

Sindromul de **BURNOUT**

Dr. Valeria HERDEA

Dr. Ileana Lucia BRÎNZĂ



<i>Prefață. Sindromul de burnout – un sindrom postmodern</i>	9
<i>Argument</i>	13
I. Premise – Dr. Valeria Herdea	17
II. Conceptul de burnout – Dr. Valeria Herdea	21
1. Tipuri de personalitate	21
2. Genetică și comportament	28
3. Forme de manifestare a comportamentului	29
4. Modularea comportamentului în condițiile instalării SBO	32
III. Conceptul de stres – Dr. Ileana Brînză	35
1. Modularea comportamentului în condiții de stres	37
IV. Factori de risc în apariția și dezvoltarea SBO. Epidemiologia SBO <i>Dr. Valeria Herdea</i>	41
A. Factori de risc individuali	43
1. Implicarea totală permanentă – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	43
2. Efort psihic și fizic – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	44
3. Vulnerabilitate individuală – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	45
4. Antecedente personale – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	46
4.1. Fiziologice	46
4.2. Patologice	46
4.2.1. Scala de stres	47
4.2.2. Anxietatea de separare	50
4.2.3. Trauma fizică	51
4.2.4. Trauma psihică	51
4.2.5. Decesul unui apropiat	53
4.2.6. Divorțul	53
4.2.7. Pierderile materiale	54
4.2.8. Schimbarea locului de muncă	54
4.2.9. Emigrarea. Pierderea identității sociale. Pierderea identității culturale. Pierderea identității religioase, înstrăinarea	55
4.2.10. Malpraxisul	58
4.2.11. Pierderea libertății	59
4.2.12. Reintegrarea socială după detenție	60
5. Antecedente heredo-colaterale – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	60
6. Mitul „datoriei cu orice preț” – presiunea modelului – <i>Dr. Valeria Herdea</i> ...	61

7. Standardul arhetipal – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	62
7.1. Ștacheta familială.....	62
7.2. Amprenta derealizării intrafamiliale	62
8. Abuzul de substanțe	63
8.1. Medicația – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	63
8.2. Alcoolul – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	64
8.3. Fumatul – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	68
8.4. Drogurile – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	72
8.5. Jocurile de noroc – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	79
8.6. Tulburări de comportament alimentar – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	84
9. Tipul de personalitate și sindromul de burnout – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	86
B. Factori de risc socio-culturali – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	89
1. Familia.....	89
1.1. Relația între partenerii de cuplu	89
1.2. Compatibilități	89
1.3. Structura tradițională a familiei. Copiii.....	90
1.4. Ierarhizarea socială a familiei. Educația. Recunoașterea socială, îmbinarea responsabilităților. Valorile morale.....	90
2. Locul de muncă.....	92
2.1. Valențele ierarhiei profesionale	92
2.2. Gărzile	93
2.3. Locuri de muncă simultane.....	93
2.4. Profilul „Hoinar“	93
2.5. Profilul „Conflictual“	94
2.6. Colectivul dizarmonic „Divide et impera“.....	94
3. Conflictul social.....	95
3.1. Conflictul efort profesional – recunoaștere socială	95
3.2. Conflictul viață profesională – viață familială. Sentimentul „munca în zadar“	95
4. Vârsta	96
4.1. Presiunea responsabilității	96
4.2. Pensionarea	97
4.3. Particularitățile SBO la personalul medical-femei	97
5. Particularitățile sindromului de burnout la personalul medical în România.....	98
5.1. Poziția personalului medical în societatea civilă – perspectivă istorică.....	98
5.2. Personalul medical în societatea contemporană	100
5.3. Blazarea	101
5.4. Influența mijloacelor media contemporană.....	102

5.5. Profilul defensiv	103
5.6. Profilul activ-agresiv	104

V. Manifestări clinice – comportamentale ale stresului

<i>Dr. Ileana Brînză</i>	105
--------------------------------	-----

VI. Manifestări clinice – comportamentale ale sindromului de burnout

<i>Dr. Valeria Herdea</i>	109
---------------------------------	-----

VII. Implicațiile sindromului de burnout asupra calității actului medical și vieții pacienților – *Dr. Valeria Herdea*

113

VIII. Mecanisme de protecție față de sindromul de burnout

<i>Dr. Valeria Herdea</i>	115
---------------------------------	-----

1.1. Conștientizarea riscului	115
1.2. Managementul factorilor de risc	116
1.3. Limitele autocontrolului	117
1.4. Colectivul – Managerul	119
1.5. Organigrama locului de muncă. Distribuirea sarcinilor	120
1.6. Consilierea psihologică a personalului medical	120
1.7. Mecanisme de protecție	121

IX. Mecanisme de intervenție

A. Strategii personale	125
------------------------------	-----

1. Reprioritizarea – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	126
--	-----

2. Autoconștientizarea – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	126
--	-----

3. Limite și responsabilități – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	126
---	-----

4. Viața personală și profesională – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	128
---	-----

4.1. Timpul între măsura fizică și perspectiva psiho-emoțională	128
---	-----

4.1.1. Generalități	128
---------------------------	-----

4.1.2. Managementul timpului	128
------------------------------------	-----

4.1.3. Care este viziunea mea despre timp?	130
--	-----

4.1.4. Cum îmi prioritizez activitățile?	131
--	-----

4.1.5. Care sunt tehnicile pe care să ni le însușim?	132
--	-----

4.1.6. Analiza propriei relații cu timpul	133
---	-----

Rp.	134
----------	-----

4.2. De la emoțiile începutului la experiență și responsabilitate în traficul pe strada Comunicării	134
---	-----

4.2.1. Generalități	134
---------------------------	-----

4.2.2. Tehnicile de comunicare	136
--------------------------------------	-----

4.2.3. Funcțiile comunicării	136
------------------------------------	-----

4.2.4. Formele comunicării	136
----------------------------------	-----

4.2.5. Comunicarea și relațiile interpersonale	137
--	-----

5.5. Profilul defensiv	103
5.6. Profilul activ-agresiv	104
V. Manifestări clinice – comportamentale ale stresului	
<i>Dr. Ileana Brînză</i>	105
VI. Manifestări clinice – comportamentale ale sindromului de burnout	
<i>Dr. Valeria Herdea</i>	109
VII. Implicațiile sindromului de burnout asupra calității actului medical și vieții pacienților – Dr. Valeria Herdea	113
VIII. Mecanisme de protecție față de sindromul de burnout	
<i>Dr. Valeria Herdea</i>	115
1.1. Conștientizarea riscului	115
1.2. Managementul factorilor de risc	116
1.3. Limitele autocontrolului	117
1.4. Colectivul – Managerul	119
1.5. Organigrama locului de muncă. Distribuirea sarcinilor	120
1.6. Consilierea psihologică a personalului medical	120
1.7. Mecanisme de protecție	121
IX. Mecanisme de intervenție	125
A. Strategii personale	125
1. Reprioritizarea – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	126
2. Autoconștientizarea – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	126
3. Limite și responsabilități – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	126
4. Viața personală și profesională – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	128
4.1. Timpul între măsura fizică și perspectiva psiho-emoțională	128
4.1.1. Generalități	128
4.1.2. Managementul timpului	128
4.1.3. Care este viziunea mea despre timp?	130
4.1.4. Cum îmi prioritizez activitățile?	131
4.1.5. Care sunt tehnicile pe care să ni le însușim?	132
4.1.6. Analiza propriei relații cu timpul	133
Rp.	134
4.2. De la emoțiile începutului la experiență și responsabilitate în traficul pe strada Comunicării	134
4.2.1. Generalități	134
4.2.2. Tehnicile de comunicare	136
4.2.3. Funcțiile comunicării	136
4.2.4. Formele comunicării	136
4.2.5. Comunicarea și relațiile interpersonale	137

4.2.6.	Stilul comunicării	138
4.2.7.	Sugestia și empatia în comunicare.....	138
4.2.8.	Asertivitatea.....	139
4.2.9.	Centrarea	139
	Rp.	141
4.3.	Stilul de viață: Sens, armonie și împlinire.....	142
4.3.1.	Generalități.....	142
4.3.2.	Ce este stilul de viață?	142
4.3.3.	Ce este stilul de viață sănătos?	143
4.3.4.	Cum să am un stil de viață sănătos?	143
4.3.5.	De ce să am un stil de viață sănătos?	143
	Alimentația	143
	Alcoolul.....	147
	Mișcarea.....	147
	Rp.	147

B.	Strategii profesioniste	148
1.	Psihoterapia individuală/de grup – grupurile Balint – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	148
2.	Mecanisme de protecție – câteva sugestii – <i>Dr. Ileana Brînză</i>	149
2.1.	Pălăriile gânditoare	149
2.2.	Selfcoaching.....	154
2.3.	Motivația.....	155
3.	Contracararea SBO – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	157
3.1.	Tehnici de relaxare	157
3.2.	Terapia ocupațională	159
3.3.	Dezvoltare personală.....	160
3.4.	Meditația.....	161
3.5.	Activitatea spirituală	162
3.6.	Sportul.....	163
3.7.	Meloterapia.....	164
3.8.	Terapia prin artă.....	165
4.	Intervenția terapeutică – <i>Dr. Valeria Herdea</i>	168
4.1.	Neurogeneză și neuroprotecție	169
4.2.	Terapia suportivă.....	172
4.3.	Tratament medicamentos	175
4.4.	Algoritmi de intervenție.....	176
X.	Concluzii – <i>Dr. Valeria Herdea</i>.....	181

<i>Bibliografie selectivă</i>	185
-------------------------------------	-----

I

Premise

Dr. Valeria Herdea

Lumea“ cunoscută simțurilor noastre este „o lume în evoluție“, în permanentă schimbare, rezultantă a tensiunilor generate de multitudinea situațiilor noi prin care trecem. O parte a acestor schimbări este generată de fiecare dintre noi, ca entități individuale, în efortul de a ne depăși propria condiție; pe de altă parte, schimbările majore vin din dinamica *egregorului* generat de noi toți (benefic sau mai puțin), împreună. În funcție de efortul de a evolua al fiecăruia dintre noi, în sens pozitiv sau mai puțin inspirat, egegorul comun poate genera o *Lume* benefică sau una mai puțin armonioasă. Trecutul, Prezentul sau Viitorul omenirii sunt „creionate“ în mare parte, în același mod.

Principiul fundamental al unei supraviețuiri optime, în armonie cu noi înșine și cu Planeta pe care trăim, se rezumă în aparență la un concept simplu, venit din timpuri imemorabile: „Să nu faci rău“, cu alte cuvinte „Comportă-te față de semenii tăi, față de Natură, așa cum tu ți-ai dori ca ei să se comporte în relația cu tine“.

Viitorul îl profilăm prin acțiunile noastre prezente. La fel, starea de sănătate sau boală depinde, în mare măsură, de deciziile noastre, într-un anumit moment al existenței proprii.

Un caz particular din această Lume, aflată sub „permanent asediu“, este Lumea medicală. Personalul medical „beneficiază“ zilnic de o avalanșă informațională, de solicitări mai mult sau mai puțin pertinente, impuse de diversificarea serviciilor medicale, de presiunea crescută asupra întreg corpului medical venită din partea mass-media și a societății civile. Nu în ultimul rând, ne confruntăm cu presiunea patologiei *Lumii moderne*, ale cărei diversitate și severitate cresc în mod alarmant în fiecare zi. Ne confruntăm zi de zi cu riscul invalidității și/sau al decesului pacienților proprii, cu suferința omului care intră pe ușa cabinetului medical.

Presiunea permanentă asupra cadrelor medicale, contactul permanent al acestora cu suferința, boala sub toate aspectele ei (medical, social), impactul emoțional, reușitele și insuccesele fiecăruia dintre noi constituie doar câțiva dintre factorii care generează în lumea modernă un tip special de patologie – cel care afectează personalul medical.

Drumul de la stresul *acut* la cel *recurent* sau la stresul *cronic*, urmat de instalarea sindromului de burnout (SBO), rămâne un „drum bătătorit“ de entități clinice de sine stătătoare, considerate, din păcate, până acum câțiva ani, subiecte tabu. În lumea medicală s-a vorbit rar și puțin despre acest tip de patologie, tocmai pentru că definește un segment de profesioniști „de top“. Au fost câteva considerente „istorice“ care au determinat „subdiagnosticarea“ acestor afecțiuni.

În primul rând, **considerentul social**: a vorbi neavizat despre o astfel de „patologie“, a recunoaște că personalul medical, deși potențial afectat, subdiagnosticat, fără intervenții suportive terapeutice aplicate din etapele incipiente (în mod ideal, preventiv), desfășoară în continuare o muncă extrem de responsabilizantă, poate induce afectarea imaginii publice a întregului corp medical. Între riscul de a deveni „paria“ între propriii colegi mai puțin avizați asupra subiectului și riscul de a genera neîncrederea în rândul pacienților pe care îi monitorizează/tratează, discuția asupra realității riscului ca o astfel de patologie să existe și să îmbrace forme variate devine una serioasă și cu profunde implicații pentru viața tuturor actorilor implicați.

În al doilea rând, există un **considerent economic** care, din păcate, de cele mai multe ori, trece pe locul întâi în societatea în care trăim. Investiția în a genera profesioniști în domeniul medical este una foarte mare, astfel încât orice societate va dori, în primul rând, „recuperarea investiției“ făcute în resursa umană. În acest context, munca trece pe primul plan, iar grija față de starea de bine a resursei umane, pe plan secundar. În mod firesc, ar trebui să fie invers: un cadru medical sănătos ar rămâne garantul unei activități profesionale optime pentru grupul țintă cărui aceste servicii îi sunt destinate, în speță, societatea ale cărei nevoi au generat și susținut formarea respectivei resurse umane.

În al treilea rând, se pune în discuție **contextul cultural**. În funcție de tradițiile și istoria unei națiuni, recunoașterea apariției SBO poate fi privită ca un semn de slăbiciune, de nepotrivire a unei persoane calificate cu calificarea în sine. În cazul profesiei de medic, societatea investește material și, din păcate, are așteptări nelimitate de la medic, foarte adesea nerealiste. Societatea așteaptă un răspuns de tipul „tot sau nimic“. Răspunsul profesionistului în medicină, asistent sau medic, va fi: „luptă sau fugi“ – în primul caz „luptă“ – până la epuizarea rezervelor, iar în cazul al doilea, „fugi“ – la a îmbrăca o „platoșă de protecție“, percepută de către pacient cel mai des ca nepăsare, lipsa de implicare afectivă față de suferința sa. De la rezistența fizică la rezistența psihică, la soluții curative inovative permanent puse la dispoziția pacienților și până la „disponibilita-

tea 24/7“ – fără limită de timp a medicului, de multe ori, fără intimitatea atât de necesară, măcar în vacanțe – realitatea vieții medicilor incumbă aspecte deloc de neglijat, cu răsunet serios în viața profesională a acestora sau în cazul vieții private.

Spartanii au fost cei dintâi care și-au exclus cu duritate membrii atinși de diferite afecțiuni. Izvoare istorice arată în cazul tracilor că „medicul cetății“ își asuma îngrijirea stării de sănătate a cetății, dar își asuma și faptul că el, personal, va rămâne sănătos, în primul rând. O potențială îmbolnăvire a sa era acceptată *a priori* drept cauză a excluderii sale din „cetate“. Retrospectiv, astfel de atitudini de tipul „dura lex...“ nu au constituit și întotdeauna „sed lex“... cetățile din Evul Mediu erau de multe ori depopulate de medici, aceștia preferând traiul în afara cetății.

Pregătirea medicului, discernământul său, deciziile sigure pentru sănătatea pacientului din fața sa, menținerea nealterată a judecății obiective rămân condiții de bază ale actului medical în diferite societăți pe parcursul istoriei. Într-un fel injust, singurul care nu are voie să aibă slăbiciuni rămâne medicul, indiferent de momentul la care se face referire. Este medic și în timpul în care se află la locul său de muncă, dar va trebui, în situații de criză, să gândească și să acționeze conform pregătirii sale și în vacanță, zi sau noapte, dacă situația o cere. Nimeni și nimic nu îl exonerează, dacă nu a intervenit pentru a salva o viață, fie în vacanță, fie la spital, ori o astfel de responsabilizare/presiune permanentă rămâne premisa apariției unui potențial SBO în viața „civilă“ a oricărui medic. Oricât de echilibrat ar fi, medicul rămâne doar un OM, cu duranța sau slăbiciunile caracteristice ființei umane, prins între voință, datorie, conștiință și posibilitățile sale fizice și psihice determinate majoritar genetic.

Într-un studiu recent derulat de către Mayo Clinic din SUA (Dr. Shanafelt and colleagues), publicat pe MedScape în decembrie 2015, rezultat în urma interviewării a 35.922 profesioniști în domeniul sănătății, în perioada august – octombrie 2014, rezultatele obținute, comparativ cu un studiu similar desfășurat în 2011, ambele raportate la un lot similar, provenit din rândul populației generale, arată o creștere semnificativă a procentului de cadre medicale afectate de prezența sindromului de burnout. Între 2011 (data primului studiu) și 2014 (data celui de-al doilea studiu), procentul medicilor afectați a crescut în SUA cu 10%, iar în rândul medicilor de familie, procentul ajunge la îngrijorătoarea cifră de 55%.

Studiul s-a desfășurat la nivel național și a cuprins specialități variate, reperele majore ale studiului fiind: vârstă, sex, număr de ore lucrate pe săptămână, tipul de practică, înrăutățirea balanței muncă-viață percepută acut de către profesioniștii în sănătate (HCP*), prezența SBO.

* HealthCare Professional (eng.)

În condițiile în care 55% dintre medicii de familie sunt afectați de SBO, se pune în mod real problema impactului pe care o astfel de situație îl va avea asupra siguranței actului medical pe care îl primesc pacienții în SUA.

Cercetătorii solicită măsuri la nivelul Sistemului Național de Sănătate al SUA, în vederea remedierii rapide a situației, precizând clar că nu sunt eficiente doar măsuri aplicate la nivel individual: educație în vederea identificării precoce a riscului de apariție și dezvoltare a patologiei de tip SBO, dezvoltarea de mecanisme auto-protective, creșterea anduranței la stres (*resilience training*). În mod deosebit, sunt imperios necesare măsuri la nivel organizațional – reducerea poverii administrative, eliminarea ineficienței și inflexibilității la nivel administrativ.

Statistic, situația descrisă de cercetători a arătat că la nivelul specialităților intervievate există o creștere îngrijorătoare a prezenței SBO:

Specialitate	2011	2014
MF	51,3%	63%
Pediatrie generală	35,3%	46,3%
Urologie	41,2%	63,6%
Chirurgie – Ortopedie	48,3%	59,6%
Dermatologie	31,8%	56,5%
Recuperare	47,4%	63,3%
Patologie	37,6%	52,5%
Subspecialități chirurgicale	42,4%	52,7%
Radiologie	47,7%	61,4%

În contrast cu datele care privesc HCP, situația adulților din populația generală, încadrați într-un loc de muncă, în afara sistemului de sănătate, trecerea prin experiența unui SBO este înregistrată într-un procent mult redus: doar 28,4% în 2014, comparativ cu 28,6% în 2011.

Concluzia finală a studiului: riscul de a dezvolta SBO de către profesioniștii în sănătate este dublu față de media populației active, încadrată în domenii non-medicale.

II

Conceptul de burnout

Dr. Valeria Herdea

Sindromul de burnout – entitate clinică, extrem de controversată în lumea medicală – primește în ultimii ani numeroase definiții. Una dintre cele mai realiste interpretări rămâne cea utilizată de către Clinica Mayo: „Starea de epuizare fizică, emoțională sau mentală, combinată cu îndoieli cu privire la competența și valoarea muncii proprii, cauzată de stres constant, excesiv și prelungit“.

Considerată a fi un complex simptomatic și încadrată ca sindrom, SBO rămâne un capitol complex și provocator al practicii cotidiene, fiind indus prin expunere la supra-solicitare psihică și fizică. Este în general asociat muncii intelectuale și în mod particular, apanaj al profesiei medicale.

Descrierea conceptului de SBO a cunoscut o perioadă de „partizanat“; inițial, a fost negat cu vehemență, confundat cu alte entități clinice, acceptat apoi cu îndoială, nesiguranță, devenind ubicuitar abia în anii 1990-2000. SBO a fost mult timp „candidatul perfect“ la stigma socială, iar înțelegerea complexității afecțiunii și mai ales a repercusiunii SBO nerecunoscut și tratat în timp util, asupra persoanei în cauză, dar și a anturajului, a dus în cele din urmă la acceptarea sa de către lumea medicală și, ceea ce este mult mai important, la recunoașterea oficială a nevoii de intervenție prin măsuri preventive eficiente, față de apariția și dezvoltarea acestui flagel intrinsec al lumii medicale.

1. Tipuri de personalitate

O scurtă istorie descriptivă a tipurilor de personalitate ne va duce cu siguranță la prezentarea unor tipuri de comportamente, reacții și evoluție particulară, situațională, a unui individ sau altul.

Personalitatea, descrisă în esență ca fiind cumulul propriilor valori, idealuri, experiențe de viață, conturate pe o bază genetică și desăvârșite la „școala vieții“ fiecărui

individ, îmbracă în context social fațete multiple și evoluții particulare. Arhitectura proprie fiecărei personalități are la bază o structură fizică și o pregătire biosică (intelectuală, planul mental cuprinzând motivație, voință, procese de învățare), contextuală, a fiecărui individ.

Isaac Newton spunea, pe bună dreptate: „Oamenii sunt singuri deoarece construiesc ziduri în loc de poduri“, ilustrând de fapt rolul pe care lipsa unei comunicări optime îl are în evoluția fiecărei ființe umane. Comunicarea rămâne sursa de îmbogățire a ființei umane. O bună comunicare cu anturajul în care trăim facilitează menținerea unei stări mai bune de sănătate. Împărtășirea experiențelor negative sau pozitive la care suntem expuși ne ajută să traversăm mai ușor dificultățile inerente vieții fiecăruia, profesională sau particulară.

„Clădirea personală“ pe care ne străduim să o construim în viață poate fi luminoasă, cu ferestre deschise înspre experiențele lumii în care trăim, sau poate fi ermetică, întunecată, stăpânită de oboseală, însingurată, în acest din urmă caz fiind sursa sigură de îmbolnăvire sufletească, mai întâi, și apoi somatică.

În anul 460 î.Hr., Hipocrat descria patru tipuri de personalități: coleric, sangvinic, flegmatic și melancolic, bazate pe tipul și nivelul „umorilor“ dominante, pentru fiecare tip de personalitate. Personalitatea – în acest context – apare ca fiind determinată de relația dintre structura biologică particulară a individului, plasată și modelată într-un context social general, iar temperamental – ca fiind legat de modul de reacție emoțională personală în diferite circumstanțe – istorice, economice, sociale, culturale. În termeni contemporani, am putea descrie clasificarea hipocratică un tip de abordare psihobiologică a individului, specifică aceluia timp istoric:

1. **Tipul sangvinic** – temperament activ, mobil, inventiv, dispus spre acțiune. Fluid dominant – sângele.
2. **Tipul flegmatic** – temperament calm, distant, echilibrat, dispus la acțiuni cumpănite. Fluid dominant – flegma.
3. **Tipul melancolic** – temperament introvertit, nesigur, depresiv, dificultăți în acțiunea spontană. Fluid dominant – bila neagră.
4. **Tipul coleric** – temperament agitat, impulsiv, nervos, acționează rapid, frecvent fără a gândi profund. Fluid dominant – bila galbenă.

Clasificarea lui Hipocrat a dominat Evul Mediu, Renașterea, până târziu înspre sec. XIX.

Timpul a adus descrieri și clasificări variate. Secolul XX, prin reprezentanți iluștri precum Freud și Jung, revoluționează teoriile despre personalitate și/sau temperament.

Freud centrează în analiza structurii personalității teoria psiho-sexuală, dând noi dimensiuni rolului pe care sexualitatea umană îl joacă în formarea și dezvoltarea personalității individului. Fiziologia și patologia personalității umane sunt legate indisolubil în teoriile freudiene de înțelegerea valențelor sexualității noastre.

Psihiatrul elvețian Carl Jung aduce clarificări notabile asupra studiului personalității odată cu dezvoltarea unei noi științe: psihanaliza. Între subconștientul personal și cel colectiv, apar noțiuni noi: se discută despre tipul de personalitate extrovertit și tipul de personalitate introvertit. Se discută despre influența arhetipurilor, simboluri ancestrale, universal valabile, preluate de personalitatea omului modern.

Pe baza teoriilor lui Jung, Kathrine și Isabel Myers alcătuiesc în jurul anilor `60 Indicatorul de Tipuri Myers-Briggs (Myers-Briggs Type Indicator – MBTI). Fiecare tip de personalitate are trăsăturile ei specifice, care o fac distinctă de un alt tip, fără însă a exista tipare perfecte. Specialiștii pot face o evaluare a personalității unui individ, cu destul de multă acuratețe, îmbinând date personale fiziologice, patologice, antecedente heredo-colaterale, date despre pregătirea biosică sau experiențele marcante din viața individului, cu accent pe capacitatea individuală de a interrelaționa cu lumea exterioară.

În anul 1954, Abraham Maslow revoluționează lumea psihologiei clasice, prezentând Piramida trebuințelor/nevoilor umane. În teoria lui Maslow, aceste „nevoi“ sunt determinantele tipului de personalitate umană, pe de altă parte, tipul de personalitate va fi cel care va genera tipul de nevoi la care ne dorim să accesăm ca indivizi aflați în permanent proces de „remodelare“ a personalității, pe parcursul existenței noastre în corp fizic.

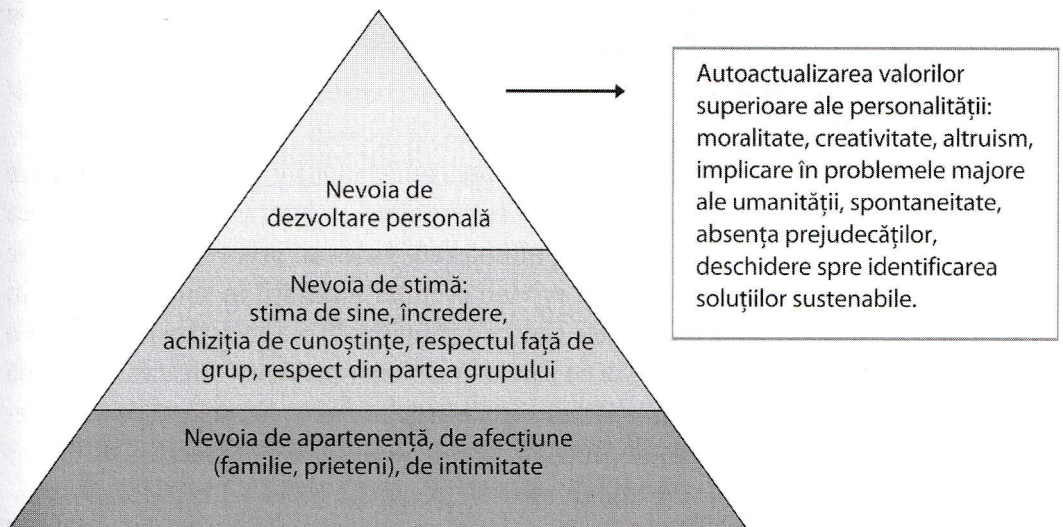


FIGURA 1. Piramida lui Maslow, adaptată