orientată către sistematizarea mediului;
 - comunicatorii îi influențează pe ceilalți prin citirea procedurilor, standardelor aplicabile situației;
 - comunicarea este orientată spre clarificarea sau structurarea problemelor;
- **dinamic:**
 - comunicarea se exprimă scurt și la obiect;
 - comunicatorii sunt sinceri și direcți;

- conținutul comunicării este pragmatic și orientat spre acțiune;
- **de abandon:**
 - comunicatorii se supun dorințelor celorlalți;
 - comunicatorii se arată de acord cu punctele de vedere exprimate de ceilalți;
 - comunicatorii sunt receptivi la ideile și contribuțiile altor persoane;
 - comunicatorii cedează responsabilitatea altor persoane, asumându-și doar un rol suportiv;
- **de evitare:**
 - comunicatorii evită procesul de comunicare;
 - nu se dorește executarea vreunei influențe;
 - deciziile sunt luate în general independent, nu interactiv;

- comunicatorii evită subiectul aflat în discuție, vorbind despre altceva sau atacându-și verbal interlocutorul;

susținând că acestea pot să se adaptează unor anumite situații, important fiind faptul că ele, în cursul unei comunicări, trebuie să-și demonstreze eficacitatea comportamentelor ce le dezvoltă, evidențiindu-se în context.

Tot legat de **stilul** comunicării, Jaos M (după Dinu M - 2000) surprinde pe cel:

- **rece, necooperativ** = ce presupune lipsa feedback-ului și apropierea cea mai mare de comunicarea scrisă;
- **formal** = caracterizat printr-un discurs bine organizat și coerent, pregătit dinainte;
- **consultativ** = este specific relațiilor interpersonale, formale, în mediul profesional, caracterizat prin absența unei preelaborări și prin

situarea într-un cadru comunicațional informativ;

- **ocialional** = este specific conversațiilor libere între prieteni/cunoștințe în care rigoarea discursului este abandonată în favoarea unei comunicări redundante, exprimând apartenență comună la același cadru social;
- **intim, specific relațiilor intime** = caracterizat prin recurgerea la un cod personal și prin intenția exprimării în lipsa oricăror constrângeri de natura convenției lingvistice la nivel de grup sau cultură, a unor sentimente și trăsături interne ale actorilor comunicării.

Continuând ideea, Lesenciuc A (2010) surprinde și alte structuri ale **stilului** comunicării, pornind de la atitudinea emițătorului, evidențiind stilul:

- **emotiv** = caracterizat prin expresivitate, inhibiție, comportament dinamic, atracție față de relațiile formale;
- **director** = presupunând seriozitate, preocupare, comunicare lapidară, gesturi ferme;
- **reflexiv** = specific persoanelor care se controlează emoțional și care preferă comunicarea formală;
- **îndatoritor** = caracterizat prin răbdare, ascultare activă, apel la forța de convingere a relațiilor personale;
- **flexibil** = caracterizat prin schimbarea continuă a stilului propriu, în funcție de interlocutor;

toate determinând de facto, o atitudine comportamentală a comunicării, facilitând în timp, noi structuri și concepte operațional cognitive.

În același context, al logisticii comunicării, vom remarca și prezența cu maximă eficiență de către specialiști a ferestrei lui Jahari (după Tudose FI 2003) - **cea a comunicării DONA** unde cei doi parteneri/actori, se descoperă, identifică și cunosc mai bine, după cum urmează:

- **Zona D (deschisă)** = interacțiune și reprezintă comportamentul cunoscut de mine și de ceilalți și arată în ce măsură două sau mai multe persoane, pot da și primi, în mod liber, pot lucra împreună, se pot bucura de experimente comune;
- **Zona O (oarbă)** = vulnerabilitate, este cea care reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți;
- **Zona N (necunoscută)** = este zona de dezvăluire a activității unde comportamentul

nu este cunoscut nici de individ, nici de ceilalți;

- **Zona A (ascunsă)** = intimitate, și reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți;

Toate aceste demersuri logistico-cognitive, surprind modalitățile de abordare a comunicării și relaționării, fapt necesar mai ales în cazul nostru, **pacientul fiind cu dizabilități**.

1.3. ascultarea

Abilitatea, în cazul nostru, a medicului, medicului stomatolog, farmacistului și nutriționistului de **a asculta**, dar și a pacientului cu dizabilități, reprezintă un punct de reper într-o comunicare și relaționare între cei doi actori amintiți anterior și care se afla în momentul întâlnirii lor.

Astfel **ascultarea activă** va determina o anumită strategie alocată **pacientului cu dizabilități**, făcând ca întreaga comunicare să decurgă fără incidente majore, fiind eliminate chiar și cele... minore.

Astfel, **personalul medical**, făcând uz de abilitatea sa de a asculta, va:

- culege corect informația;
- înțelege demersul logic al comunicării;
- coopera constructiv cu pacientul;
- obține informații întregi;
- ameliorează relația cu ceilalți;

ajungând la **ascultarea eficientă**, Stanton N (1995) care presupune să:

- **fiți pregătiți să ascultați** = încercați să gândiți mai mult la ceea ce vorbitorul încearcă să spună, decât la ceea ce ați dori dumneavoastră să spuneți;

- **fiți interesat** = orice mesaj poate fi interesant;
- **arătați-vă interesat** = puneți-vă în locul celui care vorbește;
- **păstrați-vă mintea deschisă** = nu trebuie să vă simțiți amenințat sau insultat de acele mesaje care vă contrazic convingerile, atitudinile, ideile și valorile, deci, nu faceți, aprecieri pripite;
- **urmăriți ideile principale** = totul depinde de abilitatea de structurare a mesajului, limbajului folosit și tendința vorbitorului de a se repeta, ideile putând apărea oriunde pe parcursul mesajului, așa că trebuie să fiți permanent atent;
- **ascultați critic** = fiți și imparțial, fapt care vă ajută să cântăriți cu atenție valoarea dovezilor și structura logică a mesajului;

- **ascultați cu atenție** = atenția poate fi fluctuantă și selectivă, de aceea, încercați să nu vă fie distrasă atenția de la vorbitor de către alți oameni;
- **luați-vă notițe** = ascultați cu atenție și notați după ce a terminat vorbitorul, fiind și situații în care vă va fi distrasă atenția în timpul notații;
- **ajutați vorbitorul** = prin gesturi discrete care dau siguranță vorbitorului că este ascultat și mesajul recepționat;
- **nu întrerupeți pe vorbitor** = ascultarea este un proces de autocontrol, iar un bun ascultător nu încearcă să întrerupă comunicarea;

De asemenea, ascultarea are nevoie de **timp**, ce-l putem gestiona în folosul nostru în comunicarea și relația **cu pacientul cu dizabilități**, pornind de la:

- concentrarea pe calitatea și nu cantitatea lui;

- planificarea în funcție de obiectivul pe care ni le-am propus;
- administrarea lui în așa fel încât să dea randament maxim;
- stabilirea priorităților în funcție de el;
- alocarea lui în luarea deciziilor;
- locul său în viața noastră cotidiană;

Ținând cont de toate cele menționate anterior, vom reuși în așa fel încât, medicul, medicul stomatolog, farmacistul, nutriționistul:

- să dăm sens ascultării pacientului cu dizabilități;
- să putem separa faptele și sentimentele;
- să organizăm informația obținută,

determinând apariția în cadrul larg al anamnezei, a consistenței secvenței cognoscibile, a factorilor reali, dar și imaginari, surprinși în expozeul celui consultat/ascultat (beneficiarului);

1.4 bariere

Pentru o bună comunicare și relaționare între pacientul cu dizabilități și (în partidă) medicul, medicul stomatolog, farmacistul, nutriționistul, e necesar a înlătura acele **bariere** care inerent pot apărea, atât din partea unuia cât și a celuilalt.

În acest context, este necesar a evidenția, Stanton N (1995) câteva din barierele în comunicare, cum ar fi/sub forma de:

- **diferențe de percepție** = modul în care noi privim lumea este influențat de experiențele anterioare, astfel că percepțiile ca și interpretarea unor situații se va face în mod diferit, astfel încât aceste diferențe de percepții sunt numai rădăcina multor altor bariere de comunicare;

- **concluziile greșite** = deseori vedem și auzim doar ce dorim, evitând să recunoaștem realitatea în sine;
- **stereotipiile** = învățând permanent din experiențele proprii, vom întâmpina riscul de a trata diferitele persoane ca și cum ar fi una singură, fără să facem diferența între ele;
- **lipsa de cunoaștere** = este dificil să comunicăm eficient cu cineva care are o educație diferită de a noastră, ale cărei cunoștințe în legătură cu un anumit subiect de discuție sunt mult mai reduse, iar cel care comunică trebuie să fie conștient de discrepanța între niveluri de cunoaștere și să se adapteze în consecință;
- **dificultăți de exprimare** = dacă sunteți emotiv și aveți probleme în a vă găsi cuvinte pentru a exprima ideile proprii, aceasta va fi

în mod sigur o barieră în comunicare și inevitabil trebuie să remediați situația, iar lipsa de încredere ca și cauză a dificultăților de comunicare, poate fi învinsă prin pregătirea și planificarea atentă a mesajelor;

- **lipsa de interes** = este una din cele mai mari bariere de comunicare legate de interlocutor pentru mesaj; acolo unde lipsa de interes este evidentă, trebuie acționat cu abilitate pentru a direcționa mesajul, astfel încât să corespundă intereselor și nevoilor celui ce primește mesajul;
- **emoții** = emotivitatea, atât a emițătorului cât și a receptorului, pot constitui o barieră ce poate bloca complet comunicarea, de altfel în asemenea situații, e preferabil a evita comunicarea, fiind necesar un echilibru în controlul acestora;

- **personalitatea** = ”ciocnirea personalităților” este una dintre cele mai frecvente cauze ale eșecului în comunicare, e necesar să fim pregătiți pentru orice schimbare atât a noastră cât și a interlocutorului pe care îl avem;

Din **perspectiva comunicării și a relaționării cu pacientul cu dizabilități întâlnim bariere**, Egener B - (după Pașca MD-2007):

- ***Create de medic (inclusiv cel stomatolog):***

- se pierde prea mult timp;
- consumul nervos crescut:
 - după o gardă;
 - la un medic obosit;
 - după un număr mare de consultații;
 - bulversat de propriile probleme;
- pierderea controlului asupra problemei;
- neimplicarea “nu este treaba mea”;
- respingerea problematicii psihosociale;

- indiferența față de suferința pacientului;
- diferență de cultură;
- diferență de limbă;
- lipsa de empatie față de pacient;
- inexistența de colaborare cu colegii;
- aroganță, intoleranță;
- manifestări agresive, comportament vulgar și abuziv;

iar în unele situații fără a ne face plăcere, lista devine mai amplă și acest lucru nu este deloc îmbucurător.

• *Create de pacient*

- tentativa de a-și ascunde emoțiile în fața medicului;
- lipsa de empatie față de acesta;
- teama de a nu fi înțeles;
- teama de a fi pus într-o situație jenantă;
- dorința de a se conforma așteptărilor doctorului;

- lipsa de a ști să răspundă întrebărilor;
- prezentarea tehnică a simptomelor;
- teama de a fi grav bolnav;
- diferența de cultură;
- diferența de limbă;
- teama față de examinări medicale de către medic femeie sau medic bărbat (după caz);
- teamă față de medic;

toate putându-le sintetiza în “a comunica semnifică a pune sau a avea ceva în comun”.

În ceea ce privește **domeniul farmaceutic**, există și aici **bariere**, Rusu A, Pașca MD, Hancu G (2014) legate datorate:

- *farmacistului*:
 - timiditatea acestuia;
 - oboseala;
 - probleme personale;

- bariere semantice;
- lipsa de experiență în comunicarea cu pacientul;
- lipsa abilităților de comunicare;
- alegerea unor mesaje inadecvate (mesajul este echivoc din cauza unor cuvinte nepotrivite, utilizarea unui limbaj de specialitate);
- lipsa de încredere în comunicarea interpersonală;
- teama de a nu face față întrebărilor pacientului;
- lacune în pregătirea profesională;
- lipsa respectului reciproc;
- lipsa de concentrare asupra pacientului (execută sarcini multiple în același timp);
- prejudecăți, percepții false;

- nu oferă feedback pacientului;
- ***pacientului cu dizabilități:***
 - neîncrederea în farmacist;
 - tipologia;
 - vârsta;
 - sexul;
 - tipul de handicap;
 - prejudecăți vizând actul farmaceutic;
 - experiențe anterioare neplăcute;
 - oboseală;
 - probleme personale;
 - nu știe să asculte sfatul dat;
 - model cultural diferit;
 - bariera de limbă;
 - lipsa respectului reciproc;
 - lipsa abilităților de comunicare;

La toate acestea și nu lipsită de interes, vizând perspectiva din care barierele de comunicare, se dovedește a fi și următoarea întâmplare: “Pe podul Brooklyn într-o dimineață de primăvară, un orb cerșete având pe genunchi un carton pe care scrie - orb din naștere. Mulțimea trece indiferentă, până în momentul în care, un necunoscut se oprește, ia cartonul, îl întoarce, mângălește câteva cuvinte pe el și pleacă. Imediat după aceea miracol. Fiecare trecător întoarce capul și mulți, înduioșați, se opresc și aruncă un bănuț în cutie. Cele câteva cuvinte spun foarte simplu: este primăvară, iar eu nu pot să o văd.” Mucchelli A 2002.

De asemenea, la nivelul de **comunicare și relaționare a pacientului cu dizabilități**, cu **nutriționistul**, se pot găsi unele inavertențe cum ar fi din partea:

- *nutriționistului*:
 - neacceptarea pentru consult a unui pacient cu dizabilități;

- lipsa empatiei privind tipul de handicap;
- diferențe culturale;
- diferențe de limbă;
- vârsta;
- sexul;
- incapacitatea de a gestiona o situație - problemă ivită;
- lipsa de experiență privind activitatea cu pacientul cu dizabilități;
- probleme personale;
- ***pacientului cu dizabilități:***
 - diferențe culturale;
 - diferențe de limbă;
 - vârsta;
 - sexul;
 - neputința de a se exprima coerent;
 - tipul de handicap;

- neacceptarea unor probleme de nutriție;
- orgoliu;
- carențele afective;
- conduita, atitudinea și comportamentul deviant ce pot interveni la un moment dat.

Atât în cazul:

- medicului;
- medicului stomatolog;
- farmacistului;
- nutriționistului;

cât și a pacientului cu dizabilități pot apărea ad-hoc, **bariere** în comunicarea și relaționarea, dintre cei doi actori, acestea personalizând personajele în cauză, dar și individualizându-le.

Găsirea pe moment a ceea ce reprezintă impasul și soluționarea situației-problemă, prin **dezamorsarea unui posibil conflict**, reprezintă din partea celor dintâi:

- profesionalism;
- responsabilitate;
- calitatea actului de intervenție;
- empatie;
- onestitate;
- acceptare;
- înțelegere;
- toleranță;
- încredere;

dar mai ales, **respect** pentru beneficiar făcându-și-l prieten și nu... dușman, căci, sănătatea e mai bună decât toate, pornind inevitabil de la proverbul chinezesc “Cuvintele sunt doar cuvinte, fără inimă nu au nici un sens!”

Cap 2 - Pacientul cu dizabilități - abordare cognitivă

2.1 - identități;

2.2 - structuri;

2.3 - drepturi;

2.4 - mobilități;

2.1 identități

În periplul nostru cognitiv, e necesar a ne lămurii niște termeni, privind identitatea lor, fapt ce va duce la folosirea acestora, corect și în cunoștiință de cauză.

Astfel, conform DEX (2009):

a. **bolnav** = (ființă) care suferă de o boală;

= om suferind;

= beteag;

denumind-se o calitate dobândită printr-o stare

b. **pacient** = persoană bolnavă care se găsește în tratamentul unui medic

= persoană supusă unui supliciu;

= victimă

= martir;

= care are răbdare;

= calm;

= răbdător;

situație apărută într-un context și la un moment dat.

Alături de uzualii termeni folosiți mai ales în sistemul de sănătate și care din punct de vedere psihosocial au un impact supus de multe ori unor interpretări verosimile sau nu, într-un alt segment cognitiv, vorbim de **persoană cu dizabilități** (sau cu cerințe educative speciale - CES) ce poate deține pe termen scurt sau mai lung una dintre calitățile amintite anterior (bolnav, pacient).

În segmentul strict de specialitate, aceste persoane poartă numele de **beneficiari** și sunt încadrate

social într-o ecuație medicală, fiind necesar astfel a face diferența dintre, Verza F. (2002)|:

- a. **deficiență** = se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic (pierderea sau deficitul unor funcții ori chiar a unui organ ce defavorizează desfășurarea activității);
- b. **handicap** = accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediul și ia în considerație și stările critice ce apar prin:
 - educație deficitară;
 - condiții de mediu ce defavorizează evoluția normală;
 - perturbări funcționale sau destructurarea lor;
 - inadaptări;
 - obișnuințe și comportament neadaptiv;
 - întârzieri;

- retarduri;

cât și privațiunea temporală de o funcție sau alta.

În acest context, e necesar a sublinia faptul că, persoana și/sau pacientul cu dizabilități trebuie să:

- beneficieze din partea noastră de:

- înțelegere - încredere – întrajutorare;

- îi înlăturăm în fiecare clipă:

- disconfortul - depersonalizarea – dizarmonia;

- ajungem la momentul de:

- acceptare - acomodare – atitudine;

reușind a le acorda o nouă șansă prin:

- speranță - dragoste - dăruire.

Totodată, **beneficiarul** își regăsește acceptul, valoarea, eficiența și calitatea de persoană, având la baza integrării sale psiho-sociale, componente ca:

- **cea psihologică** ce constă în:

- cunoașterea particularităților specifice dezvoltării psihice a persoanei și a tuturor componentelor personalității;
- atitudinea și reacțiile persoanei în raport cu deficiența sau cu incapacitatea sau/și în relațiile cu cei din jur;
- modul de manifestare a comportamentului în diferite situații;
- identificarea disfuncțiilor la nivel psihic;
- identificarea căilor de recuperare/ compensatorii a funcțiilor psihice afectate;
- asigurarea unui cadru de securitate și confort afectiv pentru menținerea echilibrului psihic și dezvoltarea armonioasă a personalității;
- **cea pedagogică** ce constă în:
 - evidențierea problemelor specifice în educarea, instruirea și profesionalizarea

persoanelor cu diferite tipuri de deficiențe;

- adaptarea/modificarea conținutului învățământului în funcție de nivelul evoluției și dezvoltării biopsihice a subiecților supuși educației;
- asigurarea unui cadru optim de pregătire astfel încât fiecare subiect supus educației și instruirii să asimileze un minim de cunoștințe și deprinderi practice necesare integrării sociale;
- **cea socială** ce constă în:
 - inserția bio-psiho-socio-culturală a persoanei în realitatea socială actuală sau în schimbarea pe axele: profesională, familială și socială;
 - acțiuni de prevenire și susținere a unor politici coerente și flexibile pentru pro-

tecția și asistența socială persoanelor aflate în dificultate;

- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunității față de persoanele aflate în dificultate;
- existența unor posibilități de valorificare a potențialului atitudinal al acestor persoane cu dizabilități, în folosul comunității.

Practic, asistența psiho-peda-socială a persoanelor cu dizabilități (CES) constituie un ansamblu de măsuri luate în vederea:

- depistării;
- diagnosticării;
- recuperării;
- educării;
- instruirii;

- profesionalizării;
- adaptării;
- integrării sociale,

a persoanelor care prezintă o serie de deficiențe de natură:

- intelectuală;
- senzorială;
- fizică;
- psihică;
- comportamentală sau de limbaj,

precum și a persoanelor aflate în situații de risc, datorită mediului în care trăiesc, resurselor insuficiente de subzistență sau prezența unor boli cronice sau fenomene degenerative care afectează integritatea lor biologică, psihologică și/sau socială.

Delimitând sub acest aspect identitățile amintite anterior, se impune abordarea cognitivă a structurilor de handicap întâlnite în contextul expozeului nostru,

la beneficiari, indiferent de vârstă și/sau statusul social al acestora.

2.2 – structuri

Ca și structuri privind identificarea handicapului, vorbim despre cel de:

- **intelect (oligofrenie);**
- **auz (surdologie);**
- **văz (tiflologie);**
- **limbaj (tulburări-logopedie);**
- **motricitate (locomotor);**
- **polihandicap:**
 - surdo-mutitate;
 - surdo-cecitate;
 - autism;

urmărind a fi prezentate într-o formă accesibilă înțelegerii de către medic, medic stomatolog, farmacist și

nutriționist astfel încât acțiunile lor să fie în cunoștință de cauză, **eliminând din start, fenomenul de discriminare.**

1. Handicapul de intelect se identifică și printr-o serie de termeni ca:

- deficiență mintală;
- inadaptare;
- întârziere mintală;
- oligofrenie;
- debilitate mintală;
- encefalopatie infantilă

După Zazzo R (Pașca MD - 2012), debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mentale, insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta insuficiență ai cărei factori determinați sunt biologici (normali sau patologici) și cu efect ireversibil în stadiul actual al cunoștințelor.

Astfel, **handicapul de intelect** se clasifică în funcție de coeficientul de inteligență (QI - exprimat în centile) în:

- **intelect de limită** sau liminar cu un QI estimat între 85-90 și marchează granița dintre normalitate și handicap;
- handicap de **intelect ușor** (debilitate mintală) cuprins între 50-85 QI ce corespunde unei dezvoltări normale la vârstă cronologică între 7-12 ani;
- handicap de **intelect sever** (imbecilitate) cu un QI între 20-50 ce corespunde unei dezvoltări normale la vârstă cronologică de 3-7 ani;
- handicap de **intelect profund** (idioțenie) sub 20 QI, ce corespunde ca vârstă cronologică normală până la 3 ani.

Este bine de știut faptul că, după **gradul de handicap**, beneficiarul poate intra într-un program de **recuperări** prin activități de:

- învățare;
- psihoterapii;
- terapii ocupaționale;
- adaptare;
- profesionale;
- integrative socio-profesionale;

intervenția medicamentoasă fiind necesar a ține cont de aceste măsuri în cunoștință de cauză.

În cadrul handicapului de intelect se pot manifesta și unele elemente sau prezente în complexitatea lor, **sindroame** legate în acest context, cum ar fi:

- Down - Trisomia 21 - mongoloizi – recunoaștere facială;

- Oligofrenia fenilpiruvica - absența unor enzime - piele foarte sensibilă - blond - ochi albaștri;
- Idioția armuratică - apare după 3-6 luni;
- Gorgoilismul - statura mică - nu crește - înfățișare de bătrân;
- Hipertelorismul - aspect animalic;
- Turner;
- Cretinismul endemic - lipsa iodului

toate aceste informații constituind un punct de plecare în comunicarea medicului, medicului stomatolog, farmacistului și nutriționistului cu un beneficiar pacient ce dezvoltă un asemenea handicap.

2.Handicapul de auz face parte din categoria afecțiunilor senzoriale și apare la vârste timpurii, intervin dificultăți majore în însușirea limbajului (mușe-

nia), iar când degradarea auzului se produce după achiziția structurilor verbale are loc un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice.

Măsurat în decibeli (dB), handicapul depistat pornește de la valoarea de:

- pierderea redusă a auzului - 25-40 dB;
- pierderea medie a nivelului auditiv - 40-60 dB;
- starea gravă a nivelului auditiv -60-90 dB;
- pierderea aproape în întregime a capacităților auditive - 90-110 dB;
- surditate totală - peste 110 dB.

Decodificat și sub forma de:

- **hipoacuzie**
- **surdo-mutitate**
- **în curs de demutizare,**

iar pe lângă educația specială, cei în cauză:

- învață tehnici de comunicare – labiolectură (cititul de pe buze);
- își însușesc alfabetul/limbajul mimico-gestual,

elemente care-i ajută să relaționeze și socializeze cu cei din jur (normal, și/sau cu handicap).

3.Handicapul de văz, apare la persoanele cărora le este afectată vederea, începând de la naștere, sau pe parcursul vieții, din cauza unor boli sau/și accidente și se manifesta sub formă de:

- **ambliopie;**
- **cecitate (orbire),**

fiind persoane orgolioase și care în general **nu** manifestă și un handicap de intelect, important este ca în comunicarea cu ei, să evităm etichetări/formulări de genul: chiori, orbi, indicat fiind termenul de **nevăzători**.

Comunică între ei și prin scrierea Braille, fac parte din societate, având lumina lor interioară, nedorind a fi marginalizați ci din contră, integrați.

4. Handicapul de limbaj, sau tulburarea de limbaj, apare la o anumită vârstă și din varii motive. Persoanele care dezvoltă o tulburare de limbaj, manifestă în general și o stare de frustrare, iar comunicarea cu cei din jur se face cu greutate, deoarece teama de a nu greși, îi împiedică în multe cazuri de a mai relaționa cu cei din jur.

Terapia logopedică poate începe cu copiii de la vârsta de 4 ani, iar în cazul persoanelor cu AVC, în momentul declanșării procesului complex de recuperare.

În cadrul tulburărilor de limbaj, **se regăsesc categorii sub forma de:**

- pronunție (dislalie, rinolalie, dizartrie);

- ritm și fluență a vorbirii (bâlbâială, balbism, bradilalie);
- voce (afonie, disfonie, fonestenie);
- polimorfie (afazie, alalie);
- dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, selectiv sau voluntar);
- retard sau întârziere în dezvoltarea genelor vorbirii;
- bazate pe disfuncții psihice (dislogii, ecolalii);
- legate de citit-scris (dislexie-alexie, disgrafie-agrafie);

Este de remarcat faptul că, **tulburarea de limbaj**, se poate ameliora sau elimina ținând cont de:

- etapele în care se acționează;
- diagnosticul;
- vârsta;

dublate sau nu de dorința pacientului/beneficiarului de a putea să-și rezolve sau nu problema vorbirii, inclusiv a comunicării, vizându-se în primul rând:

- încredere în sine;
- stimă de sine;

astfel încât să-i redăm celui în cauză demnitatea umană și nu numai.

5.Handicap de motricitate (fizic, loco-motor), se clasifică în segmente precum cea a:

- **deficienței morfologice globale:**
 - de creștere (nanosemie, gigantism);
 - de nutriție (obezitate, debilitate fizică);
 - de atitudine (insuficienta aparatului de susținere, rigiditate);
 - tegumente (pete, cicatrici uscate, umede);

- musculatura (medie, redusă, tonus scăzut);
- oasele (groase, scurte, lungi, rahitism);
- articulațiile (deformate, mobilitate redusă, exagerarea imobilizării);
- comportament (inhibat, apatic, astenic, iritabil);
- **deficienței morfologice ale:**
 - capului, feței, gâtului;
 - trupului (torace, abdomen, spate, coloana vertebrală, bazin);
 - membrele superioare (umeri, brațe, coate, antebraț, degete, omoplați);
 - membrelor inferioare (în totalitate, șolduri, genunchi, glezne, degete);

Literatura de specialitate, prezintă și o altă clasificare, pornind de la:

- **deficiențe ale aparatului neuro-muscular** (paralizii);
- **deficiențe și tulburări ale aparatului și marilor funcțiuni;**
 - aparatul respirator;
 - aparatul cardiovascular;
 - aparatul digestiv și ale funcțiilor de nutriție;
 - sistemul endocrin (tulburări de creștere și dezvoltare);
 - organe de simț;

enumerările anterioare demonstrând varietatea situațiilor problemă existente cât și necesitatea de a fi cunoscute, dar mai ales abordarea lor în raportul de comunicare medic-beneficiar versus beneficiar-medic să fie eficientă.

6.Handicapul de comportament, presupune cunoașterea manifestărilor comportamentale, ce au la

bază, unele atitudini și conduite de risc, dependente fiind de:

- nivelul intelectual;
- cunoștințele și experiențele de viață;
- caracteristicile organizării sociale;
- funcționalitatea relațiilor intersubiective;

acestora, adăugându-se ca parte educativă influența (de cele mai multe ori nefastă):

- grupului;
- străzii;
- găștilor;
- școlii;

ajungându-se în unele cazuri, la comportament deviant, prim pas spre delincvența juvenilă și nu numai.

Privit dintr-o altă perspectivă, handicapul de comportament se manifestă:

- **în plan intern**, sub formă de:

- anxietate și frustrare prelungită;
- slabă dezvoltare afectivă și indife-
rență;
- trăirea unor tensiuni exacerbate;
- izolarea și evitarea celor din jur;
- **în plan extern**, sub formă de:
 - frică;
 - mânie;
 - minciună;
 - furt;
 - vagabondaj;
 - râs și plâns nestăpânit;
 - negativism;
 - jaf (tâlhărie);
 - viol;
 - omor;

toate acestea apărând pe fondul unei imaturități psihice, a infantilității și destructurărilor de personalitate, manifestându-se inadaptare și din punct de vedere:

- fizic;
- psihic;
- social;

marcându-și astfel “teritoriul”.

7.Polihandicapul, în cazul de față, va cuprinde doar câteva referiri asupra autismului/tulburărilor din spectru autist, chiar dacă unii specialiști, nu-l includ în această categorie, cu toate că este o boală/tulburare caracterizată prin:

- afectarea dezvoltării creierului;
- afectarea abilităților mentale;
- afectarea stărilor emoționale;
- afectarea abilităților comunicaționale ale unei persoane,

având, grade de dezvoltare ce delimitează anumite evoluții.

Astfel, Wing L. - după Gîfei M (2009) subscrie patru grupe de autism în funcție de:

- **grupul celor distanți** (aloof) = formă severă de autism, unde indivizii nu inițiază și nici nu reacționează la interacțiunea socială, deși unii acceptă și se bucură de anumite forme de contact fizic; unii copii sunt atașați la nivel fizic de adulți, dar sunt indiferenți la copiii de aceeași vârstă;
- **grupul celor pasivi** (parssive) = formă mai puțin severă în care indivizii răspund la interacțiunea socială, însă nu inițiază contacte sociale;
- **grupul celor activi sau bizari** (active but odd) = în care indivizii inițiază contacte sociale, însă le lipsește reciprocitatea, este vorba adesea de o interacțiune unidirecțională,

aceștia acordând puțină atenție sau neacordând nici o atenție/răspunsului celor pe care îi abordează;

- **grupul celor nenaturali** (stilted) = în care indivizii inițiază și susțin contacte sociale, însă într-o anumită manieră foarte formală și rigidă, atât cu străinii cât și cu familia sau prietenii, fiind tipul de interacțiune socială, ce în general ridică probleme în înțelegerea comunicării și manifestării dificultăți serioase în înțelegerea și împărtășirea emoțiilor celorlalți și cu ceilalți.

De asemenea, pentru încadrarea într-un tratament eficient și durabil, e necesar a se cunoaște și respecta, principiile care stau la baza acestei acțiuni și anume:

- structurarea unui comportament cât mai apropiat de normal = care să cuprindă cele trei domenii de activitate:

- cognitiv;
- limbaj;
- social;
- stimularea copilului autist să învețe, să achiziționeze = limbaj de autodirecționare, învățarea se va face în pași mărunți, fiind stimulat și premiat pentru fiecare succes minim obținut;
- reducerea rigidității și stereotipiei comportamentale = planificarea corectă a pașilor de urmat și acceptați în timp de copil cât și stimularea senzorială ce este acum, foarte eficientă;
- eliminarea comportamentelor nespecifice (furie, agresiune, etc) = activităților psihoterapeutice specifice, li se alătură și terapia medicamentoasă:

- ameliorarea tensiunii familiale = implicarea în recuperarea și socializarea persoanei autiste, înlăturându-se în timp, prin:
 - înțelegere;
 - acceptare;
 - toleranță;

iminentele reacții de:

- culpabilizare;
- depresii;

și resentimentul de a avea un copil cu handicap, încercând totuși a menține un echilibru sănătos într-o astfel de familie.

Și cu toate cele descrise anterior conjunctural, pacienții cu dizabilități (beneficiarii) au drepturi precum toate celelalte categorii, ei având în plus și calitatea de a fi vulnerabili, vulnerabilitatea lor, dând

nota caracteristică temporo-spațială, ținând cont de tipul de handicap și manifestările acestuia.

2.3. drepturi

Președintele Federației ONPHP, Francisc Simon, sublinia faptul că: “este cunoscut de noi toți un adevăr care nu poate fi contestat de nimeni. O societate mai bună pentru persoanele cu dizabilități, este o societate mai bună pentru toți. O asemenea societate se poate realiza promovând o legislație adecvată, care să descătușeze și să canalizeze energia tuturor membrilor societății, să favorizeze folosirea acestor energii, prin participarea deplină a tuturor cetățenilor în scopul cererii și creșterii bunăstării pentru toți.”

Subliniind aceste valori, în anul 2005, Guvernul României, elaborează Strategia Națională pentru protecția, integrarea și incluziunea socială a persoanelor cu handicap în perioada 2006-2013, care își propune

realizarea unei politici naționale pentru protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap prin următoarele obiective generale, W.H.O. (2002):

- promovarea integrării sociale a persoanelor cu handicap ca cetățeni, activi în măsură de a-și controla viață;
- acordarea de sprijin pentru familiile care au în componență persoane cu handicap;
- creșterea gradului de ocupare a forței de muncă pentru persoanele cu handicap.

Totodată, prin Constituția României revizuită în anul 2003, în articole speciale se prevăd următoarele:

- articolul 50:

Persoanele cu handicap se bucură de protecție specială. Statul asigură realizarea unor politici de egalitate a șanselor, de prevenire și de tratament ale handicapului, în vederea participării efective a persoa-

nelor cu handicap în viața comunității, respectând drepturile și îndatoririle ce revin părinților și tutorilor.

-articolul 72:

(1) Orice persoană cu handicap care dorește să se integreze sau să se reintegreze în muncă, are acces gratuit în evaluarea și orientarea profesională, indiferent de vârstă, tipul și gradul de handicap.

-articolul 76:

Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului stabilește măsuri privind egalitatea de șanse pentru persoanele cu handicap, asigurând, acolo unde este necesar, suport adițional adaptat nevoilor adulților cu handicap, sprijinind accesul acestora ca unitate și instituțiile de învățământ superior. Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului, inițiază programe de educație permanentă a adulților cu handicap și asigură implementarea lor, privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap.

În același context, Legea 448/2006 privind protecția și promovarea drepturilor persoanelor cu handicap, republicat și cuprinzând la zi a fost publicat în Monitorul oficial nr. 1 din 3 ianuarie 2008, urmărind pași de înnoire și adaptare, fiind adusă la zi, 2021.

Articolul 1 al legii stipulează faptul că prezenta lege reglementează drepturile și obligațiile persoanelor cu handicap acordate în scopul integrării și incluziunii sociale a acestora.

În capitolul II - Drepturile persoanelor cu handicap, secțiunea 1 - sănătate și recuperare, la următoarele articole se stipulează:

-articolul 9:

1. Pentru protecția sănătății fizice și mentale a persoanelor cu handicap, autoritățile publice au obligația să ia următoarele măsuri specifice:

- să includă nevoile persoanelor cu handicap și ale familiilor acestora în toate

politicile, strategiile și programele de dezvoltare regională, județeană sau locală, precum și în programele guvernamentale de ocrotire a sănătății;

- să creeze condiții de disponibilitate, respectiv de transport, infrastructură, rețele de comunicare, a serviciilor medicale și socio-medicale;
- să înființeze și să susțină centre de reabilitare specializate pe tipuri de handicap;
- să creeze condiții pentru asigurarea tehnologiei asistive și de acces;
- să dezvolte programe de prevenție a apariției handicapului;
- să sprijine accesul la tratament balnear și de recuperare;
- să includă și să recunoască sportul ca mijloc de recuperare, dezvoltând programe specifice;

2. Persoanele cu handicap, familiile acestora sau reprezentanții lor legali au dreptul la toate informațiile referitoare la diagnosticul medical și de recuperare/reabilitare la serviciile și programele disponibile, în toate stadiile acestora, precum și la drepturile și obligațiile în domeniu.

-articolul 10:

Persoanele cu handicap beneficiază de asistență medicală gratuită, inclusiv de medicamente gratuite, atât pentru tratamentul ambulatoriu cât și pe timpul spitalizării în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condițiile stabilite prin contractul-cadru.

-articolul 11:

1) În vederea asigurării asistenței de recuperare/reabilitare, persoanele cu handicap au dreptul la:

- a. dispozitive medicale gratuite în ambulatoriu, conform listei și în condițiile prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurațiilor sociale de sănătate și a normelor sale de aplicare;
- b. servicii gratuite de cazare și masă și pentru însoțitorul copilului cu handicap grav sau accentuat ori al adultului cu handicap grav sau accentuat în unitățile sanitare cu paturi, sanatorii și stațiuni balneare, la recomandarea medicului de familie ori a medicului specialist, asigurate la Fondul Național unic de asigurări sociale de sănătate conform Contractului - cadru privind condițiile acordării asistenței sociale medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

Sub asemenea auspicii, pacientul cu dizabilități, se poate bucura de facilitățile statului privind menți-

nerea sănătății atât fizice cât și mentale, creându-i totodată și premisele unei recuperări psiho-motorii alături de integrarea și incluziunea socială.

2.4 mobilități

În abordarea pacientului cu dizabilități, e necesar ca:

- a. medicul de familie, specialist;
- b. medicul stomatolog;
- c. farmacistul;
- d. nutriționistul;

să pornească de la acele premise care fac trimitere directă la cunoașterea pacientului/beneficiarului, sub forma unor itemi cum ar fi, pentru:

A. Medicul de familie/specialist:

- să-i inspire încredere;

- să-i explice pe înțelesul lui (acolo unde e cazul și se poate) problema medicală pe care o are;
- să-i accepte explicațiile;
- să-l accepte și să-l înțeleagă ca persoană cu dizabilități;
- să nu creeze stări conflictuale;
- să-i înțeleagă suferința;
- să comunice cu părinții sau persoanele ce-l însoțesc;
- să-i observe reacția corpului la anumiți stimuli;
- să dezamorseze stări conflictuale;
- să ia atitudine;
- să determine o atitudine pozitivă față de pacient pe durata consultului și a tratamentului;

- să dezvolte elemente de comunicare non-verbală;
- să evite inițierea unor discuții contradictorii și neconstructive;

practic, să-și controleze propria atitudine, conduită și comportament față de **pacientul cu dizabilități**.

B. Medicul stomatolog e necesar să marcheze unele puncte de vedere pertinente sau nu, legate de:

- dorința de a avea pacienți cu dizabilități sau nu, indiferent de vârstă sau sex;
- programarea lor specială/diferită față de alții pacienți;
- considerarea unor tere privind gradul de dificultate:
 - comunicare;
 - handicap;
 - vârstă;

- tratament;
- manifestările lor specifice;
- dificultatea de comunicare privind handicapul pacientului:
 - intelect;
 - auz;
 - vâz;
 - tulburări de limbaj;
 - tulburări de comportament;
 - polihandicap;
 - motricitate;
- modalități de apreciere a elementului de comunicare pornind de la empatie;
- importanța aparținătorului de a fi sau a nu fi prezent în cabinet alături de pacientul cu dizabilități;

- existența sau nu a segmentului de diferențiere între pacienții cu dizabilități și ceilalți pacienți;
- necesitatea existenței a:
 - unei pregătiri speciale medicale;
 - unor cabinete stomatologice speciale, privind atât abordarea cât și eficiența intervenției medical-stomatologice specifică, dorindu-se respectarea practic a drepturilor pacientului cu dizabilități;

De asemenea, cooptarea medicului stomatolog în echipa multidisciplinară a unei fundații, asociații, sau ONG pentru persoanele cu dizabilități (copii, tineri, adulți) alături, de:

- medicul curant;
- psiholog;
- psihopedagog special;

- psihoterapeut;
- asistent social;

va întregi formula succesului, iar abordarea problemelor stomatologice ale beneficiarului, nu va mai fi o ... problemă, ci o ... reușită, prin educație și consecvență.

C. Farmacistul se va raporta la secvențe de conduită și atitudine comportamentală, pornind de la:

- existența sau nu a pacientului cu dizabilități;
- accesul cu dificultate a acestora în farmacie;
- atitudinea corectă față de pacientul cu dizabilități;
- existența sau inexistența unei diferențe de natură discriminatorie a persoanelor/ pacienților cu dizabilități și celorlalte persoane/pacienți;

- înlăturarea elementului de marginalizare vizând abordarea lor în unitățile farmaceutice;
- elemente specifice de comunicare, interacționarea și socializare cu pacientul cu dizabilități;
- folosirea cu eficiență maximă a spațiului special creat în care sunt abordate persoanele cu dizabilități și/sau pacienții cu dizabilități,

cât ai faptul de a crea (dacă se poate) în toate unitățile farmaceutice, a spațiului special confidențial pentru pacientul și/sau persoana cu dizabilități, îmbunătățind comunicarea și relaționarea dintre cei doi.

D. Nutriționistul se va implica mai ales în elaborarea unei strategii educațional-nutriționale care va avea în vedere, ținând cont de:

- handicap;

- diagnostic;
- vârstă;
- sex;

menținerea unei greutateți optime, printr-o alimentație, și comportament adecvat, pornind de la:

- numărul și orele meselor care trebuie să fie regulate;
- masticăția să se facă încet, mărunțind bine alimente;
- evitarea în timpul servirii meselor a:
 - conversațiilor;
 - stărilor conflictuale;
 - vizionarea unor emisiuni TV;
 - conduitelor de risc comportamental;
- realizarea unui ambient plăcut și sigur în timpul actului nutrițional;

- crearea unei atmosfere calme, liniștite și cordiale privind acceptarea anumitor alimente (noi, impuse în dieta, regim);
- să nu depășească limita de sațietate, înlăturând șansele de “prea plin”.

astfel încât, să putem **elabora** o logistică nutrițională personalizată pacientului cu dizabilități aflat într-o situație ce necesită o asemenea intervenție de specialitate.

În secvențele anterioare, ne-am permis a crea o parte din modalitățile de abordare a pacientului cu dizabilități, din perspectiva **actorului=specialist**.

Dimensiunea cunoașterii și abordării din partea **actorului-pacient cu dizabilități**, așteptările acestora vizând **actul medical-farmaceutic-nutrițional**, poate fi gestionat din perspectiva (raportarea directă a acestuia) la **medic**:

Pacientului cu dizabilități - **handicapul de auz**, vizând:

- existența unor proceduri medicale făcute (audiograma);
- cunoașterea diagnosticului prin depistarea tipului de hipoacuzie;
- atitudinea și comportamentul medicului specialist (orelist) privind:
 - comunicarea diagnosticului și tratamentului;
 - limbajul medical folosit;
- elementul de satisfacție vizând comunicarea medicului;
- existența sau nu a diferențelor privind cuvântul medicului față de el, ca pacient cu dizabilități și restul pacienților;
- recomandarea spre unele organizații, fundații, ONG-uri pentru persoanele hipoacuzice;

Totodată, pacientul hipoacuzic, referitor la relația ce-o dezvoltă cu medicul, să:

- asculte indicațiile medicale primite;
- conștientizeze că medicul îi vrea binele;
- acorde încredere personalului medical;
- urmeze tratamentul prescris,

toate acestea, înscriindu-se în galeria celor doi actori mulțumiți și satisfăcuți de comunicarea și relaționarea lor medicală.

Pacientului cu dizabilități - **handicapul de văz**, vizând:

- evaluarea clinică;
- timpul acordat consultului medical;
- empatia medicului;
- conduita medicului oftalmolog privind:
 - comunicarea diagnosticului, a tratamentului și a prognosticului;
 - limbajul medical folosit;

- implicarea aparținătorilor în actul de comunicare cu medicul;
- existența sau nu a unei atitudini anoste, lipsită de amabilitate și respect din partea medicului;
- etica profesională, cerând corpului medical să:
 - folosească un limbaj pe înțeles;
 - să fie mai receptivi și bine informați;
 - fie mai înțelegători, blânzi și populari;
 - se apropie sufletește de cel bolnav;
 - se ia în considerare și părerea pacientului cu dizabilități;
 - asigure un sprijin moral astfel încât lumina să lumineze.

Pacientului cu dizabilități - **handicapul de motricitate (locomotor)**, unde interesul a urmărit:

- comunicarea cu medicul în perioada internării, vizând:
 - limbajul folosit (diagnostic, tratament, prognostic);
 - atitudinea, amabilă sau reticentă;
 - relația cu aparținătorul;
- diferența în atitudinea personalului medical în comparație cu ceilalți pacienți;
- comunicarea cu personalul medical;
- pregătirea medicului vizând comunicarea cu pacientul cu dizabilități (în scaun cu roțile);
- atitudinea personalului medical în vederea îndrumării la externare, spre o

fundație, asociație, Ong-uri care au în vedere handicapul locomotor;
practic, existenței unei colaborări medic-beneficiar, va fi constructivă vizând rezultatele ce pot fi obținute în cadrul terapiei medicamentoase și nu numai.

Pacientului cu dizabilități - **la medicul stomatolog**, pornind de la :

- îngrijirea sau nu a danturii, cu factor important de menținere a sănătății orale;
- preferința pentru un anumit medic stomatolog sau nu;
- necesitatea de a fi sau nu însoțit la cabinetul stomatologic;
- starea emoțională creată în cabinetul stomatologic;
- eliminarea stărilor conflictuale ce pot apărea vizând mai ales locația și ambientul cabinetului medical;

- preferința față de genul medicului stomatolog (femeie sau bărbat)
 - existența unei comunicări eficiente cu medicul stomatolog privind și elementul de empatie;
 - carențe în relație cu medicul stomatolog.
- cât și necesitatea în anumite cazuri a existenței unor medici stomatologi, cabinete stomatologice specializate în tratarea și consultul pacientului cu dizabilități pornind în primul rând de la tipul de handicap.

Pacientului cu dizabilități ce are nevoie de **nutriționist**, trebuie să ia în considerare faptul că:

- e bine să țină cont de: cât, unde, cum mănâncă și cu cine;
- e necesar a respecta orele principale de masă;

- s-ar putea să fie gurmand (îi place să mănânce) și greutatea corporală să devină o problemă;
- dacă are nevoie, datorită tipului de handicap de:
 - un regim alimentar special;
 - o dieta corespunzătoare;

astfel încât cuprinderea într-un program nutrițional să completeze terapia medicamentoasă și nu numai.

Dacă comportamentul alimentar normal presupune mai multe etape, cum ar fi:

- cea de căutare, stocare sau preparare a alimentelor;
- propriu-zisă a alimentației;
- cea a digestiei;

acestea fiind programate în biologia noastră ca:

- senzația de foame (nevoia de a mânca);

- plăcerea de a mânca;
- sațietatea,

toate răspunzând unor factori externi derulați în timp, în cadrul pacientului cu dizabilități, **hrana** pe care o va consuma va trebui să-i furnizeze energia necesară traiului zilnic și nu numai.

Abordarea și existența unui **pachet nutrițional personalizat**, va porni de la:

- menținerea sănătății fizice și psihice;
- cunoașterea și aplicarea cerințelor nutriționale după particularitățile de vârstă;
- implicarea elementului educațional în actul nutrițional;
- formarea și adaptarea unui stil de viață sănătos, prin creșterea calității vieții/acolo unde tipul de handicap o permite;
- menținerea în limita posibilului, a unui echilibru între: trup-minte-suflet;

- eliminarea carnetelor atitudinal-comportamental-educational, vizând actul nutrițional,

toate acestea vor determina noi dimensiuni calitative-valorice în ceea ce privește pacientul cu dizabilități, care, în anumite situații poate să se raporteze la sintagma:

“Mănânc ca să trăiesc!”

Sau

“Trăiesc ca să mănânc!”

în stil hamletian... - A fi sau a nu fi/a găsi sau nu găsi/răspunsul corect, aceasta-i întrebarea!

O astfel de abordare cognitivă a comunicării și relaționării din:

- **partea** - medicului:
 - stomatologului;
 - farmacistului;
 - nutriționistului;

privind abordarea unor:

- strategii;
- metodologii;

face ca actul medical/farmaceutic/nutrițional din perspectiva, acestui **actor**, să fie o reușită, ținând cont de toți itemi derulați și prezentați până în acest moment.

- **partea** - pacientului cu dizabilități unde se vor însuși elementele de:

- ascultare;
- acceptare;
- toleranță;
- înțelegerea;

pentru a facilita conștientizarea în limita dată de tipul de handicap a acestui **actor**, a reușitei menținerii sănătății sale, știind că în aceasta piesă, e nevoie în permanență, de .. doi actori.

Cap. 3 - Specificul comunicării - strategii procedurale

3.1 medic;

3.2 medic stomatolog;

3.3. farmacist;

3.4 nutriționist;

3.1 medic

Fie că este **medic de familie sau specialist**, acesta în comunicarea și relaționarea cu pacientul cu dizabilități (beneficiar) trebuie să abordeze o strategie capabilă de a aduce la un numitor comun, logica cognitivă dintre cei doi actori.

În acest context, vom derula, luând fiecare tip de handicap în parte, încercând a schița premisa de la care medicul va pleca, în reușita sa. Astfel, în abordarea sa, va ține cont de anumite elemente cu ar fi:

1. **Handicapul de intelect:**

- nu te arăta impresionat neplăcut de sindromul de care suferă/sau de handicapul său,
- zâmbește, încurajează-l să-ți vorbească;
- nu te enerva dacă repetă de mai multe ori un cuvânt, o propoziție sau o frază, încearcă să rămâi calm;
- nu te arăta deranjat de zâmbetul sau rânjetul permanent (fără rost/pe care-l manifestă), fiind o consecință a handicapului;
- fă abstracție de un tic nervos pe care-l are, el fiind inconștient de el;
- nu răspunde, chiar dacă te simți frustrat și indignat la anumite apelative vulgare pe care ți le poate adresa, în inconștiența sa;
- nu riposta la modul lui de comunicare și înțelegere, deoarece vârsta cronologică

nu coincide/corespunde cu cea psihologică;

- lasă-te îmbrățișat de pacientul cu dizabilități, mai ales de cei cu sindromul Down, fiind o modalitate de afecțiune și apreciere a lor pentru o terță / altă persoană (medicul în cazul nostru);

2. Handicapul de auz:

- nu sta cu spatele la beneficiar (pacientul cu dizabilități) deoarece acesta nu te poate nici auzi, nici vedea;
- stai în fața pacientului cu dizabilități ca acesta să poată înțelege mesajul primit, din privire;
- nu-ți acoperi fața, mai ales buzele, când vorbești cu beneficiarul, ca el să poată citi de pe buze (labiolectură);

- vorbește mai tare și mai rar dacă observi o ușoară enervare sau neliniște din partea celui cu care comunic;
- arată-i prin expresia feței, că ai înțeles ce i-ai spus lui, beneficiarului;
- folosește un minim de elemente din limbajul mimico-gestual cu pacientul cu dizabilități aflat în situația dată;
- manifestă o atitudine plină de respect, înțelegerea și acceptare, zâmbindu-i;
- fii la aceeași înălțime/nivel cu pacientul atunci când îl examinezi;
- determină-l să-ți urmeze tratamentul și să fie optimist în aplicarea lui;

În acest context, se impune o minimă cunoaștere a câtorva elemente ale limbajului mimico-gestual, cu trimitere expresă către pacientul cu dizabilități - handicap de auz, aflat în momentul de comu-

nicare și relaționare cu medicul, după cum urmează
(Pașca MD - 2012):

- **bună** = rotirea palmei spre exterior, degetele răsfirate, cel mare și arătătorul lipite;
- **mulțumesc** = degetele unite sub bărbie;
- **cu plăcere** = semnul inimii, indicat locul și forma, cu cele doua degete arătătoare;
- **spital** - arătătorul și mijlociul împreunate și întinse, apăsând brațul aproape de umărul stâng;
- **medic** = ciupită cu mâna, partea exterioară a mâinii stângi;
- **medicament** = arătând cu arătătorul în partea stânga, sau degetul de la mâna dreaptă duse la gură, iar palma stânga, ușor adunată (în cauș);

- **temperatură** = degetul arătător sub brațul stâng (la subsuori);
- **mut** = degetul arătător pe gura închisă;
- **surd** = arătătorul și mijlociul lipite, duse la ureche;
- **nevăzător** = frecatul la ochi cu pumnul;
- **plasture** = arătătorul și mijlociul lipite, arătând antebrațul stâng;
- **poftim** = palmele întinse spre persoană;
- **a cunoaște** = arătătorul la tâmplă;
- **a vrea** = degetele ating bărbia;
- **durere** = pumnul drept ușor ridicat la piept;
- **a iubi** = palma deschis aproape de inimă;
- **a muri** = palmele trecute una peste alta;
- **rău** = pumnul cu arătătorul în forma de cârjă, la tâmpla dreaptă;

- **a dezbracă** = palmele deschise de la umăr spre exterior;
- **a îmbrăca** = prinderea ușoară a hainei cu degetele (ca la ciupit);
- **viață** = deschiderea în “L” a degetelor mari și arătătorul, rotire de sus în jos;
- **a aștepta** = arătătoarele ridicate, restul degetelor în pumni;
- **a spune** = degetul arătător la gură;
- **a cere** = palmele împreunate la nivelul pieptului;
- **a răspunde** = apropierea degetele mare și arătătorul, pumnul închis;

Lista poate continua, dar noi, le-am considerat, pe cele enumerate de “prim ajutor”, restul fiind completat de către cei ce le vor folosi concret și au nevoie stringentă de ele.

3. **Handicapul de v z:**

- poartă discu ia pentru anamneză normal, ei nu au probleme de intelect, ci de v z;
- vorbeşte cu calm, sporindu-i încrederea;
- abordează-l, fără ca acesta să se simtă ofensat sau jignit, totul să pară normal;
- stimulează-l în a participa activ în tot ce se  nt mpl  în jurul lui;
- ajuta-l să se deplaseze prin cabinet, în cazul în care observi că  nt mpin  greutate ;
- comunică  nso itorului rezultatele investiga iei medicale interpretate;
- să nu-i st rneasc  orgoliu, ştiut fiind că aceşti beneficiari sunt orgolioşi;
- să dovedească înţelegere, afec iune şi multă răbdare.

4. Tulburările de limbaj:

- să-și păstreze calmul atunci când pacientul se bâlbâie și crează o atmosferă hilară;
- să-l roage pe pacientul cu dizabilități de a repeta/vorbi mai rar atunci când urmează a comunica ceva, dacă debitul verbal este rapid;
- dorința pentru pacient de a vorbi mai tare, dacă acesta are tendința de a vorbi mai încet, aproape șoptit;
- să se poziționeze în fața beneficiarului pentru a-i putea urmări și mișcările buzelor;
- să-i acorde atenția cuvenită;

5. Handicapul de motricitate (locomotor):

- fã abstracție de deficiența morfologică globală pe care o are, de:

- creștere;
- nutriție;
- atitudine;
- tegumente;
- musculatură;
- oase;
- articulații;
- comportament;

în comunicarea cu beneficiarul;

- nu fă observații de modul în care comunică;
- consideră-l persoană egală cu care poți comunica într-o situație dată;
- ascultă-l și cere-i părerea dacă este cazul;
- acordă-i tot respectul cuvenit;
- oferă-i sprijinul de care are nevoie și pe care ți-l poate cere;

6. Handicapul de comportament:

- dovedește-i beneficiarului că poate avea încredere în tine;
- înlătură-i stările de neliniște, anxietate și frustrare;
- dezamorsează din timp un posibil conflict;
- nu lăsa “la vedere” instrumente medicale ce pot fi folosite ca “armă albă”;
- dovedește-i că ești un bun profesionist și-l poți ajuta să-și găsească soluția în rezolvarea problemei apărute la un moment dat;
- dovedește-i că ai încredere în el și că-l respecti;
- impune-te prin:
 - seriozitate;

- imparțialitate;
- rigurozitate;
- respect;

astfel încât, beneficiarul să reușească, pe cât posibil, a nu declanșa apariția unui comportament deviant ce ar putea creiona elemente de delincvență juvenilă și nu numai.

7. Polihandicapul (referitor doar la autism):

- comunică cât mai natural posibil;
- dovedește că părinții cât și beneficiarii pot avea încredere în capacitatea ta de a-i ajuta;
- îndrumă-i spre centrele speciale unde să găsească terapia cea mai adecvată stadiului în care se afla evoluția bolii cum ar fi terapia:
 - comportamentală = pentru a ajuta bolnavul să se adapteze condițiilor

sale de viață (îmbrăcat, spălat, mâncat, etc);

- audio-vizuală = pentru a-l ajuta în comunicarea verbală sau nonverbală;
- fizică = pentru a-l ajuta în controlarea propriilor stereotipii;
- limbajului = eliminarea tulburărilor de limbaj prin exerciții logopedice;
- ABA = învățare pe baza reflexului condiționat;
- PACS = are la bază, imaginea obiectului și a tuturor elementelor ce-l înconjoară, comunicarea se face pe baza imaginilor,

la care se adaugă:

- programul de integrare = îl ajută în adaptarea la cerințele lumii înconjurătoare cât este posibil (socializare);

- asigurarea unui mediu organizat de viață = este foarte important de a urma o rutină a activităților zilnice;
- controlarea regimului alimentar = există situații în care unii mănâncă foarte multă pâine;
- respectarea prescripțiilor medicale vizând tratamentul medicamentos;

Nu este lipsită de interes și / nici modalitatea de a comunica cu pacientul autist atunci când el cunoaște și folosește degetele de la mână, ca purtătoare de mesaj codificat, adresat personalului medical care trebuie să știe că:

- degetul - mare = ce fac? (de unde pornesc);
 - arătătorul = cum fac? (strategiile folosite);
 - mijlociul = unde fac? (locul desfășurării);

- inelarul = când fac? (timpul activității);
- mic = cine, cu cine fac acțiuni? (ce resurse folosesc),

astfel încât totul să se desfășoare cu multă claritate și coerență în exprimare, chiar și, de ce nu, cu empatie.

3.2 medicul stomatolog

Întregul arsenal al strategiilor procedurale aplicate de către medicul de familie sau cel specialist, se aplică pentru fiecare tip de handicap în parte, și de către medicul stomatolog, doar, existând și unele **elemente specifice** cum ar fi:

1. handicapul de auz:

- medicul trebuie să se afle cu fața la el, la nivelul lui ca înălțime;

- fața medicului va trebui să fie liberă (fără mască) pentru ca pacientul cu dizabilități să-i recepționeze, înțeleagă mesajul;
- să cunoască și să folosească elemente uzuale, mimico-gestuale necesare pentru o comunicare eficientă cu beneficiarul;

2. handicapul de vâz:

- medicul va vorbi în permanență cu calm și fermitate, înlăturându-le teama și dovedindu-le încredere;
- dacă e cazul le va facilita pipăirea instrumentarului folosit pentru a se edifica asupra procedurilor folosite;
- dacă e cazul le va facilita mirosirea unor substanțe în a înlătura o anumită reticență legată de o procedură sau alta;

- le va explica toate etapele intervenției medicale;

3. tulburările de limbaj:

- să dea dovadă de înțelegere privind limbajul, exprimarea beneficiarului;
- să-l ajute să-și învingă frica legată de vreo procedură sau alta;
- să-l ajute să depășească blocajul emoțional ce afectează comunicarea practică, teama de a vorbi);
- să-l abordeze cu optimism, însuflându-i aceeași stare de bună dispoziție;
- să nu creeze stări conflictuale;
- să depășească unele momente tensionate apărute la un moment dat, lăsându-l pe pacient să se exprime, așa cum... poate;

4. **polihandicapul** (referitor doar la autism):

- să fie cât mai natural în abordarea beneficiarului dovedind:
 - normalitate;
 - naturalețe;
 - încredere;
 - profesionalism;
- să înlăture în comunicarea și relaționarea cu pacientul autist:
 - rigiditatea;
 - pesimismul;
 - suspiciunea;
 - teama;
 - neîncrederea.

mergând spre acceptare și respect reciproc.

3.3 farmacistul

În unitățile farmaceutice, accesul persoanelor/pacientului cu dizabilități, se face destul de greu având în vedere, Rusu A, Pașca MD, Hancu G (2014):

- din perspectiva pacientului:
 - capacitatea beneficiarului de a-și procura singur medicamentele;
 - comunicarea cu farmacistul;
 - indisponibilitatea de deplasare din cauza tipului de handicap;
 - restricționarea accesului în unitățile farmaceutice datorită lipsei rampei sau a nefuncționalității ei;
- din perspectiva farmacistului:
 - tratarea egală să fie fără acte de discriminare la adresa pacientului;

- găsirea unor soluții pentru o comunicare eficientă;
 - mult calm și răbdare privind explicațiile legate de prescripțiile medicamentoase;
 - observarea cu atenție a reacțiilor corpului (limbajul non-verbal, body language);
 - dezamorsarea posibilelor stări conflictuale;
 - luarea unor atitudini corecte în anumite situații;
 - să determine o poziție pozitivă a pacientului față de medicament;
 - să-și controleze propria conduită comportamentală față de pacienți;
- cât și posibilitatea de a evita inițierea unor discuții contradictorii și neproductive/neconstructive, respec-

tând în fond, pacientul cu dizabilități căruia i se adresează.

3.4 nutriționist

Din punctul de vedere al nutriționistului, abordarea față de pacientul cu dizabilități, din perspectiva tipului de handicap, trebuie să țină cont de, Pașca MD (2017):

1. handicapul de auz:

- să stea în fața pacientului ca acesta să poată înțelege mesajul din privire;
- să nu-și acopere fața, mai ales buzele, pacientul putând face labio-lectură;
- să vorbească mai tare și mai rar dacă observă o ușoară enervare din partea pacientului;
- să folosească un minim de elemente din limbajul mimico-gestual;

- să aibă o atitudine plină de respect, înțelegere și acceptare dar, să nu uite să-i zâmbească la sfârșitul întâlnirii, salutându-l;

2. handicapul de văz:

- tonalitatea vocii să fie calmă, liniștită, astfel încât să transmită încredere pacientului;
- dacă pacientul este însoțit, explicațiile vor fi date pentru ambele părți;
- dacă este cazul, pentru credibilitate și este permis, să-i poată da, la cerere, alimentul respectiv sau produsul, pentru perceperea lui (miros, mărime, gust, greutate, ambalaj etc);

- dacă pacientul începe o conversație, în limitele cerute de bunul simț, o va putea susține;
- oferă-te să-l ajuți cu deplasarea până la ușă, în cazul în care observi că întâmpină greutăți, mulțumindu-i totodată pentru că a apelat la serviciile tale;

3. handicapul de intelect:

- nu te arăta impresionat neplăcut de sindromul de care suferă;
- zâmbește-i, încurajează-l să-ți vorbească;
- nu te enerva dacă repetă de mai multe ori un cuvânt, o frază sau o informație pe care o deține, legat de un produs, ajutându-l să se liniștească;
- nu te arăta deranjat de zâmbetul, râsul sau rânjetul permanent (fără rost) pe ca-

- re-l manifestă, ca o consecință a handicapului;
- fă abstracție de un tic nervos, pe care-l are, fiind inconștient de el;
 - nu răspunde chiar dacă te simți frustrat, la anumite apelative vulgare pe care ți le poate adresa în inconștiența lui;
 - nu riposta la modul lor de înțelegere față de cele explicate, deoarece la aceste persoane, pacienți, vârsta cronologică nu coincide cu vârsta psihologică;

4. tulburările de limbaj:

- păstrează-ți calmul când persoane în cauză se bâlbâie și crează o atmosferă hilară;

- roagă pacientul în cauză să repete rar, în situația în care debitul lui verbal este exagerat de rapid, ceea ce dorește;
- dacă vorbește prea încet, roagă-l să se exprime doar puțin mai tare;
- poziționează-te în fața lui pentru a-i putea urmări și mișcarea buzelor;
- acordă-i atenția cuvenită;
- dacă persoana manifestă elemente de afazie, ajută-l să-ți spună ce-și amintește despre subiectul în cauză;
- dacă dezvoltă o stare de mutism, roagă-l:
 - să-ți indice produsul, alimentul;
 - să-ți arate produsul, alimentul;
 - să-ți scrie totul pe un... bilețel,

astfel încât forma de comunicare a nutriționistului duce și spre o personalizare a intervenției nutriționale într-o situație dată.

5. **handicapul de motricitate** (locomotor):

- fă abstracție de deficitul morfologic global pe care o are pacientul, ce poate fi de:
 - creștere;
 - nutriție;
 - atitudine;
 - tegumente;
 - musculatură;
 - oase;
 - articulații;
 - comportament;
- nu fă observații nejustificate privind o dietă sau un regim alimentar pentru persoanele obeze sau anorexice;
- ascultă-i varianta pe care o poate avea referitor la medicația prescrisă;

- consideră-l persoană egală cu care poți conversa într-o situație dată;
- cere-i părerea dacă aceasta se impune în anumite cazuri sau situații;
- acordă-i tot respectul cuvenit;
- oferă-i sprijinul de care are nevoie și pe care ți-l poate cere.

Sub asemenea auspicii, particularizând și personalizând fiecare întâlnire cu pacientul cu dizabilități/beneficiarul:

- medicul de familie, specialist;
- medicul stomatolog;
- farmacistul;
- nutriționistul;

au posibilitatea de a aduce un plus de valoare atât comunicării cât și relaționării, formând împreună un tot, unde cuvântul și respectul față de el, rămâne o mare.. taină, așa că:

1. “Doamne, acordă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curaj să pot schimba lucrurile pe care nu le pot schimba și înțelepciunea de a vedea diferența!” (Rugăciunea Seninătății);
2. “Singurul handicap în viață este o atitudine nepotrivită” (Scott Hamilton);
3. “Inteligența nu este vorbire și raționament de logică, este pătrundere și convingere!” (Thomas Carlyle);
4. “A nu fi cum sunt ceilalți, nu înseamnă neapărat a fi mai puțin bun. Nu înseamnă decât a fi altfel în raport cu alții.” (Sass S 2012);
5. “Singura dizabilitate reală a omului nu vine cu limita de vârstă, nici cu boală, nici cu o oarecare formă de invaliditate. Singura dizabilitate reală a omului este: incapacitatea de a simți iubire pentru alții.” (Corina Abdulahm Negura);
6. “M-am săturat să fiu bolnavă!”;

7. Ruga persoanelor cu handicap

- **Binecuvântat** este cel care ascultă cu răbdare cuvintele noastre greșite, căci așa ne dăm seama dacă suntem statornici și ne putem face înțeleși.
- **Binecuvântat** este cel căruia nu-i este rușine să iasă în public cu noi, nepăsându-i de ochii ațintiți asupra noastră, viața noastră fiind mai ușoară în compania lor.
- **Binecuvântat** este cel care nu se grăbește și nu scoate munca din mâna noastră, ca să rezolve el în locul nostru, pentru că de cele mai multe ori, de timp avem nevoie și nu de ajutor.
- **Binecuvântat** este cel care stă lângă noi atunci când începem ceva nou, pentru ca văzând rezultatele, greșelile noastre se micșorează;

- **Binecuvântat** este cel care ne cere ajutorul, pentru că cel mai mare ajutor de care avem nevoie, este să fie nevoie de noi;
- **Binecuvântat** este cel care ne dovedește că nu mușchii noștri distrofici și nici sistemul nostru nervos distrus ne fac pe noi ființe, ci personalitate care ne este dată de Dumnezeu și nici cea mai mică slăbiciune nu micșorează personalitatea noastră.
- **Binecuvântat** este cel care ne înțelege fără a ne cere ceva;
- **Binecuvântat** este cel care vede persoana din adâncul sufletului nostru făcându-ne astfel să uităm, de infirmitatea trupului nostru.
- **Binecuvântați** sunt cei care nu ne consideră un rebut sau greșeala Creatorului, ci ne văd oameni întregi și unici;

- **Binecuvântați** sunt cei care ne iubesc așa cum suntem și nu se gândesc la ce am putea deveni;
- **Binecuvântați** sunt prietenii noștri, cei de care depindem, pentru că ei sunt esența și bucuria vieții noastre. (Marjorie Chapp 2010 în Să construim poduri).

Nimic mai mult, doar:

- iubire;
- respect;
- credință;

și

fii-le alături!

Cap. 4 Secvența psihoterapeutică – dimensiunea impactului

- 4.1. - terapii scurte;
- 4.2. - terapii ocupaționale;
- 4.3. - exercițiul joc;
- 4.4. - aplicații;

4.1. terapii scurte

Pornind de la dictonul latin “Primum non nocere” (în primul rând să nu faci rău) ajunge **să personalizăm** programul psihoterapeutic al pacientului cu dizabilități, având în vedere:

- diagnosticul;
- tipul de handicap;
- recomandările pentru recuperare;
- vârsta;

- sexul;

astfel încât, cunoscând identitatea terapiliilor scurte, cei vizați **să le poată recomanda**, iar cei în cauză să le:

- accepte;
- înțeleagă;
- practice;
- dea girul încrederii;

rezultatele nelăsându-se prea mult așteptate.

În acest context, Pașca MD (2017):

- **terapia cognitivă (T.C.)** vizează **modificarea stilului particular de gândire** a beneficiarului, pe care-l orientează asupra conștientizării caracterului distorsionat și eronat al convingerilor sale cât și în evaluarea realistă, prin confruntarea cu realitatea. Totodată, această terapie este esența pragmatică și empirică, punctul ei de plecare fiind reprezentat de observarea atentă și exhaustivă a tuturor

situațiilor în care survin o serie de probleme, un accent deosebit punându-se pe existența unei relații în care subiectul trebuie să-și conștientizeze propria disfuncție psihică.

- **terapia cognitiv-comportamentală (TCC)** se bazează pe faptul că, pentru a schimba un comportament sau un mod de gândire, trebuie să încercăm să aflăm cum au fost deprinse acestea și să-l facem pe beneficiar să dobândească altele. Totodată este centrat pe **aici și acum**, fiind orientată spre dobândirea unor noi comportamente înfruntarea cu problemele actuale, învățând beneficiarul să-și însușească modele normale de comportament. Ea are drept scop, ajutorarea beneficiarului să-și găsească soluții la problemele sale mai rațional. Principiul de bază al acestei terapii, postulează faptul că modul în care

cineva se comportă, este determinat de faptul în care interpretează o situație imediată.

- **terapia centrată pe client (TCC)** pornește de la premisa că oamenii sunt fundamentali **buni**, scopul ei fiind acela de a-l face pe beneficiar să se împace cu sine însuși cât și de a-l ajuta să-și clarifice gândurile despre problemele pe care le are, dobândind o mai mare înțelegere a acestora. Factorul cheie al acestei terapii rezidă în faptul că, beneficiarul **își poate controla tot mai mult destinul**, găsind soluții satisfăcătoare pentru problemele sale, încercând să se accepte pe sine, având puterea și motivația de a se ajuta singur, devenind mai deschis la noi experiențe și perspective, mai bine integrat, **ajun-gând în final a se accepta pe sine**.
- **terapia suportivă (TS)** este impusă de o anumită decompensare psihică manifestată

la beneficiarul aflat în criză. În aceste situații, susținerea lui emoțională este absolut necesară. Evaluarea problemelor reale și controlul reacțiilor la ele, **va ajuta beneficiarul să-și rezolve problemele**, iar în cazul în care acest lucru nu este posibil, îl vom învăța să se detașeze de ele.

- **terapia de susținere (TS)** vizează și obține o înlăturare a simptomelor, prin întărirea măsurilor de apărare și dezvoltarea mecanismelor de control, încercând **să-l ajute pe beneficiar să înțeleagă problemele cotidiene**, urmând totodată să-l facă mai adaptiv și tolerant în cazurile în care dezvoltarea personalității sale, lasă de dorit.
- **terapia realității (T.R.)**, subliniază faptul că **beneficiarul nu se poate ajuta singur** îmbunătățindu-și relația prezentă, devenită o problemă. În acest cadru, se evită pe cât

posibil, trecutul, și se descoperă în schimb relația actuală, aducând beneficiarul la momentul înțelegerii teoriei alegerii, necesară, pentru a alege mai bine și a învăța să-și stăpânească problemele însușite la un moment dat.

În acest context, este importantă deschiderea spre o colaborare necesară și benefică, formând chiar o echipă, actorii:

- medic de familie, specialist;
- medic stomatolog;
- farmacist;
- nutriționist;
- psihoterapeut;
- kinetoterapeut;
- psihopedagog special;
- asistent social;
- preot;

nelipsînd, familia ca factor de coeziune în abordarea personalizată a reintegrării și/sau socializării pacientului cu dizabilități.

4.2. terapii ocupaționale

Ca și în cazul terapiilor scurte, și pe **terapii ocupaționale** le vom menționa doar în structura lor de bază, ele constituindu-se în forma concretă de informare pentru situațiile în care pot fi folosite în cadrul programului psihoterapeutic, personalizat al pacientului cu dizabilități.

E necesar a porni în periplul nostru conceptual de la faptul că, Preda V (2003) este arta de a dirija participarea omului pentru îndeplinirea anumitor sarcini, cu scopul de a:

- restabili;
- susține performanța;
- spori performanța;

- ușura învățarea unor abilități;
- se putea adopta;
- produce;
- diminua;
- corecta;

acele aspecte patologice apărute, la un moment dat și de a promova și menține sănătatea.

Terapia ocupațională, amintea același autor, se bazează pe organizarea unor servicii specifice pentru acei indivizi ale căror capacități de a face față sarcinilor de zi cu zi, sunt amenințate de:

- tulburări de dezvoltare;
- infirmități fizice;
- boli;
- dificultăți de natură psihologică;
- dificultăți sociale;

practic ea constituindu-se într-un demers de recuperare în situații speciale și nu numai, dezvoltând și stimulând în timpul activităților:

- sentimentele de cooperare;
- spiritul de stăpânire de sine;
- autocontrolul,

găsind satisfacție și împlinire în tot ceea ce fac.

În acest context, într-o formulă de sinteză, terapiile ocupaționale:

- ergoterapia;
- meloterapia;
- artterapia;
- expresia verbală;
- expresia corporală;
- terapia prin joc;
- terapia prin teatru;
- grafoterapia;

cât și cele neconvenționale:

- terapia asistată de animale;
- terapia cu animale;
- hipoterapia;
- hidroterapia;

iar lista, în cunoștiință de cauză, poate continua, importantă fiind eficacitatea prin aplicarea uneia sau alteia din cele amintite anterior.

Astfel, Pașca MD, Banga E (2016) ca și caracteristici dar și identitate vorbim despre:

(1) **ergoterapia**, unde beneficiarul participă activ, iar activitatea se poate realiza individual sau în grup având la bază trei obiective principale:

- recuperarea totală sau parțială a capacității de muncă, asigurând o autonomie economică și socială;
- încadrarea sau reîncadrarea profesionala și socială;

- amplificarea procesului de maturizare, putând realiza obiecte din diferite materiale cum ar fi:

- hârtie;
- fire textile;
- semințe;
- deșeuri;
- lemn;
- plastic;
- materiale plastice;
- deșeuri;
- gradinărit;
- activități casnice,

activitățile ținând cont întotdeauna de:

- vârstă;
- sex;
- diagnostic;
- tipul handicapului;

- programul personalizat de psihoterapie;
astfel încât rezultatele să fie cele de la care, luate în considerare obligatoriu, se vor derula și celelalte componente ale terapiilor ocupaționale ce le vom prezenta în continuare.

(2) **meloterapia**, vizează utilizarea judicioasă a muzicii ca instrument terapeutic pentru a menține, a restabili, sau a ameliora sănătatea:

- mentală;
- fizică;
- emoțională;

a beneficiarului, astfel încât detensionarea și rigiditatea pornind de la trup și ajungând la cea a sufletului, să lase melodia prin ritmul ei, să-l pătrundă liniștind, calmând și făcând loc, ... frumosului.

Totodată, Athanasiu A (2003), stabilește elemente de legătură între terapia prin muzică și medicină, pornind de la:

- a permite bolnavilor să se lase pătrunși de muzică, în condiții de audiții diferite de acelea în care asistam la un concert;
- a provoca comunicarea între auditori cu privire la alegerea preferințelor, prin intermediul comentariilor;
- a permite terapeutului care coordonează ședința (după alegerea bucății muzicale):
 - abordarea reacțiilor;
 - respingerile;
 - tăcerile;
 - comentariile;

să realizeze o mai bună cunoaștere a problemelor beneficiarului, culegând și date utilizabile în psihoterapia verbală.

(3) **artterapia** este o formă a expresiei plastice ce utilizează un produs singular, conceput liber și personalizat, indicându-se adesea și o verbalizare

secundară, oferind realizarea unei detensionări emoționale care se declanșează atunci când beneficiarul va:

- desena;
- picta;
- modela;

putând fi și o exprimare imediată a unor trebuințe sau dorințe, făcând să intre în joc, operații mintale proprii inconștientului.

(4) **expresia verbală**, se decodifică prin cele două secvențe și anume:

- basmul terapeutic;
- povestea terapeutică;

ele completându-se reciproc fiind folosite în situațiile cerute de programul personalizat psihoterapeutic al beneficiarului în cauză.

Basmul terapeutic, Filipoi S (1998) este un vehicul foarte potrivit pentru modelele comportamen-

tale și valori morale, schimbarea de poziție fiind doar sugerată, având mai mult un caracter de joc, adresându-se celui în cauză, indiferent de sex și vârstă, transmițând și un anumit tip de creativitate.

Ca mesaj terapeutic, poate fi folosit în combinație cu un instrument de comunicare, și crează beneficiarului:

- o baza de identificare;
- protecție;
- jaloanele autocunoașterii;

toate ducându-l spre etapa de a-și descoperi propria putere interioară de a se “autovindeca”.

Atenție! Basmul terapeutic:

- se povestește;
- NU se citește;
- poate fi folosit și de părinți;
- grijă la alegerea mesajului;
- NU se adresează întrebări;

urmărindu-se în final, reacția beneficiarului mai ales după narare, create fiind și condițiile pentru acest demers al “ascultării”.

Povestea terapeutică, Pașca MD (2008) transmite pe baza celor relatate:

- o experiență de viață;
- o stare de fapt;

care să aibă un rol în gândirea unei soluții implicând “povestitorul” cu întreaga sa personalitate.

Ea va ține cont de:

- particularitățile de vârstă ale beneficiarului;
- tipul de handicap;
- diagnosticul;
- sex;

deoarece:

- NU se citește;
- se narează (povestește);

- este liantul între trup și suflet;
- dezamorsează o stare de criză;
- folosește și limbaj mimico-gestual;
- atenuează durerea și suferință;
- poate combina realul cu fantasticul;

având ca scop de a:

- învinge frica;
- învinge neliniștea;
- redescoperi speranța;
- dăruie încă o șansă;
- elimina neputința;
- face față nesiguranței;
- înlătura obsesii;
- controlează emoții;

folosind metafora cu dorința de a-l ajuta pe beneficiar să-și concilieze propriile pulsuni cu cerințele realității externe și cu regulile societății în care trăiește.

Ca “ingrediente” de bază în terapia prin povești, atât pentru adult cât și pentru copil, vom avea:

- optimismul;
- dorința de vindecare;
- dorința de ameliorare;
- gândirea pozitivă;
- rezolvarea de probleme;
- stima de sine ridicată;
- creșterea încrederii în sine;

desăvârșind astfel, implicarea acestui segment, în programul personalizat al pacientului cu dizabilități.

(5) **expresia corporală** cuprinde activități de:

- mimă;
- pantomimă;
- imitație;
- mișcare;
- dans;

fiind considerată cea mai complexă conformație a unui sport în ... mișcare.

În decodificarea sa:

- **mima și pantomima** se constituie ca un dans de exprimare a gesturilor specifice unui personaj sau a unei acțiuni executate cu muzică sau fără, putând fi folosite și măști, pentru a imprima o anumită dorință într-un context dat.

Personajele pot:

- declanșa o stare relaxantă cu tentă de umor;
- detensiona raporturi conflictuale;
- duce la înțelegerea unor stări afectiv-volitivite;
- diminua stări de agresivitate cât și alte “măști” ce pot apărea ad-hoc, datorită

unei situații-probleme existente în acel moment;

- **dansul** reprezintă o formă de expresie de mare complexitate, constituind în primul rând, o modalitate fundamentală de mișcări, deplasări în spațiu cu o semnificație exprimată de intensități și trăiri afective și se bazează pe comunicarea prin mișcare, iar din punct de vedere al comportamentului general, dansul educă, implicând o ritmicitate și o coordonare de ansamblu a mișcărilor corpului.

Elementul de dans combinat cu cel al muzicii, decodifică stări de:

- luptă;
- tandrețe;
- agresivitate;
- incantație;

- supunere;
- răvășire;
- răzvrătire;
- răzvrătire interioară;
- pasivitate;
- iubire;
- liniște, etc.

expresivitatea corpului multiplică astfel conduite, atitudini și comportamente personale, evidențiate într-un timp și spațiu, bine delimitat la un moment dat, vorbind despre dansul:

- popular;
- improvizat;
- modern;
- clasic;
- mimului;

totul devenit un întreg în valoarea terapeutică decodificată deja.

- **mișcarea** trebuie să constituie eliminarea unei trăiri, comunicarea într-un limbaj al trupului, a tot ce înseamnă eu-lui, ea regăsindu-se și în jocurile prin care se instaurează:

- o stare de bine;
- comunicare;
- relaționare;

între participanții la activitatea terapeutică desfășurată, în concordanță cu toți parametrii dați de programul personalizat psihoterapeutic al pacientului cu dizabilități.

(6) **terapia prin joc** sau ludoterapia se adresează atât beneficiarului copil sau/și adult, scopul și mesajul ce-l transmite fiind cu totul altul, astfel încât jocul întâlnit în procesul de recuperare, reprezintă acea structură unitară prin el însuși de: stimul-învățare-

răspuns-modificare, facilitând noi manifestări a unor teorii terapeutice-recuperatorii.

În acest context, Păunescu C, Mutu I (1990) (după Pașca MD, Banga E - 2016) jocul este o formă de psihoterapie care se realizează prin metode și procedee educaționale, valorificând valențele terapeutice oferite de conținutul programelor în scopul recuperării copilului în limitele sale.

Practic, vorbind în triada ludică piagetiană despre **jocul**:

- exercițiu;
- simbol;
- reguli;

unde, structurate pe scara evolutivă a inteligenței, fiecare tip de joc reprezintă o anumită etapă de dezvoltare, realizată prin asimilare, dată de scheme diferite ce pornesc întotdeauna de la... ludic.

(7) **terapia prin teatru**, este, Pașca MD (2018) o tehnică de eliberare a tensiunilor, dar și de clarificare

a propriilor stări de confuzie și durere a celui care joacă, dând viață unui anumit personaj, într-o situație dată, de fapt, se joacă propria experiență cu înțeleșurile și trăirile ei.

De aceea, Cain J. (2003) “A fi tu însuși înseamnă a trece prin celălalt pentru a întâlni ceea ce posedai deja”, fiind de fapt o cunoaștere și recunoaștere proprie, dată de acel “ceva”.

De asemenea, terapia prin teatru presupune și:

- rejucarea unor scene de viață / din viață beneficiarului;
- jucarea unor/după scenariii create/inventate;
- dramatizarea unor povestiri;

pornind de la elaborarea și urmărirea unor obiective ca:

- dezvoltarea inteligenței emoționale;
- dezvoltarea percepțiilor și reprezentărilor vizuale, a imaginației creatoare;

- inducerea unei stări de liniște și acceptare de sine;
- reducerea tensiunii și anxietății;
- stimularea tuturor canalelor senzoriale;
- dezvoltarea capacității de a se exprima mai repede și mai ușor;
- facilitarea comunicării interpersonale, creșterea socializării și adaptării în societate;
- dezvoltarea sentimentului de încredere în sine și realizare;
- dezvoltarea simțului aprecierii artistice și de exprimare;
- îmbogățirea și dezvoltarea proceselor gândirii;
- dezvoltarea limbajului și vocabularului implicat în timpul procesului de creație;
- dezvoltarea capacității de concentrare a atenției;

- îmbunătățirea cooperării cu alții în realizarea unor activități de grup;
- dezvoltarea respectului față de rezultatele muncii lor;
- diminuarea stărilor conflictuale;

Totodată, terapia prin teatru își propune a dezvolta și:

- autonomia personală;
- personalitatea;
- stima, încrederea și imaginea de sine;
- orientarea temporo-spațială;
- încrederea socio-profesională;
- spiritul de observație;
- creativitatea;

găsindu-și de fapt locul, în toate activitățile cu beneficiarul, atunci când conjunctura ca atare o impune.

(8) **grafoterapia**, aplicată atât copilului cât și adultului, Pașca MD (2006), ajută la înlăturarea unor

aspecte negative și permite valorificarea randamentului acestora.

Dacă se adresează copilului, atunci se pornește de la execuții ce țin de stăpânirea și controlul vitezei, ajungând în timp la scrierea zilnică a câtorva rânduri, ca activitate minimă.

Având în vedere beneficiarul adult, grafoterapia se manifesta atât prin modalitatea sa de a diagnostica un început de personalitate dizarmonică cât și de refulare pe baza scrisului, a catharsisului, cum ar fi:

- scrisori;
- jurnal;
- judecăți de valoare;
- poezie;
- proză;

nepunând pe primul loc valoarea artistică ci componenta terapeutică, rezultatul fiind edificator.

În structura lor, terapiile **neconvenționale** pot reprezenta într-o anumită situație dată și în cunoștință de cauză, o alternativă viabilă cuprinsă în programul psihoterapeutic personal al pacientului cu dizabilități, ținând cont de toate elementele caracteristice terapiilor ocupaționale amintite anterior, ele venind cu un plus de ... valoare psihoterapeutică.

Astfel,

(1) **terapia asistată de animale (TTA)** se adresează în primul rând beneficiarului autist îmbunătățindu-i acestuia recuperarea lucrându-se în triadă:

- câine (o numită rasă);
- coterapeutul (dresorul câinelui);
- terapeutul (specializat pe secvența terapeutică);

intervenindu-se în etapa de **recompensă** când dulcele este înlocuit de comunicarea și relaționarea cu câinele, prin acceptarea acestuia (mângâiat, plimbat, îngrijit).

Variind situațiile, pe lângă câine, mai sunt folosite și alte animale ce trec printr-un proces de dresaj, folosirea lor fiind dată de situația medico-terapeutică a pacientului cu dizabilități.

(2) **terapia cu animale** (TA) pornește tot de la actul de dresaj, în special a câinelui de o anumită rasă (prietenos, neagresiv, calm, liniștit, ușor jucăuș) pentru a putea fi ajutorul de nădejde a celor cu handicap de:

- vedere;
- locomotor (motricitate);
- polihandicap (sindroame);

Terapeuții specializați atât în terapia cu animale cât și asistată de animale, beneficiază de o pregătire specială, reușind să-și însușească tehnicile de lucru dar și modalitățile de a lucra cu “echipa”.

(3) **hipoterapia** practică în ultima perioadă constant și cu rezultate eficiente, are în centrul acțiunii, ca-

lul și beneficiarul, între cei doi existând dezvoltată o relație specială ce are la bază:

- încrederea;
- acceptarea;
- creșterea stimei de sine;
- detensionarea;

astfel încât aplicarea în cazul handicapului de:

- intelect;
- auz;
- văz;
- comportment;
- motricitate (locomotor);

dar și în cazul de:

- autism;
- paralizii.

coeficientul de reușită este semnificativ, îmbucurător fiind că la ora actuală, așa cum aminteam anterior,

este folosită la scară largă, chiar dacă, unele reticențe mai apar, fiind vorba de acceptare și percepție.

(4) **hidroterapia** aduce încrederea beneficiarului că **apa** îl ajută la mișcare și-l înțelege, și care folosită sub control terapeutic și în condiții speciale, face ca rezultatele fiind cele scontate atunci când, se leagă de:

- diagnostic;
- tip de handicap;
- perioadă de timp;
- vârstă;
- sex;

putând înlătura sau/și elimina prin “spălare”:

- teama;
- frica;
- angoasa;
- suspiciunea;
- interiorizarea;

- conflictul;

eliberând:

- speranța;
- șansa;
- acceptarea;
- implicarea;
- reușita;
- toleranța;

fiind siguri că acum sufletul și trupul sunt “curate și limpezi ca... apa de izvor”.

4.3. exercițiul-joc

Folosit în calitate de “spargerea gheții”, adică înlesnind/facilitând comunicarea și relaționarea între:

- medic-pacient beneficiar;
- medic stomatolog-pacient beneficiar;
- farmacist-pacient beneficiar;

- nutriționist-pacient beneficiar;

exercițiul-joc aduce acel plus de cunoaștere necesar abordării celui în cauză pornind de la **acceptare** și ajungând la rezultatul ce denotă munca benefică a celor doi ca actori implicați în diada **sănătate-boală**, având grijă totodată și de trup-minte-suflet, succesul venind împreună spre mulțumirea tuturor celor implicați în acțiune.

Fie că se adresează pacientului cu dizabilități copil și/sau adult, că este folosit la începutul comunicării și relaționării ce se poate desfășura în cabinet, farmacie și/sau salon, **exercițiul-joc**, ca punct de plecare:

- detensionează;
- implică;
- sugerează;
- explică;
- aprofundează;

- crează situații problemă;
- produce o reacție;
- rezolvă o situație dată;
- acceptă;

astfel încât, cuantificând și decodificând rezultatele unei astfel de abordări, surprinzător, **efectul** este cel scontat, iar procedura/rile specifice pot continua fără blocaje sau/și reticiențe atât din partea unora cât și a celorlalți.

Vom exemplifica cu un set de exerciții - joc ce pot fi folosite cu bune rezultate de cei în cauză, dornici să-și perfecționeze sau amelioreze comunicarea și relaționarea directă cu pacientul cu dizabilități, ținând cont de:

- vârstă;
- sex;
- diagnostic;
- tip de handicap;

după cum urmează, Pașca MD (2019):

1. Cine ești tu?

Pacientul cu dizabilități - copil, este întrebat dacă știe cine este, răspunsul poate fi surprinzător (cărăbuș, mașină, broască, Superman, prințesă, uriaș, om bun, om rău), de unde începe consultul (mașină ara probleme cu... motorul) făcându-se transferul, el neavând nici o problema de sănătate.

2. Ai vorbit cu ce te doare?

Pacientul beneficiar - copil este întrebat de medic:

- Ce te doare?
- Burta, i se răspunde
- Da, ai vorbit de ea?
- Ihî.
- Și ce ți-a spus?

- Că am mâncat prea multă... înghețată!

(astfel se află cauza, cunoscându-se deja, efectul, iar jocul se poate juca ținând cont de ce parte a corpului, îl doare).

3. Strângerea de mână

Dând mâna cu pacientul cu dizabilități, medicul, face ca acest gest să demonstreze încrederea și aprecierea, dar să și constate starea celui în cauză (uscată caldă, rece, ușor transpirată, anemică, hotărâtă, moale, etc).

4. Ce fac cu valorile mele?

I se cere pacientului cu dizabilități (ținând cont de tipul de handicap) să găsească o scară a valorilor, acestea având loc în: (se poate aplica-la medic, nutriționist)

- rucsac = depozit personal, locul unde păstrează valorile (morale, alimentele) și de unde le ia când are nevoie de ele.
- mașina de spălat = obiceiul cu ajutorul căruia se curăță, se spală valorile (morale, alimentele), pentru a le folosi și altă dată;
- coș de gunoi = recipientul unde se aruncă valorile (morale, alimentele), de care nu mai are nevoie sau îi displac, vrea să scape de ele.

Motivația alegerilor făcute fiind considerată deja, există un pas în cunoaștere și autocunoaștere.

5. Cum te simți azi?

I se cere beneficiarului de a răspunde la această întrebare printr-un: gest, cuvânt, mimă, pantomimă, deslușindu-se deja o anumită reacție și conduită la un moment dat, a celui în cauză.

6. Conturul palmei?

I se cere beneficiarului ca pe o foaie de hârtie (după posibilitati) să-și deseneze conturul unei mâini, acest gest fiind considerat ca identitate - semn ca prin “potrivire” , se deschid ușile... comunicării.

7. Îmbrățișează-mă

Pacientul cu dizabilități poate fi îmbrățișat de interlocutorul sau, transmițându-se din partea acestuia, un mesaj pozitiv, prietenesc și de încurajare, fiind un element de comunicare non-verbală.

8. Posibilități nelimitate

Ținând cont de tipul de handicap, beneficiarul poate să răspundă sau nu la una din “posibilități”:

- Care este lucrul cel mai surprinzător făcut săptămână aceasta sau în această zi?
- Dacă ar fi să faci un singur lucru astăzi, pe care l-ai face și de ce?

- Ce ai face dacă ai putea face orice?
- Ce ți-a plăcut cel mai mult din tot ce ai făcut azi sau în săptămână aceasta?
- Care crezi ce este cea mai grozavă slujbă din lume și de ce?

(jocul poate fi continuat și cu alte întrebări, dar totul depinde de situația concretă creată).

9. Ți place numele tău?

Pacientul beneficiar este întrebat dacă îi place numele pe care-l poartă, amintindu-și că el n-a fost întrebat, ci părinții l-au ales, bazându-se sau nu pe ceva anume. Va urma o discuție în care se urmărește dacă îi place numele, dacă l-ar schimba și de ce, motivând. Poate fi rugat să-și aleagă el singur numele dorit, motivând de ce, iar dacă nu, de asemenea.

10. Foaia albă

I se prezintă o foaie mare de bloc, imaculată, cerându-i să descrie “ce vede”. Motivarea celor văzute, poate reprezenta un punct de pornire în cunoașterea și abordarea pacientului beneficiar respectiv.

11. Jocul cuvintelor

I se adresează pacientului beneficiar un set de cuvinte cerându-i a face o asociere cu mesajul primit, putând porni din acest punct, o discuție privind alegerea făcută (alb = zăpadă, spital, zahăr, iarnă, diabet, cearceaf, perete, sfânt, etc).

12. Ciclul vieții

I se cere să-și imagineze viitorul la 18 ani, 30 ani, 40 ani, 50 ani, 60 ani, 75 ani și peste. Răspunsurile vor fi discutate și interpretate, ele reprezentând aspirații, decepții, împliniri sau nu.

13. Cartea ta de vizita

I se cere să-și realizeze practic, dacă nu, verbal cum arată cartea lui de vizită, motivând alegerea, grafica, personalizarea și mesajul, discuțiile pe aceste teme, fiind interesante și binevenite.

14. Ce culoare au emoțiile tale?

I se cere beneficiarului să-și exprime cu ajutorul culorilor, emoțiile pe care le trăiește, în ce situație, de cine/ce declanșate și care este motivarea alegerii, urmărind dacă cel în cauză mai trăiește sau nu, emoția pe care a “colorat-o”.

15. Strângerea necazurilor

Pentru a dezamorsa o stare emoțională conflictuală, cât și gânduri, supărări, griji și multe altele care împiedică existența unei prime secvențe de comunicare și relaționare cu beneficiarul, acesta este rugat ca, metaforic vorbind, să-și “verse” toate cele în

căușul palmelor celui care va comunica, scăpând de el. Acesta, se va îndrepta spre o fereastră, o va deschide “aruncându-le” astfel încât necazurile au... plecat.

Jocul este bine venit deoarece induce starea de eliminare a obstacolelor existente în fața unei reușite.

4.4. aplicații

Pe lângă exercițiu-joc cu scopul de “a sparge gheața”, cele ce urmează completează prima parte, regăsindu-se atât jocuri cât și povești terapeutice.

La ce folosesc toate acestea? S-ar putea ca fiecare din cei patru actori:

- medic de familie, specialist;
- medic stomatolog;
- farmacist;
- nutriționist;

să regăsească între cele ce urmează elementul necesar unei comunicări și relaționări eficiente cu pacientul cu dizabilități.

Astfel, veți găsi ce căutați, pornind de la:

1. Mama mea avea 25 ani când a rămas însărcinată cu mine, primul ei copil. Era moașă și lucra în sala de nașteri unde se îngrijea de mame și bebelușii lor. A fost atentă la alimentație, medicamente, nu a consumat alcool și a urmat cu strictețe sfaturile medicilor care au asigurat-o ca totul decurge normal.

În data de 4 decembrie 1982, la nașterea mea, mama mea a întrebat:

- Totul este bine?

A urmat o liniște apăsătoare. Pentru că nimeni nu-i aducea bebelușul, mama a presimțit că ceva nu-i în ordine.

Șocați de înfățișarea mea, cadrele medicale m-au înfășat repede. Însă mama nu putea fi liniștită. A citit durerea și disperarea de pe fața celor din echipa.

La început, medicii, nu vroiau să-i spună despre ce este vorba, dar la insistențele ei, i-au spus diagnosticul de specialitate: FOCOMELEI.

Ea a înțeles că termenul descria un nou născut fără membre sau acestea malformate, dar pur și simplu, nu putea accepta că este adevărat.

Între timp tatăl meu care observase în timpul nașterii că îmi lipsește o mână, a strigat către medic:

- Fiului meu îi lipsește un braț!
- De fapt, a răspuns acesta cu multă afecțiune, fiul dumneavoastră nu are nici mâini nici picioare.

Șocat și speriat, tatăl meu a rămas fără cuvinte. Când s-a dus în salon la mama mea, a găsit-o culcată în pat și plângând.

Asistentele plâneau, moașele plâneau și bineînțeles eu plâneau. Când m-au așezat pe pat lângă mama, ea nu a suportat să privească realitatea: copilul ei fără membre.

- Luați-l de la mine! Nu vreau nici să-l văd nici să-l ating!

În loc să sărbătorească nașterea mea, părinții mei și întreaga biserică, au jelit.

(Vujicic N – 2012 - Viață fără limite)

2. Oricum te-ai simți, scoală-te în fiecare dimineață și pregătește-te să-ți răspândești lumina.

(Coelho P – 2012 – Manuscrisul găsit la Accra)

3. Unei femei care-și îngroapă soțul i se spune văduvă. Unui bărbat rămas fără soție, i se spune văduv. Un copil fără părinți, e orfan, dar cum se numesc tatăl și mama unui copil care a murit?

(Thomas P.F. - Copilul umbră)

4. Mica sirenă

A fost o dată ca niciodată, o mică sirenă. Trăia în adâncul mării într-un palat superb de corali, în mijlocul unei grădini uriașe. Toate animalele mării o iubeau deoarece era tare drăguță, ajuta pe toată lumea și niciodată nu făcea rău nimănui.

Acum, sigur, credeți ca mica sirenă trăia foarte fericită în mijlocul prietenilor ei în palatul minunat. Ei, dacă credeți acest lucru, vă înșelați. Mică sirenă era foarte nemulțumită de soarta ei, deoarece nu-i plăcea să fie sirenă. Cea mai mare dorința a ei era să fie un copil obișnuit. Tristă, ofta, atât de adânc, încât marea răsuna de oftatul ei. Animalele mării o compătimeau, meduzele, delfinul deștept, bă chiar și rechinul hămesit, toți voiau să o ajute.

S-a întâmplat într-o zi, când mica sirenă ofta mai amarnic decât de obicei că dintr-o dată a apărut în fața ei o zână fermecătoare și i-a spus:

- Ți îndeplinesc trei dorințe, gândește-te bine ce dorești, pentru că o dată pronunțată dorința ta, nu poate fi retrasă.
- Nu trebuie să mă gândesc mult, deoarece de ani buni îmi doresc să fiu un copil obișnuit! Ascultă deci, prima mea dorință: să am picioare în loc de înotătoare și să fiu un copil adevărat. A doua dorință este să trăiesc departe, departe de mare și să nu îmi fie dor de casă. Ultima mea dorință este ca oamenii să mă iubească precum animalele mării.
- Toate dorințele ți se vor îndeplini. Păcat că nu ți-ai dorit sănătate. **Sănătatea** este comoara cea mai scumpă pe pământ. Dar, îmi doresc noroc. Să fii un copil la fel de bun cât de bună ești ca sirena, i-a spus zână și a dispărut.

Dintr-o dată s-a auzit un zgomot și un vâjâit teribil. Apoi, totul s-a întunecat. Mică sirena nici n-a

apucat să-și ia rămas bun de la prietenii săi, animalele din mare, căci s-a văzut imediat într-o căsuță de la marginea orașului.

- Ce frumos este aici! strigă fericită. Ce repede mi s-a îndeplinit dorința! Ce bine e să fi om!

Deoarece era o creatură deșteaptă, a învățat foarte repede obiceiurile oamenilor. Nu peste mult timp, i s-a îndeplinit și ultima dorință: toată lumea a îndrăgit aceasta fetiță frumoasă, venită de departe și peste puțin timp casa i s-a umplut de prieteni.

Într-o seară, mica sirenă care n-a mai simțit până atunci durerea, a avut o durere îngrozitoare de dinți.

- O, mai bine rămâneam sirenă, se plângea ea. Vai, mie! E bine să fii copil atunci când ești sănătos. Vai mie, vai mie! De-aș trăi și acum în adâncul mării! De ce n-am rămas sirenă? Și într-un târziu a adormit plângând.

A doua zi dimineață, însă durerea a dispărut. Mica sirenă i-a povestit Cristinei, prietena ei cât de tare a durut-o măseaua seara trecută.

- Trebuie să mergi la dentist, a spus Cristina, chiar dacă acum nu te mai doare dintele. Dacă nu, atunci durerea va reveni mult mai tare. Mica sirenă a pălit.
- Cum? La dentist? Cum aș avea eu curajul să mă duc acolo? De fapt, nici un știu cum e dentistul.

De unde să fi știut, deoarece pe timpul când era sirenă, nu avea nevoie de nici un fel de medic.

- Știi ce? a întrebat Cristina. Să ne jucăm de-a dentistul! Atunci îți vei putea închipui cum e la dentist. Și nu-ți va mai fi frică.

Dacă omul cunoaște ceva, acel ceva devine mai puțin înfricoșător. Hai să ne jucăm cum ar putea să fie de-a adevăratelea:

- Mi-e frică și de gândul de a porni la dentist. Și să mă așez în scaunul dentistului? Să-mi deschid gura? Nu, nu, nu! Vreau să mă întorc în mare. De-aș fi rămas sireună!
- Cât ești de lașă! Nu, nu tăgăduiesc că sunt și eu puțin emoționată când trebuie să mă duc la medicul stomatolog. Nu pot să spun că este un lucru plăcut, dar nici atât de groaznic ca să fiu atât de speriată. Hai să ne jucăm de-a dentistul! Așează-te comod în scaunul ăsta cu spătar și gândește-te la ceva frumos. De exemplu, la jocul tău de societate preferat, ori la cineva pe care-l iubești mult.
- Bine, imediat mă voi gândi la ceva frumos, se bucură mica sireună.
- Acum, imaginează-ți că ne ducem deja la dentist. Dacă te ia din nou frica, uită-te la mine și gândește-te la ceva vesel.

- Brrr! s-a scuturat mica sirenă. Nu-mi place să-mi imaginez astfel de lucruri.
- Te vei obișnui, a râs Cristina. Hai să mai încercăm odată.

Acum, mica sirenă s-a putut gândi mult mai ușor la drumul spre dentist. Iar la o a treia încercare, deja îi părea floare la ureche.

Următorii pași: a sunat la ușă, a intrat în salonul de așteptare, a intrat în sala de tratament, să se așeze în scanul dentistului, a urmat fără nici o problemă.

- Acum, deschide gura. Eu voi bâzâi ca...
- Au! a strigat mica sirena și și-a deschis ochii speriată.
- Gândește-te că o muscă bâzâie lângă tine ori e o motocicletă pe stradă. Dintr-o dată, sunele perforatorului nu va mai fi atât de neplăcut. Auzi cum zboară muștele în jurul tău? Bravo! Ești foarte curajoasă!

Nu putem nega că sirenei nu-i place jocul de-a dentistul. Dar după ce a exersat de mai multe ori, râdea la gândul că o motocicletă a intrat în gaura ei și bâzâie acolo.

- Continuăm jocul de-a dentistul a anunțat Cristina. Ce-i adevărat, e adevărat că tratamentul uneori doare un pic, dar mult mai puțin decât te-a durut ieri, măseaua. Acum iar intră motocicleta în gura ta.
- *Zzzzzzz!* A și plecat. Bravo, bravo! Ești foarte curajoasă! Știi ceva? Azi trebuie să mă duc la dentist. Poți veni cu mine și poți primi tratamentul.

Cele două prietene s-au și dus la dentist. Asistentă le-a întrebat numele și ele au ocupat loc în sala de așteptare. Mica sirena s-a uitat atentă în jur. Interesant, nici nu e atât de îngrozitor aici, s-a gândit în sinea ei. Pot să răsfoiesc și reviste colorate. A și luat o

revistă și privea imaginile interesante. Între timp a uitat cu totul că este la dentist.

Atunci s-a deschis ușa și doamna asistentă a chemat-o pe Cristina. Cristina a rugat-o în mod special să poată intra și prietena ei cu ea. Astfel, mica sirenă a intrat în sala de tratament. A văzut multe instrumente, iar în mijlocul camerei se afla scaunul dentistului. Cristina s-a așezat și și-a deschis bine gura. Doamna doctor i-a verificat pe rând dinții.

- Am găsit vinovatul! a spus glumind și a apuca perforatorul. Asistenta a așezat în gura Cristinei o țevușă îndoită. Prin conducta aceasta se scurge saliva, i-a explicat sirenei. Sunetul perforatorului nu a fost deloc o muzică plăcută, dar mica sirenă s-a gândit la jocul lor și a zâmbit.

În timpul tratamentului, Cristina a ținut ochii închiși, dar pe când perforatorul ar fi pricinuit durerea

mai mare, a și încetat bâzâitul. Doamna doctor a pus o alifie argintie în gaura făcută.

- Clătește-ți gura și nu mânca pe partea tratată, timp de doua ore. Le revedere, a spus doamna doctor.
- Ce repede s-a terminat a oftat ușurată Cristina. Nu e o distracție, dar nici un trebuie să ne fie teamă.
- Dar, totuși, aș dori să ne mai jucăm o dată, acasă, de-a dentistul înainte să vin și eu la tratament, a spus mică sirenă.

Și în timp ce se ducea și ea la dentist, se gândea la joc și la tot felul de lucruri plăcute. Astfel, nu i-a fost să fie foarte curajoasă. Și pentru că s-a terminat cu durerea, mica sirenă se bucura din nou că este un copil adevărat.

5. Nu-mi cere să-mi amintesc

Nu-mi cere să-mi amintesc,

Nu încerca să mă faci să înțeleg,
Lasă-mi doar odihna și gândul că-mi ești, ajunge,
Sărută-mi obrazul și ține-mă de mână
Dacă ai știi cât de nedeslușite mi-s toate,
Cât sunt de trist de bolnav și de pierdut...
Tot ce știu e că am nevoie de tine,
Stai lângă mine ori ce ar fi,
Nu mă certa, nu blestema și nu plânge
Eu nu pot fi altfel, oricât aș vrea
Dar tu, să îți amintești că am nevoie de tine.
Că din mine s-a dus și ce era mai bun...
Rămâi lângă mine,
Iubește-mă.
Până când și eu
Pe drum fără de-ntoarceri mă voi duce.

(Owen Daunell)

6. Dă-mi mâna ta!

Un om se scufundase într-o mlaștină în partea de nord a Persiei. Numai capul îi mai ieșea din mocirlă. Striga din toate puterile după ajutor. Curând se adună o mulțime de oameni la locul accidentului. Unul se hotărî să încerce să-l salveze pe bietul om. Dă-mi mâna, îi striga. Te scot eu din mlaștină... dar, cel vârat în noroi continua doar să strige după ajutor și nu făcea nimic să îi îngăduie celuiilalt să-l ajute. “Dă-mi mâna îi ceru omul de mai multe ori”. Dar, răspunsul era mereu doar un strigăt jalnic după ajutor.

Atunci, altcineva se apropie și spuse: “Nu vezi că nu îți va da mâna niciodată? **Trebuie ca tu să îi dai mâna ta.** Atunci îl vei putea salva...”

(Peseschkian N - 2005)

7. Să învețe să fii cel mai buni

Învață-mă să merg și voi alerga,

Învață-mă să privesc și voi vedea,

Învăță-mă să aud și voi asculta,
Învăță-mă să cânt și mă voi bucura,
Căci ce-mi spui tu să fac mi se întipărește în
minte,
Și trăirile pe care mi le împărtășești le voi
păstra,
Ce am învățat voi prețui,
Și învățând să zbor
Mă voi înalta!

(Donna L. Clovis)

8. Siropel și Tabletița

Ionel este bolnăvior. Îl doare capul și are roșu în gât. Ar vrea să se facă bine deoarece bicicleta îl așteaptă-n curte. Dar, nu poate ajunge până acolo. De ce? Îi este frică? De cine? De vreun câine? Nu! De vreo pisică? Nu! De cloșca cu pui și cocoșul pintenat? Nu! Lui Ionel îi este frică de... medicamente și ochii în sunt îi lacrimi. Da, sigur, el știe că ele îi fac bine,

dar, cu toate acestea, nu-i plac, nu le vrea și nici nu le dorește deloc. Și uite așa, Ionel nu se poate face bine și rușinat, recunoaște că are nevoie de ajutor.

- Cine mă poate ajuta? suspinând el cu neîncredere, special să-l audă cineva.
- Noi, noi, auzi un glas venind de aproape.
- Cine sunteți voi? întrebă Ionel privind în jur.
- Suntem Siropul și Tabletița făcură cei doi de pe noptieră, salutându-l cu zâmbetul de la dop și până la ambalaj.

Ionel se uită la ei cu teamă. Oare ce-i va face? Dar, Siropul și Tabletița care știau că Ionel e speriat și bolnav, s-au așezat pe scăunelele de lângă patul lui, spunându-i:

- Știi, de noi să nu-ți fie frică, deoarece te vom ajuta să te faci bine. Te tratăm c-o poezioară medicament. Ascultă-ne o clipă:

Eu sunt Tabletița,

Deschide gurița,
Și mă-nghite ușurel
Ca un strop de Siropel,
Bravo ție, drag Ionel!

- Vezi, nu e greu deloc. Noi avem: gust bun, miros plăcut și frumos, suntem colorate și în sticlute îmbrăcate. Dacă ne ascuți și devi prietenul nostru, te vom ajuta să te-ntorci foarte repede în curte.
- Și ce trebuie să fac? Întrebă Ionel privind-și noii prieteni cu multă încredere.
- O nimica toată, doar să-nveți poezioara, spusă vesel Sitopel și Tablețița sărind înapoi pe noptiera! Vrei? Una!

Și cei trei s-apucară să spună poezia, așa că încetul cu încetul, Siropul și Tablețița l-au ajutat pe Ionel să se facă bine. Unde este acum Ionel? Cum unde? În curte și se dă cu bicicleta. Și prietenii lui, Siropel și Tablețița? Ei , aceștia stau cuminți și fericiți

în dulăpiorul cu medicamente. Sunt sigur că Ionel s-a laudat cu ei la toată lumea și de aceea, nu mai plânge nici o batista și nu mai strănută niciun pantof. Păi, nu?

(Pașca MD - 2019)

9. Lada cu nisip

Când aveam cinci ani, m-am dus într-o zi cu mama în parc. Când mă jucam în lada cu nisip, am observat un băiat cam de vârsta mea care stătea într-un scaun cu rotile. M-am dus la el și l-am întrebat dacă se poate juca cu mine. Aveam doar cinci ani și nu puteam percepe de ce nu putea veni și el în lada cu nisip ca să se joace cu mine. Mi-a spus că nu putea. Am mai vorbit o clipă cu el, apoi, mi-am luat gălețușa cea mare, am pus în ea cât de mult nisip a încăput și l-am ridicat în ploaie. Apoi, am apucat câteva jucării și le-am pus și pe ele acolo.

Mama s-a repezit spre mine și m-a întrebat:

- Lucas de ce ai făcut asta?

M-am uitat la ea și i-am răspuns:

- El nu poate veni să se joace în lada cu nisip cu mine, așa că, am dus nisipul la el. Acum, putem să ne jucăm împreună în nisip.

(Lucas-11 ani - după Pașca MD - 2019)

10. Pot

Pot să-mi înving temerile.

Pot să iau hrană pentru cei înfomețați,

Pot să ajut la oprirea poluării,

Pot să dăruiesc săracilor,

Pot fi ceea ce vreau,

Pot să-mi folosesc mintea,

Pot să dau sfaturi,

Pot să primesc,

Pot să mă port frumos,

Pot să ascult,

Pot să gândesc,

Pot să-i învăț pe alții,

Pot să știu,
Pot să dau,
Pot să simt,
Pot să văd,
Pot,
Pot.

(Pașca MD - 2019)

Cele de față **pot fi considerate** un... început, urmând a fi completate de / cu alte elemente ce pot apărea în cadrul procesului de personalizare a programului psihoterapeutic al pacientului cu dizabilități, astfel încât abordarea, strategia și aplicarea lor să fie cu adevărat o... reușită, existând, fapte și cuvinte, cuvinte și fapte, dar mai ales, **mulțumire**.

Îți mulțumesc pentru că...

- mă accepți așa cum sunt;
- mă ajuți atât cât poți;
- mă înțelegi, înțelegându-mă;
- ai răbdare cu mine;
- ai gândul bun pentru mine;
- lupți cu boala alături de mine;
- ești cu mine când trebuie;
- nu mă consideri altfel;
- exiști și fii binecuvântat;

Îți mulțumesc, **eu** și... nimeni altul!

BIBLIOGRAFIE

1. Athanasiu A (2003) - *Muzica și medicina, Homo musicalis*, Ed. Minerva, București;
2. Cain, J (2003) - *Psihodrama Balint, metode, teorie, aplicații*, Ed Trei, București;
3. Coelho, P (2012) - *Manuscrisul găsit la Accra*, Ed. Humanitas, București;
4. Commarmond G, Exiga A (2003) - *Arta de a comunica și de a convinge*, Ed. Științifică, București;
5. Craioveanu Șt (2000) - *Manualul de comunicare și negociere în afaceri - comunicarea*, Ed. Polirom, Iași;
6. Dinu M (1997) - *Comunicarea*, Ed. Științifică București;
7. Filipoi S (1998) - *Basmul terapeutic*, Fundația Culturală Forum, Cluj-Napoca;

8. Gîfei M (2009) - *Autismul la preșcolari*, Ed. Rovimed, Publishers, Bacău;
9. Ilișoi D, Lesenciuc A, Ciupercă E, Ciupercă C, Szilagy A, Pașca MD (2010) - *Consiliere și comunicare interpersonală*, Ed. Antet, București;
10. Lemeni G, Miclea M (2004) - *Consiliere și orientare*, Ed. ASCR, Cluj-Napoca;
11. Lohisse J (2002) - *Comunicarea de la transmiterea mecanică la interacțiune*, Ed. Polirom, Iași;
12. Mucchelli A (2002) - *Arta de a influența*, Ed. Polirom, Iași;
13. Pașca MD (2019) - *Texte și ... pretexte*, Ed. Ardealul, Tg-Mureș;
14. Pașca MD (2007) - *Noi perspective în psihologia medicală*, Ed. University Press, Tg-Mureș;
15. Pașca MD (2017)- *Identități ale consilierii psihonutriționale*, Ed University Press, Tg-Mureș;

16. Pașca MD (2008) - *Povestea terapeutică* (Ed II) ,
Edi. V & Integral, București;
17. Pașca MD (2018) - *Terapia prin teatru* , Ed
Ardealul, Tg-Mureș;
18. Pașca MD(2012) - *Comunicarea în relația medic-
pacient* , Ed. University Press Tg-Mureș;
19. Pașca MD , Tia T (2020) - *Repere ale comunicării
psihopastorale* , Ed Recunoașterea, Cluj Napoca;
20. Pașca MD , Banga E (2016) - *Terapii
ocupationale și arte combinate - repere creative*,
Ed University Press, Tg-Mureș;
21. Păsecinic V (2006) - *Psihologia imaginii*, Ed
Științifică, București;
22. Pășchian N (2005) – *Povești orientale ca
instrument de psihoterapie*, Ed Trei, București;
23. Prutian Șt(2000) - *Manual de comunicare și
negociere în afaceri-comunicare*, Ed Polirom,
Iași;

24. Preda V (2003) - *Terapii prin mediere artistică*, Presa Universitară Clujană, Cluj Napoca;
25. Rusu A, Pașca MD, Hancu G (2014) - *Ghidul farmacistului în comunicarea cu pacientul (Ed II)* - Ed University Press, Tg-Mureș;
26. Sass S (2012) - *Omul și iluziile sale*, Ed Sper, București;
27. Stanton N(1995) - *Comunicarea*, Ed Știință și Tehnică, București;
28. Tudose FL (2003) - *Orizonturile psihologiei medicale*, Ed Medicala, București;
29. Verza F (2002) - *Introducerea în psihopedagogie specială și asistenta socială* , Ed Humanitas , București;
30. Vujicic N (2012) - *Viață fără limite*, Ed Scriptum, București;
31. DEX (2009) - Academia Română;
32. Legea nr. 448/2006 Republicata în MO nr.1 din 3 ianuarie 2008;

33. Constituția României 2003;
34. Să construim poduri (2010) - Asociația HIFA Tg-Mureș;
35. Raport mondial pentru dizabilitate - 2002 - București - World Health Organization;

Adnotări

Următoarele pagini sunt de... lucru, căci în comunicarea și relaționarea cu pacientul cu dizabilități, veți aduce, ... amprenta personală, **deci**, este loc pentru propriile identități de abordare:

- medic;
- medic stomatolog;
- farmacist;
- nutriționist;

Succes și nu uitați că sunteți/formați cu cel în cauză, **o ... echipă!**

